

**Г.В. Залевский**

**ИЗБРАННЫЕ ТРУДЫ**

*В шести томах*



**Том четвертый**

**Психологическая практика  
и супервизия**

Томск  
2013

**УДК 159.9:616.89**

**ББК 88.46**

**3 23**

*Редакционная коллегия:*

Э.В. Галажинский, Т.Г. Бохан, В.Г. Залевский,

Н.В. Козлова, Н.А. Кравцова, Т.В. Рогачева,

С.В. Смирнова, А.В. Соловьев

**Залевский Г.В.**

**3 23** Избранные труды : в 6 т. – Томск : Томский  
государственный университет, 2013. – Т. 4:  
Психологическая практика и супервизия. – 336 с.

**ISBN 978-5-9462-1386-8 (т. 4)**

**ISBN 978-5-9462-1382-0**

**УДК 159.9:616.89**

**ББК 88.46**

ISBN 978-5-9462-1386-8 (т. 4) © Залевский Г.В., 2013

ISBN 978-5-9462-1382-0 © Томский государственный университет, 2013

**ОСНОВЫ СОВРЕМЕННОЙ  
БИХЕВИОРАЛЬНО-  
КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ  
И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Необходимость в подобном учебном пособии ощущалась уже давно, с тех пор, как бихевиорально-когнитивная терапия оформилась фактически в самостоятельную ветвь психотерапии – это 60–70-е гг. XX в.

Но особо остро такая необходимость стала очевидной в последние десятилетия, когда, во-первых, в нашем отечестве начало лавинообразно расти число выпускников-психологов и психотерапевтов при разных формах высшего психологического и медико-психологического образования, во-вторых, к имевшемуся, нередко не востребованному или неизвестному у нас психотерапевтическому опыту, прибавился исключительно бурно импортируемый поток огромного числа психотерапевтических технологий и методов, нередко псевдонаучных и потому трудноразличаемых отечественным потребителем (что есть что?), в-третьих, непосредственное длительное и глубокое личное знакомство, в том числе и автора данной работы, с соответствующей литературой и опытом работы психотерапевтов в англоязычных и германоязычных странах, а также с метаисследованиями, посвященными проблеме психотерапевтической эффективности (Grawe, 1998 и др.), убедило специалистов и потребителей в высокой эффективности современной бихевиорально-когнитивной (поведенческой и когнитивной) психотерапии.

Более того, многие годы (1993–2005) нашего тесного сотрудничества с поведенческими и когнитивными психотерапевтами Германии (Институт повышения квалификации по клинической поведенческой терапии, г. Марбург), проведение совместных симпозиумов и семинаров в городах Штуттгарте, Касселе (Германия), в Томске, Барнауле, Владивостоке, Улан-Уде, Красноярске, Иркутске, Ангарске, Братске и Белокурихе (Россия) также убедили автора в необходимости написания данного учебного пособия.

В его основу легли накопленный автором опыт бихевиорально-когнитивного терапевта и супервизора, а также читаемый им на психологических факультетах университетов региона курс «Современная бихевиорально-когнитивная терапия и консультирование».

Автор выражает свою признательность немецким коллегам, дипломированным психологам и поведенческим психотерапевтам Петеру Шюлеру (Марбург/Лан) и Эльмару Хеверу (Кассель), общение и многолетнее сотрудничество с которыми в большой мере способствовали приобщению

нию его к теории и практике бихевиорально-когнитивной терапии и помогли в написании данного учебного пособия. Признателен автор и профессору Б.Д. Карвасарскому, общение с которым и труды которого в области медицинской психологии и психотерапии оказали большое влияние на формирование психотерапевтических интересов автора.

Автор рассчитывает на конструктивную критику его труда, которая бы способствовала совершенствованию учебного пособия в дальнейшей над ним работе.

## **ВВЕДЕНИЕ**

*Своим немецким друзьям и коллегам  
Штефану и Эльке Митцлаф,  
Петеру и Морите Шюлер,  
Генриху и Марианне Кунце,  
Эльмару и Барбаре Хеввер,  
Манфреду и Корнелии Бауэр*

Современная бихевиорально-когнитивная терапия (СБКТ) – это одно из современных направлений психотерапии и психологического консультирования. За почти пять десятилетий в рамках этого направления было разработано много разных приемов, методик и методов, которые открыли новые возможности психотерапии и психологического консультирования. Следует сразу оговориться, что в данном случае я не делаю различий между «более элитным» термином «психотерапия» и «менее элитным» термином «консультирование» (Нельсон-Джоунс, 2000. С. 16), соглашаясь с тем мнением, что существенных различий между этими понятиями не существует.

Итак, прежде всего необходимо дать некоторые разъяснения к самому понятию «современная бихевиорально-когнитивная терапия» в целом и составляющим ее понятиям, особенно понятию «поведение».

Из известных по специальной литературе обозначений «бихевиоральная», «поведенческая», «когнитивная», «когнитивная и поведенческая», «когнитивно-поведенческая» терапия, можно было бы отдать предпочтение последнему, поскольку оно отражает очень важную – интегративную – характеристику этого направления психотерапии (результат исторического развития бихевиоральной (поведенческой) и когнитивной терапии самих по себе, с одной стороны, и их движения навстречу друг другу – с другой). Но поскольку так уж случилось, что исторически первой заявила себя бихевиоральная/поведенческая терапия, а затем в ее недрах и за ее

пределами, в результате так называемого «когнитивного поворота», или «когнитивной революции», в психологии 60-х гг. прошлого столетия, начала довольно бурно развиваться когнитивная терапия, то я считаю исторически более справедливым данное психотерапевтическое направление обозначить как бихевиорально-когнитивная, или поведенчески-когнитивная, терапия. Правда, мне представляется более благозвучным сочетание бихевиорально-когнитивная терапия, каким я и буду впредь пользоваться.

**К понятию «поведение».** В конце 1950-х гг. появились первые работы, которые сегодня считаются начальными шагами поведенческой терапии. На то время терапевтическая практика была завоевана почти полностью глубинными психологическими школами. Фрейд – изобретатель психоанализа – и вместе с ним его ученики, по сути дела, создали собственную психологию. На этой основе они пытались помочь психически больным людям, преимущественно с невротическими расстройствами. Первые бихевиорально-терапевтические работы были построены совершенно на другой основе. Их авторы использовали методы и результаты экспериментальной психологии, которые были разработаны много десятилетий назад в лабораториях и осваивались в вузах, чтобы отграничить себя от глубинно-психологических направлений, которые были известны под названием «психотерапия».

Предлагаемые ими методы и способы психологической помощи были обозначены понятием «бихевиоральная/поведенческая терапия», которое вначале вызвало много путаницы. Оно спровоцировало предположение, что речь идет только о поверхностных (связанных с поведением, в смысле известной формулы «стимул-реакция») способах решения человеческих проблем, при которых не учитываются их «причины». Подозревали, что речь идет о, своего рода, «дрессуре», с помощью которой пытаются избавиться от плохих привычек. Такое представление (позже стало широко известным) было ошибочным, особенно в приложении к современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультированию.

Современная бихевиоральная (бихевиорально-когнитивная) терапия в понимании «поведение», в созвучии с научной психологией, исходит из того, что у человека в любой жизненной ситуации лидируют три важные системы, а именно (Hoffmann, 1992. S. 8–9):

*Телесно-эмоциональная система:* в организме человека протекают сложные процессы (например, ускоряется или замедляется работа сердца), которые имеют большое значение при психических проблемах, поскольку являются важной составной частью наших чувств и эмоций.

*Мыслительная, или когнитивная, система:* мы постоянно оцениваем ситуацию, в которой находимся, связываем ее с некоторыми воспоминаниями о прошлых событиях, с ожиданиями, которые ориентированы на будущее. При этом у нас есть принципы, нормы, установки, которые тоже играют важную роль и обуславливают наше поведение.

*Двигательная (речедвигательная) система:* мы двигаемся, реагируем, действуем, предпринимаем что-то или ведем беседу с кем-то.

Исходя из этого, под поведением понимается постоянная совместная игра этих систем в конкретных жизненных обстоятельствах. У человека все три системы активны одновременно, хотя, в зависимости от ситуации, случается, что какая-то из них оказывается на переднем плане. Так, например, при игре в теннис двигательная система является самой важной, но одновременно игрок пытается размышлять и о стратегии. Он также что-то ощущает, в зависимости от того, как проходит игра, испытывает чувство радости или разочарования, которое наступает параллельно с разными характерными физическими изменениями.

Или, например, если кто-то решает сложные математические задачи, то в первую очередь использует мыслительные компоненты, но находится нередко и в состоянии повышенного эмоционального напряжения (телесно-эмоциональная система). При таком взгляде понятие «поведения» охватывает все аспекты душевного процесса: человек думает, чувствует, действует. Во взаимодействии и взаимовлиянии этих компонентов или систем поведения и состоит полнота его жизни. Если одна или больше из этих систем нарушается или их совместная игра плохо функционирует, тогда возникают душевные проблемы или психические расстройства. Такое понимание поведения, где не разрывается «внутреннее» и «внешнее», личность и ее поведение, мы находим уже у Жане (Janet P.L., 1929), когда он пишет, что для него акт – это и мысль, и чувство, и отношение, и собственно действие. В согласии с приведенным выше пониманием поведения, можно определить поведение как психологическую реальность, которая, как мостик, связывает, выражаясь терминологией Л.С. Выготского, «тело организма» с «телом культуры», связывает иррическое (земное) с нозгическим (духовным). Личность человека и есть мостик, реализующий способность человека к неограниченному инстинктами поведению, к «движению от иррического к нозгическому и обратно» (Залевский Г.В., 2004).

Современная бихевиорально-когнитивная терапия в результате серьезных сравнительно-экспертных оценок эффективности разных форм



психотерапии (Grawe et al., 1985, 1994), отнесена к одной из наиболее эффективных из них, особенно в пролонгированной оценке.

Завершая свое понимание термина «современная бихевиорально-когнитивная терапия», отмечу, что определение в нем «современная» означает мое представление о ней как о бихевиорально-когнитивной терапии сегодня. Кстати, о современной бихевиорально-когнитивной (бихевиоральной) терапии говорит и Граве (Grawe, 1997), хотя и берет слово «moderne» в кавычки.

## **ГЛАВА 1. К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ (СБКТ)**

1. Думать поведенчески (Think behavior)
2. Думать решенчески (Think solution)
3. Думать позитивно (Think positive)
4. Думать шажками (Think in small steps)
5. Думать флексибельно (Think flexible)
6. Думать фьючерно (Think future)

*Kanfer et al. Selbst-management-Therapie*

### **1.1. Начальная фаза развития**

Бихевиоральная/поведенческая терапия возникла в результате применения экспериментально-психологических принципов в решении клинических проблем. Ее развитие тесно связано со становлением клинической психологии как теоретической и прикладной науки. Особо бурный характер оно приняло в середине двадцатого столетия, когда для этого встретились два важных условия, а именно:

Во-первых, показали себя исключительно продуктивными в объяснении клинических феноменов психологические теории научения (например, классического обусловливания И.П. Павлова; оперантного обусловливания Скиннера; двухфакторная теория фобий Маурера; исследование экспериментальных неврозов; работы Соломона и Винна по травматическому обусловливаню; эксперименты Долларда и Миллера в области психоаналитических концептов с позиции теории научения и др.). Результаты этих исследований требовали перевода их в практику и проверки практикой.

Во-вторых, нельзя было пройти мимо раздававшейся критики относительно малой эффективности уже существующих к тому времени психотерапевтических методов (прежде всего, в широком смысле глубинно-психологических) и недостаточной эмпирической их базы (прежде всего

критика Г.Ю. Айзенком психоанализа). Такая фундаментальная критика, разумеется, вызвала к жизни вопрос об альтернативах, которые, в свою очередь, тоже должны были подвергнуться жесткой критике и особенному вниманию. Именно в это время поступили сообщения от разных исследовательских групп из Южной Африки, Англии и США, вначале совершенно независимо друг от друга, о больших успехах в преодолении страхов и других проблем с помощью методов, основанных на психологических теориях научения. Вместе с двумя выше обозначенными факторами эти, вызвавшие такое всеобщее внимание, успехи новых, вначале экспериментальных методов, послужили толчком к развитию, широта и динамика которого не знает параллелей в области психотерапии. В то время как Англия и США все еще считаются местом рождения поведенческой терапии, недооценивается в связи с этим значение Южной Африки. И это при том, что многие из ее основателей начинали свою карьеру именно в этой стране. И первое употребление термина «бихевиоральная/поведенческая терапия» («behaviour therapy») имело место в «South African Medical Journal» – «Южноафриканский медицинский журнал» (Lazarus, 1958).

С конца 40-х и в течение 50-х гг. Йозеф Вольпе (Joseph Wolpe) в университете города Витвотерсрэнда (Южноафриканская республика) попытался объединить теорию научения и нейрофизиологию. Это был подход, который соответствовал его профессиональному образованию как врача с сильным интересом к психологии научения. В Южной Африке Й. Вольпе работал вместе с психологами Стэнли Рахманом (Stanley Rachman) и Арнольдом Лазарусом (Arnold Lazarus), которые относятся к со-основателям бихевиоральной терапии. В этой группе экспериментальные исследования не только обсуждались, но проводились наблюдения за терапевтическими сеансами через так называемую зеркальную стенку («стенка Гезелла») с последующей дискуссией в супервизорской форме. В своих исследованиях экспериментальных неврозов на кошках Вольпе разработал новые техники элиминирования экспериментально вызванных страхов и поведения избегания<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Провозвестниками бихевиоральной терапии, т.е. применения принципов научения для коррекции неадекватного поведения, в том числе систематической десенсибилизации, считаются исследования М.С. Jones (Мэри Ковер Джонс). Она провела их почти за пятьдесят лет до того (1924), как эта методика приобрела широкую популярность. Дело в том, что Watson and Rayond (1920) продемонстрировали правильность своей теории о выработке эмоциональных реакций с помощью условных рефлексов в эксперименте с одиннадцатимесячным Альбертом, которого приучили бояться белой крысы, до эксперимента он такого страха не испытывал. Страх сформировался в результате сочетания поглаживания мальчи-

Исходя из той мысли, что вызванный (обусловленный) страх и пища реципрочно/взаимно тормозят друг друга, Вольпе пришел к выводу, что пища в определенных ситуациях может приводить к редукции страха. Он с успехом демонстрировал это на своих подопытных животных, приближая их во время приема пищи все ближе к тому месту, где с помощью электрошока у них был вызван страх. В своей статье с «не очень скромным названием» (J. Margraf, 1996. P. 10) «Reciprocal Inhibition as the Central Basis of Psychotherapy» – «Реципрочное торможение как центральный базис психотерапии» (1954) он постулирует реципрочное торможение как всеобщий принцип. Редукция страха достигается в том случае, когда вызывающие страх раздражители предъявляются одновременно с такими раздражителями, которые вызывают доминирующую антагонистическую реакцию на страх (реципрочное торможение). Чтобы быть уверенным, что торможение будет сильнее, он предъявлял вызывающие страх стимулы постепенно с нарастанием их силы (т.н. «иерархия стимулов»).

При переносе результатов своих исследований на людей Вольпе принимал во внимание, главным образом, три стимульные сферы: сексуальные реакции, асертивные реакции и реакции расслабления. Наиболее известной стала версия прогрессивной мышечной релаксации Jacobson (Джекобсона), предложенная в 1938 г., которая, как полагал Вольпе, имеет то же нейрофизиологическое влияние, что и пища. Чтобы устранить реакции страха через реципрочное торможение, Вольпе вначале обучал своих пациентов технике релаксации/расслабления, а затем побуждал их шаг за шагом, несмотря на напряжение, пережить вызывающие у них страх ситуации.

Первоначально Вольпе использовал метод конфронтации *in vivo* (т.е. в реальных жизненных ситуациях), затем перешел к воображаемым ситуациям (*in sensu*), поскольку их было легче контролировать и осуществ-

---

ком белой крысы и раздававшихся неожиданно громких и резких звуков за его спиной. Избавить мальчика от этого страха Уотсону и его сотрудникам не удалось. Спустя некоторое время Уотсон, после того как он покинул университет (вернее, его заставили покинуть университет, так как пребывание в нем считалось по тем временам несовместимым с тем, что профессор вдруг влюбляется в свою аспирантку), читал вне университета лекции о своих исследованиях, среди его слушателей оказалась и школьная подруга той самой аспирантки, теперь уже жены Уотсона, Мэри Ковер Джонс. Выступление Уотсона вызвало у нее интерес и заставило задуматься о том, а нельзя ли с помощью механизмов научения избавить ребенка от страха. Ее подопытным был мальчик Питер, который боялся кроликов. В эксперименте Джонс подносила кролика к Питеру все ближе и ближе, всякий раз в тот момент, когда ребенку давали что-то есть. Со временем мальчик привык к кролику, что даже начал его трогать, не проявляя признаков страха.

лять. В заключение пациенты прорабатывали между сеансами большие домашние задания *in vivo*. Этот метод он назвал *The systematic desensitization* – систематическая десенсибилизация или десенсибилизация и описал в своей «книге с нескромным названием», которая, по рекомендации Олберта Бандуры (Albert Bandura), была опубликована в 1958 г. издательством Стэнфордского университета (США).

Систематическая десенсибилизация стала, пожалуй, наиболее известным методом бихевиоральной терапии, хотя для решения многих проблем имелись уже более эффективные методы и сама теория реципрокного торможения уже тоже испытала немалые потрясения. Тем не менее, работы Вольпе и их публикация, которая совпала по времени с массивной критикой эффективности психоаналитического подхода, в том числе со стороны Айзенка (Eysenck, 1952), о том, что его показатели не превышают таковые без вмешательства психотерапии, т.е. при «спонтанной ремиссии», оказали значительное влияние на развитие бихевиоральной терапии.

В 1950 г. Ганс-Юрген Айзенк был приглашен в знаменитый Институт психиатрии при Лондонском госпитале Модсли на должность руководителя только что открытого отделения психологии, сотрудники которого (Гвинн Джонс, Виктор Мейер, Обри Йетс, М.Б. Шапиро и др.) интересовались вопросами использования теорий обусловливания в решении психологических проблем. Эта группа знала о работах Вольпе, в меньшей степени об оперантных исследованиях Линдсли (Lindsley, 1956) в США. Скоро, вначале чисто диагностические, ориентированные на экспериментальные исследования теоретические семинары, были расширены за счет включения психотерапевтических тем.

Первое клиническое применение бихевиорально-терапевтического подхода в госпитале Модсли произошло совершенно случайно. Сидя за чашкой кофе с одним из студентов-медиков, сотрудники Г. Айзенка Г. Джонс и М. Шапиро разговорились об одной пациентке, психотерапевтическое воздействие на которую было длительное время безуспешным. Юная танцовщица должна была оставить свои профессиональные занятия, так как была вынуждена часто уринировать и в результате появились вторичные реакции страха и дефицит уверенности в себе. В разговоре пришла идея предпринять новую психотерапевтическую попытку и именно с помощью техник обусловливания. Комбинация из систематической десенсибилизации *in sensu* и пошаговым *in-vivo*-тренингом других реакций страха вне клиники принесла успех, который подтвердился и при

пятилетнем катамнезе. Наряду с терапией страхов бихевиоральные методы начали применяться и при терапии других проблем: писчего спазма, тиков и заикания.

В конце 50-х и в начале 60-х гг. прошлого столетия бихевиоральная терапия располагала уже широкой палитрой терапевтических возможностей на базе экспериментально-психологических достижений. Последние становились очень быстро интернационально известными, чему способствовали приглашения отцов-основателей бихевиоральной терапии в ведущие университеты и клиники мира (С. Рахмана в Англию, Й. Вольпе, О. Лазаруса в США), а также публикации и журналы. Так, Г.Ю. Айзенк в 1960 г. издает книгу «Behaviour Therapy and Neurosis» («Бихевиоральная терапия и неврозы»), в которую вошли статьи авторов из США, Англии, Южной Африки и Чехословакии. Тот же Айзенк уже в 1963 г. основал журнал «Behaviour Research and Therapy» («Исследование поведения и терапия»), редактором которого затем становится С. Рахман. В это же время зарождается и становится известным движение под этим же именем «Behaviour Therapy» («Бихевиоральная терапия»), хотя появляются и альтернативные названия, например «Behaviour Modification» – «Модификация поведения», предпочитаемые сторонниками оперантного подхода, о котором пойдет разговор несколько ниже.

Кто же в действительности является ответственным за введение этого термина в профессиональный обиход, вряд ли можно с уверенностью сказать. Это связано, прежде всего, с тем, что не было одного единственного отца-основателя, поскольку бихевиоральная терапия как движение возникла практически одновременно во многих местах – в Южной Африке, Англии, США. Я бы не игнорировал в этом смысле и Россию, поскольку многие бихевиоральные психологи, а позже и психотерапевты, указывали и на большие заслуги в этом плане И.П. Павлова (Eysenck and Rachman, 1960; Reinecker, 1987). Оставались практически неизвестными или мало известными для зарубежных специалистов усилия в этом направлении и ряда наших отечественных психиатров и психотерапевтов, начиная с 20-х гг. и фактически до последнего времени (например, Рожнова В.Е., 1979; Карвасарского Б.Д., 1985 и др.).

С целью выяснить, есть ли в Советском Союзе бихевиоральная терапия, в нашу страну в конце семидесятых годов приезжал профессор В. Лаутербах (W. Lauterbach) из ФРГ. Итогом его изысканий стала книга «Sowjetische Psychotherapie» – «Советская психотерапия», изданная в начале восьмидесятых годов в ФРГ. Но как я мог убедиться, читая лек-

пии по приглашению немецких коллег в гг. Касселе, Оффенбахе и Гамбурге в 1996–1998 гг., с этой книгой мало кто знаком из немецких специалистов, вряд ли больше осведомленных об этом и в англоязычных странах. Речь идет о малой информированности зарубежных коллег относительно истории и нынешнем состоянии нашей отечественной психотерапии вообще.

Можно надеяться, что этот дефицит информированности будет ослаблен, благодаря появлению в 1998 г. первого и последующих изданий «Психотерапевтической энциклопедии» под редакцией профессора Б.Д. Карварского, а также других работ отечественных авторов.

## **1.2. Влияние оперантных методов научения на развитие СБКТ**

Поскольку первоначально бихевиоральная терапия развивалась практически вне пределов США, то и не брался во внимание популярный там т.н. оперантный подход, возможности которого уже в 50-е гг. прошлого столетия бы- ли описаны Скиннером (Skinner) и Линдсли (Lindsley). Дело в том, что и сам Скиннер и так называемая «оперантная группа» его учеников и последователей не занимались психотерапией и вообще больше ориентировались на такие области, как воспитание, управление и т.п. Они следовали строго узкому подходу Скиннера, клиническое применение которого они обозначали как *applied behavioral analysis* (прикладной бихевиоральный анализ) или *behavior modification* (бихевиоральная модификация, модификация поведения). Понятие же бихевиоральная терапия они отвергали, как и ее применение к пациентам. Айзенк, Рахман, Вольпе обратили внимание на клинические работы американской оперантной школы лишь где-то в середине 60-х гг. прошлого столетия, но и после этого информационные связи между ними все еще были довольно слабыми. Интеграция оперантных методов в бихевиорально-терапевтическое движение происходила не без проблем. И только с 70-х гг. XX столетия понятия «бихевиоральная терапия» и «модификация поведения» стали рассматриваться как взаимозаменяемые. Оперантные же методы заняли со временем свое прочное место в некоторых областях бихевиоральной терапии, а именно: прежде всего в терапии расстройств поведения у детей, в том числе и с деликвентным поведением, и при реабилитации психически больных. К этим методам следует отнести, прежде всего, «метод жетонов» («*Token Economies*»), описанная рядом авторов (Ayllon T., Azrin N., 1968; Kazdin A.E., 1977). Система подкрепления с

помощью жетонов – это попытка одновременного влияния на различные способы поведения.

Token (жетон) – предмет с обменной ценой, как, например деньги или игровые жетоны. Эти жетоны могут быть обменены на другие подкрепления – сладости, напитки или посещение кино. Эта методика была разработана для интернатов, больниц с хронически больными, интернатов для дементных больных и даже для тюрем. Терапевт вначале разъясняет суть методики, говорит о желательном поведении и количестве жетонов за него. Классическим примером применения «метода жетонов» может быть работа Филипса (Philipps, 1968) – жетоны не только выдавались в качестве поощрения-подкрепления, но и отбирались в качестве наказания-подкрепления, что проиллюстрировано в табл. 3.

К другим методам, построенным на оперантном подходе, можно отнести: «метод договоров», «наказание – прямое и не прямое», «угашение», «метод стимульного контроля», «шейпинг – формирование поведения», «чейнинг – деление поведения на отдельные шаги с подкреплением последнего шага», «промтинг – помогающие поведенческие установки», «фейдинг – реакция на минимальный стимул». Разумеется, что в случае необходимости психотерапии сложных расстройств или поведенческих проблем, формируются так называемые оперантные программы в составе комплексных терапевтических подходов.

Итак, в конце 70-х гг. XX в. возможность эффективного использования бихевиоральной терапии была общепризнана. Поэтому некоторые из исследователей и практиков начали обращать внимание на тех пациентов, в терапии которых бихевиоральные подходы и методы, хотя и применялись вполне квалифицированно, оказывались неэффективными. Результаты этих исследований были обобщены в психотерапевтическом труде по теме «неудачи» (Foa & Emmelkamp, 1983). Дело в том, что уже в поздние шестидесятые и ранние семидесятые годы прошлого столетия начало проявляться, постепенно накапливаясь, неудовлетворение чисто бихевиоральными базовыми подходами прежних лет (Мейер, Чессер, 2001). Особенно Лазарус (Lazarus, 1998) подверг критике известную механистичность подходов в ранней бихевиоральной терапии. Он аргументировал это тем, что многообразие бихевиорально-терапевтических мероприятий не укладывается в понятия теории обучения/научения и предложил «бихевиоральную терапию широкого спектра», в которую можно было интегрировать техники, не взирая на их теоретическое происхождение. На практике этот подход был атакован больше клиницистами. Даль-

нейшее важное развитие бихевиоральной терапии в это время связано с применением ее теорий и практики в решении других психологических проблем, особенно депрессий.

### **1.3. Сближение поведенческих и когнитивных подходов**

Процесс сближения («срастания») поведенческих и когнитивных подходов в бихевиоральной терапии проходил, прежде всего, на фоне, так сказать, когнитивизации ортодоксальной бихевиоральной эмпирической психологии через «небихевиоризм» и особенно – благодаря «когнитивному повороту или когнитивной революции» (Corbalis and Lea, 2000. P. 350). Также теория Ланга (Lang, 1971) о трех независимых системах реакций обосновала значимость когнитивных идей для бихевиорально-терапевтического подхода. Некоторая затаенность признания когнитивных позиций в сфере бихевиоральной терапии, возможно, была связана с все еще существующим отрицанием Уотсона (Watson) интроспекции и с негативным опытом использования слишком односторонне ориентированных «словесных методов лечения» («Redekuren»). Значительный вклад в «когнитивный поворот» бихевиоральной терапии внес Бандура (Bandura, 1977), предложив т.н. «метод модельного обучения» («modellearning»). При модельном научении человек осваивает способы поведения, наблюдая и подражая поведению других людей.

Модельное научение является наиболее эффективным, когда наблюдатель сразу тут же реализует наблюдаемые способы поведения, хотя это и не является обязательным. Непосредственное подкрепление поведения наблюдателя не рассматривается как причина научения. Позже Бандура разработал модель саморегуляции, названную «self – efficacy» – «самоэффективность», исходя из той мысли, что каждое сознательное изменение поведения основывается на убеждении личности в своей способности реализовать определенное поведение. Четко эмпирическая методика работ Бандуры облегчила признание ее со стороны первоначально бихевиористически ориентированных исследователей и практиков. В то же время исследования Бандуры направили внимание на когнитивные факторы в бихевиоральной терапии.

Но, пожалуй, «метод самоинструктирования» Майченбаума (Meichenbaum, 1977) был первым методом в рамках когнитивного подхода, признанным бихевиоральными психотерапевтами. Популярность этого метода можно, видимо, объяснить его простой теоретической базой и похоже-



стью с оперантной концепцией «скрытой оперантности» («coverants»). Майченбаум считал, что изменение поведения можно вызвать, если изменить инструкции, которые пациенты дают сами себе. При этом неподходящие и негативные мысли должны быть переведены в более подходящие беседы с самим собой. И, конечно, не случайно, что тренинг самоинструктирования был применен на импульсивных детях. Внутренний монолог и мышление детей были обозначены как самовербализация и отождествлены с coverants оперантной терминологии. Под coverants понималось скрытое (covert) оперантное поведение. И искусственный термин coverant возник из слияния двух слов covert и operant. С помощью этой терминологии ментальные содержания проникли в оперантное движение, которое Скиннер концептуализировал совершенно по-другому.

Вне бихевиорально-терапевтического движения были сформированы 2 самостоятельных подхода – Аароном Беком (Aaron Beck, 1963, 1970, 1979, 1998) и Олбертом Эллисом (Aulbert Ellis, 1962, 1986, 1998): когнитивный и эмотивно-рациональный, принятые поначалу с большой осторожностью. Сегодня, однако, они относятся к важнейшим когнитивным подходам в рамках современной бихевиорально-когнитивной терапии. Еще в пределах 70-х гг. прошлого столетия когнитивные и бихевиоральные подходы рассматривались как отдельные «школы».

Это приводило к частично бессмысленным обвинениям и попыткам считать, что противоположная школа использует рекламируемые данной школой методы. И только в 80-е гг. в бихевиоральной и когнитивной терапии начало расти вместе то, что относилось друг к другу и что должно было вместе расти. Но только в 1995 г. в Копенгагене состоялся первый совместный «Всемирный конгресс бихевиоральной и когнитивной психотерапии». Дальнейшим выражением объединения стало переименование «Европейской Ассоциации бихевиоральной терапии» в «Европейскую Ассоциацию бихевиоральной и когнитивной терапии» (ЕАВСТ). В очередном 29-м Конгрессе этой Ассоциации, состоявшемся в 1999 г. в Дрездене (Германия) автору посчастливилось принять участие (Г.В. Залевский, А.В. Суховершин, 1999).

Но исторический факт состоит в том, что когнитивные подходы с самого начала их усилий вокруг операционализации, экспериментального исследования и систематических доказательств эффективности, как и с их рациональным, прагматическим подходом, разделяли базисную ориентированность бихевиоральной терапии. И это вселяло оптимизм. Конечно, это развитие не обошлось без высказываний сожаления по поводу

«paradigm lost» – потери парадигмы и даже сопротивления «когнитивистам». Резко непримиримую позицию относительно критики якобы имеющих место ограничений бихевиоральной терапии, особенно со стороны тех, «кто имел отношение к ней», занимает Й. Вольпе (1998. С. 258–259). И в последующие годы бихевиоральная терапия продолжает последовательно развиваться, благодаря интеграции когнитивных и бихевиоральных подходов, уже как бихевиорально-когнитивная («когнитивная бихевиоральная терапия», «когнитивно-поведенческая терапия»). С ее помощью клиенты/пациенты должны осознать тесную связь между иррациональным/дисфункциональным мышлением и не ведущим к цели (дезадаптивным) поведением.

Систематическая когнитивная обработка и старательно структурированные поведенческие задания должны им помочь в том, чтобы увидеть в обеих сферах проблемы и их решить (произвести необходимые изменения). Между тем на сегодняшний день уже разработаны когнитивно-поведенческие методы для большинства психических расстройств. В некоторых аспектах доминируют бихевиоральные, а в некоторых – когнитивные компоненты. Более того, результаты многих исследований показали, что в ряде, так сказать, ортодоксальных бихевиоральных методов, как, например, в конфронтационной терапии, когнитивные процессы должны рассматриваться как центральные механизмы изменения.

В последние годы одна из основных линий развития этого вида психотерапии – это дальнейшая профессионализация бихевиорально-когнитивного терапевтического образования (подготовки и повышения квалификации). Например, в Германии, Австрии и Швейцарии все растет число университетских и частных курсов подготовки и переподготовки. Помимо этого в целях повышения квалификации проводятся, так называемые, «бихевиорально-терапевтические недели» в разных городах каждой из этих стран. В одной из таких «недель», проводившихся в 1998 г. в Штутгарте (Германия), автор принял участие.

Также наблюдается попытка унификации системы профессионализации в области бихевиорально-когнитивной терапии. В нашей стране подготовка и повышение квалификации в области бихевиорально-когнитивной (когнитивно-поведенческой) терапии практически делают первые шаги. Одним из первых, если пока не единственным городом в России, где выстраивается система такого образования, благодаря многолетнему сотрудничеству с немецкими специалистами, является Томск. Современная бихевиорально-когнитивная терапия преподается на фа-

культетах психологии Томского, Красноярского и Амурского государственных университетов, на спецкурсах подготовки практических психологов для системы образования, здравоохранения и других сфер, а также, практически ежегодно, начиная с 1994 г., проводятся международные «Сибирские бихевиорально-когнитивные терапевтические недели» – симпозиумы и семинары-тренинги в разных городах сибирского региона (Томске, Иркутске, Ангарске, Братске, Улан-Уде, Барнауле, Кемерово, Белокурихе) и за его пределами (Чите, Благовещенске, Владивостоке).

К событиям, которые должны стимулировать дальнейшее развитие теории и практики бихевиорально-когнитивной терапии в нашей стране, следует отнести состоявшийся 10–12 марта 1999 г. в Санкт-Петербурге Международный симпозиум «Современные тенденции в когнитивной и поведенческой терапии: теория и практика», организаторами которого выступили НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева и Университет Хофстра в Нью-Йорке (США).

Таким образом, краткий исторический экскурс показал, какие линии развития вели к признанию полезности бихевиоральной (бихевиорально-когнитивной) терапии при большинстве психических расстройств и при решении непатологических проблем. Развитие этого направления психотерапии до настоящего времени позволяет также ожидать и в будущем существенных модификаций и изменений современных подходов, тем более что постоянная перепроверка и дальнейшее развитие являются существенными признаками данного направления в психотерапии и психологическом консультировании.

#### **1.4. Заблуждения и предубеждения относительно СБКТ**

Но и сегодня существует целый ряд заблуждений и предвзятых суждений относительно бихевиоральной (бихевиорально-когнитивной) терапии. К ним, как считает Гоффманн (Hoffmann, 1992. S. 102–109), можно отнести следующие суждения:

- Она располагает очень простой картиной человека.
- Анализ связей пациента со средой, осуществляется, преимущественно, на уровне одного лишь поведения.
- Она лечит следствия – симптомы и не пытается воздействовать на причины.
- Она хотя и устраняет симптомы, но на их место вступают другие.
- Поведенческий терапевт авторитарен и манипулирует пациентом.

- Поведенческие терапевты имеют только одну программу.
- Сильные эмоциональные переживания (например, при страхах, психических травмах и т.п.) опасны для пациентов.
- Чувства и мысли пациентов игнорируются, не учитываются особенности их личности.
- Использование медикаментов принципиально несовместимо с бихевиоральной терапией.

Марграф (Margraf, 1996. Р. 27) пишет в этой связи о «недоразумениях, которые цепко держатся за жизнь». А Й. Вольпе (1998. С. 258) говорит о «серьезной ошибке полагать, что бихевиоральные психотерапевты считают, что субъективные процессы, происходящие внутри пациента, не имеют значения; что важно, мол, лишь то, как он себя ведет».

Мы не будем в этом месте пытаться опровергать эти заблуждения и недоразумения, лучше, если это сделает сам читатель, ознакомившись с современной бихевиорально-когнитивной терапией поближе, читая внимательно эту книгу, а также знакомясь с другими источниками.

### **1.5. Особенности СБКТ и ее отличия от других психотерапий**

Сейчас мы остановимся, во-первых, на тех существенных признаках этого направления психотерапии и консультирования, которые демонстрируют его отличие от других направлений, а также позволяют говорить о том, что сегодня мы имеем дело, действительно, с современной бихевиоральной (бихевиорально-когнитивной) терапией, и, во-вторых, приведем доказательства, основанные на масштабных исследованиях, сравнивающих эффективность большинства ныне известных психотерапевтических подходов и методов, того, что «современная бихевиоральная (**бихевиорально-когнитивная**) (выделено мной. – Г.З.) терапия вне сомнения, на сегодняшний день со значительным опережением представляет собой наиболее надежную форму психотерапии» (Margraf, 1996. Р. 19).

Такая надежность и эффективность обеспечивается комплексом ряда характеристик современной бихевиоральной терапии. Например, Гоффманн (Hoffmann, 1992. С. 16–22) выделяет семь таких характеристик:

1. *Ориентирована на конкретного человека.* В центре внимания стоит человек с его особенностями, проблемами, слабостями, но также и с его способностями и сильными сторонами.

Слабости и дефициты, которые отражаются в соответствующих симптомах, таких, как страх, депрессия, должны быть скорректированы, и па-

циент должен научиться расширять и использовать свои сильные стороны и способности при преодолении своих жизненных проблем, трудностей. Исходным пунктом терапии является актуальная ситуация пациента, т.е. проблемы, имеющие место в настоящий момент. При этом не должны быть упущены из вида следующие пункты:

а) Каждый человек имеет совершенно индивидуальную историю. В прошлом (в детстве) он, конечно, был подвержен влияниям, которые имеют для сегодняшнего поведения решающее значение. Однако изменения, как устранение страхов или формирование выдержки, терпения при работе, должны происходить здесь и теперь.

б) Кроме того, как известно, человек является частью своего окружения (поведения людей вокруг него, материальной ситуации и т.д.). Поэтому всегда нужно учитывать и иметь в виду то, какую роль играет актуальная среда в возникновении и преодолении трудностей человеком.

в) Как анализ проблем (поведенческий анализ), так и постановка терапевтических целей, собственно психотерапия, ориентируются на своеобразные актуальные и прошлые условия жизни пациента. В поведенческой терапии не существует рутины механических процессов.

2. Осуществляется пошагово. Люди изменяются не сразу и для этого необходим постепенный процесс обучения, поэтому поведенческая терапия предпочитает такой пошаговый процесс. При этом вначале имеет место стремление провести самые необходимые изменения, и движение идет от простого к сложному. Например, терапевтические цели в самой ближайшей перспективе, если пациент жалуется на то, что он испытывает страх перед экзаменами, что ему ничего не хочется делать в плане подготовки к экзамену – это изменение режима дня, а отдаленные цели – развитие способности к большей активности. Благодаря этому, клиент/пациент не чувствует себя перегруженным ни в какой момент терапии, и дальнейшие шаги могут строиться на основе уже достигнутого.

3. *Понятна для клиента.* Как при определении проблем, так и при выборе цели и подходящих методов терапии, пациент должен максимально участвовать в рассуждениях терапевта. Он информирован в любое время, над чем и какими методами осуществляется терапия. Терапевт подбадривает его и стимулирует говорить подробно о сомнениях, неуверенности, неопределенностях в терапии. Он должен научиться всегда самостоятельно анализировать свои трудности и их устранять. Махони (Mahoney, 1976) – известный поведенческий психотерапевт – считает, что каждая терапия должна приводить к тому, чтобы пациент становился ученым-

исследователем собственной личности, самого себя. Он должен быть всегда лучшим «разрешителем проблем», который в состоянии быть полезным как себе, так и другим, готовым проникать максимально глубоко в свою жизненную ситуацию и ее преодолевать.

4. *Активизирует клиента.* Нередко, мотивация нашего пациента на терапию хотя и может быть очень хорошей, но он может в то же время быть настроен играть пассивную роль. Это означает, что он готов позволить терапевту себя лечить (иногда говорят в таких случаях о «потребности в ремонте», которую многие люди нередко демонстрируют при терапии). У них что-то испортилось, что терапевт должен отремонтировать. Поведенческие терапевты стараются эту понятную, но не прогрессивную позицию преодолеть как можно раньше. Они стимулируют пациента активно сотрудничать в каждой фазе терапии, пытаются активизировать свои навыки и сильные стороны и использовать это для своего терапевтического блага.

5. *Ориентируется на психологию как науку.* Попытка помочь человеку при преодолении его душевных проблем, конечно, требует теоретического обоснования. На этом основывается как объяснение появления нарушений, так и соображения относительно их преодоления. Поведенческая терапия ориентируется на психологию, в которой десятилетия работало много теорий и принципов, объясняющих, как функционирует душевная жизнь. Особенно полезные указания дают так называемые теории научения/обучения, которые исследуют, как изменяется человеческое поведение под влиянием различных условий. Также исследования процессов мышления, когнитивная психология, психология эмоций и чувств, социальная психология, которая исследует межчеловеческие отношения, и многие другие направления дают много ценной информации.

При описании типичных поведенческо-терапевтических процедур, технологий, мы будем видеть, что некоторые методы направлены на изменение двигательного поведения, другие пытаются скорректировать неправильный ход мыслей человека, которые при определенных болезнях играют, несомненно, важную роль. При названных выше подходах или методах говорят также о когнитивных технологиях. Именно они играют в современной поведенческой терапии большую роль.

6. *Прибегает к проверенным приемам и методам.* Никакая психотерапия не имеет права экспериментировать с человеком. В этой области есть много приемов, которые считаются хорошими, но влияние которых никогда не проверялось. Более того, не только медикаменты, но и форма

общения, форма взаимодействия с человеком могут иметь больше вредных, побочных действий, чем позитивных эффектов. Поведенческая терапия претендует на то, чтобы использовать такие методы, которые имеют однозначно позитивное влияние. Если терапия индивидуально ориентирована, то и отдельные методы должны гарантировать свою эффективность.

7. *Учитывает индивидуальные особенности клиента.* Кэнфер (Kanfer, 1991) – известный американский представитель бихевиорально-когнитивной терапии – сформировал очень важный терапевтический тезис, который он обозначает, как «принцип минимального вторжения». Он требует, чтобы в жизнедеятельность пациента вторгались в такой степени, какая требуется, чтобы освободить его от душевных расстройств. Терапия не должна становиться политической или мировоззренческой доктриной.

Что отдельный терапевт считает важным и правильным, то не обязательно должно навязываться пациенту. Он иногда требует помощи в определенных областях своей жизни. Вообще-то он остается автономным индивидом, личность которого следует уважать.

Лайрайтер (Laireiter, 1995. S. 131) дает более развернутую картину «ядерных» признаков бихевиоральной<sup>2</sup> терапии:

1. *Познавательные, научно-теоретические и методологические признаки:*

- Стремление к идеалу точности естественных наук.
- Опора на критический рационализм и аналитическую философию.
- Ориентация на опыт как на исследовательскую методологию.
- Более терпимое отношение к ментализму, феноменологии и герменевтике как познавательным методам.

2. *Психологические признаки:*

- Первичная ориентация на поведение человека (при многомерном понимании поведения) и его наблюдаемые действия и интеракции.
- Ориентация на методологический бихевиоризм.
- Ориентация на принципы и результаты эмпирической психологии.
- Ориентация на эмпирически контролируемые и из эмпирической психологии выходящие личностные и развивающие модели.
- Экономное обращение с теоретическими абстракциями и метафизическими представлениями о человеке.

---

<sup>2</sup> Здесь и впредь термином бихевиоральная для краткости обозначается бихевиорально-когнитивной терапии.

*3. Патолого-теоретические принципы:*

- Относительность понятий «здоровый» и «больной».
- Психические расстройства и проблемы в их возникновении и фиксации/сохранении, как и «скрытое поведение», детерминированы теми же самыми закономерностями и принципами.
- Опора на эмпирически-ориентированное этиологическое исследование (общие и специфические модели расстройств).

*4. Терапевтически-ориентированные принципы:*

– Терапия есть динамический, по времени ограниченный процесс решения проблем, который в интерперсональной форме и в различных фазах осуществляется с целью оказать влияние на изменение переживаний, поведения и межличностных отношений клиента или пациента.

– Ориентация на этиологические модели изменения (общие и патолого-специфические принципы изменения и терапевтические действия; дифференциальная индикация).

– Акцент на научение и механизмы научения как движущие силы (активное начало).

– Социальные процессы влияния в отношениях между терапевтом и клиентом являются мотором и транспортным средством введения в действие процессов научения.

– Ориентация на научный метод и экспериментальную процедуру («Терапия является научно-прикладным экспериментом», «терапия есть интервенция»).

*5. Практические действия:*

- Ориентированность на проблему.
- Целенаправленность.
- Ориентированность на будущее.
- Плановость.
- Направленность теорий и гипотез.
- Структурированность.
- Кооперированное, ориентированное на задачу, взаимодействие терапевта и клиента (рационально обоснованное и оправданное действие).
- Контроль и оценка действия и эффекта (экспертиза и контролируемая практика).

Кэнфер и Шмельцер (Kanfer, Schmelzer, 2001. P. 29–30) считают, что «сегодняшняя поведенческая терапия» («die heutige Verhaltenstherapie») отличается, если обобщить все возможные характеристики, следующими шестью особенностями:



1. *Высшая цель: Ориентация на «самоменеджмент»<sup>3</sup>* – стань сам себе психотерапевтом или научись помогать самому себе.

Важный инструмент: Владение навыками и умениями организации жизни, анализа и решения проблем.

Клиенты/пациенты работают и решают свои проблемы вместе с психотерапевтом, так как это их терапия, речь идет об их целях и их жизни.

Терапия происходит открыто и доступна для пациента.

Фокус: Действительная жизнь «за пределами».

2. *Объемное понятие поведения.* Важными являются как внешнее наблюдаемое поведение, так и внутренние процессы, как мысли, чувства и биолого-телесные реакции.

Биологические, психические и социальные факторы всегда действуют вместе (био-психо-социальная модель).

3. *Максимально возможная близость к науке.* Являются значимыми все закономерности, правила и данные исследований психологических основ. Применяются фундированные концепции и поддающиеся проверке эффективные техники/методы. Работа психотерапевтов созвучна актуальному состоянию их «цеха». Ясные, конкретные описания всех процессов помогают при контроле эффективности.

4. *Терапия как активный процесс научения и изменения.* Чему научился, тому можно и разучиться/отучиться; возможно обучиться новому или переучиться. Научение в процессе активной работы с проблемой (на опыт ориентированное научение часто более эффективное, чем научение через инсайт).

Улучшения осуществляются через систематические изменения.

Оптимальная организация терапии через модель решения проблем пошагово.

Ориентированный на результат процесс (наблюдение за развитием; затем в зависимости от результата: так и дальше или изменить путь?).

5. *Доверительное отношение между терапевтом и пациентом.* Хорошие рабочие отношения являются необходимым (но не достаточным) фундаментом психотерапии.

6. Роль терапевтов. Терапевты являются ассистентами/помощниками изменений, сопровождающими решения проблем и посредниками в раз-

---

<sup>3</sup> В этом плане несомненный интерес представляет «Руководство по аутопсихотерапии» Я.Н. Воробейчика, известного одесского психотерапевта, ныне проживающего в Канаде. Основание: образ стремящегося к саморегуляции, автономии, ответственности человека.

вители способностей, дают информацию, побуждения и толчки (не беря на себя проблемы и не решая их за пациентов).

Терапевты проявляют вначале много понимания, оказывают поддержку и курацию; в процессе терапевтической динамики они все больше передают инициативы и ответственности своим пациентам.

Следует к этим характеристикам современной бихевиоральной терапии отнести и то, что она находится в постоянном развитии, стремится к интеграции с другими психотерапевтическими подходами (Margraf, 1996).

Поскольку дефиниция бихевиоральной (бихевиорально-когнитивной) терапии, как справедливо указывает Марграф (Margraf, 1996. Р. 3), должна охватывать достигнутую на данный момент теоретическую и методическую широту общего подхода, учитывать, несмотря на растянутость границ, характеризующие ее специфические моменты, а также допускать ее развитие в будущем, то он предлагает понимать бихевиоральную терапию не как терапевтическую школу или группу методов, а как «психотерапевтическую базовую ориентацию», предлагает следующее довольно широкое определение современной бихевиоральной терапии:

*«Бихевиоральная (читай, бихевиорально-когнитивная. – Г.З.) терапия является основывающейся на эмпирической психологии психотерапевтической базисной ориентацией. Она охватывает специфические по устройству и неспецифические терапевтические методы, которые, исходя из достаточно твердых знаний патологии и психологических изменений, направлены на систематическое улучшение терапируемой проблематики. Мероприятия преследуют конкретные и операционализованные цели на различных уровнях поведения и переживания, исходят из диагностики расстройства и анализа проблемы, направлены на предиспонирующие, вызывающие и/или сдерживающие изменения проблемы. Находящаяся в постоянном развитии бихевиоральная терапия претендует на эмпирически гарантированную эффективность».*

## **ГЛАВА 2. ОСНОВАНИЯ, МЕХАНИЗМЫ И ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ (СБКТ)**

### **2.1. Психологические основания СБКТ (теории научения: от линейной S-R-модели до системных моделей)**

Любое направление психотерапии неизбежно опирается на фундамент психологических достижений, как бы к этому не относились их создатели. И сторонниками современной бихевиорально-когнитивной терапии (СБКТ) этот факт признается безоговорочно. Это психологическое фундирование современной БКТ на пользу практике и пациентам, так как психотерапевт может опереться на широкий спектр психологических теорий. Ограничение специальными теоретическими представлениями на основе определенных предпочтений (например, только теории научения классического типа или только когнитивные теории) не считается ведущим к цели. К «рациональному корпусу психологии», лежащему в основе СБКТ и ждущему «своего часа», относятся фактически все области психологии. Но, видимо, следует особо выделить психологию научения и развития, психологию личности, психопатологию, психологическую эпидемиологию и психологию жизненных событий, когнитивную и социальную психологию и их отдельные области (стратегию решения проблем, ролевые теории, теорию предрассудков, теорию фиксированных форм поведения и т.д.). На некоторых сферах из этого «корпуса психологии», как основании СБКТ, мы остановимся подробнее.

История современной бихевиорально-когнитивной терапии особенно тесно связана с психологией научения. При рассмотрении развития теории поведения и поведенческой терапии можно выделить целый ряд аналитических моделей, при этом следует учесть, что ни одна из этих моделей не притязает быть исчерпывающим основанием объяснения человеческого поведения и его нарушений. Мы должны, по существу, исходить из «потока человеческого сознания» (В. Джемс, 1902). Каждая схема анализа пытается выхватить специальные признаки поведения и с целью анализа разложить на составные части. Экспериментальные находки по классическому и оперантному обусловливанию послужили основанием для развития моделей возникновения психических расстройств и методов психотерапии (интервенции). В последующем были также учтены принципы модельного научения и передачи знаний. С сегодняшних позиций можно обобщить все формы научения понятием переработки информа-

ции. Научение происходит в том случае, если индивид получает значимую информацию о наличии внешних или внутренних условий, которые оказывают влияние на его дальнейшее самочувствие, мыслепроцессы, поведение и/или физиологические реакции (Margraf, 1996. P. 54).

Ниже мы попытаемся представить накопившиеся в литературе, прежде всего в зарубежной (Reinecker, 1996), данные о развитии модельных представлений об основаниях СБКТ – от простых моделей до системных динамических моделей.

### ***2.1.1. Классическое обусловливание (рефлекторное/ответное научение)***

Исходной точкой для гипотезы (модели) о том, что страх появляется в результате ассоциирования изначально нейтрального стимула с безусловным аверсивным (негативным) стимулом, явились работы И.П. Павлова (Pavlov I.P., 1927). Особенно известным стал в этой связи эксперимент Уотсона и Районда (Watson, Rayond, 1920), в результате которого был вызван страх у 11-месячного мальчика (Альберта) перед любимой до того белой крысой. «Маленький Альберт» вначале не испытывал никакого страха перед ней. Страх у него появился (он ему научился) после того, как за его спиной в тот момент, когда он тянулся к животному, чтобы погладить его, раздавался многократно неприятный и неожиданный шум. Перед нами типичный пример наученного (приобретенного) патологического поведения (фобии), в основе которого лежит механизм так называемого классического обусловливания, который выявил и описал в своих знаменитых экспериментальных исследованиях на животных (собаках) И.П. Павлов (рис. 1).

- 1. БС (пища) → БР (выделение слюны и еда)**
- 2. УС (звук, свет) + БС (пища) → БР**
- 3. УС (звук, свет) без БС → УР (выделение слюны и еда)**

Рис. 1. Модель S-R-научения (по: Павлов И.П., 1927)

Как известно, он изучал способность животных к образованию ассоциаций при совпадающем по времени и пространстве (контингентных) предъявлении различных стимульных пар: безусловного стимула (БС) – пищи, питья и т.д. и условного стимула (УС) – света, звука, предмета, слова. При этом выяснялось, каким образом определенный нейтральный раздражитель (условный стимул) через связь с биотическим раздражите-

лем (безусловным стимулом) берет на себя функцию запускающего реакцию (поведение). Таким образом, центральным признаком этой модели явился принцип «стимульной субституции (замещения)».

Итак, через какие процессы возможно объяснить эффекты классического обусловливания? Изначальные объяснения основывались на традициях рефлекс-физиологии и утверждали, что вначале нейтральные стимулы через пространственную или временную близость с безусловным стимулом приобретают способность вызывать реакцию. Пища в опытах с собаками или шум в эксперименте с маленьким Альбертом представляют собой безусловный раздражитель или стимул (БС), который в одном случае вызывает пищевую реакцию (выделение слюны), а в другом – реакцию страха (вздрагивание, плач, отдергивание руки). Тем самым контроль над реакциями (поведением) переходит от Безусловного Стимула к Условному Стимулу.

Для образования условной реакции (рефлекса) необходимы:

- а) соответствующее соматическое состояние организма (здоровье, потребности, тип нервной системы и т.д.);
- б) временной или пространственный фактор;
- в) особенности самих раздражителей (например, насколько «нейтральным» является условный стимул и т.д.).

В связи с необходимостью учета первого условия (а) S-R модель была расширена с помещением между ними «организма» (O) (рис. 2).

$$S \rightarrow O \rightarrow R$$

Рис. 2. S-O-R модель (Tolman, 1932)

В изначальном понимании классического обусловливания ситуативные условия (релизеры) считались решающими детерминантами поведения и обучения. Усилия исследователей были направлены, в первую очередь, на характеристики стимулов и на взаимосвязи с поведением организмов (генерализация, дискриминация и т.д.). Задача психотерапии, согласно этой модели, состояла в ослаблении или разрыве выученной ассоциации (например, через создание тормозного потенциала при систематической десенсибилизации).

В последующем были получены дополнительные данные в исследовании обусловливания, имеющие особое значение для бихевиоральной терапии:

*Условия контекста.* При классическом обусловливании формируются не только ассоциации между УС (условным стимулом) и БС (безуслов-

ным стимулом), но и со стимульными условиями контекста, в котором выступают оба стимула. В этом отношении показательны некоторые клинические данные, согласно которым толерантность к наркотикам и проявления при их лишении очень сильно обусловлены контекстом.

**Пример.** У зависимых от алкоголя и наркотиков людей их прием в новом окружении приводит к более сильному их действию, чем в условиях, где они принимались часто. Соответственно, явления абстиненции более выражены в знакомом контексте.

**Латентное торможение.** Стимул, который много раз предъявлялся до совместного предъявления с БС, с меньшей степенью вероятности станет УС, чем, если бы он предъявлялся впервые. Этот эффект был назван латентным торможением.

**Пример.** Опрашивались лица, которые уже пережили довольно болезненное посещение зубного врача. Вероятность развития страха перед посещением стоматолога была тем выше, чем раньше в биографии человека имел место опыт болезненного лечения зубов.

**Новая оценка.** Условия, которые ведут к новой оценке БС, изменяют силу и вероятность появления условной реакции на условный стимул. В эксперименте над животными это достигается, например, тем, что после повторного предъявления УС с пищей, который привел к формированию УР, формировалась вкусовая аверсия к пище. У людей может иметь место новая оценка через социально или вербально переданную информацию. Так, достаточно участникам эксперимента сообщить, что БС будет слабее/сильнее.

**Пример.** Так, одна женщина была изнасилована, но справилась с этим событием удивительно хорошо и не демонстрировала в последующие месяцы никаких признаков страха. Но когда она 6 месяцев спустя узнала, что ее насильник свою следующую жертву убил, у нее развился посттравматический синдром напряжения с сильным поведением избегания, а также признаки повышенного возбуждения с тяжелыми спонтанными воспоминаниями о травме.

**Информация о взаимосвязи.** Информация о взаимосвязи между УС и БС оказывает влияние на вероятность и силу УС. Так, достаточно испытуемому сообщить, что с определенного момента за УС не будет следовать БС, чтобы это привело к быстрому угашению условной реакции (УР).

**Пример.** Порой наблюдаются при фобиях спонтанные ремиссии, когда пациент на основании внешних обстоятельств оказывается вынужденным находиться в вызывающей у него страх ситуации и при этом к его удивлению не испытывает страха.

**Информация о силе реакции.** Информация о силе условной реакции оказывает влияние на будущую ее вероятность появления и силу. Когда

испытуемому сообщают, что он слишком сильно прореагировал на условный стимул, то он демонстрирует резистентную к угашению реакцию как будто он этой информации не получал. Это случается и тогда, когда информация была фальшивой.

*Пример.* После социальных интеракций пациентов с социальными фобиями преодолевают тяжелые мысли о своем поведении в этих ситуациях («post-mortem»). Чем больше они об этом думают, тем более неадекватным кажется им их поведение и тем сильнее они убеждаются в том, что их телесные реакции страха (например, покраснение, потение) были очень сильными и заметными для других. Этот процесс приводит к тому, что страх перед социальными ситуациями (интеракциями) сохраняется.

### *2.1.2. Оперантное обусловливание (инструментальное научение)*

Совершенно другой подход к пониманию человеческого поведения был предложен теоретиками, которых следует причислить к сторонникам так называемого оперантного обусловливания (инструментального научения). К последним следует отнести, прежде всего, Скиннера (Skinner, 1938), который начал свою исключительно продуктивную работу в конце 20-х гг., опираясь на более ранние исследования Торндайка (Thorndike, 1898), а также под влиянием перевода Павловских «Условных рефлексов» (1927).

Наряду с обусловливанием, по Павлову, которое Скиннер обозначил как «обусловливание типа S» – ассоциация стимулов («субституция стимулов»), когда нейтральный стимул берет на себя роль запускающей реакцию (замещает в этом БС), он выявил в экспериментах, прежде всего, над животными и описал «обусловливание типа R» (рис. 3).

Характеристикой этого типа обусловливания является функциональная связь между реакцией организма и последующим, действующим на нее контингентно (по времени и пространству) стимулом.

$$\begin{array}{c} \mathbf{R} \rightarrow \mathbf{S} \\ \hline \mathbf{KV} \end{array}$$

Рис. 3. Базовая модель оперантного обусловливания

Иначе говоря, решающими для человеческого поведения и процесса обучения человека является связь, контингентные отношения (KV) между поведением организма и его результатами (последствиями). Этот основной принцип стал основой практически для всех методов оперантного

научения. Важнейшее условие для научения, по Скиннеру, образует результат поведения. Научение, в общем, в этой связи, характеризуется как изменение частоты проявления поведения. События, которые повышают частоту появления будущего поведения, он назвал «усилителями». Экспериментальные исследования по оперантному обусловливанию (Perrez & Zbinden, 1996) показали, что вероятность наступления поведения может быть регулируема (модифицирована) через последствия (результаты). Позитивные последствия или выпадение негативных стимулов либо не наступление ожидаемых негативных последствий повышают вероятность наступления поведения (позитивное и негативное подкрепление). Негативные последствия или выпадение позитивных стимулов либо не наступление ожидаемых позитивных последствий ведут к подавлению поведения (наказание/фрустрирующее отсутствие поощрения).

*Планы подкрепления.* Прямые клинические исследования позволяют ответить на вопрос, какие планы подкрепления являются наиболее эффективными. Для формирования нового поведения особенно благоприятным является непрерывное подкрепление, т.е. поведение подкрепляется каждый раз при его наступлении. Поведение, которое подкрепляется интермитирующе (прерывисто), оказывается особенно резистентным к угашению. Поэтому подкрепление с непрерывного переводится на прерывное при необходимости сделать новое поведение более стабильным. Если должно быть разрушено нежелательное поведение, то очень важным в терапии является формирование одновременно с этим позитивного поведения посредством соответствующего подкрепления.

*Пример.* 8-летний Томас на уроке ведет себя очень беспокойно и мешает остальным, – то начинает разговаривать с соседом, то двигает стулом. Иногда он поднимается со своего места, бегает по классу и отвлекает других детей. Учительница, которая в большинстве случаев остается спокойной, в таких ситуациях теряет терпение и делает ему замечание. Он поднимается со своего места все чаще. Это, согласно принципам оперантного обусловливания, может быть понято так, что интермитирующие замечания учительницы его поведение подкрепляют. Для коррекции этого поведения, наверное, нужно было либо последовательное его игнорирование (угашение), либо наказание отказом внимания («time out»). Одновременно важно было бы подкреплять позитивное поведение.

*Ближайшие и отдаленные последствия.* Существенным результатом исследования по оперантному обусловливанию является то, что ближайшие последствия в плане поведения являются более действенными, чем долгосрочные. Поэтому особое внимание уделяется непосредственным последствиям при объяснении и модификации расстройств. Так, фобиче-



ские пациенты знают, что их поведение избегания гипертрофировано и ограничивает их качество жизни (отдаленные негативные последствия). Однако, непосредственная редукция их страха (ожидания), если они избегают вызывающую страх ситуацию, определяет их поведение. Для самого процесса терапии важно подкреплять желаемое поведение и приучать пациента к самоподкреплению. В целом речь в терапии идет, прежде всего, о том, чтобы клиентам/пациентам объяснять принципы оперантного обусловливания и приучать их к систематическому применению этих принципов в плане самонаблюдения, самооценки и самоподкрепления (самоменеджменту). – *Kanfer et al., 1991*).

*Формирование сложных образцов поведения.* Согласно принципу сукцессивного построения поведения («shaping») или поведенческой цепочки («chaining») комплексные/сложные образцы поведения могут строиться посредством маленьких шагов. При этом критерий подкрепления постепенно изменяется. При шейпинге подкрепляются способы поведения, которые имеют все больше общих элементов с целевым поведением (целью поведения). При чейнинге усваиваются цепочки поведения, которые последовательно удлиняются за счет последующих звеньев. Эти принципы используются в терапии ретардированных или хронических больных шизофренией (например, при формировании самостоятельного принятия пищи или личной гигиены) или при коррекции детских нарушений поведения.

*Пример.* Самостоятельное поведение у детей может быть сформировано благодаря тому, что вначале уже даже самые намеки на самостоятельное поведение немедленно поощряются, а несамостоятельное поведение при более легких заданиях не берется во внимание. Так обучают родители своего ребенка, который не любит сам одеваться, вначале надевать носки. При этом они помогают ему до того момента, пока ему не оставалось их только потянуть вверх, и подкрепляют сразу же за этот шаг. И так постепенно родители все меньше помогают ребенку и продолжают поощрять за последующие успешные шаги, пока он, например, не надевает носки вполне самостоятельно.

*Стимульный контроль.* В рамках оперантного обусловливания стимулы, которые регулярно предворяют реакция – последствие – последовательность, получают указательную функцию. Дискриминативный стимул (Sd) является раздражителем, который показывает, что за определенной реакцией последует подкрепление. Аналогично указывающие стимулы могут сообщать о появлении или не появлении стимулов наказывающих. Если в наличии имеется дискриминативный стимул для позитивного подкрепления, то повышается вероятность проявления реакции. Этот

принцип используется в рамках бихевиоральной терапии при методе стимульного контроля, например, при психотерапии расстройств сна или пищевого поведения. Пациенты обучаются редуцировать проявление проблематичного поведения тем, что стимульные условия, при которых это имеет место, ограничиваются все сильнее, а такие, при которых формируется адекватное поведение, специфицируются.

*Пример.* Чтобы контролировать пищевое поведение при избыточном весе, рекомендуются следующие мероприятия для стимульного контроля, т.е. редукция стимулов, которые контролируют проблемное поведение: Прием пищи должен происходить только в одной определенной комнате, всегда на определенном месте. Никаких других занятий (например, чтение, телевизор) не должно быть вместе с принятием пищи. Еды на столе должно быть лишь столько, сколько должно быть съедено. «Проблематичной» еды (например, шоколад, чипсы) в доме не должно быть. Покупки планируются, пока пациенты не голодны, и ничего не должно быть куплено сверх плана. Пациенты учатся не все съедать, что на столе, но что-то и оставлять.

*Потеря контроля.* Это следует особенно учитывать в контексте депрессии. Надо отметить, что исследование депрессии особенно тесно связано с обусловливанием. Социальную самоизоляцию и недостаточную активность депрессивных пациентов следует отнести за счет потери усиливающих факторов (подкрепления). Повышение активности – это важная терапевтическая цель, и с пациентами планируются систематически разные формы активности, которые переживаются как нечто приятное. Сюда же к объяснению депрессивного поведения следует отнести и парадигму «выученной беспомощности» (Seligman, 1975, 1991). В этой парадигме экспериментальным животным наносились неконтролируемые электрические удары. Негативные стимулы наступали полностью независимо от поведения животных. Это приводит к когнитивным трудностям, мотивационному дефициту (например, редуцированному сексуальному поведению, потере аппетита), эмоциональным и физиологическим расстройствам (язве желудка). Полученные данные интерпретируются в том смысле, что индивид через опыт неконтролируемости образует генерализованное ожидание, что будущие события являются независимыми от его собственного поведения.

*Ожидание нереалистичных последствий.* В общем оперантное научение может быть понято в смысле обучения ожиданиям последствий собственного поведения. Так, сильную резистентность угашения фобического поведения избегания объясняют через ожидание, что за ним не наступят авersive последствия, если будет демонстрироваться поведение

избегания – или, наоборот, следует ожидать наказания в том случае, если не избегать. Каждый раз, когда имеет место поведение избегания, эти ожидания подтверждаются. Не может быть выучено, что ожидаемое негативное последствие не наступит, если не помешать поведению избегания (например, препятствие убеганию из магазина при агорафобии, препятствие осуществлению контрольного ритуала при навязчивом контроле/проверке). Эффективность конфронтационной терапии при фобиях и навязчивостях может интерпретироваться как коррекция неверных ожиданий пациентами наступления неприятных последствий. Последние данные указывают на то, что длительность конфронтации может быть значительно сокращена, если пациенты понимают конфронтацию эксплицитно, в смысле поведенческого эксперимента. Им объясняют, что конфронтация служит для того, чтобы перепроверить собственные ожидания (гипотезы), наступит ли неприятное событие (т.е. индивидуально различно ожидаемая «катастрофа»). Конфронтационные упражнения выбираются и осуществляются таким образом, чтобы была возможной проверка даже самого плохого ожидаемого события.

*Пример.* Пациентка с агорафобией опасается из-за страха потерять сознание в магазине, что ее могут посчитать сумасшедшей и запереть в психиатрическую клинику. Поэтому она полностью избегает ходить в магазины. Терапевт и пациентка обсуждают, что пациентка только лишь выяснит правильность ее ожидания, если она понаблюдает, что в действительности произойдет, когда она в магазине потеряет сознание или просимулирует потерю сознания. Вначале психотерапевт выступает в качестве модели. Пациентка и психотерапевт посещают один из магазинов, и психотерапевт симулирует потерю сознания, в то время как пациентка наблюдает происходящее с некоторого расстояния. Затем они обсуждают результаты наблюдения и полученный опыт. Здесь становится ясным, что ничего из поведения окружающих лиц не указывало на то, что они посчитали, что у психотерапевта был приступ страха и что он сумасшедший. Затем пациентка сама провела в другом месте поведенческий эксперимент – «упала в обморок».

Как и при классическом обусловливании, приобретаемый опыт в смысле оперантного обусловливания, тоже может быть модифицирован с помощью когнитивных переменных, но об этом будет разговор ниже.

В связи же с классическим и оперантным обусловливанием (и научением) следует указать, что уже в 30-е гг. имела место живая дискуссия о приоритетах одного из двух обсужденных выше принципов научения. Для практики БКТ, как стало вскоре понятно, практически невозможно работать только с одной моделью, так что происходит их комбинирование (Kanfer und Phillips, 1970), что иллюстрирует рис. 4.

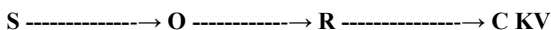


Рис. 4. Классическая линейная модель БКТ

Человеческое поведение, согласно этой модели, рассматривается как помещенное в стимульные условия (S), которые свое влияние на человеческое поведение осуществляют через O-переменные. Одновременно поведение направляется его последствиями, при этом последствия следуют специальным контингентным отношениям (KV) или плану подкрепления. Эта классическая линейная модель сыграла для развития БКТ видную роль; в качестве типичного примера можно упомянуть так называемую двухфакторную модель Mowrer (1947). Согласно последней возникновение страха можно понимать как результат классического обусловливания (связь между УС-БС), а поддержка (сохранение) реакций страха объясняется через оперантно выученное избегание (индивид постоянно негативно подкрепляется в своей реакции избегания \R\ через отсутствие ожидаемого последствия \C\). Основным принцип двухфакторной модели Маурера можно проиллюстрировать рис. 5.

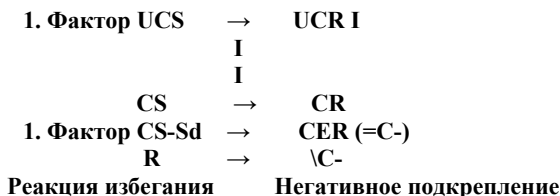


Рис. 5. Двухфакторная модель по Мауреру (Mowrer, 1947)

Двухфакторная модель со стороны своей структуры и сегодня считается продуктивной; ее продуктивность особенно видна при объяснении возникновения и фиксации страхов, при объяснении стабильности (а точнее, гиперстабильности – фиксированности, ригидности) поведения избегания (например, при фобиях или навязчивостях). Эта модель может развиваться, в частности в следующих пунктах. Во-первых, отграничиваются друг от друга различные уровни человеческого поведения, т.е. внутри R-компонентов могут различаться: значение наблюдаемого поведения, физиологических реакций (автономный уровень) как и сфера когнитивных процессов (Lang, 1971). Это деление на различные уровни анализа оказалось в большой мере имеющим смысл и необходимым для бихевиоральной терапии (в плане слияния с когнитивной психотерапией).

ей). Второе направление развития относится к аспекту динамики, т.е. реассоциации (Rückkoppelung) отдельных уровней: здесь особую роль играют позиции по саморегуляции (т.е. наблюдение собственного поведения, определение внутренних стандартов и т.д.). Система саморегуляции была расширена за счет аспектов переработки информации на биологическом и идеографическом фоне. Тем самым было замещено представление о статически и линейно функционирующем организме на динамическую модель.

В модели (рис. 6) дается иллюстрация конкретного случая пациентки с многолетней агорафобией (Reinecker, 1996. S. 142–144).

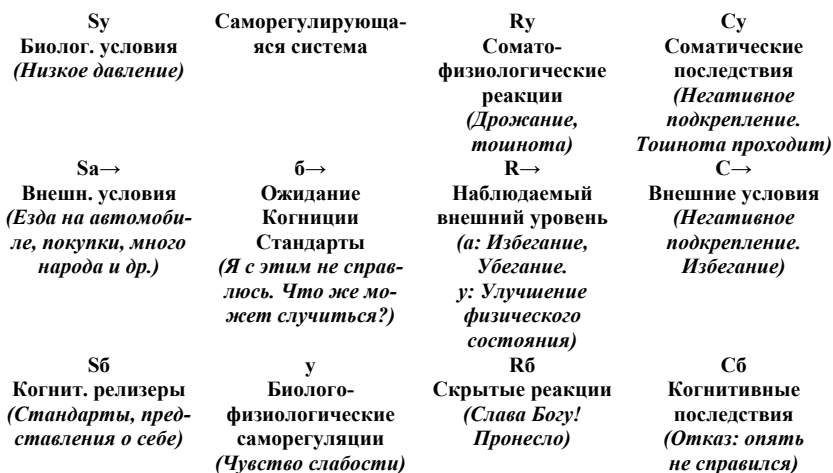


Рис. 6. Принцип системной динамической модели анализа человеческого поведения (Reinecker, 1996. S. 142)

Как важный аспект этой модели следует иметь в виду ее мультирегуляцию.

В этой связи Kanfer et al. (1991) предложили обозначить разные уровни регуляции как а-, b- и у-переменные в качестве детерминант человеческого поведения:

1. *а-переменные* – внешние ситуативные условия, внешняя среда, а также наблюдаемые признаки поведения, если они представляют собой детерминанты других (в определенной мере зависимые) переменные. Пример: Средовые раздражители, а также собственные и чужие реакции,

которые в функциональном плане представляют собой условия человеческого поведения.

2. *b-переменные* охватывают скрытые мыслительные процессы, которые могут также рассматриваться как релизеры, как признаки или как последствия (детерминанты) человеческого поведения.

*Пример.* Навязчивые мысли как релизеры ритуального поведения; обесценивающие депрессивные мысли как признак и сопутствующее явление депрессивных образцов поведения; позитивные ожидания как модераторы будущих реакций и т.д.

3. *y-переменные* – устойчивые биологические и физиологические особенности человека (возраст, пол, гормональные условия...) и актуальные соматические влияния, например, лекарства, алкоголь и т.д. Эти переменные образуют также решающие, если не единственные в длительном процессе детерминанты человеческого поведения. Понятно, что какая-либо детерминанта не в состоянии человеческое поведение исчерпывающе обусловить и объяснить.

*Пример.* В качестве детерминант расстройства сна могут выступить как условия внешнего уровня (а: шум, условия сна, рабочие нагрузки), мыслительного уровня (b: ожидания, мысли, раздумья – бесплодные мечтания), так и сомато-биологического уровня (y: возраст, пищевое поведение, употребление алкоголя, прием лекарств и т.д.).

Системная модель, как справедливо замечает Райнекер (Reinecker, 1996), разработана не для того, чтобы повысить сложность (комплексность) иллюстрации, а для того чтобы: во-первых, показать сложность человеческого поведения и во-вторых, получить еще более надежный инструмент анализа человеческого поведения. Следует отметить, что в данном случае речь идет об открытой, флексибильной модели, которая открыта для дальнейшего развития и расширения.

## **2.2. Когнитивные теории научения**

### **2.2.1. Принципы когнитивной теории научения**

Не будет преувеличением сказать, что собственно единой когнитивной теории научения еще не существует, как, впрочем, и классической; скорее можно говорить в том и в другом случае о гетерогенных подходах. Центральным признаком когнитивных теорий научения является то, что при объяснении отдельных характеристик научения прибегают к «когнитивным» процессам. Когнитивные процессы, или когниции, – это, скорее

всего, те процессы, которые информацию накапливают, сохраняют, обрабатывают, трансформируют, вызывают, затем используют и т.д. Психические активности или функции, как: восприятие, представление, воспоминание, мышление, решение проблем и действие понимаются как возможные шаги в процессе переработки информации. Лица с психическими расстройствами демонстрируют специфические особенности этих функций, которые ведут к возникновению и/или сохранению (фиксации) расстройства.

Составление правил. Важной чертой научения является то, что организм пытается сформировать для определенных ситуаций правила, а также пытается адекватно на них реагировать. Было бы исключительно неэкономно, если бы индивид на каждую новую ситуацию должен был реагировать иначе. Эта способность к формулировке правил рассматривается в когнитивной теории научения как центральная: в теории ожидания, например, предполагается, что организмы формируют правила для контингенций усилителей. Так, при процессе угашения речь идет, согласно позиции теоретиков ожидания, о процессе проверки правил, о наличии или отсутствии взаимоусиления.

Селективное внимание. Клинические наблюдения показывают, что пациенты с фобиями живут субъективно в мире постоянных страхов. Так, испытывающий страх перед пауками быстрее обнаружит маленького паучка в комнате, чем здоровый человек, и скорее, чем здоровый человек, примет пластикового жучка за живого. Многочисленные экспериментальные исследования показали (Ehlers A., Lüer G., 1996), что пациенты с фобическими расстройствами селективно направляют свое внимание на угрожающие содержания или/и труднее игнорируют угрожающие раздражители, чем испытываемые контрольных групп. Особенно часто в таких исследованиях использовался Цветной тест Струопа, в котором цвета с нейтральным цветом и со словами с угрожающим содержанием должны были называться как можно быстрее. Чем больше испытуемый направлял свое внимание на содержание, тем медленнее он называл цвет, т.е. тем больше была интерференция. На какие раздражители селективно направлялось внимание, определялось спецификой фобического расстройства. Так, пациенты с социальными фобиями демонстрировали повышенную интерференцию со словами, которые обозначали социальные опасности (высмеивать, оставлять и др.).

*Селективная интерпретация.* Многие исследования свидетельствуют о том, что пациенты с фобиями при предъявлении многозначных стиму-

лов (например, слов-омофонов) предпочитают их интерпретировать как слова с негативным (например, угрожающим) содержанием. Так, в исследовании Mathews et al. (цит. по: Margraf, 1996. Р. 60) аудиально предъявлялся ряд таких слов-омофонов, например, «die – умирать» и «dye – красить», которые испытуемые должны были записать. Пациенты с генерализованными фобическими расстройствами чаще, чем контрольная группа здоровых, интерпретировали услышанные слова как угрожающие.

*Селективные эффекты памяти.* Была выявлена связь между настроением и памятью, так называемый «эффект настроения» «mood congruence effect» (Bower, 1981; Clark, Teasdale, 1982). Так, депрессивные пациенты должны были в состоянии максимально сниженного настроения и не очень вспомнить что-то из своей жизни в связи с нейтральным опорным словом. В первом случае чаще всего вспоминались ситуации, в которых пациенты чувствовали себя несчастными. При задании вспомнить конкретные ситуации, в которых депрессивные пациенты и контрольная группа здоровых чувствовали себя счастливыми, последние такие ситуации вспоминали быстрее и значительно большее их количество.

### **2.2.2. Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) А. Эллиса (A. Ellis)**

*Краткая история возникновения.* Первые публикации Альберта Эллиса появились уже в середине 1950-х гг. (1958, 1962, 1986). На одном из Международных конгрессов он признался, что к РЭТ он пришел после того, как ему «надоело сидеть годами у кушетки» (1998). Он также открыто признался, что на него оказал сильное влияние целый ряд философов и психологов.

*Влияние философов:* стоики Эпиктет и Маркус Аврелий: «People are disturbed not by things but by their view of things» («Душевное равновесие людей нарушают не вещи, а их взгляд на вещи»); Иммануил Кант через работу «Критика чистого разума», а также Поппер и Райхенбах.

РЭТ идентифицируется также с этическим гуманизмом Рассела, экзистенциализмом Хайдеггера и Тиллиха. Теоретики РЭТ согласны с тем, что люди являются центром своего универсума (но не универсума вообще) и обладают силой выбора (но не безграничного выбора) с позиции их эмоциональной сферы. Эллис считает, что РЭТ вдвойне гуманистична: а) в ее попытках помочь людям максимизировать их индивидуальность, свободу, интерес к самим себе, самоконтроль в одно и то же время; б) в попытках помочь им жить в любимой ими включенной, ответственной и



избирательной манере. Это подчеркивает тенденцию к облегчению взаимодействия индивидуальных и социальных интересов.

А. Эллис (РЭТ) не против религии как таковой, но против религиозности – догматичной и благоговейной установки на веру. РЭТ разделяет вместе с философами христианства точку зрения, что мы готовы, скорее, осудить грех, забыв про грешника.

И, наконец, на идеи Эллиса оказали влияние работы (общих) семантиков и, прежде всего, работы Кожибского (1933), который считал, что наши психические процессы в большой степени детерминированы нашими сверхгенерализациями и небрежностью используемого нами языка. Как и Кожибский, А. Эллис считает, что коррекция/модификация ошибок нашего мышления и нашего языка может иметь исключительное влияние на наши эмоции и наше поведение.

*Влияние психологов.* На Эллиса и на созданную им РЭТ оказали влияние не только философы, но и психологи. Прежде всего, он прошел тренинг в психоаналитической школе Карен Хорни. Мысль К. Хорни (1993) о том, что при неврозах имеет место так называемая *tyranny of the shoulds* (тирания долга, обязанности), оказала заметное влияние на концептуальное оформление РЭТ. Правда, Эллис пошел дальше, указав на догматическую и абсолютистскую природу этих когнитивных – мыслей типа «я должен, я обязан; вы/они обязаны» и т.п. Более того, именно Эллис и РЭТ-терапевты подчеркнули необходимость и возможность изменения этих мыслей в терапевтических целях. Эллис признавался, что РЭТ кое-что позаимствовала также у Альфреда Адлера (1927), который считал, что поведение человека обязано его идеям. Концепция Адлера о важной роли чувства неполноценности в психологических расстройствах определило взгляд Эллиса на то, что эго-тревожность основывается на концепции самооценки, конституирующей фундаментальные человеческие расстройства.

В середине 1950-х гг. А. Эллис обозначил свою психотерапию как «рациональную терапию», чтобы более определенно противопоставить ее психоаналитическим терапиям, затем Эллис признал необходимость использования активно-бихевиоральных методов и тем самым признал влияние на него и некоторых пионеров бихевиоральной терапии.

Интересно, что приблизительно в те же годы независимо друг от друга были предложены и другие когнитивно-ориентированные терапии (Э. Берна, Г. Келли, А. Лоу и др.), но только РЭТ признана сегодня как одна из основных форм СБКТ.

Рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса представляет собой определенное единство рационально-эмотивной теории, рационально-эмотивной философии и рационально-эмотивной терапевтической практики.

I. *Рационально-эмотивная философия (РЭТ-философия)*. Рационально-эмотивная теория терапии опирается на глубокие философские корни. РЭТ-философия включает: Эпистемологию (теорию познания). Диалектику (искусство аргументации). Аксиологию (систему ценностей). Этику (систему нравственных принципов).

*Эпистемология*. Рационально-эмотивная философия утверждает, что лучшим способом получения знаний о себе, других и мире является научный метод. В то время как, например, религия признает наиболее важным способом познания веру, озарение и святое вдохновение, РЭТ отстаивает научное мышление. На любое суждение пациента/клиента РЭТ имеет хороший вопрос: «Где доказательства верности вашего мнения?». В РЭТ клиент выступает в качестве исследователя, ученого, собирающего правильную информацию, логически использующего имеющиеся данные для формирования здоровых и полезных суждений.

*Диалектика*. Предполагает владение искусством логического мышления. Большинство людей выглядят специалистами как раз по нелогичности. Вот типичный пример такой нелогичности:

Я должен быть совершенным.

Я сделал просто ужасную ошибку.

Это доказывает, что я несовершенен и поэтому никчем.

Имеет ли такое суждение научную строгость? Конечно, нет. Где доказательства правоты утверждения: «Я должен быть совершенен»? Их нет, хотя есть достаточно доказательств, что я, как и любой человек, несовершенен и поэтому должен быть скорее несовершенен, а не наоборот. То, что я несовершенен, подтверждается моей ошибкой (с оценкой ее ужасности тоже не следует спешить, нужны доказательства), но следует ли из этого логический вывод о моей никчемности? Разумеется, нет, хотя люди, мыслящие дихотомически, ответят утвердительно. В дихотомическом мышлении есть только две категории: «совершенный» и «никчемный». А отсюда и путь к соответствующим эмоциям.

*Аксиология (система ценностей)*. Согласно философии РЭТ большинство людей ориентируется на две ясные ценности, хотя и не всегда говорят о них вслух. Этими главными ценностями являются: **сохранение жизни и получение удовольствия** (выделено мной. – Г.З.). По отноше-

нию человека к этим ценностям можно определить, насколько рационально его мышление. Все, что способствует поддержанию жизни и получению удовольствия (счастья), можно определить как рациональное. Все, что направлено против выживания и счастья, является иррациональным. Основные жизненные цели человека: прожить собственную единственную жизнь как можно более счастливо, несмотря на несовершенство человеческого организма, природы и социального мира.

Ответственный гедонизм. Философская направленность РЭТ – это откровенный, но ответственный гедонизм. В отличие от слепого инстинктивного гедонизма фрейдовского «Оно», в РЭТ гедонизм управляем и имеет индивидуальные особенности. В то время как в концепции «Оно» всеми нами управляют одни и те же импульсы, согласно РЭТ, людям присущ активный поиск разнообразных приятных переживаний, поиск удовольствия. РЭТ не предписывает, как и за счет чего получать удовольствие, но подчеркивает, что получение удовольствия и сохранение жизни являются основными целями жизни. Но удовольствие не может и не должно продолжаться непрерывно, Если вы, например, получаете удовольствие от чего-либо, что имеет отрицательные побочные эффекты, то удовольствие будет не очень долгим. Так, если вы злоупотребляете алкоголем или наркотиками, возможно вы получаете кратковременное большое удовольствие, но за этим следует более длительное и тяжелое абстинентное состояние. Так как кратковременное удовольствие может создавать препятствия для достижения другой основной цели – сохранения жизни, то РЭТ учит умеренности – ответственному гедонизму.

*Этика (нравственные принципы).* РЭТ-философия утверждает, что построить справедливые отношения с окружающими можно на основе человеческого благоразумия и предвидения последствий наших действий. Что нравственно, а что нет, решается в каждой конкретной ситуации; абсолютно правых и неправых не бывает. В действительности, оценка своих и чужих действий категориями абсолютной правоты или ошибочности ведет к чувствам вины, стыда, к тревоге и депрессии, либо враждебности и нетерпимости к другим. РЭТ помогает клиентам использовать разум при решении этических проблем и дилемм, помогает развивать недогматическую и неабсолютистскую, но социально зрелую философию жизни. Нравственные принципы формируются, исходя из ответа на вопрос: «Не повредят ли мои действия другим людям?», менее удачен вопрос: «А не нарушает ли это общепринятые правила и нормы?». Нравственные поступки всегда выгодны и окружающим, и себе. Итак, нрав-

ственные заповеди схожи с известным золотым правилом: **«Поступай так, как хотел бы, чтобы поступали другие»** (выделено мной. – Г.З.).

*Этический гуманизм.* Сам Эллис, вне сомнения, атеист. В нескольких своих работах он постулирует, что в то время как религия (как философия жизни) может быть рациональной, религиозность (как необоснованная догматическая и абсолютистская вера) есть не только опиум для народа, но и важная причина психопатологии. Он утверждает, что религиозность – это принятие абсолютистских понятий правоты и ошибочности, это вера в вечные муки в аду за допущенные ошибки, что ведет к чувствам вины и стыда, тревоге и депрессии, а также к агрессии и нетерпимости.

Хотя Эллис – несомненный гедонист, гуманист и атеист, тем не менее, и он считает, что можно сохранять приверженность религии и быть при этом хорошим специалистом по РЭТ. Это демонстрируют многие священнослужители Христианства и Иудаизма, хотя они и не разделяют атеизма Эллиса. Также не обязательно клиентам отказываться от религиозных убеждений, хотя полезно отказаться от крайних форм религиозной ортодоксальности для того, чтобы получать больше удовольствия от жизни, чтобы стать более терпимым к себе и окружающим.

Клиент приходит к РЭТ-специалисту со своей индивидуальной философией, которая, видимо, не срабатывает, не функционирует в обыденной жизни и приводит к проблемам и болезням. РЭТ-психолог-консультант и психолог-психотерапевт пытается помочь принять такую новую философию жизни, которая может способствовать снижению эмоционального дистресса и более счастливой жизни. Цели РЭТ-философии – сформировать убеждения и привычки, способствующие достижению следующих целей: сохранения жизни (здоровья), достижения удовлетворения жизнью, умения ладить с людьми, поддержание теплых отношений с близкими людьми, стремление реализовать себя как личность.

II. *Рационально-эмотивная базисная теория (РЭТ-теория). GABCDE – модель.* У людей есть определенные цели, к которым они всегда стремятся (**G** – goals). Целью человека обычно является получение удовлетворения: от общения с самим собой; от общения с другими людьми; от общения с близкими/избранными; в работе и финансах; в других видах деятельности (занятия искусством, литературой, спортом, играх и т.д.). На пути к осуществлению этих целей встают препятствия, которые в РЭТ называются Негативными Активизирующими Событиями (**A** – activating events). При этой встрече у человека есть выбор между адекватной и неадекватной эмоциональной реакцией и соответствующим

поведением. Эти эмоциональные реакции и поведение называются Следствиями (С – consequences). В большинстве случаев люди адекватно реагируют на А. Основным источником адекватных или неадекватных чувств и поведения являются не активизирующие события (А), а рациональные/реалистичные или иррациональные/нереалистичные Убеждения (В – beliefs). В одном случае – это: «Я недоволен тем, что у меня в этот раз ничего не вышло (не сдал экзамен, не получил работу, не познакомился или кто-то покинул и т.п.). Надеюсь, в следующий раз я добьюсь успеха, добьюсь своего. Да, я предпочитаю получать одобрение значимых для меня людей, Но если они отвергают меня, то это еще не конец света – я постараюсь получить их одобрение в следующий раз». В другом случае – «Я не должен был потерпеть поражение и оказаться отверженным. Это ужасно. Я не могу этого вынести. Я ничтожество, я заслуженно наказан. Я останусь навсегда неудачником и ко мне всегда будут плохо относиться!».

Иррациональные убеждения (когниции) являются чаще всего реакция-ми на неблагоприятные Активизирующие События, имевшие место как в детстве, так и в более позднем возрасте. Но, воспроизведенные и повторенные много раз, они превращаются в Базовую философию (базовые убеждения или дисфункциональные личностные конструкты по Д. Келли), которая представляется и ощущается как абсолютно верная и оказывает на характер производных убеждений. Из своей большой коллекции базовых убеждений, составляющих базовую философию – философию долженствования («должномании, или обязумия») – А. Эллис выделил три, посчитав, что все остальные являются их вариантами (1998, С. 202):

– «Я должен добиваться успеха и получать одобрение значимых других, а если я не делаю того, что должен и обязан, значит, со мной что-то не в порядке. Это ужасно, и я полное ничтожество».

– «Вы – люди, с которыми я общаюсь, мои родители, моя семья, мои родственники и сотрудники – должны относиться ко мне хорошо и быть справедливыми! Просто ужасно, что вы этого не делаете – гореть вам за это в адском огне!».

– «Условия, в которых я живу – окружающая среда, общественные отношения, политическая обстановка, – должны быть устроены так, чтобы я с легкостью, не прилагая усилий, получал все, что мне необходимо. Разве не кошмар, что эти условия трудны и причиняют мне огорчения! Я никак не могу быть счастливым; я или навсегда останусь несчастным, или убью себя!».

Почему людям часто бывает так трудно отказаться от тех «должен» и «обязан», которые они сами себе навязывают и наносят тем самым себе

вред? Ответ: все дело в природе этих «должен» и «обязан», где когнитивные, эмотивные и поведенческие элементы теснейшим образом взаимосвязаны (Там же. С. 233).

За выявлением сути **В** (базовых убеждений, дисфункциональных личностных конструктов, дисфункциональных установок и производных от них убеждений или когниций) следует дискуссия, диспут (**D** – disputing) по поводу иррациональных убеждений обеих уровней, в результате чего клиент/пациент вырабатывает для себя новую эффективную философию, т.е. систему рациональных, здоровых убеждений (**E** – Effective New Philosophy – эффективную новую философию). Например: «Я предпочел бы преуспевать, быть совершенным и любимым, но это не значит должно и обязательно!»; «Мне бы хотелось, чтобы окружающие были внимательны и заботливы по отношению ко мне, но они вовсе не обязаны быть такими!»; «Мне бы хотелось жить в покое и довольстве, но это не значит, что кто-то должен мне это, а для меня это является обязательным!».

### **2.2.3. Когнитивная терапия А. Бека (А. Beck)**

Аарон Бек (1963, 1970, 1979, 1998) – пионер когнитивной терапии и крупный специалист в области терапии, прежде всего, депрессий. Он профессор психиатрии и педагогики Йельского и Пенсильванского университетов, автор многочисленных книг, в которых рассказывается о применении когнитивной (бихевиорально-когнитивной) терапии в целях предотвращения суицидов, депрессии, тревожности, фобий, а также шизофрении, о чем он докладывал на последнем 29-ом Международном конгрессе Европейской Ассоциации Бихевиорально-когнитивной психотерапии в конце сентября этого года в г. Дрездене (Германия). Мне посчастливилось слушать его лекцию, пройти ворк-шоп (семинар-тренинг) у него на этом же конгрессе, а также лично побеседовать по интересующим меня проблемам.

Когнитивная терапия, по Беку, – это краткий, фокусированный вид психотерапевтического воздействия, созданный после того, как была обнаружена взаимосвязь между привычными когнитивными (мыслительными) ошибками и психологическими нарушениями/расстройствами. Структурно теория когнитивной психотерапии связана с когнитивной психологией, теорией переработки информации, социальной психологией, эволюционной биологией и психоанализом.

Когниции (мысли) – это вербальные или визуальные единицы в потоке человеческого сознания, которые связаны с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями (когнитивными схемами).

Основные принципы когнитивной модели психотерапии. В основе когнитивной модели психотерапии лежат 8 принципов (А. Бек, 1998. С. 307–308), но основным, на наш взгляд, является первый из них, который говорит о том, что «поведение и чувства человека определяются тем, как он структурирует ситуацию. Например, когда человек считает ситуацию опасной, он чувствует тревогу и принимает меры для того, чтобы защитить себя или же убежать. Когниции запускают определенные эмоции, которые либо мобилизуют человека, заставляя его действовать, либо демобилизуют или деморализуют его. Такими эмоциями могут быть тревога, страх, гнев, печаль или любовь – их поведенческими коррелятами являются бегство или нападение, отстранение или приближение».

А. Бек (А. Beck, 1976. Р. 315) указывает на ряд когнитивных ошибок, т.е. ошибок в структурировании ситуаций, неадекватного отражения объективной реальности, не позволяющие человеку чувствовать и вести себя так, как бы это ему хотелось.

1. Произвольные (негативные) выводы, несмотря на явный недостаток фактов и доказательств или наличие противоречащих им фактов и доказательств (например: «Поскольку коллега со мной не поздоровался, значит, он на меня сердится».)

2. Селективное восприятие, внимание, обобщение: ситуация оценивается на основании вырванной из взаимосвязи детали при игнорировании более существенных характеристик ситуации; отсюда, односторонность и, чаще всего, негативность суждений. Пациент, страдающий депрессией, обращает внимание только на негативные аспекты происходящего, тревожный человек обращает внимание прежде всего на признаки опасностей, а больной паранойей выбирает из своего опыта те случаи, когда с ним плохо обращались.

3. Сверхгенерализация: на основе одного факта или многих отдельных фактов (например, что-то не удалось достигнуть: сдать экзамен, устроиться на работу, критика шефа, обидное слово близкого человека и т.п.) делаются далеко идущие заключения и выводы, выводятся общие правила, которые переносятся на многие другие ситуации (например: «Я всегда буду неуспешным», «Меня вообще не любят» и т.д.).

4. Максимизация и минимизация (преувеличение и преуменьшение): значение определенных событий и переживаний оценивается искаженно не в пользу чувства собственного достоинства; значение негативного экстремально преувеличивается, а положительного – преуменьшается. Так, например, клиент может свой неправильный ответ в обычной ситуации

обучения возвести в большое негативное событие (преувеличение), в то время как блестящий ответ в неординарной ситуации считать случайным, а высокая оценка – незаслуженной (преуменьшение).

5. Персонализация: склонность, относить внешние события к самому себе, даже если нет никаких оснований для установления таких взаимосвязей. Клиент/пациент считает себя ответственным за какое-то событие без серьезных на то оснований. Например, за то, что после многих лет болезни, несмотря на заботу о матери, мать умирает от рака.

6. Дихотомическое мышление: тенденция видеть мир «черно-белым», замечать только полярные качества без промежуточных оттенков; весь опыт видится разделенным как бы на две исключаящие друг друга части, например, либо он безупречен, либо недостаточен; поступки – чистыми либо грязными, святыми или грешными. Сексуальные отношения – дух захватывающими либо скучными; идеи – гениальными либо тривиальными и т.д. При описании самого себя клиент/пациент использует экстремально негативные категории.

Несколько позже Бек (Beck, 1988) дополняет список указанных выше когнитивных ошибок или искажений еще пятью:

1. Туннельное зрение, которое связано с избирательной абстракцией. Люди воспринимают только то, что соответствует их настроению, хотя воспринимаемое событие может быть более масштабным. Пример: муж, который не видит ничего положительного в отношениях к нему со стороны жены и наоборот.

2. Пристрастные объяснения в тех случаях, когда отношения причиняют людям боль, то они склонны приписывать друг другу отрицательные чувства, мысли и действия. Например, партнеры могут объяснять конфликты в семье дурным или неуживчивым характером друг друга.

3. Наклеивание отрицательных ярлыков и реакция на них, как на нечто реальное.

4. Чтение мыслей. Партнеры убеждены, что могут читать мысли друг друга и исходят в своих отношениях из этой ложной посылки.

5. Субъективная аргументация: если человек испытывает какую-то очень сильную эмоцию, то эта эмоция оправдана.

*Когнитивные схемы.* Но оказывается, как выявил А. Бек и другие когнитивные терапевты, под когнитивными ошибками скрывается более глубокий или второй когнитивный уровень, который был обозначен как уровень «когнитивных схем» или «базисных дисфункциональных убеждений». Когнитивные схемы – это когнитивные структуры, которые ор-



ганизуют опыт клиента и могут формировать основу для индивидуальных случаев предубеждений или искажений, т.е. когнитивных ошибок.

При идентификации когнитивные схемы могут быть представлены в виде пропозиции: «Если...то...» («Если я не окажусь компетентным во всех отношениях, то я просто неудачник»), что похоже на «иррациональные убеждения» А. Эллиса, но без философии долженствования (императивных убеждений). В этом они – Бек и Эллис – отличаются.

Дисфункциональное действие этих двух когнитивных уровней очень убедительно и наглядно демонстрируется на «когнитивной триаде» при депрессии, на материале которой, прежде всего, А. Бек и развивал свою когнитивную психотерапию.

Первый компонент триады – негативное мнение человека (клиента / пациента) о себе самом. Он считает себя дефектным, неполноценным, обездоленным и приписывает все неприятности собственным умственным, физическим и моральным дефектам. Из-за этого он начинает испытывать неприязнь к самому себе и думать, что он никуда не годен и никому не нужен. Он решает, что ему недостает качеств, необходимых для того, чтобы быть счастливым.

Второй компонент триады – это тенденция человека (клиента/пациента) видеть все происходящее с ним в негативном свете. Он считает, что жизнь проявляет к нему непомерные требования, что на пути к его целям стоят непреодолимые препятствия и что в мире слишком мало радости и удовольствий. Всему происходящему клиент/пациент дает негативную оценку, а взаимодействие с другими людьми рассматривает как источник неприятностей. Часто кажется, что депрессивный больной сначала делает негативные выводы, а уже потом «подгоняет» под них факты.

Третий компонент когнитивной триады заключается в негативном представлении о будущем. Этот симптом есть почти у всех пациентов, страдающих депрессией. Больной считает, что трудности и страдания будут сопровождать его бесконечно. Жизнь представляется ему состоящей из непрестанных бед, лишений и разочарований. Думая о предстоящем деле, он предвидит неминуемую неудачу (А. Бек, 1998. С. 308–309).

Поскольку эти когнитивные процессы (когниции, мысли) автоматизированы и направляются лежащими в их основе усиленными негативными нереализованными системами убеждений (когнитивными структурами или схемами), то они оказываются и очень ригидными, т.е. трудно корригируемыми.

Откуда появляются у человека «когнитивные схемы», автоматические мысли и когнитивные ошибки? Бек (Beck, 1979, 1998) полагает, что они являются результатом многих взаимодействующих факторов: врожденных, которые могут быть усилены или ослаблены опытом (травмами, полученными в детстве, стилем семейного воспитания, неадекватным опытом научения навыкам преодоления трудных ситуаций и решения проблем). Иначе говоря, А. Бек поддерживает теорию социального научения.

### **2.3. Когнитивно-социальные теории научения**

#### ***2.3.1. «Модельное научение» А. Бандура (A. Bandura)***

К когнитивно-социальным концепциям следует, прежде всего, отнести теорию научения Бандура (Bandura, 1969, 1977, 1986), поскольку он для объяснения обучения новому поведению и преобразованию старых стереотипов поведения использовал понятие когнитивных схем, центральное для когнитивных психотерапевтов, а также учитывал социальные условия, в которых происходит научение. Методы научения по модели связаны, в большей степени, с именем А. Бандура. Они, скорее всего, занимают промежуточное положение между классическими и когнитивными теориями научения.

Пере и Збинден (Perez, Zbinden, 1996) определяют обучение по образцу (модели) как процесс, при котором вероятность появления определенных форм поведения человека повышается, если он соответствующее поведение наблюдает у другого человека (образец, модель). Райнекер (Reinecker, 1987. S. 62) под модельным научением понимает такое научение, когда человек свое поведение изменяет на основании поведения другого человека (модели) в направлении этого модельного поведения. Модельное поведение может быть представлено непосредственно, а также через фильм или описание. Имеются эмпирические данные, что модельное научение может играть роль и в развитии психических расстройств. Так, исследователи в лабораторных условиях дали возможность взрослым обезьянам наблюдать за поведением своих соплеменников, которые страхом реагировали на игрушечных змей. Лабораторные животные, которые до этого не проявляли страха в отношении игрушечных змей и которые еще не видели настоящую змею, демонстрировали после наблюдений сравнительно сильную и стабильную реакцию страха. Модельное научение может быть использовано и психотерапевтически, например, при тренинге

социальной компетентности, при котором другие участники или психотерапевты демонстрируют благоприятное вербальное или невербальное поведение в ролевой игре. В терапии страха нередко психотерапевт выступает в качестве модели, чтобы мотивировать пациента к конфронтации с вызывающими страх ситуациями и тем самым ускорить терапию.

*Пример.* Так, терапевт в рамках программы терапии страха перед животными демонстрирует, как можно общаться с животным (например, он позволял ползти по своей руке пауку), прежде чем привлекал к этому пациента. Таким образом, можно в трехчасовом сеансе провести пролонгировано эффективную терапию.

### *2.3.2. Другие методы социально-когнитивного научения*

Сообщение/передача знаний. Наряду с обучающими процессами на основании опыта и наблюдения для просвещения и терапии психических и психосоматических расстройств также важным оказывается информированность клиента (наличие соответствующих знаний). Посредством целенаправленного информирования с опорой на предварительные знания возможно уменьшение напряжения в связи с расстройством и облегчение участия пациента в терапевтических мероприятиях.

*Пример.* Больной шизофренией с параноидной симптоматикой был убежден в том, что его должны отравить. Его мать интерпретировала его отказ есть приготовленную пищу, как проявление агрессии против нее. Она пыталась прибегнуть к «здоровому смыслу» больного сына, крича и укоряя его в том, что она так много сил тратит на приготовление пищи. Как результат – ухудшение симптоматики у больного, так что его пришлось положить в стационар. И только, когда по улучшению состояния сына, получив разъяснения от специалиста, почему сын так себя ведет, мать несколько успокоилась, и оба согласились с необходимостью принимать сыну назначаемые ему лекарства.

Но надо помнить и о вреде ложной информации.

*Ожидание (наказание, избегание, угашение).* При построении системных моделей в них уже de facto были включены и некоторые аспекты когнитивных концепций научения, в том числе и «ожидание». Согласно мнению когнитивных теоретиков научения (и, прежде всего, Tolman, 1932), научение состоит не в образовании S-R-связей, а в образовании **ожиданий** (выделено мной. – Г.З.). Эти ожидания относятся к взаимосвязи окружающих событий и изменений среды (например, в появлении УС, БС, С+) с собственными реакциями. Согласно Толману, организм научается не связям между стимулами и реакциями, а научается способности

понимать, «что к чему ведет», т.е. какие ситуации или реакции с какими изменениями среды связаны. При наказании организм усваивает, что его реакция связывается с неприятным состоянием. Он научается ожидать данное неприятное состояние, а отсюда и объяснение поведению избегания. Но последствия такого поведения и в том, что оно фиксируется.

**Пример.** Пациент с социальными страхами ожидает, что он обязательно потерпит неудачу в общении, особенно с противоположным полом. На основании этого ожидания формируется стабильное поведение избегания (социальная изоляция; повышенный интерес к чтению книг и т.д.). Поведение избегания потому остается таким стабильным, что ожидание неприятностей в общении с женским полом не было подвергнуто прямой проверке. Напротив, уход от вызывающих страх ситуаций рассматривается пациентом как подтверждение правильности собственных ожиданий. Важный принцип терапии состоит в таком случае в том, чтобы пациент через конкретный опыт предпринял проверку его ожиданий.

Согласно теории ожидания Толмена, угашение как раз и состоит в проверке взаимосвязей: при классическом обусловливании – взаимосвязано предъявление УС в известной форме с БС, при оперантном обусловливании – последует ли реакция R в дальнейшем с определенной регулярностью или нет.

Конфликт и конфликтные модели. Здесь свой вклад внес К. Левин еще в 30-е гг. (1931): «конфликт – это ситуация, при которой на индивидуума оказывают влияние одновременно несколько стимулов и в противоположном направлении». Существует множество типов конфликтных ситуаций:

1) Приближение-приближение-конфликт: необходимо выбрать между двумя альтернативами (целями), которые в равной мере привлекательны, но их в одно время нельзя достичь, а потому конфликт – в необходимости выбора. Например, между одинаково желаемыми автомобилями (при условии, что оба невозможно купить).

2) Избегание-избегание-конфликт: необходим выбор между двумя одинаково неприятными альтернативами. Например, алкоголику – идти к терапевту или подвергаться и далее критике и пр.

3) Приближение-избегание-конфликт: выбор в случае объекта, который любишь и ненавидишь в одно и то же время; есть или не есть пирожное – люблю, вкусно. Но ведет к избыточному весу и др.

*Атрибуционная теория Вайнера (Weiner, 1974).* Под атрибуцией понимается приписывание оснований, причин и объяснений определенным событиям. Из этих приписываний следуют и соответствующие формы поведения.

**Пример.** Пациент причину своих социальных страхов связывает с различными факторами – внешними (агрессивность окружения) или внутренними (таким боязливым уродился) и т.д.

*Концепция выученной беспомощности Селингмена (Seligman, 1975, 1991).* Данная концепция является производной от атрибуционной теории. Она предполагает, что люди, склонные к депрессиям, приписывают причины негативных событий внутренним, стабильным, глобальным факторам и приписывают причины позитивных событий внешним, нестабильным и специфическим факторам. Эта тенденция продуцирует беспомощные атрибуции в том, что человек начинает чувствовать постоянно ответственность за негативные события и оказывается неспособным породить позитивные события. Модель Селигмена предполагает, что депрессивный атрибутивный стиль взаимодействует с авersiveм главным жизненным событием, продуцируя генерализованное беспомощное убеждение, а тем самым и депрессию. Он различает между индивидуальной/личностной беспомощностью, когда кто-то убежден в неспособности продуцировать обычные ответы, и универсальной беспомощностью, когда есть убеждение, что негативные последствия не поддаются индивидуальному контролю. Селигмен считает, что в модификации беспомощности эффективными могут быть четыре общих терапевтических стратегии: благоприятная среда/окружение, которая позволит человеку проявить свои возможности и добиваться успеха; тренинг личностного/индивидуального контроля, при котором индивид овладевает специфическими навыками большего контроля в необходимых сферах; ризигнационный тренинг, в котором индивиду оказывается помощь в признании его или ее беспомощности в определенных сферах таким образом, что не будет уменьшать негативность беспомощности или редуцировать желательность недостижимой цели; атрибутивный ретренинг, в котором индивид обучается оценивать провалы и успехи в более позитивной и реалистичной форме.

Терапия как коммуникативная ситуация (Margraf, 1996). В данном контексте важным представляется иметь в виду, что коммуникации, общение, стили общения могут быть как положительными, так и отрицательными. Особенности коммуникации (в семье нуклеарной и своей, в школе и на работе, а также во время психотерапии) в этом смысле во многом определяют развитие проблемного поведения, его фиксацию и эффективность психотерапии. Является коммуникативное поведение позитивным или негативным, согласно поведенческо-теоретической перспективе, оценивается по тому, насколько соответствующее поведение склонно внести свой вклад в решение проблемы. Так, например, выражение недовольства будет оцениваться позитивно, если оно проявлено в

такой форме, что партнеру по общению становится ясным – недовольство вызвало конкретное поведение, так что из этого можно уловить предложение об изменении поведения (например, «Я разозлилась, что ты забыл сделать покупки. Я была разочарована, так как понадеялась на тебя. Наверное, тебе следует то, о чем мы договариваемся, куда-нибудь записывать»). Если же выражение недовольства будет высказано в форме обвинения («Всегда ты забываешь, что ты обещаешь. Тебе все равно, что всегда мне все одной приходится делать, Ты думаешь только о себе.»), то это оценивается негативно, так как такое выражение, скорее всего, побудит партнера по коммуникации к ответной агрессии, что и приведет к негативной эскалации, которая помешает решению проблемы.

## **2.4. Личность в контексте современной бихевиорально-когнитивной терапии (СБКТ)**

### ***2.4.1. К определению понятия личности в контексте СБКТ***

Человек, личность могут быть поняты в их сущности лишь во взаимосвязи с соответствующей ситуацией. И потому диспозиционные теории личности считаются уязвимыми. Теории научения и пытаются ухватить ситуативное влияние на поведение, при этом учитывается индивидуальная валентность (*Aufforderungscharakter*) ситуации в истории научения. Теории научения имплицитуют, хотя и стоят в оппозиции к диспозиционному подходу, взаимовлияние внешних факторов и внутреннего приобретаемого опыта. При этом влияние ситуации тем большее, чем функционально способнее оказывается индивид: адаптация вместо ригидных программ делает человека более жизнестойким. Мишел (*Mischel*, 1968, 1976) попытался обобщить критику традиционных теорий личности (диспозиционных, прежде всего), для которых «личность – это то, что позволяет предсказать поведение» (*Cattell*, 1965. Р. 247), следующим образом:

– Попытки диспозиции или психодинамические концепты использовать для психологических предсказаний не доказали своего превосходства по отношению к более простым и дешевым методам предсказания.

– Диспозиции и состояния являются, во многом, конструктами наблюдателей. Они не достаточно коррелируют с другой информацией о поведении оцениваемых индивидов (недостаточная валидность).

– Имеются впечатляющие указания на то, что почти все наши диспозиционные конструкты личности изменяются со временем, и, что более

важно, сильно варьируют даже в, казалось бы, похожих ситуациях (низкая консистентность).

Ревенсторф (Revenstorf, 1982. S. 216) приводит ряд исследований по инконсистентности и делает предположение, что «вряд ли являются консистентными один индивид во всех признаках и все индивиды в одном признаке». Это предположение находит подтверждение в целом ряде исследований, в том числе и в нашем исследовании психической ригидности (Г.В. Залевский, 1993).

В результате этих и многих других исследований и выводов, к которым пришли их авторы, «модель личности продвинулась в этом направлении и стала довольно близка поведенчески-теоретической модели, в которой речь идет о детерминации поведения посредством релизеров и последствий, т.е. внешних факторов» (Revenstorf, 1982. S. 218).

Итак, теории научения определяют личность как поведение индивидуума. Выявлено большое число закономерностей относительно этого поведения (как поведению научаются, разучиваются, как оно обобщается, специализируется и т.д.). Современная бихевиоральная психология исходит из того, что направлять и контролировать поведение возможно при выяснении всего существенного о личности. При этом теории научения опираются на классическое обусловливание (И.П. Павлов, 1927) и на так называемый «закон эффекта» Торндайка (1898): поведение, которое поощряется или наказывается, будет выучено или отучено. Но часто трудно определить, что есть подкрепитель/усилитель (поощрение). Поэтому дефинируют наоборот: усилитель есть то, что повышает вероятность поведения.

Теории научения критикуют за то, что данные, на которые они ссылаются, получены в большей своей части на крысах. Конечно, очень немногие готовы перенести психологию крыс на людей. Поэтому ортодоксальные бихевиористические концепции человека принципиально механистические и материалистические и отрицают в их радикальной форме существование таких ненаблюдаемых конструктов, как: сознание, мотивы, решения и т.д. И даже более широкая формулировка научения как социального научения, которое охватывает иммитационное научение и тем самым когнитивные процессы (Bandura), не снимает этой критики.

#### **2.4.2. Можно ли изменить личность?**

А. Эллис (1999. С. 186, 187) считает, что люди от природы склонны создавать свои эмоциональные нарушения – это для них естественно – поэтому трудно бывает добиться значительных (а тем более радикальных) личностных изменений. Более того, у большинства людей от природы существует склонность с легкостью создавать свои проблемы, но с трудом их решать, так как имеет место сопротивление (А. Эллис, 1962, 1986), имеющее следующие проявления: 1) привычка мыслить, чувствовать и вести себя дисфункционально, от которой трудно отказаться; 2) склонность к физической, эмоциональной и интеллектуальной инерции; 3) желание получить удовольствие прямо сейчас, любой ценой, не думая о будущем («близорукий гедонизм»); 4) совершение некоторых действий и употребление некоторых веществ (таких, как игра на деньги или неумеренное употребление алкоголя), несмотря на их очевидный вред; 5) чрезвычайно развитые внушаемость, доверчивость и конформизм; 6) тенденция поддаваться подозрительности и панике вместо того, чтобы быть внимательными и осторожными; 7) склонность к мании величия; 8) приверженность принципу «все или ничего»; 9) нереалистичное мышление; 10) желание тянуть время и избегать того, что не нравится; 11) часто проявляющееся нежелание быть настойчивым; 12) склонность к чрезмерным обобщениям и другим логическим ошибкам; 13) бездумность и торопливость; 14) склонность создавать свои эмоциональные расстройства, а потом обвинять себя в этом; 15) наличие таланта догматического, абсолютистского, жесткого, антинаучного мышления. Эллис считает, что это лишь некоторые механизмы, помогающие людям противостоять благоприятным переменам. Но это не означает, по его мнению, что люди не могут меняться. Совсем наоборот! Несмотря на все преграды, они способны осуществлять существенные мировоззренческие перемены. Иначе в психотерапии (в том числе и в РЭТ) не было бы никакого смысла.

Диспозиционные подходы в теориях личности рассматривают ее как прочную структуру, которую характеризовать можно dimensionально.

Они не дают никаких указаний на возможность изменения этой структуры. Психодинамические подходы пытаются объяснить развитие личностной структуры, но с помощью терапевтического вмешательства при аномальных образованиях. Теории научения, напротив, не нацелены первоначально на описание личностных форм, не представляют также какой-либо таксономической схемы личности. На первом плане, скорее, стоят



возможности изменения поведения и тем самым, в широком смысле, также изменения того, что можно назвать личностью.

При использовании поведенчески-терапевтических методов действительно ли изменяется личность? Да, если «алкоголика», «хулигана» – нарушителя спокойствия в классе, сверхбоязливого, стеснительного, галлюцинирующего гомосексуала рассматривать как личностей. При привлечении таких измерительных инструментов как ММРІ, ТАТ для оценки терапевтических успехов (как это, например, делает Роджерс) можно делать вывод о том, что личность изменяема. Это делает процессуальные модели личности, а именно теоретико-научающие или динамические подходы, более интересными, чем структурные подходы, которые дают поперечные результаты и предлагают таксономическую схему типологии характеров.

Но нельзя уйти и от критики излишнего, так называемого средового оптимизма. Изменчивость человеческого поведения имеет свои пределы, благодаря наследственным сферам личности. Особенно это, видимо, действует в сфере интеллекта и в меньшей мере при остальных личностных характеристиках. Прежде всего, влияние наследственных и средовых факторов демонстрируется результатами психогенетических (генеалогических и близнецовых) исследований. При сравнении отдельно и вместе выросших однойцевых близнецов обнаруженное различие между ними говорит о влиянии социальной среды. Различие же в средних показателях между двуйцевыми близнецами и однойцевыми близнецами отражают влияние наследственности.

В табл. 1 (Eysenck, 1970) представлены корреляции для таких характеристик личности как интеллект, экстраверсия и нейротизм, выявленных при сравнительных генетических исследованиях однойцевых и двуйцевых близнецов, воспитывавшихся вместе и отдельно. На основании этих данных и соответствующих формул был подсчитан вклад наследственности в указанные выше характеристики: интеллект – 80%, экстраверсию – 67%, нейротизм – 54%, психотизм – 51%.

Т а б л и ц а 1

**Корреляции для двуйцевых и однойцевых близнецов, которые воспитывались вместе и раздельно, по трем личностным характеристикам**

| Показатель   | $r(ZZ\backslash VM)$ | $r(EZ\backslash VM)$ | $r(EZ\backslash OTD)$ |
|--------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Интеллект    | 50                   | 75                   | 87                    |
| Экстраверсия | 17                   | 42                   | 61                    |
| Нейротизм    | 11                   | 38                   | 53                    |

Согласно этим данным, от 50 до 85% различия между индивидуумами определяются наследственностью.

Итак, большие расхождения в результатах различных авторов, неконсистентность различных форм выражения якобы одинаковых диспозиций и неспособность делать впечатляющие поведенческие предсказания привели к массивной критике диспозиционных теорий личности.

Интеракционистский подход к личности отметил влияние ситуации на личность; были проведены многочисленные исследования, насколько велико ситуативное и индивидуальное влияние в их взаимоотношении друг с другом. При этом выяснилось, что самое большое влияние, из обозначенных детерминант поведения, на него оказывает их интеракция: индивидуальность – 13%, ситуация – 10% и интеракция (личностная ситуация) – 21% (Bowers, 1973; цит. по: D. Revenstorf, 1982. S. 240). Это означает, что ситуативное влияние индивидуально различное, что хорошо согласуется с объяснениями поведения в рамках теорий научения. Также оказалось, что относительное влияние индивидуума, ситуации и их взаимодействия сильно колеблется от одной поведенческой ситуации к другой. Также, кажется, что доля ситуации в хорошо функционирующем, здоровом индивидууме больше, чем в нездоровом, который, если хотите, менее адекватно ориентирован в ситуации. Определение ситуативного влияния усложняется двумя факторами: индивидуум ситуацию выбирает либо по-иному интерпретирует. В обоих случаях, так же как и в случае социальной интеракции, имеет место активное влияние индивида на ситуацию, а не ее пассивная рецепция. Поскольку за удерживание (фиксирование) поведения часто ответственны релизеры и последствия, то можно через эти факторы оказывать влияние на поведение. И в этом опять же выявляются различия между поведенческой диагностикой и традиционной диагностикой: никаких больше скрытых диспозиций, а внешние, наблюдаемые факторы.

Одним из правил профессионального поведения психотерапевта, опирающегося на положения дифференциальной психотерапии (Wagner et al., 1999. P. 207–219), считается следующее: «Учитывать личность клиента и согласовывать с ней психотерапевтический процесс!» В связи с этим следует, прежде всего, определить терапевтическое значение (релевантность) личности.

Если рассматривать развитие психологии личности в последнем столетии, то можно отметить, по меньшей мере, четыре фазы, в которых личностно-психологическим концепциям придавался разный вес в рам-

ках клинической психологии (в том числе и психотерапии). В первые десятилетия доминирующие глубинно-психологические подходы увязывали теорию личности, диагностику и терапию в одно закрытое целое. С появлением и развитием факторно-аналитически обоснованной психологии черт в 1950-е и 1960-е гг. большое внимание привлекли личностные черты (характеристики, свойства) (например, нейротизм или экстраверсия) как в связи с описанием и классификацией, так и с объяснением психических расстройств. В то же время осталась без внимания разработка показаний терапевтической релевантности свойств клиента и пациента. Далее следует фаза, во время которой психология личности потеряла опору под ногами. Ответственными за это были критика концепции черт, расхождения между сторонниками психологии личности относительно фундаментальных/базовых личностных измерений, а также появление новых психотерапевтических направлений, среди них, прежде всего, поведенческой терапии, разговорной терапии и семейной терапии. Эти три терапевтических направления единодушны в (начальном) отрицании традиционных клинических классификационных систем и личностно-психологической диагностики; со временем начали увеличиваться признаки переориентации поведенческой терапии в сторону необходимости учета личности (Luty, Gieseman, 1995). Даже отдельные семейно-терапевтически-ориентированные теоретики снова открывают индивидуума и его интрапсихическую структуру (Schwartz, 1997). Приблизительно с 1980 г. психология личности, прежде всего, благодаря введению личностных нарушений в DSM, а также благодаря прогрессу в области дифференциального индикационного исследования (Grawe, 1994), переживает новый подъем в рамках клинической психологии. Однако польза психологии личности для клинической психологии и психотерапии все еще оценивается неоднозначно.

По мнению Вагнера (Wagner u.a., 1999. S. 207–208), следует различать две основополагающие формы учета личности клиента в рамках психотерапии:

- 1) В первом случае осуществляется приспособление терапии к личности клиента. Свойства личности рассматриваются как релевантные исходные величины, однако это не есть управление прямым «изменением» личности клиента. Терапевт пытается в большей степени с помощью диагностических методов заглянуть в структуру личности клиента, чтобы лучше понять его интерперсональное и с собственным Я связанное поведение, а также с этим связанные личностно специфические жизненные

проблемы, и согласовать оптимально свое собственное интерперсональное поведение (например, меру оценки и контроля). В качестве примера такого подхода можно привести работу Куль и Казен (Kuhl und Kasen, 1997), в которой с опорой на типологию Юнга различаются четыре типа клиентов: а) мыслительный тип, который особенно хорошо должен реагировать на логически-рациональные аргументы; б) чувствующий тип, для которого кажутся наиболее подходящими активирующие (гештальт-терапевтические) методы; в) интуитивный тип, который должен быть открыт поведенческой терапии; г) осязающий тип, при котором эффективными должны быть телесные и вызывающие ощущения процедуры.

Эмпирические доказательства этой гипотезы для индикации пока отсутствуют. Специфический вариант этого адаптивного учета личности клиента состоит в рассмотрении свойств личности клиента как твердых образований или даже ресурсов и чтобы вместе с клиентом осуществлять поиски возможных изменений в его внешних условиях жизни, которые приведут к лучшей адаптации личности к среде.

2) Во втором случае – в согласии с клиентом – предпринимается попытка в рамках терапии реализовать условия, которые способствуют изменению определенных свойств личности клиента (например, укрепление автономии или уменьшение очень сильного или очень слабого контроля поведения или ослабления недоверия). Это будет показано, прежде всего, тогда, когда у клиента будут диагностироваться так называемые «личностные расстройства», или когда клиент сам выразит желание изменить какие-либо отдельные черты личности (например, желание быть более уверенным, менее боязливым или более уравновешенным). При ориентации терапевта на теорию Карла Роджерса, относительно значения конгруэнтности, представления о себе и опыта для душевного здоровья имеет место первая парадоксальная форма изменения определенных свойств личности клиента в том, что благодаря требованию в самораскрытии посредством легко направляющего его психотерапевта клиент «открывает» свое «настоящее» Я (т.е. уменьшает неконгруэнтность между образом Я и опытом, а тем самым и самообман), пересматривает образ своего Я и в своих усилиях вокруг конгруэнтности образа Я и поведения действительно изменяет свое поведение и – с перспективой – изменяет и свою личность. Вторая парадоксальная форма изменения определенных черт личности (например, самоуважения) состоит в том, что клиент больше не стремится себя изменить с ориентиром на идеальный образ своего Я и становится готовым принять себя таким, каков он есть (Greenberg, 1994).

В плане изменяемости свойств личности следует иметь в виду, что она у взрослых довольно ограничена, поскольку черты личности соедерминированы не только генетически, но позволяют себя интерпретировать и как относительно стабильные благоприобретенные формы адаптации индивида к окружающей его среде на фоне специфической биографии (Heathertorn, Weinberger, 1993). Однако даже ограниченные изменения свойств личности могут существенно улучшить в «правильном» направлении адаптацию индивида, его самочувствие и его способности к преодолению (о значении изменения свойств личности – например, укрепления доверия к себе или автономии – как критерии успеха психотерапии с позиции клиента – Connolly, Strupp, 1996).

Обе обсуждаемые формы учета личности клиента в рамках психотерапии не исключаются, если вводится временное измерение. Как правило, рекомендуется в начальные фазы психотерапии выбирать адаптивную стратегию, согласовывать терапевтический процесс с личностью клиента; клиент должен там быть принят, где он в данный момент находится, и его наличные свойства должны быть использованы как ресурсы. На продвинутой фазе психотерапии – по согласованию или желанию клиента – могут быть предприняты осторожные шаги в сторону изменения определенных свойств личности. Акцент на осторожность процесса подразумевает следующее. Допустим, что у клиента сильная потребность в уважении, из чего следует, что он хотел бы такого к себе внимания, какое соответствует его актуальной модели представления о себе; поэтому он будет сопротивляться, как правило, явно или сублично открытым терапевтическим попыткам изменить свою личность, если он это будет считать отвержением своей личности. Не исключена необходимость считаться не только с его сопротивлением против такого рода попыток оказать влияние, но и с поляризацией, т.е. изменением в «неправильном» направлении.

Вагнер и др. (Wagner et al., 1999. P. 210) считают, что наиболее часто встречающимися типами клиентов являются: «сильно поведение контролирующий тип, “тормозимый тип”, “тип со слабым психическим здоровьем – минус-тип)”, “безудержный тип”, а также «тип со слабым поведенческим контролем». Интересно, что Шульц (Schulz, 1981) эмпирическим путем выделил 5 типов клиентов, четыре из которых, кажется, совпадают с четырьмя типами Wagner и др.

Челин (Tschelin, 1992) выделил два типа клиентов (первично исходя из способа их диспозиционального внимания к себе): деятельный (или активный) и саморефлексивный (на самого себя ориентированный). Ваг-

нер (Wagner et al., 1999) считают, что первый тип Челина совпадает с их «безудержным типом» и, пожалуй, с типом «слабый поведенческий контроль» (высокие данные по шкалам психопатия и гипомания ММРІ). В работе с этим типом следует рекомендовать комплементарное терапевтическое поведение: «поощряющие указания» (например, в форме частых конфронтаций при одновременной ценностной оценке), а также при необходимости «требовательный контроль». Второй тип – саморефлексирующие клиенты – для них желательно комплементарное психотерапевтическое поведение – «подкрепление» либо, при необходимости, «одобрение/позволение свободы».

#### ***2.4.3. Подходы к проблеме изменения поведения личности в процессе СБКТ***

В терапии речь идет, в конечном счете, об изменении; терапевтическая помощь клиенту есть ориентированная на изменение помощь. Терапия в этих рамках понимается как временем ограниченный, проблемно- и цель-ориентированный процесс научения (процесс изменения), осуществляемый по идеально типическим фазам (Kanfer et al, 1996. P. 68) и ориентированный на модели-решения проблем и **теории изменения** (выделено мной. – Г.З.).

Представители и сторонники того или иного направления и метода психотерапии имеют некоторые свои представления о том, что значит получить «доступ к ресурсам изменения» и вообще, что «должно изменяться», а затем и как добиться определенных изменений. «Нужно также думать о том, что происходит внутри пациента и что следует изменить... внутри черного ящика» (Бек, 1998. С. 142).

В то же время, как справедливо отмечает Д. Хейли (1998. С. 72), «...у нас нет ни одной теории, занимающейся изменениями: Психодинамическая теория посвящена вовсе не тому, как изменить кого-то; она – о том, что с пациентом происходит и что привело его к болезненному состоянию; суть обучающей теории также не в изменениях, а в определении истоков отклоняющегося поведения; системная теория семейной терапии трактует не об изменениях, а о том, что управляемая система является устойчивой».

Правда, попытки разработки некоторых аспектов теории психотерапевтических изменений уже предпринимаются, в том числе и в рамках клинической психологии. Так, характеризуя психотерапевтические мето-

ды, Перре и Бауман (2002. С. 498) считают, что они обеспечивают «процессы психических изменений, инициированные специалистами-психологами при использовании психологических средств, сопровождаемые психодиагностикой и оценкой, направлены на изменение психических функций, реорганизацию сложных паттернов функционирования или нарушенных межличностных систем». Здесь же они обсуждают вопрос об «основных механизмах изменения в психотерапии, общие для всех школ», ссылаясь на Граве (Grawe, 1997), который различает четыре основных механизма изменения, всегда участвующие в психотерапевтическом научении («компетентность в совладании», «прояснение и коррекция значений», актуализация проблемы», «активация ресурсов»), а также на Прохазку и др. (1992), которые различают уже десять общих для всех школ основополагающих процессов изменения («самоэксплорация/саморефлексия», «самопереоценка», «самоосвобождение», «контроль-условливание», «стимульный контроль», «процедура подкрепления», «отношения помощи», «облегчение выражения эмоций», «социальное освобождение»).

По мнению Кэнфер и др. (Kanfer et al., 1991. P. 68–84), в процессе терапии различные когнитивные, эмоциональные и собственно поведенческие образцы поведения, которые рассматриваются пациентом (и/или его окружением) как проблематичные, заменяются подходящими и ведущими к цели решениями. Изменение проблем человека требует, как правило, пошагового присвоения новых стереотипов поведения; это присвоение идет вначале довольно трудно, так как клиент, несмотря на связанные с этим трудностями, снова и снова прибегает к «старым» способам действия и поведения, которые протекают в высокой степени автоматизировано (демонстрирует фиксированные формы поведения – Г.В. Залевский, 1976, 1993, 2004). Этот автоматизированный характер «отточенных» (хотя также мешающих) поведенческих стереотипов придают индивиду известную поведенческую надежность и тем самым облегчение, поскольку не требуется принимать каких-либо решений (Kanfer et al. P. 84–85). Но поскольку эта «поведенческая надежность и облегчение», как правило временные, ограниченные в своих адаптивных возможностях, о чем мы будем говорить ниже, то требуется все же отход от этих, в конечном итоге, патологических стереотипных реакций. Это переструктурирование поведенческого репертуара, специальных стереотипов мышления и психофизиологических реакций происходит в виде «защищенной» ситуации научения, которая осуществляется автоменеджмент-терапевтом.

Изменение через ориентированное на опыт научение. Согласно принципиальным позициям самоменеджмента, изменение проблематичных стереотипов поведения и приобретение продуктивных стратегий тогда проявляют себя ведущими к цели и стабильными, когда пациент не только имеет «намерения», но и приобретает конкретный опыт, что новые способы поведения подходят лучше, чем прежние реакции, которые были постоянно связаны с известными проблемами. Задача психотерапевта ни в коем случае не состоит в том, чтобы клиенту только сказать, как ему лучше себя вести в конкретных жизненных ситуациях; в рамках самоменеджмент-терапии клиенту будет предоставлена возможность приобретать опыт, осваивать новые способы поведения и новое поведение реализовывать между сеансами в качестве домашнего задания (т.е. в естественных условиях жизни).

*Пример.* Испытывающий социальные страхи клиент осваивает – в ролевой игре или в группе с другими клиентами – новые возможности налаживания социальных контактов; он разговаривает с другими людьми, держит визуальный контакт, выражает собственное мнение и т.п. Клиент мотивируется психотерапевтом к тому, чтобы он до следующего сеанса внедрил определенные новые образцы поведения в свое социальное окружение с целью приобретения конкретного опыта формирования или сохранения социальных контактов.

Сторонники самоменеджмент-терапии придают большое значение «терапевтическим заданиям». Они считают, что терапия, т.е. **изменения** (выделено мной. – Г.З.), происходит в первую очередь между встречами клиента с психотерапевтом. Терапевтические сеансы выполняют свою важную функцию в плане развития, планирования и усвоения навыков; на них идет обсуждение хода процесса и т.д., пациент получает не столько новые «знания», сколько побуждается к приобретению нового опыта («instigatio therapy» – «Therapie als Anregung für Klienten»).

Соответствующие изменения можно интерпретировать также в свете теории «самоэффективности» («self-efficacy» – «Selbst-Effizient») Бандуры (Bandura, 1977). В этом смысле опробовывания нового поведения ведет к новым и дифференцированным ожиданиям относительно специальных ситуаций (например, у испытывающего фобию, который все подобные ситуации рассматривает как «опасные»). Новое поведение, с одной стороны, ведет к преодолению таких ситуаций, например, к изменению «ситуации ожидания» (в смысле: «Что ожидает меня в ситуации X?») и т.д. С другой стороны, новое поведение в социальном и физическом окружении приносит изменение в ожидания результатов поведения («Какие результаты последуют за моим поведением?»). В модели Бандуры



подчеркивается тесное переплетение признаков поведения, конкретного приобретенного опыта и соответствующего изменения когнитивных аспектов (ожиданий) для эффективного и стабильного изменения. Как и в системном подходе Кэнфера и др., эта концепция также подчеркивает необходимость учета многих уровней человеческих переживаний и поведения, если имеют место претензии на изменения в терапевтическом процессе и на их объяснение.

*Значение «внутренней модели здоровья» («Health-Beliefs-model»)* для изменения поведения. Изменяемость прошлых (неэффективных) стереотипов мышления и поведения (фиксированных форм поведения) зависит в большой степени также от субъективных представлений клиента о генезисе, динамике и изменяемости поведения. Наличие определенного количества таких мыслей и убеждений обозначается как «внутренняя модель здоровья» (ВКЗ). В отечественной литературе вошел в активный обиход и термин «внутренняя картина болезни» (Лурья Р.А., 1977; Тхостов А.Ш., Арина Г.А., 1990), как «отражение ВКЗ» (Абрамова Г.С, Юдичи Ю.А., 1998. С. 190). Она может выявиться не сразу, а лишь во время психотерапевтического процесса. Так, при работе с одним депрессивным клиентом оказалось трудным побудить его к активному социальному поведению. В процессе терапии стало ясным, что в данном случае не идет речь об отказе, в смысле «сопротивления» (Widerstand), а скорее об убеждении, что против его проблемы все равно ничего нельзя предпринять, поскольку его депрессивное состояние является наследственно обусловленным. Выявление этих убеждений затруднено их скрытым характером, нередко диффузностью и нечеткостью объяснений.

Одной из существенных характеристик ВКЗ является «большая или меньшая ее ригидность или флексибельность» (Kanfer et al., 1991. P. 87). Но надо иметь в виду, что нередко определенного содержания «внутренняя картина болезни или здоровья» действует деморализующе на пациента. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы, прежде всего, разбудить в клиенте/пациенте желание, веру и готовность к изменениям, т.е. преодолеть известную ригидность внутренней модели своей проблемы.

Прогазка и др. (цит. по: Kanfer et al., 1991. P. 91), подчеркивая, прежде всего, значение временного протекания терапевтического процесса изменения, выделяют в нем четыре фазы: 1. Фаза размышления, во время которой клиент находится в предполе возможного терапевтического изменения. 2. Фаза решения, в которой он берет на себя обязательство к изменению. 3. Фаза активности, в которой берется в руки программа измене-

ний. 4. Фаза сохранения, в которой сохраняются терапевтические успехи и используются во время сеансов.

Намеченные изменения в жизни клиента идут тогда легче, когда созданы благоприятные условия для обучения; эти благоприятные предпосылки должны быть созданы в преддверии изменений. Изменение когнитивных, эмотивных и поведенческих характеристик в процессе самоменеджмент-процесса зависит от различных условий. Ниже приводятся некоторые основные практические указания психотерапевту к оптимизации процесса изменения (Kanfer et al. 1991. P. 93–94):

1. Психотерапевт с самого начала так организует взаимодействие с пациентом, чтобы пациент сам вносил предложения и предлагал планы, посредством которых он может улучшить ситуацию. Психотерапевт понимает себя при этом как «катализатора», «открывающего научение» клиента (здесь может использоваться прием «неоконченных предложений»).

2. Клиент с самого начала привлечен к участию в планировании, тем самым он переживает свое продвижение совершенно конкретно и может использовать каждый шаг терапевтических упражнений и в своей практической жизни.

3. Через саморегуляцию клиент осуществляет контроль над отдельными сферами поведения и переживания, потеря чего и привела его к психотерапевту.

4. Оказываемая со стороны психотерапевта помощь клиенту должна носить поддерживающий и доверительный характер.

Одной из неэффективных попыток решения проблемы, которая является значимой для терапевтической практики, является позиция «все, только не это» (Watzlawik, 1982. S. 104). Многие клиенты пытаются в самом начале психотерапии сразу же определить жесткие границы, когда категорично высказываются, что они не могут делать/думать/чувствовать и что, само собой понятно, от них не может требовать психотерапевт. Тем самым, они «цементируют», вполне возможно, свои трудности в неразрешимую дилемму, так что вполне можно рассматривать такое «все, только не это», во многих случаях, как ключевое место или основной пункт для эффективного терапевтического преодоления проблемы. В таких случаях речь идет о самостоятельно поставленных ограничениях, блокадах или о попадании в тупики, за которые индивид привычно держится, хотя через них он не приходит к решениям или что еще хуже – через это ситуация только и становится проблематичной. В этом смысле каждый клиент, действительно, «часть своей проблемы». Отсюда для

психотерапевтической практики следует, что ничего не будет изменено в представленной «проблеме», пока будут сохраняться ее рамки (когнитивные, эмоциональные и поведенческие). В таких случаях психотерапевты должны, прежде всего, попытаться, максимально выяснить способ и пути, как клиент определяет для себя «проблему». Это, для клиента реальное определение проблемы, представляет собственно исходный пункт в работе психотерапевта. При совместной работе клиента и психотерапевта происходит выход на редефиницию проблемы – от маленьких вариаций до принципиальной ревизии общего контекста (рамок) проблемы. Общую логику этой процедуры можно продемонстрировать с помощью довольно широко известных «задач с четырьмя точками» или «задачи с девятью пунктами» из когнитивной психологии (Duncker, 1935).

Четыре точки необходимо объединить тремя прямыми линиями, не оставляя в стороне ни одной точки и не отрывая карандаша от бумаги. Пока пытающийся решить эту задачу, руководствуясь дополнительным (необоснованным) предположением, что решение задачи должно происходить в пределах контура четырех точек, его будет преследовать неудача. Эта неудача не из-за невозможности решения задачи, клиент в принципе располагает достаточным уровнем интеллекта для ее решения, а в связи с заданными самому себе ограничивающими рамками решения. Решение проблемы возможно только при выходе за пределы этих ограничений. Такие решения Вацлавик (Watzlawik, 1982) назвал «решениями второго порядка». Мы (см. 2.5) их определяем как решения, обусловленные гибкостью клиента, которая для решения подобной задачи располагает не только когнитивными, но и личностными ресурсами. Нерешение задачи – демонстрация фиксированных форм поведения, которые обусловлены ригидностью личности – «внутренним запретом выхода за пределы контура» («А я не знал, что можно выходить за пределы контура»), «Я думал, что нельзя выходить за пределы контура» – такие и подобные объяснения можно слышать от клиентов в таких случаях). В этой связи не могу полностью согласиться с Вацлавиком (Watzlawik, 1982) и Кэнфером с коллегами (Kanfer et al., 1991), которые считают, что такие решения должны вводиться «извне» в систему и приписывают эту функцию в процессе терапии психотерапевту, придавая в этой связи большое значение взаимодействию клиента и психотерапевта. Действительно, роль психотерапевта и взаимодействия его с клиентом велики, но не решения должны вводиться извне, т.е. психотерапевтом, а только условия, которые приведут к решению «изнутри», т.е. к решению задачи

или проблемы самим клиентом. И собственно перечень этих условий или «альтернативных воздействий» психотерапевта на клиента в таких случаях приводит ниже Кэнфер (Kanfer et al., 1991. P. 54–55):

1. Прежде всего, следует установить необходимые личные отношения с клиентом, на основании которых возможны изменения – от самых минимальных до конфронтаций большой силы.

2. Параллельно к первому пункту терапевт пытается выяснить, как клиент определяет свою проблему, какие «решения» он предпринимал или от каких отказался. Особенно следует обратить внимание на «внутреннюю картину здоровья/болезни».

3. Психотерапевт использует личное взаимодействие как возможность для встречи (столкновения) клиента со второго вида «действительностью».

Это может варьировать в отдельном случае между крайностями: от «минимальных изменений перспектив» до «крайних конфронтаций», в зависимости от степени доверительности клиент-психотерапевт отношений.

4. Маленькие изменения (когнитивные, эмоциональные, поведенческие) могут помочь клиенту уже на ранних этапах открыть новые грани, неучтенные факторы, другие возможности и опыт и привести к тому, что будут сброшены «шоры» или оставлены «тупики».

5. Посредством наблюдения и самонаблюдения, терапевтических (домашних) заданий целенаправленности внимания во время интервью или во время ролевых игр и т.д. может быть осуществлена автоматизированная обработка информации с выявлением новых/иных возможностей решения.

6. Психотерапевт поддерживает клиента при этом в оценке принципиальной неэффективности собственных методов решения (например, «отодвигать на потом») как «факты», «утопии» или самоустановленные блокировки потенциальных путей решения («все, только не это»).

7. Рамки, в которых находится клиент, могут быть изменены в процессе интеракции, «сократовского диалога» или обсуждения исходных предположений.

8. Также ориентированный на переживания подход может помочь некоторым (например, «тяжелым на голову») клиентам увидеть измененные перспективы проблемы. При этом речь идет о базовом принципе – форсировании иного/отличного от обычно предпочитаемого вида обращения с проблемой (например, невербальное переживание вместо вербально-когнитивной дискуссии).

9. Наконец, могут быть использованы другого рода перспективы или решения проблемы, либо ее решения, скорее, косвенно-скрытым образом,

т.е. посредством «парадоксальных воздействий», «рефрейминга», «когнитивного реструктурирования» или направленного использования «правополушарных коммуникативных форм» (Watzlawik, 1982).

10. Только после всего этого возможен успех терапии в дальнейшем при использовании эффективных стратегий решения проблем.

Проблемы мотивации клиента к изменениям. Уже начиная с клинической беседы, цель которой состоит в том, чтобы стимулировать у клиента процесс «контролируемой переработки информации», имеет место побуждение клиента к изменениям. Ему придают такое большое значение потому, что он запускает в ход изменения, которые выявляются через переход от стереотипных, автоматизированных и сильно отшлифованных проблематичных образцов мышления и поведения к развитию новых стратегий. С этой целью психотерапевт направляет клиента к формулированию и уточнению желаемых целевых (конечных) состояний; психотерапевт здесь выступает также как «модель» для ведущих к цели межличностных и саморегулируемых способов поведения. Чтобы клиента как можно лучше стимулировать к самостоятельным изменениям, психотерапевт чаще всего использует не дидактические советы и прямые воздействия, а приемы так называемого «открывающего научения», когда клиент себя самостоятельно выражает, строит планы, а также пытается их преобразовать в практические шаги.

Кэнфер (Kanfer et al., 1991. P. 212) предлагает следующий список плюс- и минус-критериев мотиваций к изменению:

- собственные инициативы и предложения клиента в направлении изменения;
- клиент принимает (по меньшей мере, в пределах определенных границ) новое, необычное, неизвестное;
- клиент проявляет согласие принять на себя определенные трудности и усилия ради желаемых изменений;
- клиент пытается все ограничить «разговорами»;
- клиент ищет исключительно правдоподобные объяснения;
- клиент за свои трудности перекладывает вину на других;
- высказывания клиентов, как, например: «Я не думаю, что это мне поможет»; «Это для меня тяжело»; «Для этого у меня не хватает времени»; «Изменить это – не так уж важно сейчас» и т.п.;
- смена темы или проблемы, как только предстоит изменения.

В плане целенаправленного формирования мотивации изменения терапевт может, например, очень ригидные мыслительные стереотипы кли-

ента додумывать до такой степени, что клиенту становится ясной ригидность или абсурдность его проблемного (фиксированного) поведения, о природе объяснительных моделях которого будет разговор чуть ниже (см. 2.5), как, например: «Вы должны всегда и в любое время все делать, чтобы люди в вашем окружении были довольны?!... Как это выглядит, если ваша жена требует от вас одного, ваш сын другого, ваша дочь третьего, а теща еще чего-нибудь... и вы должны все это сделать в одно и то же время?». Для таких стратегий, которые могут «пободать» ригидное цепляние за существующие (автоматически протекающие) способы проблемного поведения, хорошо подходит общий стиль ведения беседы и взаимодействие психотерапевта с клиентом, предлагаемые в самоменеджмент-терапии (Kanfer et al., 1991. P. 382). Здесь уместно использование методов в рамках «сократовского диалога» или «ABCDE-техники», по Эллису (1999). Кроме того, могут быть использованы все возможности, которые ведут от «автоматической» к «контролируемой» переработке информации или прерывают автоматизированные поведенческие стереотипы и привычки в обращении с проблемными ситуациями. Часто к измененным взглядам на проблему или измененному обращению с проблемными аспектами ведут интенсивное наблюдение и самонаблюдение («selfmonitoring»). В этом контексте следует иметь в виду и действие так называемого «эффекта шор». Он подразумевает ситуацию, когда клиент ввиду его ригидной перспективы и его эмоционального напряжения не видит больше субъективно никакого выхода, хотя «объективно» решения возможны. В этой связи одно из важных мотивационных средств состоит в том, чтобы клиенту продемонстрировать принципиальное множество возможных решений. Часто достаточно внимание клиента обратить на то, какие жизненные ориентации имеют другие люди и вообще какие значительные различия между ними имеют место (как в быту, так и в терапевтической группе). Желательно, разумеется, чтобы клиенты сами открыли, например, через целевое выполнение домашних заданий, как другие люди в подобных ситуациях решают свои проблемы. И в форме маленьких шагов клиент может тогда развить новые перспективы или прежние проблемы полностью или частично увидеть в новом свете.

Одной из ценных стратегий в этом плане представляется так называемое «переформулирование» («рефрейминг»), или «перезкетирование» («релейбиллинг») поведения клиентов. Например, до этого негативно переживаемому проблемному поведению приписывается другой (позитивный) смысл или оно рассматривается с совершенно другой перспективы,

что ведет к изменению в целом контекста. Так, в случае супружеской терапии, в которой оба участника жалуются на постоянные скандалы, психотерапевт может, например, их спорам приписать позитивный смысл: «Милые бранятся, только тешатся, что означает, что вы друг другу не безразличны». Этот прием – не просто технический трюк, на нем все дело не завершается, конечно; после него только и начинается настоящая психотерапевтическая работа. Эффективны в практике психотерапии и подходы к построению терапевтической мотивации (мотивации к изменению) на основании потенциальных средств и путей решения (Kanfer et al., 1991. P. 222–223). Эти средства и пути могут стать доступными, благодаря тому, что мотивационные препятствия (например, «страх перед изменениями») устраняются или будет иметь место повышение активности, так что эти пути, в конце концов, будут перестроены.

В качестве значительных мотивационных препятствий могут считаться: страх перед изменениями; поведенческая инертность («старые привычки»); «выученная некомпетентность»; вторичная выгода из проблемного поведения; недостаток способностей; отсутствие/недостаток информации; сопротивление психотерапевту.

В соответствии с обозначенными выше мотивационными препятствиями имеются, например, следующие возможности формирования мотивации (т.е. устранения этих мотивационных препятствий):

Чтобы снизить страх перед изменениями (Bugenthal, Bugenthal, 1984), первые попытки формирования мотивации могут состоять в резком понижении притязания, которые клиент предъявляет к себе или к другим. Через постановку маленьких, обозримых ближайших целей в направлении изменений становится для него возможным отдать себя процессу изменения в маленьких, переносимых дозах. Благодаря этому для него становится также возможным добиться успеха при делании маленьких шагов изменения, что опять же повышает его веру в собственную компетентность в плане изменений. В случае слабо мотивированных клиентов первым делом следует начать формирование их мотивации со стимулирования их прихода/ухода, что даст им возможность усваивать новый опыт и, разумеется, предполагает формирование благоприятных клиент-психотерапевт отношений. Посредством целенаправленного экспериментирования с маленькими изменениями – сначала в «надежном» окружении терапевтических помещений, например, в ролевых играх – может быть без риска собран опыт и преодолены страхи, так что затем клиент оказывается в состоянии испробовать первые шаги изменения (например,

как «домашнее задание») в естественных условиях. Часто можно обращать внимание клиента во время терапии также на такие жизненные его ситуации, в которых он в прошлом уже был в состоянии вполне успешно изменяться. Другая возможность состоит в том, чтобы стимулировать клиента к получению опыта «пробования чего-то нового», что непосредственно к его проблеме может не иметь отношения. Это дает возможность клиенту еще раз убедиться в том, что в его жизни кое-что все же может изменяться. Важно также в этом плане подвергнуть анализу имеющийся у клиента негативный опыт попыток к изменениям, в том числе и связанный с психотерапией. Это позволит избежать ранее допущенных ошибок. В некоторых случаях показана новая интерпретация или переатрибуция причин неудач в прошлом (к примеру, «Я этого не могу!» в «Я еще недостаточно приложил усилий»). Такие новые переживания и опыт в направлении изменений служат в значительной мере и укреплению веры в действенность собственного поведения («self-efficacy»), и тому, что клиент приходит к убеждению: «Я могу измениться!».

У клиентов (как и у большинства людей) наблюдается в большой степени сопротивление старых привычек, известно из каждодневного опыта. Отшлифованные способы (стереотипы) поведения, реализующиеся автоматически, стереотипные привычки оставляют впечатление «поведенческой инерции» («behavioral inertia») и сводят на нет намерения клиента относительно изменений. Отсюда так важно для клиента и психотерапевта такие автоматизмы как можно раньше остановить, прервать и заменить «контролируемыми» механизмами переработки.

Особая проблема – это так называемая «выученная некомпетентность или беспомощность» (Seligman, 1975, 1991). У клиента есть опыт того, что беспомощность и зависимость могут приводить к положительным последствиям: ответственность берут на себя другие (родители, другие члены семьи и т.д.), никакого риска. Это ведет к тому, что он отказывается, сопротивляется брать на себя ответственность относительно изменений, перекладывая нередко ее на психотерапевта. В таких случаях речь идет о том, чтобы такому клиенту поспособствовать в приобретении опыта на тему «собственное инициирование изменений», которое ему покажет, что он, несомненно, тоже в состоянии (хотя первоначально и маленькими шагами) изменяться. После первых успешных шагов растет, как правило, вера в собственную компетентность (Bandura, 1977).

Мотивационные препятствия, которые основываются на вторичных преимуществах в связи с проблемой, известны, пожалуй, всем терапевтам



всех терапевтических школ: редукция напряжения или эйфорические состояния посредством алкоголя или наркотиков; поддержка соответствующей (подростковой, криминальной) среды. И психотерапевты должны четко знать, что без устранения этих «вторичных выгод» вряд ли можно рассчитывать на дальнейший успех психотерапии. В некоторых случаях, когда диагностируется недостаток каких-то способностей, следует направить усилие на их развитие. Следует учитывать также, что необходимо повышать информированность клиента, как и приложить все усилия, чтобы не возникло у клиента желания «сопротивляться» всем усилиям психотерапевта.

Наряду с описанными выше возможностями устранения мотивационных препятствий для активизации, поддержки мотивации имеются и другие возможности, как повышение тенденции в сторону стратегий, которые в конфликте между «так оставаться» и «изменяться», направляются в сторону изменений. Описание конкретных приемов в этой связи мы находим в разных источниках, например: в методе «ногой в дверь» («foot in the door» – Freedman, Frazer, 1966), в методе «швейцарский сыр» («Swiss chees method» – Lakein, 1973), в методе «сеяния и сбора урожая» («seed-ing» – Kanfer et al., 1991. S. 181) и во многих других.

Вольф и Меркле (2000. С. 36–38) дают следующие рекомендации, как клиенты могут себя побуждать к изменениям:

1. Помните о всех преимуществах, которые вы получаете при выполнении той или иной деятельности. Какой, например, список всех тех преимуществ, которые ему принесет некурение, мог бы составить клиент/пациент, страдающий от курения: экономия денег; не будет задыхаться, когда поднимается по лестнице; вещи не будут пахнуть дымом и т.д.

2. Если речь идет о важных для вас или неприятных вам вещах, которые бы вы охотно отодвинули на потом, тогда спросите себя: «Какие преимущества я буду иметь, если с этим справлюсь?» Такими преимуществами могли бы, например, быть: уменьшение неприятностей, быстрое окончание и чистая совесть, свободная для других интересных дел голова, лучшее самочувствие и т.д. Делайте это неприятное немедленно, и вы сможете радоваться, что с этим покончено, и наслаждаться оставшейся частью дня лучшим образом.

3. Измените вашу установку. Избегайте говорить по отношению к себе такие слова: «Я должен ...», «Я должна ...». Поясните себе: «Я ничего не должен, за исключением того, что я должен умереть. Все остальное я делаю добровольно, потому что от этого я что-то имею. И благодаря это-

му я избегаю неприятностей». Это ваше свободное решение – делать что-то или нет. Вы оплачиваете ваши налоги, потому что вам не хотелось бы попасть за решетку. Вы не превышаете скорость, потому что боитесь, что вас на этом поймут или вы не хотите причинять вред другим. У вас всегда есть причина ваших поступков. Итак, говорите себе: «Я это делаю потому, что ...». Если вы, не видите в чем-то смысла, то спросите себя: «Действительно не имеет смысла это делать?» Даже когда вы, например, и испытаете трудности в поисках работы, то означает ли это, что учеба не имеет смысла и вы никогда не найдете работу? Обращайте внимание на то, чтобы не сразу все превращать в тотальный негатив.

4. Не следует полагаться на ваши чувства. Как часто вы слышали, как другие говорили: «У меня нет никакого желания», «Мне не до того»? Пока вы что-то не испытали, вы не можете знать, доставит ли вам это удовольствие или нет. Если у вас что-то не вызывает никакого желания, то только потому, что вы ничего от этого не ждете. Вы думаете, что вам от этого ничего не перепадет. Измените ваши мысли, дайте себе, по меньшей мере, шанс убедиться, правы вы или нет.

5. Ставьте себе промежуточные цели. Если вы хотите проехать на автомобиле 5000 километров, то делайте время от времени перерывы, отдыхайте. Ставьте себе промежуточные цели на каждый день, пока не достигнете конечной цели. Если вашей целью является стать марафонцем, то вам нужно поставить маленькие промежуточные цели, пока вы сможете пробегать 40 километров. Не теряйте конечную цель из виду. Но дели-те путь к ней на маленькие порции.

6. Хвалите себя, похлопывайте себя по плечу, если вы достигли промежуточной цели. Не стремитесь сразу слишком суетиться, предусмотрите себе вознаграждение на тот случай, когда вы сделаете то, что вы наметили.

7. Не требуйте от себя только хороших результатов. Чаще всего речь идет о том, чтобы вообще что-то сделать, а не сделать что-то исключительно хорошо. Если человек что-то изучает, то обычно делает ошибки. Это практически невозможно – не допускать ошибок, прежде чем чем-то овладеть. Разве вы сумели сразу обращаться с ножом и вилкой, как только вам это показали? Разве вы научились бегать, не упав ни разу? Не бывает прогресса без ошибок. Ничто, что находится в пределах возможностей человека, не является по своей природе невозможным для освоения. Подели-те путь к вашей цели на несколько шагов. Это, конечно, трудно, но не слишком трудно. По мере тренировки это будет даваться все легче и легче.

## 2.5. Фиксированные формы поведения (ФФП) и СБКТ

Проблемы эффективности психотерапии самым тесным образом связаны с категорией фиксированных форм поведения (и механизмами, которые за ними скрываются) в нескольких планах и во всей ее динамике – от этапа анализа поведения и формулировки проблемы, поведенческо-когнитивной диагностики до профессионального поведения психотерапевта и клиент-терапевт отношений (Лазарус, 1998). В общем ФФП (и то, что за ними скрывается) следует считать тем, что некоторые авторы (Kanfer et al., 1991. S. 68) называют «блокадами изменений» (Änderungs blockaden) и считают, что «снятие блокад изменениям и открытие новых средств и путей составляют собственно **ядро психотерапевтического мероприятия**» (выделено мной. – Г.З.).

Под фиксированными формами поведения понимается широкий спектр форм поведения человека или группы людей, которые биосоциально, в плане культурных норм, принятых в данном обществе для лиц определенного возраста, пола и статуса стали уже неадекватными, но повторяются и в ситуациях, объективно требующих их изменения; при этом уровень и степень осознания и принятия необходимости этого изменения могут быть разными (Залевский, 2004).

Лучшей демонстрацией того, что представляют собой фиксированные формы поведения, причем как на уровне отдельного человека (индивидуальной системы), так и на уровне микро- и макрогрупп людей (групповых систем – семьи, производственных коллективов, общественных и государственных объединений, этносов, общества и государства в целом) – их природа, многообразии проявлений и место в жизни людей, – являются ситуации социальных изменений, катаклизмов – революций, перестроек и т.п.

Спектр фиксированных форм поведения очень широк. Вся наша жизнь проходит в двух видах активности – изменяемых и неизменяемых (или трудноизменяемых), т.е. фиксированных формах поведения, застывших, косных или ригидных стереотипов. Их взаимоотношения является одной из кардинальных проблем биологии и психологии, а также родственных им наук: физиологии, общей и социальной психологии, психологии личности и психопатологии.

На сегодняшний день можно выделить следующие объяснительные модели природы и сути фиксированных форм поведения (ФФП): нейродинамическая, энергетическая, филогенетическая, личностно-средовая, диспозиционная, стрессогенная, патогенетическая, психодинамическая,

научения (бихевиоральная и когнитивная), акциональная структурно-уровневая и системная.

1. *Нейродинамическая модель ФФП* связывает их природу и причины проявления с инертностью нервных процессов, особенно с ее ростом в силу разных причин – астенизации (утомления, нервного истощения), патологизации (в результате мозговых нарушений) и т.д. Но выявленные много-многозначные связи между особенностями нервных процессов и психологическими/личностными особенностями человека (В.С. Мерлин, В.М. Русалов) позволяют говорить лишь о большем или меньшем косвенном обусловливании и непрямым корреляциях. Так, например, при персеверациях, как одной из фиксированных форм поведения, наличие выраженной или патологической инертности нервных процессов, как правило, опосредствуется ослаблением или расстройством функции произвольного внимания и «представления о цели действия» (Э. Крепелин).

2. *Энергетическая модель ФФП* (стереотипы, привычки, установки, рутина и т.п.), которая встречается уже в работах В.М. Бехтерева, исходит из общего принципа экономии энергии. Ссылки на принцип экономии имеют место и в работах грузинской школы психологии установки Д.Н. Узнадзе. Установка, получив соответствующую объективным обстоятельствам организацию и возможности, включает в себя готовые, приобретенные опытом схемы, и, соблюдая принцип экономии, обеспечивает удовлетворение потребности. Но, как известно, фиксированная установка, соблюдая тот же принцип экономии, не приводит к удовлетворению потребности. Известный русский ученый А.А. Ухтомский, разработавший учение о доминанте, очень ярко демонстрирует примерами из науки, как принцип экономии, заложенный в самой сути доминанты, хорошо работающий в условиях стереотипных, привычных, обуславливает фиксированные формы поведения в условиях новых, «не совпадающих с доминантой». «Я считаю своим долгом – писал Ухтомский – говорить о том, что многие доктрины и теории в своих выводах и исканиях заранее predeterminedены тем, что установлены на покой и на наименьшее действие с самого начала; действительность заранее отсекается ради прекрасных глаз теории» (Ухтомский А.А., 1973. С. 390).

3. *Филогенетическая модель ФФП* в чем-то, несомненно, близка «энергетической». Наблюдения этологов и эксперименты зоопсихологов свидетельствуют о том, что фиксированные формы поведения проявляют и животные. И чем ниже на филогенетической лестнице находятся живые существа, тем вероятнее проявление ими таких форм поведения. Ин-

стинкт, направляющий поведение животного, приспособлен к жизни организма в постоянной и неизменной среде и функционирует в этих условиях исправно. А если вдруг условия жизни животного изменяются? Почему так внезапно вымерли динозавры? Дело в том, что инстинкты – это потенциальные фиксированные формы поведения. Убедительные иллюстрации этого мы встречаем у Лоренца, Тинбергена и у других этологов.

4. *ФФП как «нарушение личностно-средовой взаимосвязи».* Эта объяснительная модель восходит к русскому физиологу и психологу И.М. Сеченову, который еще более 100 лет назад писал следующее: «Всегда и везде жизнь слагается из кооперации двух факторов – определенной, но изменяющейся организации и воздействий извне. Притом все равно, смотреть ли на жизнь со стороны ее конечной цели – сохранения индивидуума, как на нечто развивающееся, потому что и сохранение в каждый отдельный момент существования достигается путем непрерывных превращений... Последнее вытекает из того факта, что во всех организмах сохранение целостности тела и жизни достигается не неподвижностью раз сформированного, а постоянным частичным разрушением и восстановлением элементов тела» (1955. С. 288–289). Из высказывания Сеченова, а также из концепций, выдвинутых значительно позже Бернаром («о постоянстве внутренней среды»), Кэнноном («о гомеостазисе»), Павловым («об уравнивании») проводится мысль о гармонии внутренних состояний и внешних воздействий и о том, что эта гармония обеспечивается лишь в том случае, если жизнедеятельность и поведение человека детерминированы внешним постоянно изменяющимся воздействием среды. В случае фиксированных форм поведения имеет место нарушение этой гармонии, вследствие того что поведение детерминируется только внутренним состоянием без учета объективных требований внешней ситуации. Особенно ослабляется и даже полностью исчезает детерминация психической деятельности и поведения человека внешним миром, по мнению целого ряда авторов, при нервно-психических расстройствах. Так, еще В. Гризингер писал, что «существенный процесс сумасшествия, составляющий действительно болезненное состояние, заключается, главным образом, в том, что известное настроение, чувства, волнения, суждения, решения возникают изнутри вследствие болезни душевного органа, тогда как в здоровом состоянии наши волнения, решения вызываются только достаточными внешними побуждениями и потому находятся в некоторой связи с внешним миром» (1881. С. 64). «Стереотипии – это полностью отделившиеся от общей ситуации виды поведения и... не со-

ответствующие какому-либо объекту окружения» (цит. по: Bash K., 1955). Иначе говоря, при психических расстройствах «опыт оказывается сведенным... к чисто субъективному» (Рей), свидетельством чего, на мой взгляд, и являются фиксированные формы поведения. Близки этой схеме попытки объяснения фиксированных форм поведения через «нарушение механизма обратной связи» (П.К. Анохин, А.Р. Лурия) и «потерю, выхолащивание значения и смысла» («Lehrlaufreaktionen» – Баж, Лоренц; «laps of meaning» – Якубовиц, Лемберт).

5. *Диспозиционная модель ФФП.* Как известно, в основу диспозиционного направления в изучении личности положена идея о том, что «личность – это то, что лежит за конкретными поступками внутри самого индивидуума», что «черта личности является движущим или, по крайней мере, определяющим элементом поведения» (Allport, 1966). В целом ряде исследований показано, что определяющим личностным элементом фиксированных форм поведения является психическая ригидность. Кеттелл (Cattell, 1965) даже выделил особый ее вид – «диспозиционную ригидность». И в наших исследованиях (1976, 1993) также была выявлена связь между местом личности на континууме ригидность–флексibilität и характеристиками интенсивности и экстенсивности фиксированных форм поведения. Более того, различная пространственная представленность психической ригидности в личности – парциально, тотально и в качестве типобразующей черты, позволила выделить «ригидный тип личности» и его варианты (авторитарный, догматический, стенический и т.д.).

6. *Стрессогенная модель ФФП.* Психологи разных направлений отмечают, что причиной фиксированных форм поведения могут быть связанные с тревогой, страхом, фрустрацией, шоком напряжения (стрессы), вызванные сильно и кратко либо слабо и длительно действующими стрессорами. Последние оказываются теми особыми причинами, под влиянием которых привычное, известное, так бережно и упорно охраняется, что к новому, к изменениям проявляется недоброжелательность (Левитов Н.Д., 1969). Он же, наряду с другими исследователями, считает возможным рассматривать психическую ригидность в качестве состояния и выступающим в этом качестве диспозиционным фактором фиксированных форм поведения. По мнению Вольперт (Wolpert, 1955), «этот синдром может быть вызван у любого индивида». В наших исследованиях (1976, 1993) мы экспериментальным путем также выявили наличие связи между действием стрессоров и фиксированными формами поведения, выделив наряду с ригидностью как чертой (trait-rigidity) и ригидность как состоя-

ние (state-rigidity), выступающих в отдельности или в синергической связи. Это особенно часто имеет место при нервно-психической патологии.

7. *Патогенетическая модель ФФП.* Клиническая практика и многочисленные патопсихологические исследования, в том числе и наши собственные (1993) позволяют считать правомерным выделение и «патогенетической» концепции фиксированных форм поведения. Некоторая ее глобальность может быть конкретизирована за счет более частных объяснительных схем: например, психодинамической, научения – бихевиорально-когнитивной и др. Дело в том, что фиксированные формы поведения, во-первых, заметно нарастают по параметрам интенсивности и экстенсивности в направлении от нормы к нервно-психической патологии и, во-вторых, это нарастание наблюдается и далее, при качественном своеобразии, в направлении от легких форм нервно-психических расстройств (например, неврозов) к более тяжелым их формам (например, шизофрении).

Психодинамические модели ФФП. Чаще всего в рамках этих схем фиксированные формы поведения выступают при неврозах как проявление защитных механизмов. «Невротик защищается, – писал Фрейд (Freud, 1948. S. 376), – формируя фиксированные привычки, ведущие к предпочтению определенных способов решения личных проблем». Согласно Адлеру (Adler, 1974), невротик, защищаясь, формирует ригидный стиль жизни с ложной ее схемой. Мэрфи (Murphy, 1947) также считал, что «любая схематизация, любая стереотипизация есть невротическое средство защиты».

*Научения (бихевиорально-когнитивная модель ФФП).* Сторонники этого подхода придерживаются того мнения, что фиксированные формы поведения (философия долженствования и иррациональные мысли, неадекватные когнитивные схемы и ошибочные суждения, неадекватные установки, плохие и вредные привычки, страхи и депрессии, выученная беспомощность) – есть результат «неправильного научения/воспитания» в том числе и социального, хотя конкретные механизмы этого научения могут быть самыми разными (Вольпе, Лазарус, Бандура, Эллис, Бек, Селигмен и др.).

8. *Акциональная структурно-уровневая модель ФФП.* Многолетние экспериментально-психологические исследования личности в норме и патологии позволили (Залевский, 1970, 1976, 1993) предложить оригинальную психологическую концепцию фиксированных форм поведения, интегрирующую, как мне кажется, и некоторые другие подходы к ним.

Я ее обозначил как акциональная структурно-уровневая концепция. Идеи данного подхода к ФФП восходят, прежде всего, к трудам П. Жане (Janet P., 1929) и М.С. Роговина (1969, 1977, 1988).

Основными составляющими предлагаемой концепции являются положения: а) о структурно-уровневой организации личности и поведения (деятельности, действия или акции – от action), в котором личность проявляясь «становится действительной» (Гегель); б) о пространственной (структурно-уровневой) ригидизации личности, обуславливающей особенности проявления фиксированных форм поведения; в) о нарушении, в случае фиксированных форм поведения, отношений внутри структуры такого поведения – между высшим акциональным уровнем цели и низшим акциональным уровнем средств. Возможны, главным образом, два варианта таких нарушений, когда фиксированной является средство (средства) и когда фиксированной является цель действия (поведения). В первом случае неадекватное средство (как материальное, так и идеальное) сливается/срашивается с целью, делая акцию неадаптивной, а личность функционирующей на более низком акциональном уровне. Во втором – неадекватная цель становится самоцелью, срашиваясь со средством, делает акцию тоже неадекватной, а личность функционирующей на более низком акциональном уровне.

В рамках указанного подхода нами разрабатывается акциональная (телесно-поведенчески и когнитивно-лично ориентированная) терапия фиксированных форм поведения клиента, суть которой состоит в разрыве «сращенных» целей и средств, поиске новых средств и целей, расширении их спектра, тем самым, способствуя его личностному росту (человек перестает быть рабом привычек, стереотипов и пр.), интегрируя как некоторые теоретические, так и технологические возможности разных психотерапевтических подходов в рамках биопсихосоциальноэтической модели здоровья и болезни (Залевский Г.В., 2005, 2006).

9. *Системная модель ФФП.* Фиксированные формы поведения могут проявляться как на уровне индивида, личности, т.е. индивидуальных систем, так и на уровне микро- и макрогрупп людей (семьи, производственных и общественных организаций, этноса, общества и государства в целом), т.е. на уровне групповых систем. Их влияние наблюдается в разных сферах жизнедеятельности человека: в образовании (в закрытости образовательных систем, в трудностях инновационных процессов), науке (неоправданное отстаивание своих идей и «излюбленных» теорий, а также нередко неприятие идей, предложенных коллегами или «другими» шко-



лами), культуре (устаревшие традиции, этноцентризм, проявляющий себя, нередко, в ригидных этнических стереотипах, ксенофобии – Залевский Г.В., 1996). Определяя любую систему как «комплекс элементов, находящихся во взаимодействии», еще Бергаланфи (Bertalanffy, 1968) различал «открытые» и «закрытые» системы: в первых возможен лишь обмен энергией, а во-вторых – обмен энергией и веществом. Интересна в обсуждаемом контексте и его мысль о том, что «необходимым условием устойчивости органических систем является постоянное обновление их элементов». Можно предположить, что в «закрытых системах», не только органических, но и социальных, скорее всего, отсутствует это «постоянное обновление элементов» как внутри них, так и во взаимодействии с другими системами. Это происходит, на мой взгляд, потому, что любая система, стремясь к устойчивости, в силу нарушения, прежде всего, обратной связи, «проскакивает» оптимально необходимую меру устойчивости и устремляется к гиперустойчивости, иначе говоря, ригидизируется (коснеет, застывает), становится закрытой, о чем свидетельствует нарастание числа фиксированных форм поведения и рост их интенсивности.

О крайнем (патологическом) случае закрытости индивидуальной системы, говорил, как мы это отмечали выше, хотя и в других терминах, один из классиков немецкой психиатрии В. Гризингер. Роукич (Rokeach, 1960) писал об «открытом и закрытом сознании» («the open and closed mind»). Может ли нечто подобное происходить и с групповой системой? Наверное, может, коль скоро известны случаи существования таких малых групп, как, например, определенный тип семей (В. Сатир, 1992), религиозные секты, мафиозные образования и даже большие социальные группы – целые государства, например, известные в истории тоталитарные режимы. На этом я останавливался несколько подробнее в другой своей работе (1999). Философский контекст этой идеи мы находим уже у Бергсон (Bergson, 1932): «Мораль закрытого общества статична. Мораль открытого общества динамична... фундамент открытой морали – творческая личность, ее свойство – дух новаторства, ломающий все фиксированные схемы закрытого общества». В. Сатир (1992) совершенно справедливо считала, основываясь на своем богатом опыте психотерапевтической работы с семьей, что в закрытой системе люди не могут процветать. В лучшем случае они могут только существовать, но людям нужно значительно больше.

## 2.6. Основные правила (девизы) СБКТ

Кэнфер, Райнекер, Шмельцер (F.H. Kanfer, H. Reinecker, D. Schmelzer, 1991. P. 411–420) предложили шесть правил или девизов современной бихевиорально-когнитивной терапии, в рамках своего подхода – аутоменеджмент-терапии (клиент/пациент должен стать, в конечном итоге, сам себе психотерапевтом – таковой должна быть цель СБКТ). Эти правила вынесены как бы в качестве эпиграфа перед первой главой.

Данные правила хорошо показали себя как дидактическое вспомогательное средство для индивидуальной работы, так и в контексте работы терапевтических и супервизорских групп. Обычно на первом заседании/сеансе представляется каждое правило в отдельности, обсуждается и приводятся иллюстрации; затем побуждаются клиент(ы) поискать в их обыденной жизни или вспомнить ситуации, на которые эти правила/девизы можно перенести непосредственно и там же их и применить. Можно прямо в группе подготовить плакат с этими девизами и вывесить, чтобы они были постоянно перед глазами и напоминали о себе. При индивидуальной терапии можно эти же правила написать и на небольшой карточке и иметь перед глазами. Постоянное применение этих правил образует основополагающие рамки терапевтического процесса на все время его осуществления.

*Правило первое: Думать поведенчески (Think behavior).* В нашей обыденной речи мы описываем или выражаем наши проблемы или проблемы других людей часто в форме и с помощью качеств, свойств личности или других смелых и глобальных конструктов. Мы говорим, например, что мы не справимся с определенными вещами, заданиями или проблемами, поскольку у «нас недостаточно сильная воля, мы слабовольны»; мы чувствуем себя «хроническими неудачниками»; «оказываемся постоянно на теневой стороне улицы жизни», хотя мы и хотим быть «счастливыми». Это непродуктивный способ описания в плане необходимых и возможных изменений и развития.

Другой непродуктивный способ определения нами наших каждодневных проблем состоит в том, что мы, нередко, концентрируемся при этом на сопутствующих явлениях, результатах или последствиях нашего поведения, а не на самом поведении, которое и приводит изначально к данным результатам: мы жалуемся, что «слишком толстые», «всегда у нас нет времени» или «неуспешны в своей профессии», вместо того, чтобы обратить внимание и учесть именно то конкретное поведение, которое, в

конец концов, и сделало возможным наступление этих «конечных результатов», на которые мы сейчас жалуемся.

Первое правило «думать поведенчески» предлагает в этой связи, как можно конкретнее описывать как проблемные ситуации, так и потенциальные их решения в поведенческих понятиях и терминах. Поскольку цель любой терапии, в первую очередь, – это изменение поведения, то и акценты терапевтического процесса лежат также на теме «поведение», на различных уровнях поведения (когнитивном, эмотивном, собственно поведенческом – двигательном). Мы пытаемся избегать только поиска «причин» или продуцировать «элегантные» причинные объяснения, чтобы клиентам стало понятным, что в большинстве случаев существует потребность в активных действиях, чтобы вызвать изменения или вообще положительные результаты. Также для клиентов и психотерапевтов, которые понимают терапию «как опыт личностного роста» и поэтому придадут большое значение эмоциям или «внутренним переживаниям», поведение клиента представляет собой исключительно основу/базис для терапевтических интервенций. В этом плане нам близка концепция Гласера (Glasser et al., 1979. P. 315) с его «терапией реальностью», которую он характеризует следующим образом: «По большому счету мы являемся тем, что мы делаем, и если мы хотим изменить то, что мы есть, мы должны начать изменять то, что мы делаем (или не делаем. – Г.З.)». Если мы просим клиентов думать в поведенческих понятиях, то это означает, что тем самым при этом охватываются как все мысли, чувства, так и другие способы поведения, которые обозначаются обычно, например, как «убеждения», «ценностные установки» или «эмоциональные реакции». Следует поэтому смелые, но чаще неточные высказывания клиентов, во всех случаях, принимать лишь в качестве исходного пункта более конкретных близких к поведению описаний.

Поведенчески ориентированные содержания лучше всего описываются через язык глаголов. Когда клиент, например, говорит, что «как только мой шеф делает критическое замечание, у меня появляется чувство тотальной заблокированности и потери всяческих способностей», мы ему ставим вопросы, которые его переработку информации направляют на поведенчески ориентированные описания, как, например: «Когда это происходит, то о чем вы в этот момент думаете? Что вы делаете в этот момент? Где и что чувствуете вы и какие испытываете физические ощущения? И т.д.» Если, например, родители жалуются на своего сына, что он получил в школе плохие отметки, то мы их просим, как можно точнее

описать, чем мальчик занимался во время до этого или после этого, что, в результате, привело к получению плохих отметок.

К особенностям нашего подхода относится и то, что мы постоянно просим клиентов точно описывать проблемные ситуации. Мы ставим в связи с ними очень конкретные вопросы, которые направлены на такие аспекты, как: «Кто делает и что делает, с кем, когда, как и с каким эффектом делает?» В этой связи мы также просим клиентов обращать особое внимание на контекст проблемных ситуаций, т.е. на сеть переменных и условий, в которые вплетено любое поведение.

Когда мы побуждаем клиентов посредством целенаправленных вопросов или/и на основании собственного опыта к размышлению о том, а является ли необходимым развивать известные навыки и умения (например, открыто высказывать свое мнение, вступать в новые контакты и т.п.), то это уже имплицитно (скрыто) означает подачу ему сигнала/послания о том, что поведение изменяемо. В противоположность этому самоописание в форме свойств и качеств (например, «Я стеснительный, боязливый, пугливый» и т.д.) уже чисто через язык формирует мнение о неизменяемости свойств личности и личности в целом. Но что достаточно известно, так это то, что личность и ее эмоции напрямую изменить нельзя. И каждый человек, который, например, решительно заявлял: «Я не должен бояться!», это проверил, так сказать, на собственной шкуре. Это связано с тем, что эмоции представляют собой результат способов поведения различного уровня, т.е. как конгломерат из когнитивных, физиологических процессов и двигательных реакций. Более того, одной из основополагающих позиций современной бихевиорально-когнитивной психотерапии, восходящей своими корнями к древним философиям стоицизма и, прежде всего, к Эпикету, является мысль о том, что «не вещи сами по себе определяют наши переживания и поведение, а наше их восприятие и оценка». Иначе и проще говоря: Как мы мыслим, так мы чувствуем и ведем себя. А значит: Если мы хотим изменить чувства, то мы должны изменить вызвавшие их идеи.

Следование девизу «Думать поведенчески (поведенчески ориентированно)» предполагает еще два важных момента, на которые я хотел бы обратить ваше внимание. Во-первых, в центре терапии должно находиться собственное конкретное, подающееся изменению, поведение клиента, а не неконтролируемое поведение других людей. Во-вторых, проблема наших клиентов нередко в том, что они оценивают не свое поведение, а сразу и в целом – всю свою личность (например, «Я не сдал какой-то эк-

замен, значит я бездарь», «Я не сумел поближе познакомиться с кем-то, значит я трус», «Меня оставил близкий мне человек, значит я никчемный человек», «Меня постигла неудача при устройстве на работу или в бизнесе, значит я неудачник» и т.д., и т.п.).

*Правило второе: Думать решенчески (Think solution).* В нашем обществе, как терапевты, так и клиенты приучены к тому, что во время консультаций и терапии концентрируются преимущественно на негативных аспектах, на проблемах. Особенно это характерно для больных неврозами, депрессией. Об этом существует большая как художественная, так и научная литература. С позиции же проблемно-решающего подхода следует считать, что для конструктивного решения проблем, является большой помехой такая концентрация только на негативных проблемно-нагруженных жизненных аспектах. Следует сосредотачиваться не только на «актуальном/сейчас-состоянии» (немецкие психотерапевты говорят об *Ist-Zustand*), но и на состоянии, которое должно быть, на «желаемом состоянии» (*Soll-Zustand*).

Когда, например, одни клиенты рассказывают о том, как они поссорились со своим сыном-подростком, другие – что они последние ночи не могут уснуть, поскольку им предстоит разговор с работодателем или выступление перед большой аудиторией, либо серьезный разговор с близким человеком и т.д., то психотерапевт должен попытаться и, может быть не один раз, помочь при ответе на вопрос: «Какую минимальную попытку я должен предпринять, чтобы приблизиться к решению проблемы?». Так, например, одна молодая женщина-клиентка сообщает терапевту о том, что она постоянно ссорится со своим партнером и фактически из-за пустяков. Чтобы навести клиентку на мысль о возможных причинах ссор, а также на возможные решения проблемы, психотерапевт задал своей клиентке следующий вопрос: «А в каких ситуациях вы не ссоритесь со своим партнером и что отличает эти ситуации от остальных?». Затем они вместе попытались найти ответы на данный вопрос и конструктивное решение данной проблемы.

Психотерапевт следует во время встреч этому основному правилу, если поощряет, а значит, подкрепляет даже самую малую инициативу клиента, которая может внести свой вклад в решение представленной проблемы. Психотерапевт может, если в этом есть необходимость, внести и свои предложения по решению проблемы, чтобы отвлечь клиента от бесконечных негативных и непродуктивных описаний проблемной ситуации и направить его на принятие продуктивных шагов.

Каждый альтернативный способ действия или поведения, каждое минимальное новообразование окружающего или каждая попытка активно изменить какой-либо аспект проблемной ситуации клиентом, рассматривается психотерапевтом как значительный вклад клиента в конструктивное решение проблемы, при этом как во время совместных заседаний, так и между встречами с психотерапевтом.

*Правило третье: Думать позитивно (Think positive).* Этот, на первый взгляд, тривиальный девиз особенно в тех случаях помогает клиентам, когда речь идет об экспертизе и реалистичной оценке терапевтической положительной динамики. Правило рекомендует клиентам и терапевтам постоянно сосредотачивать свое внимание на позитивных результатах и концентрироваться преимущественно на таких стратегиях, планах или акциях, которые ведут к терапевтическому прогрессу и позитивному развитию. Имеются вполне убедительные на этот счет данные при исследовании темы «оптимизм-пессимизм».

Работа по подготовке психологов-консультантов и психотерапевтов и супервизорские занятия с опытными и не очень психологами-психотерапевтами свидетельствуют о том, что очень часто сплошь все занятия, заседания и сеансы оказываются сконцентрированными на обсуждении слабостей, ошибок и проблем клиентов.

Следует сделать правилом, по меньшей мере, некоторую часть терапевтического сеанса использовать для того, чтобы помочь клиенту при его попытках выявить и развить собственные силы и позитивные способности. Мы используем при этом задания и вопросы, чтобы побудить клиента к размышлениям о собственных ресурсах или собственных позитивных аспектах сегодняшней жизни или вспомнить прошлые успехи.

Девиз «думать позитивно» помогает, прежде всего, клиентам с низкой самооценкой или депрессивными тенденциями. С такими клиентами можно, например, договориться, чтобы они в течение дня (раз или два раза) направлено и специально думали о своих сильных позитивных сторонах и записали свои мысли в дневник или специальную тетрадь. Такое задание способствует, между прочим, и прерыванию автоматически проявляющихся самоупреков.

Взгляд на позитивные аспекты очень важен при оценке терапевтического процесса, особенно в случае клиентов с пессимистическим настроением. Даже если клиенты очень обременены негативными событиями, следует поискать в этом, казалось бы, сплошь «глубоко темной» проблеме хотя бы «темно-серые» или «светло-серые» пятна. Даже в таких слу-

чаях, когда мы имеем дело с клиентами с проблемами глубокого траура и переживанием невосполнимых утрат, мы пытаемся стимулировать их к тому, чтобы они, в конце концов, все же находили и рассказывали о каких-либо положительных аспектах своей жизни.

Если же клиенты во время беседы пытаются поведать со всеми подробностями о своем безрадостно-негативном состоянии и положении, следует попытаться отправить им послание в свете обсуждаемого правила в эмоционально-эмпатическом ключе, как, например: «В виду величины и тяжести вашей проблемы, это очень хорошо, что вы сделали для начала первый шаг и пришли ко мне. Я рад, что вы о ваших трудностях так открыто со мной беседуете; в этом, несомненно, основные предпосылки для того, чтобы мы могли теперь постепенно продумать, какие изменения возможны и какие существуют – поначалу хотя бы и небольшие – возможности решения вашей проблемы».

«Позитивно думать» – не означает просто убеждать себя, что «все о'кей», не означает помогать людям приспособляться к несуразностям и негативным жизненным ситуациям, оставаясь при этом пассивными и пытаясь скрыться за «новыми» позициями, установками и отговорками. Наш подход состоит в ясной и ориентации на активные изменения. При реализации обсуждаемого правила мы различаем между (а) искажением действительности, (б) ее приукрашиванием и (в) оправданной реалистической перспективой. При ориентации на последнее мы исходим из того факта, что почти все жизненные ситуации содержат в себе не только исключительно негативные элементы, но и позитивные стороны, хотя может быть и очень маленькие. Ни в коем случае данное правило, в нашем понимании, не ориентировано на пробуждение иллюзорных надежд или упрошение всей серьезности ситуации, что может привести к опасным самообманам и разочарованиям у клиента. С этим правилом мы связываем обращение внимания клиентов на реально существующие возможности изменения, т.е. на ресурсы, которыми клиент обладает или может развить со временем, либо, по меньшей мере, на выводы и «уроки», которые он может извлечь из жизненного опыта.

*Правило четвертое: Думать шажками (Think in small steps!).* Это правило прокламировалось всегда в рамках поведенчески ориентированных подходов как базисная предпосылка для планирования и осуществления программ подкрепления и как ведущая линия по усвоению новых способов поведения. Когда просим клиентов ставить перед собой ограниченные цели, то увеличиваем их шансы действительно реализовать эти

цели. Следует разложить большие планы (например, основательные изменения жизненного стиля) на маленькие, обозримые и преодолимые частичные шаги. Посредством «думания маленькими шагами» можно опять взять в руки, взять под контроль упущенную из под контроля проблемную ситуацию; достижимые промежуточные цели становятся видимыми, и поэтому становятся очевидными те действия, которые необходимы для их достижения.

Этот девиз или правило имеет еще два других последствия:

– За счет возможности иметь постоянную обратную связь по каждому малому шагу планирование терапии в форме малых шагов позволяет ее формировать флексибильно, т.е. гибко, динамично, вариативно и с ориентацией на результат.

– Чтобы быть в состоянии думать маленькими шагами, является важным как для психотерапевта, так и для клиента осуществлять точный анализ заданий, необходимых частичных компонентов для достижения цели. Такой анализ заданий является решающим при адекватном планировании терапии и оценке терапевтической динамики.

Чтобы достичь долгосрочной «большой» цели, следует выявить, (а) что замыслил клиент, (б) есть у него в наличии необходимые навыки и умения, при отсутствии таковых – формировать. Только затем (в) пошагово тренировать новое поведение в направлении отдаленной цели. Это возможно при следовании терапевтом и клиентом правилу «думать маленькими шагами».

В конкретной беседе психотерапевт может много раз ставить клиенту следующий вопрос: «Какой хотя бы маленький шаг вы можете сейчас сделать, чтобы изменить ситуацию и приблизиться к вашим целям?». В итоге, даже очень отдаленные цели, казавшиеся недостижимыми, при раскладывании их на сегменты во взаимосвязанные кратковременные цели оказываются достижимыми благодаря маленьким, но упорным продвижениям, день за днем, неделя за неделей, месяц за месяцем...

*Правило пятое: Думать флексибильно (Think flexible!).* Человеческий опыт, включая развитие социальной системы и среды представляет собой динамические процессы. Поэтому и планирование психотерапии и программы изменений для клиентов не могут быть установлены раз и навсегда, не могут и не должны быть ригидными. Психотерапевт должен знать, во-первых, о том, что цели психотерапии могут быть разными и меняться в ходе самого процесса, и, во-вторых, что к цели могут вести даже очень принципиально разные пути. И эту мысль он должен помочь



усвоить клиентам. А это означает, что не следует торопиться отказываться от первой неудавшейся попытки изменения. «Думать гибко» означает, кроме того, что клиент становится способным и тогда справиться с критическими ситуациями, когда непредвиденно изменяются какие-либо условия, факторы и т.д.

Этим правилом психотерапевт пытается подвигнуть клиентов к тому, чтобы они подумали о дополнительных альтернативах значимым поведенческим эпизодам. Это можно осуществить, например, через подачу следующего послания-сигнала психотерапевта несколько загруженному социальными страхами клиенту-продавцу: «Мы все рады, что вы на этой неделе оказались в состоянии справиться с выставкой товаров, проведение которой вызывало у вас опасения, и что вы смогли при этом использовать некоторые стратегии, которые мы упражняли и успешно развивали в группе. Очень хорошо! Но сегодня мы хотим воспользоваться возможностью и вместе подумать, что вы еще можете предпринять в том в случае, если этот метод перестанет функционировать. Что вы смогли бы еще предпринять, если бы опять испытывали страх в такой или похожей ситуации?».

Интересно замечание одного психотерапевта относительно случая с клиентом, который хотел повысить свою «социальную компетентность» и который вполне успешно провел свою первую встречу с человеком, с которым раньше ему это не удавалось: «Великолепно, я рад, что у вас все получилось. А если бы не получилось, то как бы вы поступили в этом случае?»

Психотерапевт вначале помогает клиенту думать в понятиях вероятности и гибкости, чтобы затем развить идеи о дополнительных альтернативных шагах, если бы первоначальный план по каким-либо причинам не сработал. Такой прием редуцирует автоматическое и стереотипное обращение с проблемной ситуацией и стимулирует креативную, вариативную, контролируемую обработку информации, которая, в конечном итоге, ведет к гибкому, активному решению проблемы.

А. Айви, М. Айви, Л. Саймэн-Даунинг (1987) предлагают дифференциацию «квалифицированного» и «неквалифицированного» психолога-психотерапевта, в основе которой, по моему мнению, решающую роль играет именно гибкость.

При внимательном взгляде на предложенную классификация и лежащие в ее основе критерии явно выделяется из ряда других такой критерий как «способность и/или готовность к изменениям, понять и принять

необходимость изменений и нового (инноваций), функциональной и поведенческой вариативности», готовность отказаться от неадекватного (профессионального) опыта и отсутствие опасений, страха и предубеждений относительно опыта нового. Этот критерий выступает как профессионально-личностное качество и определяется мной как «ригидность» (противоположное качество или полюс – «флексibilität»); ригидность проявляется в фиксированных формах поведения (ФФП) – в различной степени их выраженности, модальности и спектре (Залевский Г.В., 1976, 2004). Так, согласно А. Айви, «квалифицированный» психолог от «неквалифицированного» отличается довольно широким спектром и разной модальности НЕ-ФФП: «не зафиксирован на собственной цели и склонностях», «может предложить альтернативное восприятие», «способен найти множество реакций на широкий спектр ситуаций и проблем», «понимает и использует в работе множество концепций», «способен к выработке множества мыслей, слов и моделей поведения внутри своей и в рамках чужой культуры», «проводит совместную работу с другими психологами», «понимает, как его реакция влияет на клиента и наоборот», «не привязан рбски к одной теории, активно осваивает новые», «не игнорирует культурные и половые различия». Данные авторы дают портрет психолога/психотерапевта вне конкретных психологических теорий и психотерапевтических направлений. Некоторые другие авторы считают, что для разных направлений психотерапии характерны различные аспекты в оценке значимости личностных качеств психотерапевта или психотерапевтических приемов для эффективного лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении клиентцентрированной, поведенческокогнитивной и психодинамической психотерапий. В «Психотерапевтической энциклопедии» (Карвасарский Б.Д., 1998. С. 425) приводятся, так сказать, идеальные портреты психотерапевтов, представляющих то или иное направление с учетом их специфики. Можно думать, что «идеальные портреты» совпадают с портретами «квалифицированных психотерапевтов». В то же время, по мнению Б.Д. Карвасарского (Карвасарский Б.Д., 1998. С. 426) и его учеников, при личносно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт практикует гибкий стиль поведения, преимущественно с эмпатическим подходом, при котором удается избежать крайностей директивного и недирективного стилей. В связи с этим можно предположить, что «крайности директивного и недирективного стилей психотерапии» могут манифестироваться фиксированными формами поведения: например,

«рабской привязанностью к одной теории» и т.д. Но я больше склонен думать, что решающими в данном случае факторами являются интраличностная структура психотерапевта (например, по параметру «ригидность – гибкость») и стиль его поведения. Но это предположение требуется проверить основательными эмпирическими исследованиями. В плане прогноза эффективной профессиональной деятельности будущих психологов необходимые данные уже накапливаются (Залевский В.Г., 1998).

*Правило шестое: Думать фьючерно (ориентируясь на будущее) (Think future).* Многие люди живут как бы в прошлом и думают сегодня как бы через свое личное прошлое. А потому нередко клиенты рассматривают психотерапию как хорошую возможность, чтобы поискать корни своих проблем или скрытые причины своих трудностей в личной жизненной истории, биографии. Многократно можно получить ответ на вопрос о том, что клиенты рассматривают как результат психотерапии: «Мы хотели бы себя чувствовать такими же счастливыми, как в прошлые времена». Но надо помнить, что даже самые выдающиеся психотерапевты не в состоянии повернуть колесо истории, колесо жизни назад и сделать так, чтобы что-то не произошло в прошлой жизни. Занятие исключительно прошлым редко помогает преодолеть актуальные и будущие проблемы. Хотя и полезно понимать факторы и влияния из прошлого, но это должно находиться во взаимосвязи с актуальными или будущими действиями/шагами. В процессе терапевтических встреч следует предпочитать конструктивный, целенаправленный и ориентированный на будущее процесс. Можно антиципировать, например, с клиентами в систематической форме широкий спектр возможных результатов терапии и заблаговременно упражняться в преодолении будущих ситуаций риска с помощью ролевой игры («prehearsal»). В дальнейшем в центре внимания могут быть упражнения на фантазию, конкретное планирование будущего, целенаправленное формирование способностей преодоления и изменения для будущих ситуаций и т.д.

С этой целью можно ставить клиентам, например, такие вопросы, как: «Что можете вы предпринять в будущем, как только вы уловите первые признаки того, что ваш друг опять приходит в ярость и может совершить над вами физическое насилие (например, побить)?» или: «Вы теперь в группе научились справляться с критическими замечаниями вашего друга. Как вы сможете использовать то, чему вы научились, в случае, если

завтра или на следующей неделе критические замечания по отношению к вам сделает любой другой человек?»).

Один конкретный пример из практики. Психотерапевт порадовался по поводу первых успехов своей клиентки, первоначально напряженной и социально неуверенной при выполнении ею «домашнего задания», а именно ее открытому заявлению своему мужу, что тот ранит ее чувства, когда прибегает к некорректной критике. Психотерапевт говорит ей: «Теперь Вы успешно преодолели это препятствие, но хотелось бы знать, а есть ли еще другие ситуации, в которых вам было бы важно опять открыто и прямо сказать каким-то лицам о своих чувствах, чтобы определиться в отношениях с ними и лучше себя чувствовать, как это было с вашим мужем. Давайте вместе подумаем, какие могут случиться ситуации на этой неделе или появиться подходящие случаи для того, чтобы закрепить свои навыки». Этот прием направлен на то, чтобы клиентка могла подготовиться к будущим подобным ситуациям и попыталась самоутвердиться и дальше, тем самым, укрепляя свою социальную компетентность.

Подобную целенаправленную подготовку на преодоление будущих критических ситуаций можно вести и с клиентами, которые уже испытали успех в преодолении страха или научились справляться с определенными проблемами. Затем их просят перенести успешные стратегии и на другие сферы или ситуации, которые могут быть проблематичными для них. Антиципация будущих событий, перенос усвоенного в процессе терапии на будущие ситуации, как и целенаправленная подготовка к тому, что в жизни проблемы могут появиться совершенно неожиданно – все это практическая реализация основного правила «думать, ориентируясь на будущее» (думать фьючерно).

Итак, шесть основополагающих правил современной бихевиорально-когнитивной психотерапии позволяют, прежде всего, в короткой и запоминающейся форме уяснить основную суть самого психотерапевтического процесса. При этом порядок предъявления и обсуждения этих правил не случаен, поскольку предыдущее правило подготавливает понимание и оценку последующего. Все правила находятся в тесной связи с фундаментом практики. С первой до последней встречи данные правила действуют, но только при том условии, что сам психотерапевт будет выступать как бы в качестве «модели» (образца) их выполнения.

Приведенные выше примеры уже демонстрировали, что предложенные шесть правил не нацелены на решение специфических содержатель-

ных проблем клиентов. Следование этим девизам не приводит автоматически к улучшениям и успеху. Но опыт показывает, что постоянное применение правил имеет своим следствием целый ряд преимуществ, например, улучшенное активное сотрудничество и инициативу клиентов, активизирование контролируемой переработки информации, как и стимулирование гибкого, креативного решения проблем. Более того, и самое главное, они помогают в процессе психотерапии становиться, а после ее завершения быть «самому себе психологом-психотерапевтом», т.е. взять ответственность за свою жизнь и свое здоровье на себя, что и является одной из важных задач современной бихевиорально-когнитивной психотерапии. Такую задачу, как известно, фактически не ставят и не решают другие психотерапевтические подходы.

Разумеется, что предложенные Кэнфером и др. правила менеджмент-терапии в рамках СБКТ не следует считать исчерпывающими. В ходе проведения автором семинаров-тренингов по психологическому консультированию и супервизии (прежде всего, с группами психологов-практиков) в рамках СБКТ их участниками были предложены на обсуждение и некоторые другие правила, а именно: «Думать реалистично», «Думать ответственно», «Думать эмпатично» и «Думать толерантно». Скорее всего, этот список будет пополняться и дальше в результате накопления опыта работы психологов и психотерапевтов в рамках современной бихевиорально-когнитивной терапии.

Правила, которые здесь представлены, полезно знать и им следовать, поскольку они, во-первых, дают представления о целом ряде принципиально важных характеристик современной бихевиорально-когнитивной психотерапии и, во-вторых, опровергают существующие и по сей день относительно нее заблуждения и предвзятости.

Психотерапевтический процесс в рамках СБКТ предполагает: максимальную активность, инициативность клиента/пациента, партнерские отношения с психотерапевтом, соучастие в контроле над терапевтической ситуацией за счет ее транспарентности (прозрачности), а значит и взятия ответственности за настоящее и будущее на себя. Это предполагает, в частности, и призывы «думать о решении проблемы» и «думать о будущем». Относительно бытующего мнения о «манипулятивном» и «директивном» характере бихевиорально-когнитивной психотерапии, то против них, во-первых, говорят принципы активности и партнерства, во-вторых, принцип «минимального вторжения», сформулированный американским психотерапевтом Кэнфером и принятым бихевиорально-

когнитивными терапевтами других стран. Этот принцип требует, чтобы жизнь и личность в той степени вторгались, в какой это необходимо для решения человеком его проблем и освобождения от расстройств и болезней. Это, как справедливо пишет тоже видный бихевиорально-когнитивный терапевт Гоффманн (Hoffman, 1990. С. 21–22), не имеет ничего общего с политическими и мировоззренческими индокринациями и манипуляциями. Что какой-то психотерапевт считает важным и правильным, не должно навязываться пациенту. Он иногда нуждается в помощи в определенной области своей жизни, но во всем остальном остается автономной и требующей к себе уважения личностью. Что касается «директивности», то даже такой не сторонник и жесткий критик рационально-эмотивной терапии (РЭТ), как Сальвадор Минухин – семейный психотерапевт, побывав на семинаре А. Эллиса, говорит о том, как этот «добродушный дядюшка Альберт умеет по-доброму «подталкивать». Правда, сам Минухин признается: «как семейный психотерапевт, я директивен» (1998. С. 242). А. Эллис по этому поводу отвечает на критику С. Минухина и других, что «да, я это делаю... в некотором смысле вслед за Альфредом Адлером, который был блестящим когнитивным психотерапевтом и который тоже воодушевлял и подталкивал людей. Я подталкиваю людей потому, что считаю (и это может показаться странным), что психотерапия – это, в большой степени, обучение. Взаимодействие с клиентом направлено на то, чтобы научить его помогать самому себе. К несчастью, люди не часто хотят отказаться от своих дурацких убеждений. Поэтому, если их не подталкивать, а нянчить, они будут чувствовать себя хорошо, но не будут стараться измениться» (1998. С. 244–245).

## **ГЛАВА 3. МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ**

### **3.1. Методы на основе классического обусловливания**

#### ***3.1.1. Систематическая десенсибилизация/десенситизация***

Предложенный Вольпе (Wolpe, 1958) метод систематической десенсибилизации (история и теоретические основания, которого описаны мной выше) является бихевиорально-терапевтическим стандартным методом для коррекции различных психических расстройств, особенно психологических страхов.

*Проведение.* Терапевтический принцип систематической сенсификации состоит из двух компонентов: систематически нарастающей конфронтации стимулов в представлении (*in sensu*) и/или в реальности (*in vivo*) (построение иерархии ситуаций, вызывающих чувство страха) и тренинга релаксации.

Отдельные составные части терапии проводятся последовательно и частично параллельно. В целом терапия посредством систематической десенсификации длится, как правило, от 6 до 12 сеансов.

В рамках общего анамнестического и поведенчески-аналитического интервью делается попытка вместе с пациентом как можно точнее описать и обсудить проблематичное поведение и его релизеры. При этом описывается проблематичное поведение, какой оно длительности, в каком ситуативном контексте оно впервые проявилось, при каких раздражителях оно проявляется и сохраняется; привлекаются и биографические данные: профессиональная ситуация, семейная ситуация, отношение к референтным лицам. Также к ним относятся жизненные притязания клиента/пациента и степень их осуществления. Наконец, на поведенческом уровне очень точно должно быть описано, при каких жизненных обстоятельствах страх мешает нормальной жизни (приблизительно, первый сеанс).

Из анамнестических данных и, насколько это возможно, из прямых наблюдений терапевт должен составить стимул-реакция-гипотезу, которая проблемное поведение приводит во взаимосвязь с одним или многими его вызывающими условиями. Эта гипотеза квазиэкспериментально верифицируется через пробные действия (тоже во время первого и, возможно, второго сеанса).

Терапевтом выбирается, по согласию с пациентом, одна реакция страха и один вызывающий ее стимул для проработки систематической сенсификацией.

Вместе с пациентом терапевт составляет список раздражителей/ситуаций, вызывающих разной силы чувство страха, и градуирует их иерархически. Например, при страхе высоты: стоять перед двухэтажным домом, стоять перед более высоким домом, находиться в доме на первом этаже, находиться в доме на четвертом этаже, смотреть с окна первого этажа, смотреть с окна четвертого этажа... смотреть с какой-либо вышки или башни, смотреть вниз, наклонившись через перила (с второго-третьего сеанса).

Пациента просят формулировать каждую сцену в Я-форме и оценивать их по степени силы вызываемого ими страха в бальной системе: от 0 до 100 («градусник»). Например, 0 означает «Никакого страха»,

100 означает «Я даже думать об этом не могу, у меня сразу паника возникает».

Во время второго-третьего сеанса с пациентом\клиентом проводят тренинги на расслабление.

При проведении систематической десенсибилизации пациент должен, как его обучили, расслабляться. Примерно с четвертого сеанса ему будут предъявлять, согласно иерархии, стимулы, вызывающие страх, в состоянии расслабления. Пациенту предлагается представлять эти ситуации (стимулы) как можно ярче и так долго, пока он в своем представлении не перестанет испытывать страх (на фоне расслабления): «Представляете себе ситуацию как можно точнее и одновременно представляете себе, как Вы себя в этой ситуации чувствуете, каково Ваше состояние и как Вы реагируете».

Одним из вариантов систематической десенсибилизации – это десенсибилизации *in vivo*, при которой вместо представления предпринимается конфронтация с конкретным реальным вызывающим страх стимулом (например, узкое помещение – лифт и т.п.).

Если пациенту не удастся представить ситуацию без того, чтобы не испытывать страх, тогда возвращаются к предыдущей ситуации, либо к новому описанию ситуации, которая не так сильно вызывает страх.

Представление отдельных сцен проходит в диалоговой форме. Помогает, если при этом пациенту подсказываются мысли, которые показывает его собственную компетентность в такой ситуации, например: «Я стою у окна и смотрю из него. Я знаю, что окно закрыто, и что я не выпадю. Я могу, таким образом, спокойно смотреть на улицу. Я нахожу это приятным смотреть на движущиеся по улице автомобили». На карточки, на которых занесены иерархически вызывающие страх стимулы (ситуации), записывается номер предъявленной ситуации и количество предъявлений за сеанс.

Пациенту дается задание между сеансами тренировать то поведение, которое он осваивал в представлении во время сеансов в конкретных жизненных ситуациях. Но следует также соблюдать принцип иерархичности-последовательности – упражняться по нарастающей.

Критериями успеха систематической десенсибилизации являются: пациент говорит, что он больше не испытывает страха во время сеанса; пациент говорит, что он не испытывает страха вне сеанса в реальной ситуации; позитивные ответы в вопросниках об отсутствии страхов появления уверенности в себе; непосредственное наблюдение или мнение экспертов (например, близких, сослуживцев и т.п.).



Систематическая десенсибилизация проводится чаще всего индивидуально, но можно проводить и в группе, если она гомогенизирована по виду расстройства.

Противопоказания применению систематической десенсибилизации (особенно некоторых ее форм) и *in vivo* имеются в случаях риска сердечных приступов, острых психических состояний, выполнение заданий в реальных ситуациях с высоким риском (самостоятельная езда на каком-либо виде транспорта, выполнение серьезных социальных функций или заданий), при слабых контрольных возможностях со стороны психотерапевта или медиаторов.

*Тренинг на расслабление.* Негативные эмоции, в том числе и страх, проявляют себя в перестройке вегетативной нервной системы и в изменении мышечного напряжения; затем в ускорении дыхания, поверхностном дыхании в верхней части грудной клетки. Это же, в свою очередь, при чувстве страха, приводит к симптомам оцепенения, головокружения, сердцебиения и мягких колен. Восприятие этих симптомов приводит к повышению страха, поскольку человек думает, что он совершенно не владеет своим телом. Дальнейшим следствием этого является снижение работоспособности. Многие в этом случае прибегают к успокоительным средствам. Чтобы этому кругу положит конец, мы можем научиться влиять целенаправленно на наше дыхание и мышечное напряжение. В связи с этим предлагаются определенные техники. Имеет смысл тренироваться ежедневно, чтобы вы могли их использовать затем непосредственно перед вызывающим чувство страха событием (например, экзаменом) или во время него. Приемом расслабления мы можем непосредственно влиять на вегетативную систему, которая отвечает за физические симптомы страха, такие как: сухой рот, позывы к мочеиспусканию, потение, дрожание, холодные руки, ком в горле и т.п. Тем самым вы сможете снять ваше внутреннее напряжение. Благодаря дыхательному упражнению, вы сможете непосредственно влиять на ваше дыхание, уменьшить поступление кислорода и тем самым тормозить ваше внутреннее беспокойство.

Каждый человек должен иметь наготове в своей «аптечке первой помощи» на самые трудные пожарные случаи техники расслабления. Мы представим два вида таких техник.

*Техника спонтанного расслабления.* Если наш организм был уже потревожен негативными мыслями, то имеет смысл иметь наготове стратегию отбоя. Простой путь достижения – это техника спонтанного расслаб-

ления, которая работает через целенаправленное дыхание. Через целенаправленное дыхание можно сознательно вызвать чувство расслабления и контролировать негативное напряжение и чувство страха.

*Инструкция к технике спонтанного расслабления.* Вдохните несколько глубже, чем вы обычно это делаете. Затем, не задерживая дыхания, выдохните. При выдохе задержите дыхание, приблизительно на 6–10 секунд. Сами определите, какое время для вас является наиболее приемлемым. Считайте мысленно от тысячи до тысячи шести, тысячи десяти, (одна тысяча один, одна тысяча два и т.д.). После того, как вы задержали дыхание, вдохните опять, выдохните и опять задержите дыхание, приблизительно на 6–10 секунд.

Повторяйте это упражнение на дыхание две–три минуты или так долго, пока вы не испытаете ощутимо спокойствие и комфорт. Эта техника дыхания имеет свое преимущество, поскольку она функционирует без особого тренинга. Тем самым вы снизите поступление кислорода, и вашему организму будет меньше требоваться энергии для напряжения. Кроме того, вы сможете, благодаря нейтральному счету, отвлечься от ваших катастрофических мыслей.

*Прогрессивное мышечное расслабление.* Джекобсон обнаружил (1938), что благодаря смене мышечного напряжения и расслабления может быть значительно снижен мышечный тонус. Со снижением мышечного тонуса наступает чувство глубокого расслабления при условии, что пациент/клиент обучается различать напряжение и расслабление. Цель метода в пошаговом усвоении все более совершенного контроля над напряжением и расслаблением определенных мышечных групп. Джекобсон вначале предлагал свой метод применять особенно при нарушениях сна, и сегодня одной из очень важных сфер расстройств поведения.

*Подготовка.* На этом этапе клиент знакомится с принципами метода, целью которого является снижение мышечного напряжения ниже уровня обычного напряжения. Клиент/пациент в процессе тренинга узнает, что при расслаблении он будет все более отдаляться от состояния, обычно испытываемого ежедневно, он овладеет способностью все большую группу мышц расслаблять одновременно, что будет сопровождаться чувством покоя и безопасности.

В процессе расслабления:

1) Концентрация на соответствующих мышцах при напряжении и расслаблении!

2) Напряжение сильное, но не до судорог, особенно при напряжении мышц ног!

3) Концентрация на ощущениях в момент напряжения и расслабления.

4) Давать сигнал психотерапевту, например, «подняв мизинец», когда наступает чувство полного расслабления.

5) Фаза расслабления длится 30–40 секунд.

6) Обратите внимание на различия в ощущениях при напряжении и расслаблении.

7) Начинать с доминирующих рук и ног.

*Инструкция по проведению прогрессивного мышечного расслабления.* Найдите для себя 20–30 минут и какое-то спокойное помещение, где вам никто не будет мешать. В положении лежа или удобного сидения делать упражнения на расслабление. Пригасите немножко свет.

Вдохните и выдохните несколько раз и приведите ваше тело в состояние расслабления и приятной тяжести. Напрягите одну за другой мышцы вашего тела приблизительно на 5 секунд настолько, чтобы вы чувствовали легкое напряжение, это не должно переходить в судороги. Расслабьтесь опять, не делая для этого много каких-то движений. Почувствуйте расслабление в течение 10 секунд. Повторите это «напряжение – расслабление», если вы не сразу получите ощущение расслабления. В то время, когда вы какие-то мышцы напрягаете, постарайтесь, чтобы остальные мышцы были расслаблены.

1. Сожмите ваш правый кулак (для левшей левый). Считайте медленно от 1 до 5. Затем разожмите кулак. Наслаждайтесь чувством расслабления (10 секунд).

2. Сожмите левый кулак. Считайте медленно от 1 до 5 и затем отпустите.

3. Теперь напрягите верхние части рук (бицепсы). При этом согните нижние части рук так, чтобы образовался прямой угол к верхним частям. Затем опять расслабьтесь.

4. Напрягите мышцы нижних частей рук, нажимая при этом ладонями на то, что находится под руками, затем опять расслабьтесь.

5. Соберите морщины на лбу. Откройте как можно шире глаза. Поднимите как можно выше брови так, чтобы на лбу образовались складки, затем расслабьтесь.

6. Соберите брови вместе так, чтобы образовалась вертикальная складка, идущая через нос, а затем расслабьтесь, расправив морщины на лбу.

7. Закройте очень сильно глаза. Считайте медленно от 1 до 5, затем расслабьтесь.

8. Сожмите губы вместе, не сжимая зубы.

9. Как можно сильнее надавите языком на нёбо, затем расслабьте язык.

10. Сожмите зубы как можно сильнее, затем расслабьтесь.

11. Надавите как можно сильнее затылком на спинку кресла или просто наклонитесь назад и расслабьтесь.

12. Надавите сильно подбородком на грудь, затем расслабьтесь.

13. Подтяните как можно выше ваши плечи до ушей, затем расслабьтесь.

14. Нажмите вашими лопатками назад на позвоночник, затем расслабьтесь.

15. Теперь вдохните как можно глубже, так чтобы ваша грудная клетка округлилась. Подержите ее так и продолжайте неглубоко дышать. Затем опустите грудную клетку, расслабьтесь.

16. Постарайтесь ваш живот сделать большим и так подержать некоторое время, продолжая дышать. Затем втяните живот и расслабьтесь.

17. Если вы находитесь в позиции лежа, поднимите заднюю часть, и сделайте прогибание. Напрягите мышцы задней части тела, затем расслабьтесь.

18. Напрягите ваши лодыжки таким образом, как будто вы хотите вашими коленями что-то отодвинуть. Если вы лежите, то ноги вначале подтяните, потом выпрямите, а затем расслабьтесь.

19. Напрягите нижнюю часть ваших ног, при этом поставьте ноги на подставку, нажмите сильно, а затем расслабьтесь.

20. Напрягите нижнюю часть ног, поднимая их и опуская.

Выполняя упражнение, вы дышите глубоко, медленно, равномерно.

Думайте в конце упражнения при вдохе слово «совершенно», при выдохе «спокойно». Мешающие вам мысли постарайтесь пропустить мимо себя, при этом концентрируясь на расслаблении. Позже, после упражнения на расслабление, вы сможете ими еще заняться.

Для некоторых наших клиентов очень полезным является вместо думания о слове «спокойный», представлять себе очень приятную ситуацию. Проводите это упражнение на расслабление каждый день, и вы заметите, как все более и более удается расслабление. Со временем только слова «совершенно спокойный» уже будут вызывать расслабление, и вы все быстрее и быстрее будете достигать состояния расслабления. Упражнение на расслабление служит хорошей службой при трудностях засыпания.

Если вы хотите, вы можете наговорить упражнения на кассету, или купить кассету с упражнением на расслабление.

Итак, техника прогрессивного расслабления покоится на последовательной смене напряжения и расслабления мышц. В ситуации, которую вы оцениваете как угрожающая, не находящаяся под контролем воли, мышечная система реагирует на это соответственно напряжением, ускоряется кровообращение, учащается пульс, повышается давление крови, а также это приводит к напряжению и тех мышц, которые подчиняются воле. Они сокращаются, сжимаются, и это все воспринимается как напряжение.

При прогрессивном расслаблении мышц вы очень четко можете заметить, какие части вашего тела охвачены судорогой, и имеете средство сознательной борьбы с сопровождающим страх чувством беспомощности. Произвольно расслабляя мышцы, вы тем самым успокаиваете автономную нервную систему и заменяете ваше чувство страха чувством покоя. Разумеется, чтобы освоить эту форму расслабления, необходимо немного поупражняться.

Останьтесь после этих упражнений на некоторое время лежать или сидеть и наслаждайтесь расслаблением. Мысленно пройдите по всем мышечным группам и постарайтесь их еще больше расслабить. Спросите себя, чувствую ли я еще напряжение в области плеч, чувствую ли я еще напряжение в области спины, чувствую ли я напряжение еще в другой области, и т.д. Затем посчитайте 4, 3, 2, 1. При счете один вы говорите:

«Я чувствую себя хорошо, отдохнувшим, спокойным» и встаете.

**Пример.** Систематическая десенсибилизация при реакции страха на собак. Клиентка М., 36 лет, замужем, у нее панический страх перед собаками (особенно большими черными). Дело в том, что она однажды в зимнее время гуляла по парку, и на нее напали несколько больших черных собак. Но поскольку она была в шубе, то до тела они не добрались, но шуба очень пострадала. Сама же хозяйка шубы была сильно напугана и до сих пор испытывает сильный страх. Она избегает ходить по определенным дорогам, в парки, которые ей кажутся опасными. Вероятность встретить там собак очень велика. Если она видит собаку даже издали, то убегает подальше. Этот страх сохраняется вплоть до сегодняшнего дня.

Помощь клиентке М. была оказана с привлечением метода систематической десенсибилизации в представлении. Осуществлялась систематическая десенсибилизация пошагово:

*Первый шаг:* Производится градация типичных ситуаций встречи с собаками по силе страха, который при этом испытывает пациентка.

*Второй шаг:* Пациентка обучается технике снятия напряжения, в этом случае технике мышечного расслабления по Джекобсону.

*Третий шаг:* После этой подготовки происходит собственно десенсибилизация.

*Четвертый шаг:* Осуществляется таким образом, чтобы пациент представлял себе критические ситуации.

I. *Установление иерархии ситуаций, вызывающих страх.* Страх клиентки М. ограничен встречей с собаками. Беседа (поведенческий анализ) показал, что следующие обстоятельства играют при этом определенную роль: страх тем сильнее, чем ближе находится собака. При этом также играет роль то, находятся собаки на привязи или бегают самостоятельно, а также открыта или нет дорога, чтобы убежать, какого они цвета и размера, в каком количестве. Через комбинацию этих элементов можно сконструировать целый ряд типичных ситуаций, при этом пациентка показывает, насколько сильно ощущение страха, оценивая его по шкале от нуля (отсутствие страха) до ста баллов (абсолютная паника). Таким образом, терапевт вместе с пациентом определяет иерархию силы переживания страха, которая перерабатывается позже в процессе десенсибилизации. В данном случае она может выглядеть следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Иерархия ситуаций, вызывающих страх страхов (в баллах)

|  |     |
|--|-----|
| Маленькая собачка на ремешке, до нее 10 метров                                 | 5   |
| Маленькая собачка на ремешке, до нее 5 метров                                  | 10  |
| Собака средней величины, за забором, пациент идет по другой стороне улицы      | 15  |
| Собака средних размеров за забором, пациент идет по этой же стороне улицы      | 20  |
| Собака средней величины лает за забором, пациент идет по этой же стороне улицы | 35  |
| Маленькая собака бегают без ремешка, ее кто-то сопровождает                    | 40  |
| Маленькая собака бегают свободно вокруг, пациент идет без сопровождения        | 50  |
| Большие черные собаки лают, бегают свободно вокруг, пациентка одна             | 100 |

II. *Обучение прогрессивному расслаблению мышц по Джекобсону.* Основной принцип десенсибилизации *in sensu* состоит в том, что пациент в расслабленном состоянии представляет себе, что он находится в ситуации, в которой приводится иерархия страхов.

Во время второго шага подготовительной фазы пациент научается, чаще всего, параллельно этому иерархическому образованию, и технике релаксации: тренинг по Джекобсону функционирует следующим образом. Важнейшие мышечные группы тела (запястья и выше, плечи, затылок, лоб и лицо, спина и ноги, грудь и живот) поочередно напрягаются и

опять расслабляются. При этом психотерапевтом внушаются приятные ощущения и покой. Пациент учится самостоятельно до двух раз в день, при возможности с помощью кассеты, на которую психотерапевт наговорил свои указания. В общем, пациент овладевает техникой в течение трех-четырёх недель.

III. *Десенсибилизация в представлении.* Пациент приводит себя в состояние расслабления. После этого он должен представить себя на нижней ступени иерархии страхов (от 10 до 20 секунд). Эта картина будет повторяться до тех пор, пока она не будет переживаться как свободная от страха. Следующая ступень иерархии. Между ними пациент получает постоянно инструкции на расслабление. Таким образом, десенсибилизируются все «сцены», т.е. содержание представлений будет связано с освобождением от реакции страха. Следующая выдержка из терапии должна проиллюстрировать этот процесс.

Психотерапевт: «Уважаемая М., мы должны теперь двигаться в пределах обозначенной иерархии. Прежде всего, я прошу Вас расслабиться (пауза). Вы начинаете с рук, с кистей рук (10 с пауза). Теперь переходите к плечам (10 с), к затылку (10 с). Теперь на очереди лоб (10 с), затем все лицо (10 с). Теперь расслабьте мышцы грудной клетки (10 с), живота (10 с), спины (10 с), ног (10 с). Если вы себя чувствуете полностью расслабленной, мы можем начать (20 с). Мы начнем со следующей сцены: вы видите средней величины собаку за изгородью, за забором. Вы находитесь на другой стороне улицы и идете спокойно мимо. Начинайте интенсивно представлять себе эту сцену (15 с). Теперь можете прервать это представление и расслабиться. Предайтесь приятному чувству спокойствия и расслабления (30 с). Теперь мы еще раз повторим эту сцену: Вы идете по улице и видите на другой стороне собаку средней величины за забором. Пожалуйста, представьте себе очень ясно эту картину (15 с). И так далее».

В той мере, в которой пациентка двигается в пределах этой иерархии, и ее страхи уменьшаются, она будет убеждаться в том, что в действительности, в своей обычной повседневной жизни она все меньше реагирует чувством страха. Потом с ней могут обсуждаться задания, которые заключаются в том, что она будет ходить по тем дорогам, которых раньше избегала и не будет уходить от ситуаций, которые раньше вызывали у нее чувство страха. Систематическая десенсибилизация в представлении – это терапевтическая технология, действенность которой подтверждается многими исследованиями. Через такой пошаговый процесс дви-

жения по иерархии ситуаций пациенту удастся привыкнуть к ним («эффект научения – ничего со мной страшного не происходит»), что он в действительности избавляется от своих страхов. Перспективы успеха тем больше, чем точнее будут определены те факторы, которые запускают страх (например, страх летать в самолете, перед поездками в машине, перед животными и т.д.). Также при страхах выступления перед аудиторией, перед экзаменами такая технология служит хорошую службу.

Как мы видели на прошлом примере, имеет смысл, справляться со страхами с помощью терапевтических упражнений, при выполнении которых вызывающие страх объекты переживаются только в представлении. При других проблемах более полезная стратегия – это прямой контакт с действительностью. Это, прежде всего, при сложных комплексных фобиях. Также в этих случаях можно действовать пошагово. Шагая от одной ступени к другой, пациент сначала пытается справиться с ситуацией, которая в меньшей степени вызывает страх, а затем шагает постепенно к более тяжелым ситуациям.

### ***3.1.2. Стимульная конфронтация и помехи реагированию***

Данные техники можно рассматривать как дальнейшее развитие метода систематической десенсибилизации: основания, принципы и проведение были развиты вполне самостоятельно (Marks, 1978). Конфронтация означает создание или поиск ситуации, которая вызывает у клиента/пациента страх. Страх вызывает реакцию избегания ситуации. В этом месте вступает в игру вторая компонента этой терапевтической техники, именно препятствие реагированию: обычная в таких ситуациях – реакция избегания – не допускается. Благодаря этому, человек (клиент/пациент), оставаясь в вызывающей у него страх ситуации, убеждается, что ничего страшного не происходит с ним, его ожидания не оправдываются, а за этим следует и угашение реакции страха. Эта помеха или препятствие может быть организована по-разному, что выражается в вариациях данного метода.

*Флудинг (прилив/погружение).* Очень быстрая конфронтация пациента с вызывающей страх ситуацией. Через конфронтацию с ситуацией, вызывающей самый сильный страх (top item) пациент должен пережить страх в максимальном размере и выдержать. Флудинг происходит чаще в реальности и требует от человека наличие сильной мотивации и большой проблемы. Когда пациент идет на встречу с такой ситуацией и убеждает-



ся, что ожидаемая ему угроза не наступает (потеря сознания, смерть и т.д.), то тем самым способствует явному прогрессу терапии. Также другие, меньший страх вызывающие ситуации, он преодолевает тогда значительно легче. Массивная конфронтация, как показывает опыт и исследования, дает и лучший длительный эффект. Как исключение, флудинг применяется и в форме представления.

*Имплозия (погружение в действительность, реальную ситуацию, вызывающую страх).* Это метод конфронтации, разработанный и предложенный в 1960-е гг. Стамфлом (Stampfl, 1973). Центральными моментами, наряду с характеристиками, свойственными для других техник этого типа, являются: а) конфронтация происходит только в представлении, б) ситуация частично более напряжена; в) центральными являются как на теоретическом, так и на психодинамическом модельном представлении: агрессивность, сексуальность и т.п. Правда, используется не очень широко. Цель импозивной терапии – вызвать интенсивный страх в представлении, который приведет к уменьшению страха в реальной ситуации. Поддерживается высокий уровень страха 40–45 мин.

«Вообразите, что вы трогаете крысу в лаборатории... Она огрызается и начинает кусать вам пальцы... затем бежит по вашей руке...». Вначале могут быть воображаемы содержания других страхов, а затем то, которое является содержанием страха пациента.

### **3.2. Методы на основе оперантного обусловливания**

Оперантные методы опираются на описание психологических механизмов научения оперантного обусловливания (Skinner, 1935). Свое название этот механизм научения получил от понятия оперант, который обозначает спонтанное поведение. Спонтанно демонстрируемое поведение может быть изменено через манипулирование его последствиями (консеквенциями), без обращения диагностически и терапевтически к его причинам. Поэтому консеквенция (последствия) является центральным понятием оперантного научения. Другим его основополагающим понятием является контингенция (связь), которая выражает регулярность связи элемента поведения с его последствием (результатом, консеквенцией).

Чтобы систематизировать оперантные методы, полезной может быть схема последствий (действий подкрепления), предложенная Andreas Maercker (цит. по: Margraf, 1996. S. 401). В ней определяющими являются такие центральные понятия, как: подкрепление, наказание и угашение.

Виды подкреплений: первичное подкрепление (еда, питье, сон); вторичное подкрепление (похвала, комплимент, грамота, оценка-отметка), интермитирующее подкрепление (обычно в завершение процесса научения, прерывистое); социальное подкрепление (от окружения); самоподкрепление (самопоощрение, поддержка); комплексное подкрепление (системы).

### 3.2.1. Метод жетонов (*Token economy*)

Относится к приемам модификации поведения, когда желаемое поведение становится возможным благодаря систематическому предъявлению стимулов – жетонов (tokens). Жетоны связывают желаемое поведение и естественные подкрепляющие стимулы. Этот метод может применяться как индивидуально, так и для малых и больших групп пациентов. Жетоны меняются на вещи/предметы или какие-либо оговоренные поощрения или льготы.

В табл. 3 дается иллюстрация применения метода жетонов для модификации поведения («исправления») подростков в интернате для пределиквентных подростков (Phillipps, 1968).

Т а б л и ц а 3

#### Выигрыш и потеря пунктов при «методе жетонов» в интернате для деликвентных подростков

| Условия подкрепления  | Количество пунктов    |
|---|-----------------------|
| 1   | 2                     |
| <i>Поведение, ведущее к выигрышу</i>                              |                       |
| Смотрение информационных сообщений по телевизору или чтение газет | 300 за день           |
| Приведение в порядок своего помещения                             | 500 за день           |
| Хорошо мыться и аккуратно одеваться                               | 500 за день           |
| Чтение книг   | 5–10 за страницу      |
| Воспитателям помогать   | 20–1000 за задание    |
| Мытье посуды  | 500–1000 за один раз  |
| Быть аккуратно одетым к ужину                                     | 100–500 за один раз   |
| Выполнение домашних заданий                                       | 500 за один день      |
| Получить положительные отзывы школы                               | 500–100 за отзыв      |
| Выключение света, когда он не нужен                               | 25 за одно выключение |
| <i>Поведение, ведущее к потере пунктов</i>                        |                       |
| Агрессивные высказывания  | 20–50 за один случай  |
| Споры (ссоры)   | 300 за эпизод         |
| Забыл помыть руки перед едой                                      | 100–300 за один раз   |
| Непослушание  | 100–1000 за эпизод    |

| 1                                | 2                   |
|----------------------------------|---------------------|
| Опоздание                        | 10 за минуту        |
| Демонстрация плохих манер        | 50–100 за эпизод    |
| Демонстрация плохого отношения   | 50–100 за отношение |
| Плохое произношение и грамматика | 20–30 за эпизод     |
| Плохие отзывы школы              | 500–1000 за отзыв   |
| Воровство, обман или ложь        | 10000 за случай     |

### **3.2.2. Поведенческие или контингентные договора**

Эти договора включают точную спецификацию целей поведения и договоренности о подкрепляющих стимулах, которые для этого необходимы. В них могут быть оговорены разные принципы подкрепления, например, принцип малых шагов. Лучше, если они составляются в письменном виде, легче с ними работать. Следует указать в них последствия прерывания договора и дату, до которой он действителен.

**Пример договора** (Linden und Hautziger, 1994. S. 345). Договор между психологом-психотерапевтом ..... и ..... . Я обязуюсь, согласно этому договору, придерживаться указанных пунктов рабочего плана относительно «шагов изменения» и их добросовестно выполнять. Эта договоренность действительна на ... (такой период времени). Соблюдение плана терапии (шагов изменения) будет контролироваться самонаблюдением и самооценкой. Соблюдение и выполнение плана терапии я буду оценивать в виде пунктов: 3 пункта – полное выполнение, 1 – частичное, 0 – невыполнение. Пункты затем будут обменены на поощрения меня: 10 пунктов – посещение кино, 25 пунктов – вкусная пища, 40 пунктов – посещение театра. Если я не буду соблюдать договоренности, то терапевтические сеансы будут ограничены до 15 мин. До тех пор, пока я не выполню условия договора.

Подпись психотерапевта

Подпись пациента

### **3.2.3. Наказание**

Под наказанием понимается применение авersiveivного (негативного, неприятного) стимула в отношении определенного поведения (прямое наказание). Наряду с этим может иметь место непрямая форма наказания, при которой не применяются авersiveivные стимулы, а просто не включаются (выпадают) позитивные (приятные) стимулы (лишение подкрепления – response cost или Verstärkerentzug), что все же действует на человека как наказание.

Прямые наказания. Они осуществляются посредством авersiveivных стимулов (например, электрошок, рвотное средство при алкоголизме и

никотинизме). Уже Skinner (1935) заметил, что прямое наказание, как правило, непригодно для пролонгированного избавления от какого-то нежелательного поведения, но эффективно на короткое время. В современной поведенческой психотерапии изолированное использование аверсивных методов почти не практикуется.

Если же прямое наказание используется как терапевтическое средство, например, в рамках аддиктивных программ, то следует учитывать следующие моменты: применение наказания должно иметь место только при согласии пациента; стимул наказания должен следовать контингентно за нежелательным поведением и в связи с наказательной интервенцией пациентам должны быть показаны и желаемые поведенческие альтернативы.

Косвенные наказания. В литературе они чаще обозначаются как *response cost*. Они применяются тогда, когда до того полученное подкрепление (например, пункты, монеты, игровые элементы – фишки и т.п.) отнимаются. Это продемонстрировано в таблице Филиппса, когда за неправильное поведение у осужденных отбираются уже имеющиеся пункты. Этот прием более корректный и имеет меньше побочных действий, чем прямое наказание (см. «метод жетонов»).

### **3.2.4. Угашение**

Когда проявление какого-то поведения не вызывает последствий, это ведет, обычно, согласно обучающему контексту, к угашению поведения. В терапии и интервенционной практике угашение осуществляется в большинстве случаев в форме осознанного игнорирования неадекватного поведения. Реакция должна вначале стать меньшей по силе и затем совсем пропадать. Одна из выраженных терапевтических интервенций, как простое игнорирование – это т.н. метод «взятия таймаута». При этом методе редукция или угашение проблемного поведения достигается за счет того, что все потенциальные подкрепляющие стимулы поведения оказываются недостижимы. При появлении нежелательного поведения на определенное время все стимулы полностью устраняются (убираются и т.д.). В большинстве случаев пациент извлекается на короткое время из стимулирующего окружения и помещается в бедное на подкрепляющие стимулы помещение.

**Пример.** Пациент одного интерната для умственно отсталых демонстрирует агрессивное поведение в отношении других людей так сильно, что стал опасным для окружающих. Этим он привлекает на себя внимание обслуживающего персо-

нала. Другие больные сигнализируют, что они его поддерживают. Со стороны медперсонала было решено не позволять этому пациенту своим агрессивным поведением добиваться своего, и когда он себя так начинает вести, сразу же его изолировать от остальных (в его комнату). При появлении признаков адекватного поведения тут же подкреплять его позитивно.

Как в описанном случае, таймаут нужно всегда связывать с подкреплением альтернативными, неproblemатичными формами поведения. Таймаут в противовес метода непрямого наказания (респонс-кост-метода) особенно тогда показан, когда оказывается невозможным точно идентифицировать и устранить следующие за проблемным поведением специфические усилители. Поскольку лишение пациентов социальных подкрепляющих стимулов (быть с другими и ими поддерживаемым) может вести к чувству одиночества, отверженности и т.п., то этот прием следует использовать очень осторожно, если ему нет альтернатив и если речь идет о безопасности окружающих (социально опасное поведение).

### **3.2.5. Стимульный контроль**

О стимульном контроле говорят тогда, когда клиент/пациент усваивает, что за определенным поведением последует (негативное) последствие, в то время как за другим поведением ничто не последует или последует позитивный стимул. Стимульный контроль может:

- стимулировать прицельно желательное поведение, создавая при этом ситуативные условия, при которых проявляется только желательное поведение или
- нежелательное поведение ослаблять, устраняя для этого ситуативные условия его появления.

Примером ослабления нежелательного поведения является программа стимульного контроля за снижением веса.

**Пример.** С пациентом с излишним весом можно применить, наряду с другими терапевтическими приемами, следующие договоренности: Должны быть осуществлены покупки продуктов только для употребления на следующий день; продукты должны храниться только в определенном месте, а не где попало и быть легко доступными, чтобы тяга к приему пищи не стимулировалась вокруг лежащими продуктами. Стимульный контроль состоит здесь в том, что могут быть устранены те стимулы (направляющие раздражители), которые проблемное поведение обуславливают и облегчают.

### 3.2.6. Скрытая сенсibilизация

«Скрытая сенсibilизация» – это одна из бихевиорально-терапевтических аверсивных техник для устранения такого нежелательного «поведения приближения», как алкоголизм, курение или эксбиционизм. Cautela (1967) назвал этот метод «сенсibilизацией», поскольку в отличие от метода систематической десенсibilизации, прежде всего, речь идет не об устранении реакции избегания, а о ее формировании против нежелательного стимула. «Скрытым» этот метод называется потому, что редуцирующаяся реакция приближения (алкогольное или другое подобное поведение), как и аверсивный стимул, согласно инструкции психотерапевта, представляются в воображении. Этот метод относится к техникам скрытого обусловливания. Вслед за воображаемой реакцией, вероятность появления которой должна быть снижена, следуют контингентно скрытые аверсивные (негативные) последствия.

Техника проведения. После поведенческого анализа пациенту разъясняется суть метода, его эффективность и техника проведения. Затем обучают техникам расслабления, поскольку скрытая сенсibilизация, как и систематическая десенсibilизация, конфронтация с проблемными сценами (представляемыми проблемными ситуациями) осуществляется на фоне мышечного расслабления. Затем вместе с пациентом психотерапевт составляют список аверсивных стимулов. Они могут быть непосредственно связаны с «естественной ситуацией» пациента или быть вне ее (например, описание несчастных случаев, кровоточащих страшных ран, червей и т.п. в пище, нападение противных насекомых или роя пчел и т.д.). Выбор и интенсивность аверсивных сцен связан с потребностями пациента (следует учитывать уровень страха и доверчивости, внушаемости пациента). Перед скрытым обусловливанием пациент делает упражнения на воображение, каким-либо знаком сообщая психотерапевту, представил ли он достаточно ясно соответствующую ситуацию. Психотерапевт стимулирует пациента включать все его сенсорные каналы, чтобы повысить свою способность к представлению. Затем следует собственно скрытая сенсibilизация (за один сеанс в среднем 20 сцен с коротким перерывом). После этого пациент получает задание упражняться и в домашних условиях (домашнее задание).

**Пример.** Представьте себе, что вы идете в какой-то бар выпить... При приближении к стойке бара, у вас появляется странное ощущение в районе желудка. Вам становится дурно. Неприятная жидкость подступает вам к горлу... Вы пытаетесь ее опять проглотить, но вместо этого кусок пищи поступает к горлу и далее

в рот. Но вы подошли к бару и заказали свою выпивку... Когда бармен подает вам стакан, вы чувствуете, как содержимое вашего желудка оказывается в вашем рту... Вы хватаетесь за стакан, чтобы смыть это противное ощущение. Но когда ваша рука дотронулась до стакана, вы не можете удержаться от рвоты. Вы открываете рот, и вас рвет. Рвота попадает на руку, стакан, его содержимое... Вы замечаете, что за вами наблюдают окружающие, а вам становится все хуже и хуже... Вы отворачиваетесь от стакана с выпивкой и чувствуете в этот момент себя несколько лучше. Вы выбегаете вон из бара и замечаете, что вам становится все лучше и лучше. Когда вы стоите на улице и вдыхаете свежий воздух, то чувствует себя хорошо.

### **3.2.7. Методы формирования поведения**

В терапии имеется целый ряд методов построения поведения, при которых действуют, прежде всего, посредством множественного подкрепления: «шейпинг», «чейнинг», «промтинг» и «фейдинг».

**Шейпинг (создание формы).** В шейпинге посредством позитивного подкрепления создаются такие элементы поведения, которых до этого не было совсем или были, но в малом количестве. Уже маленькие шаги, которые ведут в направлении желаемого поведения, систематически подкрепляются. И так шаг за шагом.

**Пример.** При тренировке самостоятельного одевания в одной из геронтопсихиатрических больниц пациента хвалили уже за то и тогда, когда он доставал самостоятельно свою одежду из шкафа. Затем его хвалили за то, что он не только доставал одежду, но и надевал, например, рубашку.

**Чейнинг (скрепление цепочкой).** Формирование цепочки различных способов поведения происходит так же, как и при шейпинге, но только в обратном порядке. Часть поведения раскладывается опять же на отдельные шаги. Пациент стимулируется лишь после последнего звена поведенческой цепи, которое строится как бы в обратном порядке.

**Пример.** Пациентке оказывают помощь при одевании вплоть до последнего шага. Этот последний шаг состоит в одевании юбки, который пациентка должна осуществить самостоятельно и за который ее хвалят. Следующий раз пациентке помогают до предпоследнего шага, остальные она делает сама, и за это ее тоже хвалят и т.д.

**Промтинг (побуждение).** Под этим понимаются вербальные и невербальные (поведенческие) позиции помощи, которые должны направить внимание клиента/пациента на желаемое поведение. Посредством опроса или указания так подготавливается начало изменения поведения. Промтинг может быть осуществлен, например, при упражнении в форме

ролевой игры, через короткие высказывания: «Повторите теперь ваше требование!», «Говорите несколько громче!», а также в виде краткого одобрения «Замечательно!» или «Хорошо!».

*Фейдинг (постепенное исчезновение, затухание).* Фейдинг или фединг означает постепенное устранение помогающих стимулов, пока клиент/пациент не станет реагировать на минимальное проявление наличного стимула, который присутствует и в естественном окружении. Фейдинг играет существенную роль при переходе от терапевтических условий естественным, домашним условиям, при которых имеет место постепенное выпадение/устранение поддерживающих стимулов. Пациент должен продемонстрировать определенное поведение не только тогда, когда он к этому стимулируется психотерапевтом, но и вне терапевтического сеанса.

### **3.3. Когнитивные и социально-когнитивные методы психотерапии**

#### **3.3.1. Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) А. Эллиса (A. Ellis)**

В основу практики рационально-эмотивной терапии А. Эллис положил разработанную им АВС-модель, где А – это актуальное событие или ситуация, с которой столкнулся клиент/пациент, что приводит к определенным последствиям (консеквенциям) С – эмоциям и поведению, но не напрямую, а в результате восприятия и оценки клиентом данной ситуации, которые Эллисом обозначены как В (убеждения, мысли, когниции). Отсюда следует, что какие когниции, такие, в конечном итоге, эмоции и поведение: ситуация оценивается позитивно – это ведет к позитивным чувствам (радости, любви), ситуация оценивается негативно – это ведет к негативным эмоциям и чувствам (печали, страху, злости, депрессии), а если когниции нейтральны, то и чувства, соответственно, носят нейтральный характер (спокойствие, безразличие).

*Пример. Ситуация А:* Уже поздний вечер, 23 часа, а мужа все еще нет с работы, может быть воспринята и оценена по-разному. А потому может быть и разная эмоциональная реакция на нее.

*Жена Т.* разозленная сильно (С). Она думает (В): «Что он только со мной ни делает, Гуляет себе, а я здесь сижу дома. Ах, какой негодяй!» (негативная оценка).

*Жена К.* нервничает и испытывает тревогу (С). Она думает (В): «Где он может быть? Надеюсь, что с ним ничего не случилось» (негативная оценка).

*Жена Н.* Чувствует себя очень хорошо, даже счастливо (С). Она думает (В): «Наконец хоть один свободный вечер, когда я могу время посвятить себе» (позитивная оценка).



*Жена М.* Спокойна (С). Она думает (В): «Да уже поздно. Посмотрим, как он сегодня провел вечер. Возможно, у него еще какое-то совещание» (нейтральная оценка).

*Жена В.* в депрессии (С). Она думает (В): «Все остальные для него важнее меня. Никто не хочет быть со мной вместе. Возможно даже, что у него есть подруга» (негативная оценка). (Wolf D., 1989. S. 25).

Мысли, которые ведут к негативным эмоциям и поведению, в большинстве случаев, считает А. Эллис (1999. С. 33-44), являются иррациональными или ненаучными. Надо освоить так называемые правила научно-исследовательского мышления и ими руководствоваться. Упражнения в рамках РЭТ и направлены на тренировку такого научного мышления, формулировку рациональных когниций, которые отвечают действительности и помогают человеку себя чувствовать и вести себя, как бы ему этого хотелось.

Возьмем, например, иррациональную мысль: «Я должен действовать компетентно, потому что мне это нравится» и проведем научный анализ (применим правила научного мышления):

*1-е правило:* Основано ли данное утверждение на реальности и фактах? Очевидно, нет. Поскольку я – человек, который обладает некоторой свободой выбора, я не обязан всегда действовать компетентно, я могу в некоторых случаях делать что-то и плохо. Мне, как любому человеку, свойственно ошибаться.

*2-е правило:* Есть ли в этом утверждении логика? Нет, поскольку в этом противоречивом утверждении от человека требуют, чтобы он был безупречным буквально всегда. Но из того факта, что мне нравится быть компетентным, логически никак не следует, что я обязан всегда быть компетентным.

*3-е правило:* Является ли данное утверждение гибким (гибким)? Нет. Оно гласит, что я должен быть компетентным при любых обстоятельствах и в любых условиях. Возможно ли это?

*4-е правило:* Можно ли фальсифицировать данное утверждение? Да, можно. Можно доказать, что я не обязан быть верхом совершенства, иначе я должен был бы быть не человеком, а Богом, обладающий абсолютной властью и возможностями.

*5-е правило:* Можно ли доказать справедливость или ложность данного утверждения? Нет, так как эта идея относится к тем идеям, которые ни доказать, ни опровергнуть невозможно.

*6-е правило:* Означает ли это утверждение, что если я всегда буду придерживаться его, то во всех случаях буду поступать хорошо и полу-

чать хорошие результаты? Конечно, нет! Не всегда, поскольку есть люди, которые мне завидуют, не любят меня, которых я раздражаю, а поэтому могут вставлять мне палки в колеса и т.д.

Возможностей для упражнений такого типа очень много, поскольку иррациональных мыслей, требующих научного анализа и замены их на рациональные, тоже очень много. Результатом таких упражнений должно быть автоматическое появление на месте иррациональных мыслей мыслей рациональных, ведущих к позитивным последствиям.

**Упражнение:** Обратите внимание на те характерные способы, с помощью которых вы (а также ваши родственники и знакомые) отрицаете правила научного мышления.

*Нереалистичное мышление, отрицающее реально существующие жизненные факты.* Примеры: «Если я отношусь к людям хорошо, то они тоже должны любить меня и относиться ко мне хорошо»; «Если я не сдам этого экзамена, я никогда не смогу закончить школу и в итоге стану никому не нужным человеком».

*Нелогичные и противоречивые представления.* Примеры: «Поскольку я очень хочу, чтобы ты любил меня, ты должен любить меня». «Если я провалюсь на собеседовании, то это значит, что я ни на что не годен и никогда не получу хорошей работы», «Люди должны относиться ко мне хорошо, даже если я сам к ним так и не отношусь».

*Представления, которые невозможно доказать или опровергнуть.* Примеры: «Я обречен на вечные неудачи, так как неудачник», «Я – особенный человек, и я всегда буду лучшим из лучших», «Я чувствую, что ты меня ненавидишь, значит ты меня действительно ненавидишь».

*Вера в воздание по заслугам.* Примеры: «Я хороший человек, а потому заслуживаю успеха и самой хорошей жизни», «Я не сделал того, что должен был сделать, а потому обречен на страдания и неудачи на всю оставшуюся жизнь».

*Предположение, что ваша сильная вера (и те чувства, которые она за собой влечет) даст вам блаза, комфорт и счастье.* Примеры: «Ты поступил по отношению ко мне плохо, хотя не должен был так поступать. Я сержусь на тебя, и это заставит тебя вести себя лучше», «Если я себя осужу за плохой поступок, то следующий раз я не поступлю плохо» (А. Эллис, 1999. С. 43).

В Институте рационально-эмотивной терапии в Нью-Йорке под руководством А. Эллиса разработана «Анкета самопомощи», структура которой определяется ABCDE-парадигмой/моделью (А. Эллис, 1999. С. 126–127).

### АНКЕТА САМОПОМОЩИ

(A) *Активизирующее событие* \_\_\_\_\_  
(C) *Последствия (чувства и поведение)* \_\_\_\_\_

| <b>(B) Когниции (мысли)</b>  | <b>(D) Диспут</b>  | <b>(E) Эффективные рациональные мысли</b>   |
|--|--|---|
| <i>Иррациональные, не помогающие мне мысли, а скорее ведущие к негативным последствиям</i> | <i>Оспаривание иррациональных мыслей Пример: «Где написано, что я плохой человек?»</i> | <i>Пример: «Я человек, который сделал что-то плохо, но вовсе не плохой человек»</i> |
| 1. Я должен делать все хорошо  | Почему я должен?   | Нет причин! Хотя мне действительно хотелось бы делать все хорошо                    |

2. Если я что-то сделал плохо, значит я *плохой человек*.
3. Люди обязаны относиться ко мне хорошо и давать мне то, что мне *нужно*.

**Список иррациональных когниций можно продолжить!**

4.  
5.  
И т.д.

### ***3.3.2. Когнитивные методы терапии, предложенные А.Т. Беком***

Развитие этих методов восходит к попыткам найти соответствующие методы лечения депрессии, поскольку при депрессии речь идет, прежде всего, об изменении когниций (мыслей) и лежащих в основании этих когниций схем (те и другие в данном случае ошибочны). Согласно Беку и его сотрудникам, для депрессивных людей типичными являются следующие образцы мышления: 1) негативная оценка себя самого, 2) негативная оценка всего их окружающего и 3) негативная оценка будущего. Бек обозначил это как «когнитивная триада». С целью коррекции этих ошибок мышления (селективное восприятие, произвольные выводы, сверхгенерализация/обобщение, дихотомическое мышление и др.) он с сотрудниками разработали следующие техники когнитивного воздействия:

Выполнение градуированных заданий и планирование активности. Здесь пациент/клиент должен постепенно переживать успехи, благодаря выполнению хотя бы маленьких заданий (одевание, покупки и т.п.). Он также должен исключительно директивно стимулироваться к тому, чтобы планировать специальную активность, что позволяет структурировать жизнь и получать внешнее подкрепление.

Техника практического делания и удовольствия. Пациенты должны научиться различать, какие дела (активности) они могут выполнить (umsetzen) или какие им доставляют удовольствие. Это способствует оценке собственного поведенческого репертуара.

Регистрация автоматических мыслей. Автоматические мысли – это результат самовербализации. Они протекают очень быстро. Они являются, согласно теории депрессии, детерминантами расстройства (н., «Я ни с чем не справлюсь»). Задача пациента эти мысли собирать, регистрировать, чтобы подвергнуть их рациональному обсуждению, аргументированию и тем самым сделать возможными к изменению.

Дискуссия с мыслями. Здесь пациент должен попытаться найти на свои автоматические мысли рациональный ответ; эта техника (часто обозначаемая как «техника двух колонок») создает, по меньшей мере, первое дистанцирование от дисфункциональных мыслей. Техника может развиваться за счет того, что идут не только поиски рациональных ответов, но и предпринимается попытка переинтерпретации собственной позиции относительно самого себя, окружения и будущего.

Идентификация и тестирование когний. Здесь пациент должен научиться свои когнии проверять реальностью, тем самым он сталкивается с различием между его представлениями и фактами. Поскольку пациент видит факты в свете своих когний, от терапевта требуется очень тонкое руководство процессом.

Декатастрофизация и переатрибуция, развитие альтернатив. Здесь пациент должен, в рамках рациональной дискуссии, научиться реалистическому столкновению мыслей и окружающей его действительности (например, «Что случится, если ваш друг вас оставит...?»). Пациенты часто избегают этого столкновения-несовпадения, называют события просто «катастрофой», не видят никакой возможности найти другое обозначение (переатрибутировать). Конфронтация дает также шанс развитию альтернатив.

Формулирование реалистичных ожиданий. Депрессивные больные сами себе перекрывают возможность развития, оставляя для будущего лишь пессимистические перспективы. Это требует в терапевтическом плане коррекции временного измерения (т.е. если что-то пошло не так, то не обязательно, чтобы так случилось и в будущем); также аспект генерализации (обобщения) и само собой разумеющегося относительно негативных ожиданий нуждается в коррекции посредством реалистических и позитивных ожиданий.

Когнитивная терапия, по Беку, сильно структурированный и директивный процесс, а также тесно переплетающийся в практике с поведенчески-терапевтическими мероприятиями, так что ее название «когнитивная терапия» – это осталось, скорее, лишь как марка. Применение ее распространяется в последнее время и на другие психические расстройства, такие как: страхи, личностные расстройства (П. Шюлер, Г. Залевский, 1997).

### ***3.3.3. Другие когнитивные и социально-когнитивные методы терапии***

#### *Остановка мыслей*

Приемы, которые напоминают современный метод остановки мыслей, были известны давно, поскольку люди и раньше пытались бороться с нежелательными и неприятными мыслями. Существует целый ряд вариантов этого метода, систематически разработанного в рамках развивающейся СБКТ в 1950–1960-е гг. Главная идея его состоит в том, чтобы в момент, когда приходит в голову нежелательная мысль, подавить ее посредством представления или проговаривая слово «стоп». Этот прием применяется и для контроля за мыслями, которые имеют место в связи со страхами или навязчивыми действиями. Эта техника легко осваивается и применяется отдельно, но чаще в комплексе с другими техниками: тренинг уверенности в себе, скрытая сенсбилизация, десенсибилизация и релаксация.

Техника проведения. Вначале с пациентом обсуждается выбор необходимых для контроля мыслей. После определения нежелательных мыслей (или мысли) психотерапевт разъясняет клиенту/пациенту, какое негативное влияние они оказывают на его самочувствие и поведение. Пациент должен быть убежден, что эти мысли являются иррациональными и не помогающими ему себя так чувствовать и вести себя, как бы ему это хотелось. И поэтому техника остановки нежелательных мыслей ему предлагается для контроля за ними.

Пациенту предлагается закрыть глаза и про себя эти мысли (эту мысль) проговаривать. Психотерапевт неожиданно для пациента и довольно громко в ответ на это произносит слово «стоп». Это должно вызвать у пациента реакцию испуга. После этого психотерапевт спрашивает у пациента, что собственно произошло. Обычно пациент сообщает, что он не смог сосредоточиться на мыслях после крика «стоп». Психотерапевт объясняет пациенту, что этот прием направлен на то, чтобы пре-

рвать нежелательные мысли. То же самое повторяется еще раз. Следующий шаг состоит в том, что пациенту предлагают нежелательные мысли только представлять и поднять любой палец в момент появления мыслей («мысли о мысли»). В этот же момент психотерапевт опять громко произносит «стоп». После этого пациента спрашивают о полученном опыте. Процедура может повторяться много раз. Затем пациенту говорят о том, что эту технику он может использовать самостоятельно каждый раз, когда он захочет остановить или прервать нежелательные мысли. Для этого пациент упражняется сам произносить слово «стоп» в момент представления и появления нежелательных мыслей. И в этом случае обсуждаются результаты и полученный опыт. В качестве последнего шага пациент должен представить, как он при появлении нежелательных мыслей кричит «стоп». Этот шаг тоже повторяется многократно с последующим обсуждением. Если пациент испытывает трудности в усвоении этой техники в виде указанных шагов, то следует либо возвращаться к предыдущим, или модифицировать данную технику. Для некоторых пациентов эффект больше при представлении слова «стоп» в письменном виде. Можно включить и другие раздражители, например, звон колокольчика или любой другой. Для оказания пациенту помощи в прерывании нежелательных мыслей используются чувствительные, но щадящие удары по руке или рукой по какому-то предмету, вплоть до электрошока. В качестве домашнего задания пациент должен дома упражняться как минимум 2 раза в день по 5–10 минут.

#### *Когнитивное новоназывание*

Исходным материалом для этой стратегии изменений являются идентифицированные и правильно оцененные автоматические мысли. В целом случае психических расстройств восприятия, интерпретации, оценки и ожидания, которые являются катастрофизированными, искаженными и иррациональными и заблокированными и зафиксированными когнитивными стереотипами, играют важную роль (Залевский Г.В., 1993). Изменить их можно и с помощью техники новоназывания. С учетом следующих аспектов: проверки реального содержания когниций; дизатрибутирования и реатрибутирования; редуцирования ответственности, поиска альтернативных объяснений (Hautzinger, 1994. S. 187–191).

*Техника проведения.* Этот метод имеет целью, обратить внимание клиента/пациента на большее число аспектов реальности, чтобы скорректировать когнитивные искажения (ошибки) и неправильные умозаключения.

*Проверка реальности.* Здесь речь идет о более точном и конкретном описании реальности и собственного опыта. Клиент/пациент собирает, перерабатывает, наблюдает, экспериментирует и проверяет, чтобы получить больше информации об определенной ситуации, человеке, событии или плане. В этом процессе он постоянно активен, деятелен. Только после этого допускается делать выводы. Например, мать жалуется, что ее сын не имеет никакого желания пойти в театр. Терапевт спрашивает, откуда ей это известно. На что она отвечает, что молодые люди вообще не любят что-то подобное делать вместе с их родителями. Но оказывается, что она прямо о желании своего сына пойти в театр, не спрашивала, это только ее предположение. Психотерапевт посоветовал ей вначале провести маленький эксперимент – спросить сына, а затем только делать выводы.

*Реатрибутирование.* Если пациент постоянно делает себя виновным за ошибки, неуспехи и т.п., то в таких случаях может помочь этот прием более объективно взглянуть на те или иные события и их причины. Терапевт совместно с пациентом пытается обобщить, логически осмыслив, как можно большее число фактов относительно конкретного опыта клиента и построить затем модель его более адекватную ответственности.

*Дизатрибутирование.* Одним из вариантов является декатастрофизация мыслей и представлений пациента, а соответственно его чувств и поведения («Я этого не выдержу», «Я обязательно потеряю сознание», «Надо мной будут смеяться» и т.п.).

### *Коммуникативный тренинг*

Коммуникативный тренинг – это один из методов повышения социальной компетентности клиентов/пациентов. Дело в том, что люди, чтобы реализовать свои потребности и добиваться необходимых целей, должны взаимодействовать между собой. Способность человека вступать в эффективные интеракции, общение с другими людьми, является также важной предпосылкой сохранения его здоровья и развития его возможностей. Чаще всего выделяют следующие типы социальной компетентности (Pfungsten, 1996. S. 361).

Тип П. (права): Осознавать свои права и их отстаивать, предъявлять свои требования, отвергать неадекватные требования других по отношению к себе и т.д.

Тип О. (отношения): Выражать свои чувства, потребности и желания в отношениях с близкими: семейными партнерами, детьми, родителями, друзьями и т.д., адекватно относиться к критике, находить компромиссы.

Тип К. (контакты): Устанавливать контакты и проявлять в них инициативу в отношениях с лицами обоих полов, вызывать симпатию окружающих, находить друзей.

Цели коммуникативного тренинга. Партнеры должны быть приведены в состояние, чтобы в разговоре и, прежде всего, во время дискуссии: выразить конкретно, однозначно и в приемлемой форме свои взгляды, желания, потребности и чувства (навыка говорения); как можно точнее понять чувства, потребности, желания и мнение своего партнера и сообщить ему об этом (навыки слушания).

Навыки говорения. Говорить от первого лица (от Я) и самооткрывание. Каждый партнер должен говорить о своих собственных мыслях, чувствах, потребностях и желаниях. Упреки и жалобы («Ты-предложения») должны избегаться. Они часто являются исходным пунктом эскалации конфликта, поскольку провоцируют противоположную сторону к встречным нападениям, противоречию, защите или отступлению. Также негативное чтение мыслей, которым говорящий предупреждает негативную реакцию («Я бы предложил кое-что на выходные, но ты опять же будешь против»), следует также избегать. «Я-разговор» делает возможным слушателю увидеть ситуацию в перспективе своего партнера и ее принять.

**Пример.** Вместо обвинительных выражений «Ты не обращаешь на меня внимание. Ты мной совершенно не интересуешься. Ты думаешь только о своей работе». Лучше говорить «Я чувствую себя одинокой. Я боюсь, что мы станем чужими. Я опасуюсь, что перестану быть для тебя значимой».

**Конкретные ситуации.** Партнеры должны научиться их обращения к слушателям связывать с конкретными ситуациями и поводами. Обобщенные высказывания («всегда», «вообще», «никогда» и т.п.) вызывают также у слушателя возражение, так как, как правило, на них находятся противоположные примеры, которые уведут диалог в сторону. По конкретному поводу или ситуации легче найти согласие.

**Конкретное поведение.** Говорящий должен не только опираться на конкретную ситуацию, но и как можно конкретнее описать поведение партнера.

**Пример.** Вместо «Я вчера вечером очень рассердилась, поскольку ты опять показал свою лень». «Я вчера вечером очень рассердилась, когда ты мне не помог уложить спать детей».

Если это не будет принято во внимание, то в большей или меньшей степени будет иметь место унижение личности. Обобщения и унижение личностных достоинств являются обостряющими конфликт стратегиями и ведут к описанным выше деструктивным реакциям: ответная агрессия,



противоречия и отступление. Они хороши для того, чтобы выпустить «пар» и оскорбить партнера, но не для конструктивного диалога. Чем конкретнее описание говорящего, тем больше возможностей у слушающего принять это описание. Конкретные описания дают больше возможностей для развития альтернатив и тем самым являются первым шагом к решению проблемы. Поэтому коммуникативный тренинг так тесно связан с тренингом решения проблем. Устойчивые качества, которые являются «типичными» и «всегда» проявляются труднее изменить. Конкретное же поведение поддается изменению.

Оставаться при теме. Партнеры должны говорить о Здесь и Теперь. Не следует «копаться в старом белье», а пытаться изменить настоящее и будущее. Тем более что давние события вряд ли можно описать конкретно. Поэтому при обращении к прошлому имеется опасность уклониться от собственно темы разговора.

### *Навыки слушания*

*Принимающее слушание.* Слушающий партнер должен постараться показать говорящему через невербальное поведение, что он заинтересован и слушает его. Это можно показать жестами – киванием, положением корпуса, контактом глазами и речевыми приемами, типа «мг» и «ага». Можно побуждать говорящего и прямым стимулированием: «Рассказывай дальше, я охотно об этом послушал бы еще».

*Парафразы.* Партнеры должны учиться пересказывать высказывания говорящего своими словами. Этим слушающий тоже сигнализирует говорящему свое внимание. Но важно через пересказ показать, насколько глубоко и правильно был понят говорящий. При этом важно особенно показать, что были поняты его чувства и желания. Этой стратегией создается препятствие мимоговорению, умалению, унижению проблем и чувств говорящего. Давать обратную связь не значит, что слушающий выражает свое согласие. Он только сообщает: «До данного момента я понял следующее».

*Открытые вопросы.* Если слушающий почувствует, что он говорящего, вероятно, не совсем правильно понимает и что говорящий выражает свои чувства, желания и взгляды лишь косвенно, то он должен говорящего прямо спросить о его чувствах или проявить чувства. При этом нужно обращать внимание на то, чтобы не предлагались суждения суждений, а возможные интерпретации.

**Пример.** Вместо «Виной этому твоя неуверенность». «Ты был неуверен?» Прямой вопрос позволяет говорящему согласиться или не согласиться. На первое высказывание с большой вероятностью может последовать защита.

**Позитивная обратная связь.** Партнеры не должны стесняться похвалить говорящего за открытый и понятный рассказ (объяснения). Самому открыться нередко многим людям дается с трудом и вообще непривычно для них. Открыться означает показать и свои слабые, и уязвимые места, а также взять ответственность на себя за свои желания и мнения. В уже нарушенных партнерских отношениях – это достаточно трудный шаг. Поэтому так важна в таких случаях положительная реакция партнера.

**Пример.** «Ты это хорошо объяснил (рассказал, показал). Теперь я лучше понимаю твою реакцию (поведение)».

Обратная связь с собственными чувствами. Чувства, которые вызваны говорящим в диалоге, необходимо сразу же отреагировать. И это должно быть сделано прямо – «Я разочарован, что ты это так увидел», а не косвенно «Это совершенно не так!». После этого следует использовать парафразы, чтобы убедиться, что он правильно понял говорящего.

**Поведение психотерапевта.** Задача психотерапевта в процессе коммуникативных упражнений состоит в том, чтобы контролировать и стимулировать соблюдение коммуникативных правил. Он ни в коем случае не занимает содержательной позиции относительно ведущихся диалогов (дискуссий), и не решает, кто прав и кто не прав, а следит только за тем, придерживаются ли партнеры правил коммуникации. Для усвоения правил коммуникации в распоряжении психотерапевта имеются следующие интервенционные возможности.

**Контингентное подкрепление.** Терапевт реагирует в виде положительной обратной связи непосредственно и не нарушая процесс беседы посредством коротких замечаний («хорошо», «да» и т.д.) и жестов (киванием) с целью передачи правил партнеру.

**Суфлирование.** Во время совместного разговора и особенно при упреках или заторах терапевт тихим голосом подсказывает альтернативные действия. Он может: предложить прямые проявления чувств («Я оскорблен, печален»), коротко указать на необходимые реакции («Теперь обобщить», «Посмотрите на него», «Спросите, как они себя чувствовали», «Я-выражения», «конкретное поведение» и т.п.), или указать на необходимость смены ролей говорящего и слушающего.

**Новое начало.** Если разговор только начался и партнер соскальзывает в старые привычки, терапевт прерывает и подкрепляет насколько это возможно адекватное поведение, например, «Как Вы обратились к Ваше-

му партнеру и как на него посмотрели, это было хорошо». После этого дается конкретная инструкция для нового начала, например, не совсем удачно начинать с упреков. Думайте о прямом обращении к чувствам и начните, пожалуйста, с «Я-предложения». Начните с разговора о своих чувствах, лучше всего: «Когда я думаю о вчерашнем вечере, то я чувствую себя...». Но не следует слишком часто начинать по-новому, так как это утомляет и раздражает. Если кто-либо из партнеров испытывает трудности по началу беседы, то психотерапевт помогает, моделируя такое начало.

*Отрезок беседы.* Если беседа длится уже некоторое время и необходимо вмешательство, то терапевт прерывает ее, комментирует конструктивно ее течение. После этого он дает инструкцию для продолжения разговора, например, «А сейчас вы должны представить партнеру свои желания».

*Завершение разговора (диалога).* В конце каждого разговора психотерапевт дает позитивную обратную связь. Он подкрепляет удавшееся соблюдение правил, указывая в то же время конкретно и привлекая примеры из диалога. Недостатки формулируются как предложения по улучшению, например, «Очень помогло бы разговору, если бы Вы переспросили».

Таким образом, конкретными задачами коммуникативного тренинга являются: развитие навыков речевого общения (говорить от своего Я; избегать употреблять слова «всегда», «никогда» и т.п.; говорить о конкретных состояниях, не приписывать другим негативных чувств и качеств; оставаться «здесь и теперь»; открыто говорить о своих чувствах, избегать жалоб и упреков); развитие навыков слушания (поза внимательно слушающего, контакт глазами, невербальный контакт в виде кивания головой или короткий вербальный контакт в виде «хм»); обратная связь с положительной оценкой сказанного партнером и сообщением своих чувств).

*Техника проведения.* Осуществляется пошагово с нарастанием коммуникативных трудностей.

*Упражнение 1.* Выражение позитивных чувств и желаний. При этом роли говорящего и слушающего строго разделены, но равноправны. Каждый хоть раз выступает в той и другой роли. В этом упражнении следует оставаться при демонстрации позитивных чувств и желаний, слушатель пытается только понять, говорящий – только сделать себя понятым. Не прорабатываются какие-либо предложения о действиях и решениях проблем. Особенно подходящими здесь являются темы – это высказывания о позитивных переживаниях и опыте, хобби, фантастических планах.

**Упражнение 2.** Выражение негативных чувств. И здесь роли разделены, и тема задается психотерапевтом, которая не относится к конфликтным темам партнеров, например, «Я разочарована, поскольку охотно пошла бы вечером погулять, но партнер вместо этого расположился удобно на диване». Дальше все идет как в первом упражнении с большим участием слушающего.

**Упражнение 3.** Конфликтная беседа. На заданную тему (не по собственной проблеме) пара занимает противоположные позиции (например, один из партнеров хотел бы, чтобы в квартире был порядок, а другой на это не очень хотел бы обращать внимание). В этой ролевой игре партнеры упражняются, меняясь ролями. Схема такая: каждый партнер описывает и выражает свои чувства относительно данной темы. Другой партнер затем сообщает о своих чувствах. После этого в том же плане идет точное описание потребностей и желаний партнеров, что-то изменить. Пока еще здесь не предлагаются пути решения.

**Упражнение 4.** Конфликтные беседы по личным проблемам. В иерархическом порядке (от более легких до более тяжелых тем) идет переработка собственных тем. К этому моменту терапии обычно происходит переход к тренингу решения проблем.

### *Тренинг уверенности в себе (преодоление социальных страхов)*

Тренинг уверенности в себе или тренинг социальной компетенции может осуществляться как индивидуально, так и в группе. Это характерная структура, которая хорошо иллюстрирует поведенческо-терапевтические технологии. Для иллюстративности он делится на несколько шагов:

1. Пациент составляет (с помощью терапевта) список ситуаций, которые ему доставляли трудности в прошлом и доставят в будущем. Такие ситуации могут быть следующими:

**Пример.** «Сообщить маме, что он ее не посетит к Рождеству». «Сказать своему партнеру (партнерше), что он хочет в новом доме (квартире) иметь собственную комнату». «В магазине сказать, что товар не отвечает нужному качеству» и т.д.

Ситуации будут построены иерархически на основании субъективной оценки их сложности и трудности.

2. Терапевт объясняет принципы тренинга. Новые способы реагирования обсуждаются и изучаются, дабы избавиться от имеющих место страхов. Они должны выражать некоторую среднюю степень между пассивно поддающимся и требующимся. Основные составные части методики в каждой конкретной ситуации детально обсуждаются. Каждый шаг так долго тренируется, пока не будет осуществляться без малейшего страха.

3. Вначале выбирается ситуация с самой низкой трудностью. Например, пациентка хотела бы сообщить своему другу, что в новом помещении она хотела бы иметь собственную комнату. Пациентка ожидает, что

он будет возражать, и это ее «убивает». В ролевой игре пациентка ведет себя обычным образом. Терапевт берет на себя роль неуступчивого друга. Вот этот кратко переданный диалог:

*Пациент:* «Улли, в новой квартире было бы хорошо, если бы я имела собственную комнату. Если это можно...»

*Терапевт:* «Собственную комнату?! Глупость! Об этом не может быть и речи!»

*Пациентка:* «Никогда ты мне не уступаешь! Я только думала...»

*Терапевт:* «Нам нужна спальня, нам нужна жилая комната, мы не можем позволить себе иметь лишнюю площадь».

*Пациентка:* «Так было бы хорошо – иметь собственную комнату, где бы я...»

*Терапевт:* «Анна, прекрати свои глупости!»

*Пациентка (начинает плакать):* «Ты меня не любишь, делаешь только то, что ты хочешь!» (ролевая игра прекращается).

4. Общая ситуация, особенно в поведении участников, детально анализируется. Терапевт беседует с пациенткой о далеко идущих последствиях ее реакций. Они ведут к подавленности, беспомощности и к негативному представлению о себе. Психотерапевт и пациентка сходятся на том, что потребности пациентки должны быть учтены и поэтому обсуждают следующие цели:

а) Она сообщает другу совершенно четко и ясно о своем желании. Обосновывает свое желание только один раз.

б) Она не позволяет, чтобы ее прерывали.

в) Она не пытается снова и снова оправдываться.

г) Она не делает другу общие упреки и не сводит какие-то старые счеты, а настаивает последовательно на своем желании. При этом смотрит ему прямо в глаза, говорит твердым голосом, но без всякой агрессивности.

д) Если друг и дальше так реагирует, она дает ему время подумать и прерывает разговор.

5. Перед фазой обучения терапевт представляет пациентке модель. Она берет при этом на себя роль друга. Терапевт в роли пациентки:

*Терапевт:* «Улли, я думала о нашем переезде. Я хочу иметь собственную комнату в новой квартире».

*Пациентка:* «Глупости, об этом не может быть и речи».

*Терапевт:* «Я хочу тебе сказать, почему я хотела бы иметь собственную комнату. Я хочу...»

*Пациентка:* «Прекрати с этим!»

*Терапевт:* «Пожалуйста, позволю мне сказать. Ты знаешь, что я опять должна работать дома. Для этого мне нужно отдельное помещение, где бы мне не мешали. И вообще, я хотела бы иметь возможность побыть одной. Для этого мне нужна собственная комната».

*Пациентка:* «Анна, это глупость, это чушь. Ты же имеешь целую квартиру!»

Терапевт: «Я нуждаюсь в собственной комнате. Ты знаешь причины».

Пациентка: «Может это и так».

Терапевт: «Ты знаешь мои причины. Я хочу собственную комнату, подумай об этом» (уходит из помещения).

Так пациентка обучается новым формам поведения, пока терапевт и она не остаются довольными, и при этом никакого страха не возникает. Терапевт ее поддерживает, оценивает ее успехи и исправляет ее ошибки.

6. В конце их встречи они сходятся на задании, которое пациентка должна выполнить в следующие дни. Она получает возможность реализовать новые способы поведения или части из этого. Этим же способом прорабатывается вся иерархия, пока пациентка ближе не подойдет к целям, которые были сообща сформулированы вначале (Hoffmann, 1992. S. 40–43).

Изменение мыслей при социальных страхах. Поведение социально боязливых людей, как и любое другое поведение, может рассматриваться как совместная игра трех важных систем (телесно-эмоциональной, двигательной и когнитивной). Только сейчас описанный тренинг уверенности в себе, прежде всего, акцентирован на первых двух: пациент научается новой форме общения (двигательной), устранению напряжения (телесно-эмоциональной). Часто на его пути стоят установки по отношению к самому себе, которые сформировались в течение времени. Они определяют его податливость и его боязнь конфликтов. Для этого необходимо дополнительно к тренингу уверенности в себе влиять определенным образом на мысли и установки. Следующий отрывок беседы должен это проиллюстрировать:

Терапевт: «Мы смотрим на это несколько скептически. О чем вы сейчас думаете?»

Пациентка: «Я спрашиваю себя, имею ли я право требовать для себя отдельную собственную комнату».

Терапевт: «А что здесь могло быть неправильным?»

Пациентка: «Это эгоистично». Терапевт: «Это эгоистично, когда вы имеете собственное желание».

Пациентка: «Да, похоже так».

Терапевт: «И что же, это вызывает у вас страх?»

Пациентка: «Да».

Терапевт: «За этим чувством стоит нечто, что выражается в таком предложении: если я имею собственное желание, я веду себя эгоистично, не учитывая мнения других».

Пациентка: «Да, что-то похожее».

Терапевт: «Что же вы думаете на счет этого предложения?»

Пациентка: «Нет, это не совсем так. Собственные желания и потребности еще не означают быть плохим и невнимательным к другим. Другие ведь тоже имеют желания».

Терапевт: «Так обобщенно сформулированное предложение будет сформулировано не точно. Мы должны его дифференцировать. Что вы предлагаете?»

Пациентка думает: «Имеются оправданные желания и такие, которые слишком далеко идут, поскольку они тогда ограничивают других».

Терапевт: «Очень хорошо. Таким образом, имеются оправданные желания и те, которые не являются таковыми».

Пациентка: «Да».

Терапевт: «К такому сорту относится ваше желание иметь собственную комнату?»

Пациентка: «Оно оправданное, я могу его обосновать, я же хочу опять работать и иногда быть наедине сама с собой. Мой друг тоже не хочет, чтобы я была с ним, когда у него друзья. Требовать от него этого было бы тоже неправильным. Я хочу свою комнату. Мой друг должен понять, что это ничего не имеет общего с эгоизмом».

Терапевт: «А вы теперь более решительно настаиваете на своем желании и это замечательно. Теперь давайте поработаем над тем, чтобы вы это свое желание могли убедительно и ясно выразить».

Пациентка: «Да» (Hoffmann, 1992. S. 43–46).

Как видно из этого маленького отрывка, терапевт принимает очень серьезно сомнения пациентки, но он ей показывает, что за этим бессознательно стоит позиция, жизненное правило (собственное желание иметь – значит быть эгоистичным), которое нельзя считать единственно верным. Альберт Эллис – основатель рационально-эмотивной терапии много занимался этими проблемами. Он говорит, что в основе реакции страха лежат «иррациональные идеи». Иррациональные потому, что они не выдерживают логической критики. Терапевт помогает пациентке несколько дифференцировать ее общее требование к себе («Я не имею права иметь собственные потребности, иначе я плохая»). Тем же способом ставятся под сомнение мыслительные аспекты жизненной позиции, наполненные страхом, пока постепенно не сформируется новая основательная базисная установка, которая утверждает потребности собственной личности.

Так, в беседе с терапевтом также поддаются изменению, казалось бы, очень жестко «зафиксировавшиеся» черты характера, как стремление к суперточности, называемое перфекционизмом («Я не должен никогда допускать никаких ошибок»), боязнь конфликтов («Было бы очень плохо, если бы все кончилось конфликтом») и повышенная стеснительность («Я не должна высовываться»).

Именно страхами, которые играют большую роль при психических расстройствах, поведенческая терапия до этого времени занималась особенно интенсивно. Хотя еще не все проблемы решены, которые в этой связи имеют место, но уже на сегодняшний день имеется целый ряд методов, с помощью которых в практике достигаются хорошие положительные результаты.

## **ГЛАВА 4. ДРУГИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ (СБКТ)**

### **4.1. Клиент-психотерапевт отношения**

Совершенно бесспорным сегодня является значение отношений терапевт-пациент для успеха терапии. Социально-психологические исследования показали, насколько важно первое впечатление для формирования отношений, а потому первой беседе отводится большая роль в плане успеха будущего терапевтического процесса. Так, первый контакт дает возможность не только терапевту получить значимую информацию, но и позволяет пациенту, на основании первых впечатлений, оценить терапевта и предстоящее лечение. Эта оценка прежде всего решает, придет ли пациент снова и определяет в случае продолжения терапии его ожидания, облегчая или затрудняя терапевту налаживание отношений и мотивирование пациента к сотрудничеству во время терапевтического процесса. Поэтому терапевт должен уже в первой беседе показать себя компетентным и внушающим доверие. Наряду с собственными целями и вопросами терапевт должен учитывать, что пациент уже с первой встречи вполне осознанно преследует определенные цели и хотел бы иметь ответы на свои вопросы. Соответствовать этим требованиям пациента – это первый шаг к успешной терапии и к избеганию трудностей в терапевтическом процессе.

*Цели и притязания психотерапевта.* Симптоматика и повод для психотерапии. Первая цель психотерапевта заключается в том, чтобы получить представление о симптоматике, с которой пришел пациент, т.е. какие проблемы послужили поводом для его желания прийти к психотерапевту. На основании этого должна быть получена первая информация для первого предварительного диагноза и общего взгляда на динамику проблематики до настоящего момента. В принципе после первой беседы



психолог-консультант или психотерапевт должен быть в состоянии определить, обладает ли он способностями и возможностями, а также готов ли он должным образом помочь пациенту. Если он вынужден отказать клиенту/пациенту в помощи, то он должен об этом сообщить ему как можно раньше, до того, как тот определит свое отношение к психотерапевту и начнет на него возлагать определенную надежду.

Отказ должен быть обоснован так, чтобы не усугублять состояние пациента, вне зависимости от особенностей его личности. Одновременно психотерапевт должен показать пациенту альтернативные перспективы, т.е. психотерапевтические возможности других методов или помочь в обращении к другим специалистам. У пациента не должно сложиться впечатление, что его попросту «отфутболили», напротив, его проблемы приняты очень серьезно. Особенно следует помнить ответственность за пациента, когда имеет место подозрение на возможность суицидального поведения. Психотерапевт должен быть убежден, что он все сделал правильно.

*Диагностика.* Если в принципе терапия представляется возможной, то уже во время первой беседы должны быть определены диагностические критерии предварительного диагноза. Это, во-первых, облегчает дальнейшее более тщательное диагностическое обследование (особенно выбор специфических диагностических методик: интервью, вопросники, анализ проблемы, биографический анализ или анамнез) и, во-вторых, одновременно предлагает важную помощь в структурировании дальнейших конкретных и целенаправленных вопросов во время первой беседы. Тем самым создается возможность, благодаря направленным интервенциям, подготовить пациента к восприятию специальных и специфических концепций терапии.

*Центральные концепции.* Наряду с диагностической информацией большое значение имеет определение основных концепций и убеждений пациента. Его прошлый опыт и когнитивные структуры образуют его масштаб оценок. Поэтому все высказывания психотерапевта должны убедительно и доходчиво вписываться в эту концепцию, если он желает выглядеть убедительно и компетентно при предложении методов терапии. Так, должна быть ясность в том, что пациент думает о своих проблемах, какие он имеет собственные объяснения по этому поводу, какие цели и представления он связывает с терапией, почему, по его мнению, оказались безуспешными предыдущие попытки лечения и решения и какие факторы, прежде всего, «виноваты» в его проблемах и страданиях.

Наряду с этими проблемноспецифическими когнициями терапевт нуждается, однако, и в дополнительной информации об общих концепциях, ценностях и целях пациента, как, например, как он оценивает себя, какие сильные и слабые стороны видит в себе, какие основные убеждения направляют действия и обращение с проблемными ситуациями, что он ждет от себя самого и от других и какие цели являются для него центральными жизненными целями. Эта информация представляется очень важной, поскольку пациент свои проблемы, свое заболевание чаще всего оценивает и объясняет в общем контексте своих общих представлений и убеждений.

Одновременно такие концепции образуют основу для причинных и удерживающих способов поведения и когниций. Тем самым психотерапевт может понять пациента и его симптоматику только в этом общем контексте, и это понимание опять необходимо, чтобы в процессе терапии добиться направленных и стабильных изменений. Здесь представляется и первая возможность открыть имеющиеся у пациента ресурсы и его компетентность, которые могут быть использованы в дальнейшем психотерапевтическом процессе.

Рамочные условия. Уже при первом контакте психотерапевту представляется возможность осветить общие принципы терапии (как, например, высокую гласность, активное участие и подчеркивание самоответственности пациента) и повлиять на взаимопонимание в плане распределения ролей между терапевтом и пациентом. Как уже упоминалось, основной целью терапевта при первой беседе является установление приемлемых и эмоционально позитивных отношений с пациентом. Пациент должен с самого начала чувствовать доверие к терапевту и как можно открыто и честно во всех подробностях и без сомнений раскрывать ему свои проблемы и свой прошлый опыт. Для доверительных психотерапевт-пациент отношений очень важно, чтобы терапевт цели и притязания пациента осознавал и интегрировал в работу с ним.

*Цели и притязания клиента/пациента.*

*Понимание.* Решает ли клиент продолжить психотерапию и с какой мотивацией, зависит в целом, прежде всего, от того, насколько он чувствует себя понятым психотерапевтом и насколько вероятным ему представляется успех терапии. Чтобы имело место понимание пациента, недостаточно со стороны терапевта ставить содержательно удачные вопросы и получать или давать такие же ответы, значительную роль в данном случае играет эмоциональный контекст. Многие пациенты нередко и го-

ды спустя приходили к выводу, что их симптомы и связанные с этим последствия для их обыденной жизни, и их поведение в семейной и социальной среде очень ограниченно оценивались как «настоящая» болезнь. Многие пациенты, в связи с негативным опытом и ожиданиями, скрывают, насколько это им удастся, свои проблемы от близких, друзей и знакомых. Психотерапевт должен считаться с тем, что пациент очень чувствителен к любым знакам критики, отвержения, неприятности и т.п. И поэтому задача психотерапевта состоит в том, чтобы понятно и убедительно показать пациенту, что он его воспринимает серьезно, правильно оценивает его поведение и чувствует его страдания, а также не считает пациента виновным или имеющим какие-то нехорошие намерения.

*Успех терапии.* Ожидания пациентом успеха в терапии зависят во многом от двух факторов:

- насколько убедителен психотерапевт в своей компетентности;
- насколько убедительны первые содержательные разъяснения психотерапевта относительно планируемой терапии.

Мера приписываемой компетентности коррелирует, несомненно, в большой степени с предполагаемым опытом психотерапевта, убедительностью и объяснительной ценностью его высказываний в беседе, так и с демонстрируемой им уверенностью. При этом следует учитывать, что частично влияние на ожидания компетентности имеют и неизменяемые особенности личности психотерапевта. Так, в общем, пожилой терапевт будет оцениваться как более опытный, в том время как очень молодой его коллега будет оцениваться как имевший дело еще с малым числом пациентов.

Также и общие предвзятости могут тоже усложнять дальнейший психотерапевтический процесс. Считает какой-то пациент, например, что женщины лучше решают определенные проблемы, будет он в этом случае с большим скепсисом относиться к психотерапевту-мужчине, и наоборот. Очень важно при этом не дать себя загнать в положение неуверенного и оправдывающегося.

Для большинства пациентов очень важно получить объяснения по поводу их проблем. Многие задают многократно один и тот же вопрос: «Почему именно я?» и страдают от того, что не могут сами понять своих проблем и объяснить другим. Если психотерапевту удастся уже в первой беседе понятно и нефальшиво объяснить некоторые важные феномены, тем самым он очень повышает мнение о своей компетентности. Если даже пациент и не задает конкретных вопросов, полезно все же уже в пер-

вой беседе дать ему разъяснения по поводу возникновения и сохранения его проблем или страданий. Следует также помнить, что и такие факторы как внешность и социальное поведение психотерапевта (например, приветствие пациента) оказывают влияние на оценку его компетентности.

**Прозрачность.** Чаще всего уже при первом контакте пациент хочет получить как можно больше информации о дальнейшем лечении, и ее ему нужно предоставить. Исходя из этого, психотерапевт должен дальнейший процесс терапии в основных чертах разъяснить и указать, от каких факторов будет зависеть конкретное планирование.

Уже в первой беседе нужно стремиться к прозрачности терапевтических мероприятий, чтобы пациент чувствовал себя активным в них участником, имеющим возможность принимать решения. Только если он понимает цели и предпринимаемые меры, то он будет относительно независимо от личности психотерапевта убежден в терапевтической концепции и будет ей следовать и после завершения терапии. Следует также помнить, что большинство пациентов рассчитывают получить помощь или надежду на нее уже при первом контакте с психотерапевтом. Положительное влияние на представления пациента о перспективах – является, конечно, центральной целью первой беседы, уже хотя бы мотивирующей пациента продолжить терапевтический процесс. При этом психотерапевт должен быть реалистичным, чтобы не поддаваться нереалистичным надеждам и неверным представлениям пациента и упредить от дальнейших разочарований.

**Организационное.** В заключение должны быть, как можно тщательнее, выяснены важные организационные вопросы: стоимость и длительность терапии, планирование сроков, участие кассы медицинского страхования и т.п. Информация должна быть четкой, конкретной, однозначной и надежной. Можно пациенту для надежности дать письменную памятку.

#### **4.2. Этические вопросы**

Современная бихевиорально-когнитивная терапия хочет помочь людям лучше справиться с определенными ситуациями и лучше себя чувствовать в этой жизни. Поэтому она затрагивает человека индивидуально и в его взаимосвязи с другими людьми, касается его ценностей, которые приходится, нередко, изменять, а также изменять и образ жизни, да и самого человека. В связи с этим, конечно, возникают вопросы из области этики.

Одним из них является вопрос о расстройстве и норме. Разграничение их очень сильно зависит от ценностной системы и поведенческих норм определенной группы или общества. Эти ценности и нормы (включая еще и этнокультурную специфику) необходимо иметь в виду при планировании и проведении психотерапии.

Центром тяжести этических решений в наше время и в нашем обществе являются ценностная оценка индивида, его воли и его благосостояния. Психотерапевту необходимо следовать известным в медицине давно и в их новейшей модификации правилам: «*Salus aegroti suprema lex*» («Благо пациента – высшая заповедь»), «*Voluntas aegroti suprema lex*» («Воля пациента – высшая заповедь»). Последнее правило означает, что психотерапия не может быть пациенту навязана; его надо спрашивать, чего он хочет.

Негуманно будить у пациента надежды, которые не могут быть выполнены, и замалчивать проблемы, которые очевидны. Психотерапевт должен показать пациенту, что реально следует ждать от психотерапии, что остается неясным, какие предстоят трудности и какие усилия он сам должен приложить, что, в сформулированной проблеме пациента, возможно, не подлежит решению.

Отношения между пациентом и психотерапевтом – это доверительные отношения. А это означает, что все, что происходит в процессе терапии, не должно выходить за ее пределы без согласия пациента. Психотерапевт не должен в отношениях с пациентом быть оппортунистом, но не должен допускать и произвола и манипулировать им.

### **4.3. Правовые вопросы СБКТ**

Поскольку в нашей стране правовые вопросы не отрегулированы в отношении психотерапевтической деятельности вообще, и относительно отдельных видов психотерапии в частности, то здесь уместно было бы привести содержание проекта закона по этому поводу, разработанного рабочей группой, в которую входит и автор данного учебного пособия, под руководством профессора Б.Д. Карвассарского (Российская психотерапевтическая Ассоциация). Но так как весь законопроект занял бы много места, то познакомим читателя хотя бы только с его обоснованием, а для знакомства с ним полностью отсылаю заинтересованного читателя к публикациям во многих профессиональных периодических изданиях, в том числе и в «Сибирском психологическом журнале» (2000. Вып. 13. С. 100–107).

*Обоснование законопроекта «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью».* Необходимость специального Закона по психотерапии обусловлена потребностью в законодательном упорядочивании психотерапевтической деятельности с целью дальнейшего совершенствования психотерапевтической помощи населению. Это необходимо также для развития психотерапии как области науки и практики в стране с активным строительством правового общества.

Существенная задача подготавливаемого Закона – охрана интересов граждан, обращающихся за психотерапевтической помощью. Из-за нечеткого определения понятий психотерапии, ее методов, форм и др. вопросов, в этой области велико число неподготовленных и плохо подготовленных специалистов, а также альтернативных целителей, манипулирующих сознанием страдающих людей.

Предлагаемый законопроект создан на основе концепции развития психотерапевтической помощи, в течение многих лет разрабатываемой Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России и Российской Психотерапевтической Ассоциацией.

Учитывая, что в настоящее время не существует единого общепринятого научного определения психотерапии, авторы законопроекта исходили из того, что действие Закона будет распространяться на все методы, формы психотерапии и научные теории, которые реализуются на практике. В этом смысле законопроект «внеконфессионален» по отношению к различным профессиональным психотерапевтическим школам, течениям и группам.

В 1-м разделе сформулированы общие принципы оказания психотерапевтической помощи, даны ее содержание и пути оказания. Добровольность участия в психотерапии и ее конфиденциальность защищены статьями 4, 6 и 7. Подчеркивается важность заключения психотерапевтического контракта, как согласия на психотерапию, в качестве одного из принципов оказания психотерапевтической помощи, с уточнением ее вида, характера и продолжительности; предполагается, что перед началом психотерапии психотерапевт (врач, психолог и другие специалисты) должны будут заключить контракт о предстоящей психотерапии (ст. 9).

Во 2-м разделе определены виды психотерапевтической помощи (ст. 11), формы ее финансирования (ст. 12). Новая организация этого вида помощи предполагает рассмотрение психотерапии как медицинской специальности, но с существенным дополнением: медицинский характер

психотерапии не означает, что психотерапию может проводить только врач. Психотерапия сможет оказываться в виде врачебной психотерапии врачом-психотерапевтом и неврачебной психотерапии, которую могут получить право проводить две категории специалистов – клинический (медицинский) психолог и специалист по социальной работе, прошедшие в соответствии с данным законопроектом специальное обучение, и при выполнении ряда дополнительных условий.

В 3-м разделе приведены особенности работы учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь, права и обязанности специалистов, занимающихся психотерапевтической деятельностью. Дано определение последней (ст. 13). Подчеркивается, что психотерапевтическая деятельность реализуется в качестве самостоятельной медицинской специальности с последующим включением ее в число научных дисциплин, по которым ВАК РФ присуждает ученые степени. В случае принятия Закона психотерапия будет представлена тремя группами специалистов: врач-психотерапевт, клинический психолог-психотерапевт, специалист по социальной работе-психотерапевт. В дальнейшем из психотерапии смогут выделиться такие субспециальности как психоаналитическая, когнитивно-поведенческая, детско-подростковая психотерапия и др.

Вероятно, острую полемику вызовут условия допуска к профессии. Законопроект подчеркивает, что психотерапию может проводить лишь психически здоровый человек, поскольку в процессе психотерапии ему становятся известны подробности личной жизни, нельзя исключить формирования зависимости от психотерапевта с последующим манипулированием пациентом (ст. 14).

В этом разделе изложены принципы сертификации и лицензирования в психотерапии, определены причины, по которым может быть прекращено право на психотерапевтическую деятельность (ст. 17). В качестве одной из причин может быть несоблюдение этических норм. Общероссийские профессиональные психотерапевтические медицинские ассоциации, учитывая этические нормы проведения психотерапии (ст. 20), через свои этические комиссии смогут предлагать органам лицензирования отозвать лицензии в подобных случаях.

В оказании психотерапевтической помощи впервые в нашей стране сможет принимать участие помощник (ассистент) врача-психотерапевта (ст. 24). Подготовка этих специалистов позволит расширить спектр применения вспомогательных методов психотерапии; указанный специалист «принимает участие в психотерапии», используя музыкотерапию, артте-

рапию, хореотерапию и другие, по поручению врача-психотерапевта. В ст. 25 вводится также понятие волонтера в психотерапии – добровольного участника, «содействующего оказанию психотерапевтической помощи».

Определяется круг льгот для участников психотерапии (ст. 26).

В 4-м разделе освещается подготовка всех субъектов психотерапевтической деятельности. С учетом сложностей, которые переживает система последипломого образования, необходимо законодательно закрепить на данном этапе основные образовательные ориентиры.

В ст. 27 изложены требования к стандарту подготовки врачей-психотерапевтов. Общая ее продолжительность увеличивается до 1200 ч (по Приказу Минздрава РФ от 30.10.95 № 294 она составляла 700 ч). Как и прежде, предусматриваются теоретическая подготовка, практическая подготовка и тренинги. Существенных изменений коснется практическая подготовка психотерапевтов. На нее и супервизию отводится 500 ч, указаны требования к медицинским учреждениям, в которых врачи-психотерапевты смогут осуществлять практическую работу под руководством супервизора. Время, отводимое на супервизию в узком смысле этого слова, составит, как и прежде, 50 ч. В тренинговой подготовке предусматривается выделение специального времени для личного тренинга.

Структура подготовки клинических психологов-психотерапевтов и специалистов по социальной работе-психотерапевтов в основных чертах та же, что и для врачей-психотерапевтов, однако продолжительность некоторых ее разделов (практическая работа в клинике и психиатрической в частности) значительно увеличена. Это относится также и к общим срокам подготовки.

При подготовке помощника (ассистента) врача-психотерапевта с учетом того, что он практически является специалистом по одному психотерапевтическому методу и не имеет предварительного специального образования, расширены теоретический и практический разделы, увеличено время практической работы.

После окончания обучения врач-психотерапевт, клинический психолог-психотерапевт, специалист по социальной работе-психотерапевт и помощник (ассистент) врача-психотерапевта сдают экзамен, после чего им выдаются сертификаты специалистов.

В 5-м разделе изложены виды и особенности оказания психотерапевтической помощи. Предполагается представить ее в качестве врачебной (оказываемой врачом-психотерапевтом) и неврачебной (оказываемой



клиническим психологом-психотерапевтом, специалистом по социальной работе-психотерапевтом) – ст. 31. Определяется круг расстройств, при которых проводится психотерапия обоих видов (ст. 32, 33). Острую дискуссию может вызвать законодательная норма, определяющая обязанность специалиста, осуществляющего неврачебную психотерапию, предварительно направлять пациента на консультацию к врачу-психотерапевту (ст. 33, ч. 2). Преимущество в работе различных специалистов в целом – один из главных принципов организации медицинской помощи. Поскольку психотерапия в настоящем законопроекте рассматривается как медицинская специальность, то на нее распространяются и эти требования. В подобных же отношениях находятся врачи-психотерапевты с врачами-психиатрами, в том случае, если последние осуществляют динамическое наблюдение за психически больными, которым показана психотерапия и которые в системе поликлинического лечения обратились за психотерапевтической помощью (ст. 32, ч. 2). И это несмотря на то, что врачи-психотерапевты имеют базовое психиатрическое образование и в соответствии с существующим законодательством имеют право осуществлять ряд функций врача-психиатра.

Предлагается ввести новый тип психотерапевтических учреждений – стационары, оказывающие неврачебную психотерапевтическую помощь (ст. 37).

Ст. 41 фиксирует принципиальное отличие в деятельности врача-психотерапевта и других специалистов, осуществляющих психотерапевтическую помощь, – это исключительно право врача-психотерапевта проводить психотерапевтические консультации, содержанием которых, по сути, является клиническая диагностика и определение показаний к психотерапии, как к самостоятельному виду медицинской деятельности.

В 6-м разделе описываются механизмы обеспечения контроля за качеством различных видов психотерапевтической помощи.

Кроме традиционных норм подобных законодательных актов в ст. 44 (в соответствии со ст. 54 основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан) предусматриваются функции Общероссийских профессиональных психотерапевтических медицинских ассоциаций, которым поручается две существенные функции – сертификация в области психотерапии через специальные комиссии, создаваемые на базе образовательных учреждений, и функция оценки этических норм этически комиссиями упомянутых ассоциаций.

Рабочая группа по разработке законопроекта приглашает всех специалистов, заинтересованных в дальнейшем развитии психотерапевтиче-

ской помощи в стране, принять участие в обсуждении предложенного Законопроекта.

Ваши замечания и предложения просим направлять по адресу: 193019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. Федеральный научно-методический центр по психотерапии и медицинской психологии или в редакцию «Сибирского психологического журнала» по адресу:

634050. г. Томск, ул. Ленина, 36, Факультет психологии, кафедра генетической и клинической психологии.

#### **4.4. Супервизия в системе подготовки и повышения квалификации по СБКТ**

На сегодняшний день существует довольно большое число разных концепций и моделей супервизии (супервизорства, супервидения); создается даже впечатление, что их столько, сколько сегодня супервизоров. В зарубежной специальной литературе имеют место попытки классифицировать этот «хаос по разным основаниям» (Bernard & Goodyear, 1992). Шмельцер (Schmelzer, 1996) предлагает, например, следующую, несколько упрощенную, но, наш взгляд, удобную для начальной ориентации, классификацию: «школьные» (в рамках психотерапевтических школ) модели; развивающие модели; функционально и процесс-ориентированные модели супервизии. Для более полного ознакомления со «школьными» и другими моделями супервизии я отсылаю читателя к книге Шмельцера (Schmelzer, 1996.) или к нашему циклу сообщений по проблеме супервизии, опубликованных в «Сибирском психологическом журнале» (Залевский Г.В., 1997–2002). Здесь же я остановлюсь кратко на особенностях супервизии в контексте современной бихевиорально-когнитивной терапии.

В созвучии с констатацией Краснера (Krasner, 1982), что поведенческая терапия (ПТ) имеет долгое прошлое, но короткую историю (для ПТ-супервизии – это особенно справедливо), исторический взгляд на ПТ-супервизию появляется относительно поздно; лишь лет 25 назад начинаются первые сколько-нибудь серьезные о ней публикации (Wolpe J., 1972; Schmelzer D., 1995; Zimmer D., 1996). Й. Вольпе был одним из первых поведенческих терапевтов, который с его, ставшими уже классическими супервизия-транскриптами, обратился к профессиональному сообществу. В одной, состоявшей из семи частей серии статей, он постарался показать свой собственный способ осуществления

терапевтической подготовки и супервизии. В рамках своего участия в курсе поведенческой терапии в Темплском университете в Филадельфии слушатели в процессе супервизии получили возможность обсуждения собственных проблемных случаев. Каждый из наиболее активных слушателей в течение 15–20 минут представлял свой случай. Остальные могли принимать пассивное участие. При этом речь шла о таких, например, темах, как: «Страх перед успехом», «Проблемы начинающего психотерапевта», «Проблемы в случае клаустрофобии», «Планирование психотерапевтической интервенции», «Тренинг самоутверждения», «Ипохондрический страх», «Игнорирование истории жизни и другие базисные ошибки».

Левин и Тилькер (Levin & Tilker, 1974) считали необходимым в процессе супервизии двигаться в сторону реальной практики: пассивное наблюдение, ролевая игра, пассивное участие в сеансах (sitting-in), этап непосредственного ассистирования на сеансе супервизора посредством так называемой «кнопки в ухе-процедуры» («bug-in-the ear») и обсуждение ауди- или видеоматериалов собственной терапии. Наряду с техникой тренировались и интерперсональные умения (эмпатия, сенситивность, интерес к клиенту и т.д.).

Шмидт (Schmidt, 1979) предложил подход к супервизии на основе когнитивно-поведенческой психотерапии, который ставит общий процесс над специфическими техниками. Согласно его мнению, главные цели супервизии состоят в том, что терапевты учатся: (а) работать относительно без страха, (б) строить гипотезы о поведении клиента на основе наблюдений и вербальных сообщений и (с) на этой основе подбирать эффективные техники изменений. Он отличает супервизию для начинающих психотерапевтов (т.е. супервизия во время учебы) от супервизии для уже практикующих специалистов:

– Супервизия в обучении: разъясняются определенные ролевые признаки (включая общее и отличное между терапией и супервизией), перенос/контрперенос и «параллельный процесс» (при этом супервизия должна служить объяснению, а не элиминации этих процессов), а также установки в отношении терапии (особенно проблематичные/иррациональные убеждения). Супервизия в практике систематизирована в следующей последовательности: (1) супервизируемый представляет тяжелые/конфликтные аспекты в близкой к поведенческой описательной форме; (2) на основе теории научения дискутируются выдвигаемые гипотезы о функции проблемного поведения; (3)

обсуждение эмоций и когнитивных самовербализаций супервизируемого; (4) исходя из 1–3, происходит анализ вопроса: «Какие терапевтические подходы, или какие специфические техники были бы уместны?», а также (5) супервизируемый рекапитулирует дискуссию и информацию (эффекты познания).

Линеган (Linehan, 1980) предложила заслуживающий для того времени внимания широкий подход к ПТ-супервизии, который опирался на трехмерную модель: (1) цели обучения, (2) методы/способы, а также (3) формы применения (например, сеттинги, типы клиентов, проблемные поля). Наряду с подчеркиванием спецификации терапевтической компетентности на классических трех уровнях поведения она пытается перенести ПТ-принципы на тренинг кандидатов в супервизоры. Лишь кратко затрагивая темы «учебного переноса» и «оценки» супервизии, она высказывается достаточно основательно по конкретным базисным терапевтическим умениям (о теоретических знаниях, о переработке информации, о формировании клинического суждения, диагностике, терапевтических методах, вплоть до обращения с эмоциональными реакциями во время терапии), а также о важнейших методах супервизии (решении проблем, «skills training» и т.д.).

Лутц и Коппенховер (Lutz & Koppenhofer) опубликовали в 1981 г. первое немецкоязычное сообщение об опыте в области супервизии. В субъективно-дескриптивной форме они описали в поведенчески-аналитическом стиле вначале свои взгляды на определение, содержание и временное протекание супервизии, после чего высказались о проблеме теория-практика-отношения, о девяти задачах или интервенционных принципах супервизии.

Васик и Фишбейн (Wasik & Fishbein, 1982) предложили модель «решение проблем-супервизия», которая сильно совпадает с новыми ПТ-подходами. Они переносят классические стадии решения проблемы на процедуру супервизии. При этом используются шесть ступеней для структурирования общего процесса супервизии: (1) идентификация проблемы, (2) генерация альтернативного решения, (3) оценочное решение, (4) принятие решения, (5) реализация решения, (6) экспертиза результатов.

Госворд и Бармен (Hosford & Barman, 1983) описали подход к супервизии на основании социальной теории научения (Bandura, 1977). Проблемы супервизируемых в данном случае понимаются как устранение дефицита научения. Задача супервизора состоит в том, чтобы помочь супервизируемым приобрести недостающие знания и умения.

Их базовая модель супервизии ориентируется на шаги по решению следующих проблемы: (а) идентификация требующих изменения способов поведения, (б) определение рабочих целей, (в) выбор и применение адекватных интервенций, чтобы достичь этих целей, и (г) оценка шагов научения.

Понтеротто и Зандер (Ponterotto, Zander, 1984) формулируют на базе «широкоформатной ПТ» Арнольда Лазаруса (1978) мультимодальную модель супервизии. При этом акроним «BASIC-ID» (behavior, affect, sensation, imagery, cognition, interpersonal relations, diet-drugs) служит основополагающим ориентиром, как указатель поиска (Suchraster) возможных трудностей супервизируемых в отдельных сферах, так и как заданная цель обучения, и помощь при планировании возможных интервенций во время супервизии. Следующие шаги рассматриваются как существенные: (а) поведенческая диагностика на основе «BASIC-ID» (для конструирования индивидуального «профиля модальностей» и целей научения); (б) гибкость процедуры (на базе «селективного технического эклектизма» специфически для супервизируемого предусмотренные интервенции), (в) непрерывное отслеживание и оценка продвижения супервизируемого (в том числе, модификация/ревизия модального профиля) и (г) акцент на супервизируемый-супервизор-отношения (с подчеркиванием «образовательной функции»).

Frankl & Vaitl (1992) шли от ориентированной на развитие модели супервизии, на основе которой они предложили факторноаналитически сконструированный мультимодальный опросник супервизии («Опросник для выявления аспектов супервизии» – FSPT). Первая часть самооценочного вопросника для психотерапевтов содержит 4 шкалы по следующим аспектам: «терапевтическая безопасность», «супервизорские установки»; часть вторая охватывает 5 шкал по различным «супервизорским потребностям». Они же попытались проверить эффективность супервизии, которая подтвердилась.

Тильманнс (Tilmanns, 1990/1994) в рамках обширного «Справочника по супервизии» Пюля (Pühl, 1994) попытался решить трудную задачу – очертить, на основании почти 40 сообщений, границы понятия поведенческо-психотерапевтическая супервизия. В своем сообщении о супервизии (Залевский Г.В., 1997. С. 105) мы тоже обращались к справочнику Пюля, так же как и к обобщающему определению супервизии в рамках поведенческой (когнитивно-поведенческой) психотерапии, которое дает Шмельцер (Schmelzer, 1996) и которое мы приведем в этом месте:

Супервизию можно понять, как: (1) процесс научения и обучения, который представляет собой (2) профессионально-ориентированную позицию помощи, особенно для «работников отношений», сконцентрированной на требованиях профессиональной рабочей ситуации (в противовес личностной терапии).

Посредством (3) педагогически-воспитательных и консультативно-терапевтических средств систематически-методическим образом (4) осуществляется (5) анализ, рефлексия и обработка проблемных профессиональных ситуаций/интеракций, которые (6) могут служить многим целям: (а) овладению, (б) осуществлению/сохранению, (в) улучшению профессиональной операциональной компетентности, (г) разрешению межличностных конфликтов или улучшению производственных отношений в командах или организациях, (д) гарантии качества и защите пациентов от неделового обращения, (е) эмоциональную поддержку в трудных ситуациях и т.д.

Это влияние осуществляется (7) согласно постановке задач, перспектив, ориентации и направленности школы вместе с другими центрами тяжести, концепциями, формами и подходами. (8) Супервизоры/супервизируемые принимают при этом различные роли, где супервизоры имеют определенное преимущество, как правило, благодаря опыту и компетентности, которое они используют конструктивно и с этической ответственностью при сопровождении супервизируемых. При этом значительная роль отводится рамочным условиям и рабочему полю (9).

Подводя итоги данного раздела, хочу завершить его справедливой мыслью Циммера (Zimmer, 1996. S. 525) о том, что «супервизия есть регулярно практикуемая форма сохранения качества» профессиональной деятельности психологов-консультатов и психотерапевтов.

## ЛИТЕРАТУРА

*Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэн-Даунинг Л.* Консультирование и психотерапия. Сочетание методов, теории и практики. 2-е изд. Новосибирск, 1987.

*Бек А.* Когнитивная терапия // Эволюция психотерапии. М., 1998. Т. 2. С. 304–330.

*Вольпе Дж.* На пути к созданию научной психотерапии // Эволюция психотерапии. М., 1998. Т. 2. С. 255–272.

*Воробейчик Я.Н.* Руководство по аутопсихотерапии. Одесса, 2004.

*Гризингер В.* Душевные болезни. СПб., 1881.

- Джемс В.* Научные основы психологии. СПб., 1902.
- Залевский В.Г.* Штрихи к портрету профессионального психолога // Сибирский психологический журнал. 1998. Вып. 8–9. С. 116–117.
- Залевский Г.В.* Фиксированные формы поведения. Иркутск : Вост-Сиб. изд-во, 1976.
- Залевский Г.В.* Психическая ригидность в норме и патологии. Томск : Изд-во ТГУ, 1993.
- Залевский Г.В.* Предубеждения, этнические стереотипы как проблема психологической антропологии // Сибирский психологический журнал. 1996. Вып. 2. С. 70–80.
- Залевский Г.В.* Когнитивно-поведенческая терапия при депрессиях // Сибирский психологический журнал. 1997. Вып. 7. С. 73–78.
- Залевский Г.В.* Супервизия // Сибирский психологический журнал. 1997. Вып. 7; 1998. Вып. 8–9; 2000. Вып. 13; 2001. Вып. 14–15; 2002. Вып. 16–17.
- Залевский Г.В.* Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем. Москва ; Томск, 2004.
- Залевский Г.В.* Психология здоровья – проблемы образования и культуры: Материалы Всероссийской конференции: «Психолог в образовании» // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 153–157.
- Залевский Г.В.* К проблеме предмета и моделей современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал. 2006. № 23. С. 7–15.
- Залевский Г.В., Роговин М.С.* Фиксированные формы поведения и их значение для неврологической и психиатрической клиники // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1970. Вып. 8, 9, 11.
- Залевский Г.В., Суховершин А.В.* 29-й Конгресс Европейской Ассоциации бихевиорально-когнитивной психотерапии // Сибирский психологический журнал. 1999. Вып. 11. С. 137–138.
- Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. М., 1985.
- Карвасарский Б.Д.* Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 1998.
- Лазарус А.* О техническом эклектизме // Эволюция психотерапии. 1998. Т. 2. С. 330–345.
- Лазарус А.* Эффективная психотерапия: запрет прокрустова ложа и развенчание десяти мифов // Эволюция психотерапии. 1998. Т. 2. С. 352–372.
- Левитов Н.Д.* Психология характера. М., 1969.
- Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и иятрогенные заболевания. М., 1977.
- Минухин С.* Комментарий на выступление А. Эллиса // Эволюция психотерапии. 1998. Т. 2. С. 240–255.
- Нельсон-Джоунс Р.* Теория и практика консультирования. СПб. ; М., 2000.
- Роговин М.С.* Введение в психологию. М., 1969.
- Роговин М.С.* Структурно-уровневые теории в психологии: Методологические основы. Ярославль, 1977.

- Роговин М.С., Залевский Г.В.** Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. Томск, 1988.
- Рожнов В.Е.** Руководство по психотерапии. Ташкент, 1979.
- Сатур В.** Как строить себя и свою семью. М., 1992.
- Сеченов И.М.** Избранные произведения. М., 1959.
- Тхостов А.Ш., Арина Г.А.** Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношений к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32–38.
- Ухтомский А.А.** Письма. Пути в неизвестное. М., 1973. С. 371–435.
- Хейли Д.** Психотерапия как новое явление // Эволюция психотерапии. 1998. Т. 1. С. 57–77.
- Хорни К.** Невротическая личность нашего времени. М., 1993.
- Шюлер П., Залевский Г.В.** Когнитивно-поведенческая терапия нарушений личности // Сибирский психологический журнал. 1997. Вып. 7. С. 72–73.
- Эллис А.** Эволюция рационально-эмотивной и когнитивно-бихевиоральной терапии // Эволюция психотерапии. 1998. Т. 2. С. 171–200.
- Эллис А.** Психотренинг по методу А. Эллиса. СПб., 1999.
- Adler A.** Praxis und Theorie der Individualpsychologie. München, 1927.
- Adler A.** Über den nervösen Charakter. Hamburg, 1975.
- Allport G.W.** Traits revisited // American Psychologist. 1966. № 21. P.1–10.
- Ayllon T., Azrin N.H.** The token economy: A motivation system for therapy and rehabilitation. N.Y., 1968.
- Bandura A.** Principles of behavior modification. N.Y., 1969.
- Bandura A.** Social learning theory. N.Y., 1977.
- Bandura A.** Social foundations of thoughts and action: A social cognitive therapy. N.Y., 1986.
- Bash K.** Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie. Stuttgart, 1955.
- Beck A. T.** Thinking and depression. 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions // Archives of General Psychiatry. 1963. № 9. P. 36–46.
- Beck A.T.** Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy // Behavior therapy. 1970. № 1. P. 184–200.
- Beck A.T.** Cognitive Psychotherapy and emotional disorders. N.Y., 1976.
- Beck A.T.** et al. Cognitive therapy of depression. N.Y., 1979.
- Beck A.N.** Love is never enough. N.Y., 1988.
- Bents H., Frank R., Rey E.R.** Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie. Regensburg, 1996.
- Bergson A.** Les deux sources de la morale et de la religion. Paris, 1932.
- Bernard J.M., Goodyear R.K.** Fundamentals of clinical supervision. Boston, 1992.
- Bertalanffy V.L.** General System Theory: Foundations, Developments, Applications. N.Y., 1968.
- Bertalanffy V.L.** Organismic Psychology and System Theory. Worcester, 1968 a.



**Bower G.H.** Mood and memory // American Psychologist. 1981. № 36. P. 129–148.

**Cattell R.B.** The scientific analysis of personality. Baltimore, 1965.

**Clark D.M. & Teasdeal J.D.** Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences // Journal of abnormal Psychology. 1982. № 91. P. 87–95.

**Conolly M.B., Strupp H.H.** Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes // Psychotherapy research. 1996. № 6. P. 30–42.

**Corballis M.C., Lea S.E.G.** Comparative-Evolutionary Psychology / Ed. by K. Pawlik, M.R. Rosenzweig. // The International Handbook of Psychology. London ; New Delhi : Thousand Oaks, 2000. P. 347–363.

**Dobson K.S.** Handbook of cognitive-behavioral therapies. N.Y.; L., 1988.

**Duncker K.** Zur Psychologie des produktiven Denkens. Berlin: Springer, 1935.

**Ehlers A., Lüer G.** Pathologische Prozesse der Informationsverarbeitung. Kognitionspsychologische Interpretation von Depressionen und Angststörungen // A. Ehlers and K. Hahlweg (Hrsg.) Psychologische und biologische Grundlagen der Klinischen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Themengebiet D. Serie II. Band 1.

**Eysenck H.J.** The effects of psychotherapy // J. Cons. Psychol. 1952. № 16. P. 319–324.

**Eysenck H. J.** Behaviour therapy and the neurosis. Oxford, 1960.

**Eysenck H.J., Rachman S.** The causes and cures of neurosis. London, 1965.

**Ellis A.** Rational Psychotherapy // Journal of General Psychology. 1958. № 59. P. 35–49.

**Ellis A.** Reason and emotion in psychotherapy. N.Y., 1962.

**Ellis A., Grieger R.M.** Handbook of Rational-Emotive Therapy. N.Y., 1986.

**Foa E.B., Emmelkamp P.M.** Failures in behavior therapy. N.Y., 1983.

**Frank R., Vaitl D.** Spannungsfeld Supervision: eine Verlaufsstudie zur Beziehung zwischen Supervisoren und Supervidierten während einer verhaltenstherapeutischen Supervision // J. Margraf, J.C. Brengelmann (hrsg.) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München, 1992. S. 265–294.

**Freud S.** Gesammelte Werke. London, 1948. Bd. 11.

**Glasser W., Zunin L.M.** Reality therapy // ed. by R.J. Corsini. Current psychotherapies. Itaska (IL), 1979. P. 302–339.

**Grawe K.** Meta-Analyse: Ein Beitrag zur Gerüchtebildung in der Psychotherapie. Vortrag auf dem 15. Kongress der EABT, München, 1985

**Grawe K., Donati R., Bernauer F.** Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, 1994.

**Grawe K.** «Moderne» Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie? // Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. 1997. № 18. P. 137–159.

**Grawe K.** Psychologische Therapie. Göttingen, 1998.

**Greenberg L.** Acceptance in experimental mental therapy // Acceptance and change / ed. by S.C. Hayer et al. Reno, 1994. P. 53–67.

**Heatherton T.E., Weibeger J.L.** Can personality change? Washington, 1993.

- Hoffmann N.* Verhaltenstherapie und kognitive Verfahren. Mannheim, 1990.
- Hosford R.E. et al.* A social learning approach to counselor supervision // The Counseling Psychologist. № 11. P. 62–70.
- Janet P.L.* Evolution de la personnalité. Paris, 1929.
- Jones M.C.* A laboratory study of fear: the case of Peter. // Pädagogical Seminary. 1924. № 31. P. 308–315.
- Kanfer F.H., Phillips J.S.* Learning foundations of behavior therapy. N.Y., 1970.
- Kanfer F.H., Reinecker H., Schmelzer D.* Selbst-management-Therapie. Berlin ; Heidelberg ; New York, 1996.
- Kanfer, F.H., Schmelzer D.* Wegweiser Verhaltenstherapie. Berlin ; Heidelberg, 2001.
- Kazdin A.E.* The token economy: A review and evaluation. Plenum ; New York, 1977.
- Krasner L.* Behavior therapy: in roots, context, and growth // Contemporary behavior therapy / Ed. by G.T. Wilson, C.M. Franks. N.Y., 1982. P. 11–61.
- Kuhl J., Kazen M.* Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI). Göttingen, 1997.
- Lang P.J.* The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior change // Garfield. Handbook of psychotherapy and behavior change / ed. by A.E. Bergin. N.Y., 1971.
- Laireiter A.-R.* Die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie // Psychotherapie Forum. 1995. № 3. P. 128–146.
- Lauterbach W.* Psychotherapie in der Sowjetunion. München ; Wien ; Baltimore, 1978.
- Lazarus A.S.* Behavior therapy and beyond. N.Y., 1971.
- Levin F.M., Tilker H.A.* A behavior modification approach to supervision of psychotherapy // Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1974. № 11. P. 182–188.
- Lewin K.* Die psychologische Situation bei Lohn und Strafe. Leipzig, 1931.
- Linden M., Hautzinger M.* Verhaltenstherapie. 2. Aufl. Berlin; Heidelberg ; New York, 1994.
- Lindsley O.R.* Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia // Psychiatry Research Report. 1956. № 8. P. 118–139.
- Linehan M.M.* Supervision of behavior therapy // Psychotherapy Supervision. Theory, research and practice / ed by A.K. Hess. N.Y., 1980. P. 148–180.
- Lutz R., Koppenhöfer E.* Supervisionserfahrung bei einer Verhaltenstherapeutischen Fallarbeit // Mitteilungen der DGVT. 1981. № 13. S. 76–86.
- Mahoney M.J.* Scientist as subject: The psychological imperative. Cambridge, 1976.
- Margraf J.* Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin ; Heidelberg ; New York, 1996. Bd. 1.
- Marks I.M.* Behavioral Psychotherapy of adult neurosis // Handbook of psychotherapy and behavior change / ed. by S.L. Garfield, A.E. Bergin. N.Y., 1978.

- Meichenbaum D.** Methoden der Selbstinstruktion // Möglichkeiten der Verhaltensänderung / hrsg. F. Kanfer, A. Goldstein. München, 1977.
- Mischel W.** Personality and assessment. N.Y., 1968.
- Mischel W.** Introduction to personality. 2 nd. ed. N.Y., 1976.
- Mowrer O.H.** On the dual nature of learning: A reinterpretation of «conditioning» and «problem solving» // Harvard Educational Review. 1947. № 17. P. 102–148.
- Pawlow I.P.** Conditioned reflexes. London : Oxford University Press, 1927.
- Pfingsten U.** Training sozialer Kompetenz // Lehrbuch der Verhaltenstherapie / Hrsg. J. Margraf. Berlin ; Heidelberg ; New York, 1996. Bd.1. S. 361–369.
- Phillips E.L.** Achievement place: Token reinforcement procedures in a home-style rehabilitation setting for «predehquent» boys // J. of Applied Behavior Analysis. 1968. № 1. P. 213–223.
- Ponterotto J.G., Zander T.A.** A multimodal approach to counselor supervision // Counselor Education and Supervision. № 24. P. 40–50.
- Pühl H.** Handbuch der Supervision. Beratung und Reflexion in Ausbildung, Beruf und Organisation. Berlin, 1994.
- Reinecker H.** Grundlagen der Verhaltenstherapie. München; Weinheim, 1987.
- Reinecker H.** Verhaltenstherapie // Praxis der Psychotherapie. Stuttgart ; New York, 1996. S. 140– 171.
- Revenstorf D.** Persönlichkeit. Eine kritische Einführung // Materialien und Ergebnisse aus der psychologischen Forschung für die Praxis. G. Röttger Verlag. München, 1982.
- Roakeach M.** The Open and Closed Mind: Investigation into the Nature of Belief Systems and Personality Systems. N.Y., 1960.
- Schmelzer D.** Verhaltenstherapeutische Supervision: Theorie und Praxis. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle, 1997.
- Seligman M.E.P.** Learned helplessness. San Franzisko, 1975.
- Seligman M.E.P.** Pessimisten küsst man nicht. Optimissmus kan man lernen. München, 1991.
- Skinner B.** The behavior of organism. N.Y., 1938.
- Skinner B.F.** Verbal behavior. N.Y., 1959.
- Skinner B.F.** Operant behavior // American Psychologist. 1963. № 18. P. 503–515.
- Stampfl T.G. et al.** Implosive therapy: Theory and technique. Morrilstoun ; New York, 1973.
- Thilmanns A.** Supervision in der Verhaltenstherapieausbildung // Handbuch der Supervision. Beratung und Reflexion in Ausbildung, Beruf und Organisation / hrsg. H. Pühl. Berlin, 1994. S. 447–457.
- Thorndike E.L.** Animal intelligence: An experimental study of the associative processes in animals // Psychological Review Monographs. 1898. № 2. P. 1–109.
- Tolman E.C.** Purposive behavior in animals and men. N.Y., 1932.
- Tschelin D.** Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention. Göttingen, 1992.
- Wagner R.F., Becker P.** Allgemeine Psychotherapie. Göttingen ; Toronto ; Bern ; Seattle, 1999.

**Wasik B.H. et al.** Problem solving: A model for supervision in professional psychology // Professional Psychology. № 13. P. 559–564.

**Watson J.B., Raynor R.R.** Conditioned emotional reactions // J. Exper. Psychol. 1920. № 3. P. 1– 14.

**Watzlawik K.K.** Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. Bern : Huber, 1982.

**Weiner B.** Achievement motivation and attribution theory. N.Y., 1974.

**Wolf D.** Ängste verstehen und überwinden. Mannheim, 1989.

**Wolpe J.** Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford (CA): Stanford University Press, 1958.

**Wolpe J.** Supervision transcripts // Journal of behavior & Experimental Psychiatry. 1972–1973. Vol. 3 (P. 107–110, 199–203, 301–305). Vol. 4 (P. 41–46, 141–148, 249–255, 365–370).

**Wolpert E.** A new view of rigidity // Journal of Abnormal Psychology. 1955. Vol. 51. P. 589.

**Zimmer D.** Supervision in Verhaltenstherapie // Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen / hrsg. J. Margraf. Berlin : Springer, 1996. Bd. 1. S. 525–536.

**КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ  
МЕТОДЫ ТЕРАПИИ  
И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ  
ДЕТЕЙ**



## ЧАСТЬ 1

Когнитивно-бихевиоральная терапия детей, как и взрослых, включает различные стратегии и процедуры. Эти методы берут начало из ряда теоретических направлений (бихевиорального и когнитивного), но, как установлено Кендаллом [14], «когнитивно-бихевиоральные методы отличается установка на: а) обучающем процессе в сочетании с непредвиденными обстоятельствами во время терапии и моделированием среды, окружающей ребенка; б) подчеркивании централитета факторов опосредования (информационного процессинга) как в развитии, так и в лечении детских расстройств».

Когнитивно-бихевиоральные подходы подчеркивают комплексные взаимодействия между когнитивными событиями, процессами и аффектом, явным поведением в контексте влияния окружающей среды и опыта в качестве составляющих различных граней дисфункционального поведения. Таким образом, различные подходы сходны в том, что научение имеет ключевую роль в приобретении и поддержании как адаптивного, так и отклоняющегося поведения и, подобно оперантным теориям (но в меньшей степени), признают важность последствий влияния окружения (особенно социального) в этих процессах. В отличие от оперантных теорий, когнитивные / социально-обучающие теории постулируют, что обучение в основном является производным того, как индивидуум когнитивно обрабатывает стимулы и конзеквенции – последствия своего поведения.

Фундаментальной предпосылкой, лежащей в основе когнитивно-бихевиоральных теорий в отношении к взрослым, является то, что большинство случаев дезадаптивного поведения и отрицательных эмоций происходит вследствие нарушенной когнитивно-опосредованной репрезентации внешних событий. Нарушенный процессинг и взгляд на мир причинно связаны с проблемами депрессии, гнева, тревожности и другими нарушениями мышления и поведения [3, 4, 8].

В связи с некоторыми расстройствами у детей, такими как дефицит внимания, импульсивность и некоторые типы отклоняющегося поведения, дети рассматриваются по сравнению со взрослыми как лица с проявлениями дефицитарности, то есть с отсутствием эффективных стратегий для контроля поведения. Что касается более интернализированных типов расстройств, таких как школьная фобия, детская депрессия и социальная неудовлетворенность, симптомы у детей, вероятно, являются результа-

том, по крайней мере частично, когнитивных нарушений (ошибок или нарушений восприятия) в мышлении, подобных описанным при тревожности и депрессии у взрослых. У таких детей вмешательство направляется на распознавание и тестирование нарушений восприятия (ошибок восприятия), ожиданий и/или атрибутивных предпочтений.

Когнитивно-бихевиоральные стратегии терапии детей и подростков используют проверенные, эффективные процедуры, поскольку когнитивные вмешательства дают изменения в мышлении, чувствах и поведении. По сравнению с когнитивно-бихевиоральной терапией (КБТ) у взрослых, существует относительно мало ее исследований применения у детей, хотя данных за ее эффективность огромное множество.

Как и при других разработках в педиатрии, клиницисты, использующие КБТ у детей, сначала экстраполировали изучение этих методов на взрослых с помощью экспертизы у детей, чтобы соответствующим образом приспособить метод. И так же, как у взрослых, модели терапии эволюционируют.

Особый акцент при адаптации КБТ к детям терапевты делают на соответствии ее содержания скорости и уровню когнитивного развития ребенка, учитывая ограничения метакогнитивных способностей и незрелость в выражении чувств у детей. При работе с детьми дошкольного возраста обычно более активно и в большей пропорции используются бихевиоральные техники по сравнению с когнитивными. Если у взрослых КБТ применяется в основном при невротических расстройствах и направлена на коррекцию дизадаптивных и дисфункциональных искажений в мышлении, то у детей, как правило, имеется дефицит социальных навыков или межличностного разрешения проблем. Тренинг социальных навыков и разрешения проблем является частью вмешательств не только у детей с расстройствами поведения, синдромом гиперактивности и дефицита внимания, с депрессией и тревожностью, но и у детей с задержкой развития социальных навыков взаимоотношений, что является сильным фактором риска плохого выздоровления [11].

Содержание когниций может быть типичным при расстройстве эмоций и настроения. Например, при депрессии можно обнаружить мысли о малоценности и утрате личности: «никто не любит меня, я всегда буду один»; при тревожности появляются мысли об опасности, страхи за личное самочувствие и существование в будущем и катастрофизация: «случится катастрофа, все рухнет»; при гневe можно наблюдать нарушение личностных правил, что называется неучтивостью, нелюбезностью.



Под психическими расстройствами у детей понимаются как такие расстройства, когда главной проблемой является когнитивное искажение, которое особенно явно проявляется при эмоциональных расстройствах, обсессивно-компульсивном расстройстве, депрессии, соматизированных проблемах, посттравматическом стрессовом расстройстве, а также расстройствах, где присутствует когнитивный дефицит социальных навыков и навыков разрешения проблем (поведенческие расстройства, дефицит внимания и гиперактивность).

### **Состояния, предполагающие когнитивные искажения / ошибки**

#### *Депрессия у детей*

Когнитивная модель Бека хорошо применима к эмоциональным расстройствам, особенно депрессии (см. рис.1). М. Fennell [10] дал блестящее описание применения КБТ при депрессии у взрослых, которое может быть применено у развитых подростков. Работая с подростками, страдающими депрессией, обычно придерживаются структурированного и коллаборативного (сотрудничество, принцип партнерства) подхода, типичного для КБТ. Каждый сеанс включает установку на него, проверку домашнего задания по целям и задачам предыдущего сеанса, постановку целей и задач на следующий сеанс, практические упражнения по выполнению заданий сеанса.

Домашняя работа зависит от обстоятельств, может включать задания, которые отработывались на сеансе, а также задания по разрешению проблем возможных трудностей. Каждый сеанс сопровождается частым подведением итогов для осуществления обратной связи с ребенком.

Диагностика начинается с установления связи существующей проблемы с когнитивной моделью и проявлениями порочного круга негативного мышления, сниженного настроения и социального ухода, типичного для депрессии. Схемы и диаграммы часто более полезны, чем словесные формулировки. Положительная обратная связь является очень важной при определении проблемы. Терапевт делает частые короткие заключения, касающиеся ситуации, и спрашивает (обратная связь), действительно ли это имел в виду ребенок, используя фразы: «Я правильно понял?», «Ты чувствуешь, что все твои неудачи происходят из-за того, что ты делаешь неправильно?».

Следующая ступень – эмоциональная диагностика, помогающая подростку на сеансе распознавать различные эмоциональные состояния и

научиться устанавливать связи между эмоциями и ситуациями. Эта ступень может быть расширена путем применения самомониторинга с использованием дневниковых записей, в которых ребенок отслеживает свои мысли и устанавливает конкретные причинные логические связи. Для тех, кому не нравится термин «домашняя работа», можно применять термины «назначение», «эксперимент по проверке гипотезы».

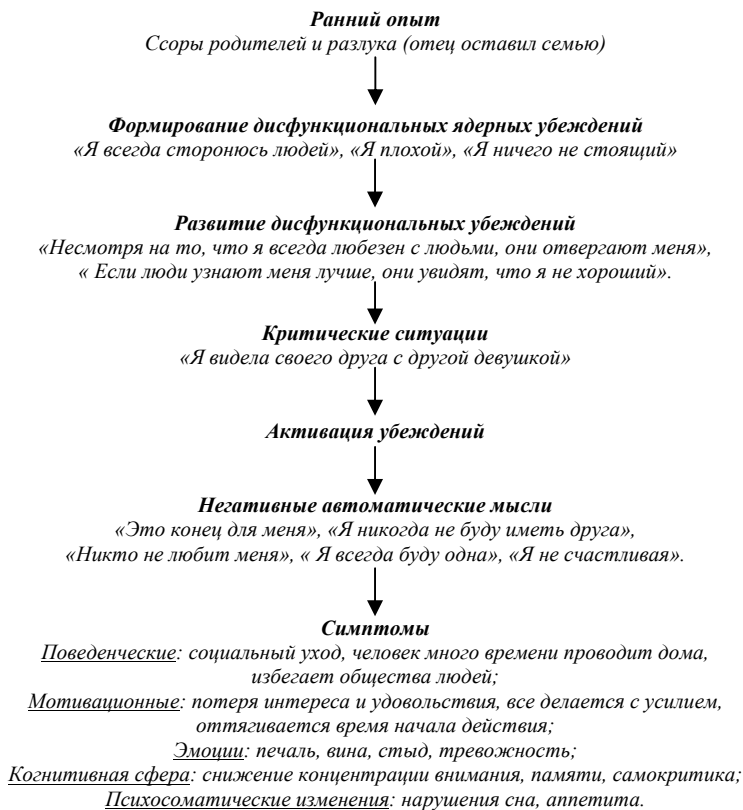


Рис. 1. Когнитивная модель депрессии

В процессе преодоления социального ухода и поведенческой инерции, которые часто сопровождают депрессию, может быть показана техника «расписание деятельности». Должны быть поставлены выполнимые цели

с маленькими шагами на пути к их достижению. В качестве поддержания могут быть использованы некоторые повышающие аффект виды деятельности – самоподдержание за каждый успешный шаг. При тренинге социального взаимодействия может быть применен тренинг навыков преодоления (coping-стратегии), например, как начать беседу или завести друга, и тренинг социальных навыков разрешения проблем, например, как разрешить конфликт без антагонистических отношений с другими.

Снижение депрессивных мыслей путем когнитивной перестройки включает мониторинг и оценку мыслей, отслеживание негативных автоматических мыслей и проверку реальностью этих негативных мыслей (путем проверки данных «за» и «против» и поиска альтернативных объяснений). При работе с негативным стилем мышления, обычно наблюдающимся при депрессии, используются: а) дневниковые записи мыслей (рис. 2); б) вербальное оспаривание; в) генерация альтернатив путем сократического диалога на сеансах.

| Что случилось?   | Эмоции   | Автоматические мысли  | Поведение в результате этих автоматических мыслей | Альтернативные мысли/ преодоление   | Поведение в результате альтернативных мыслей | Как вы сейчас себя чувствуете?   |
|--|--|---|---|---|--|--|
| Что вас расстроило? Опишите событие или ситуацию. Место и время. | Точно определите, что вы чувствуете: печаль, грусть, тревогу, гнев. Насколько сильно вы это чувствуете (0–10 баллов) | Запишите мысли, которые пришли в голову непосредственно перед возникновением этого чувства. Насколько вы убеждены в этих чувствах (0–10 баллов) |   | Запишите альтернативные мысли (coping), оспаривающие автоматические мысли. Оцените степень убежденности в этих мыслях (0–10 баллов) | Какой план действий вы теперь предпримете?   | Переоцените эмоции (0–10). Переоцените убежденность в автоматических мыслях (0–10) |

Рис. 2. Дневник записи мыслей

После начального оценочного сеанса, включающего определение суицидального риска, стандартное вмешательство включает восемь 40-минутных сеансов. Это может быть предпринято в виде модульной формы индивидуально для каждого ребенка. Хотя программа из 5–8 сеансов

эффективна для детей с депрессией, особенно малой, при проведении 8-недельной программы часто возможен рецидив спустя 2 месяца после установления ремиссии. Увеличение продолжительности лечения существенно снижает частоту рецидива [21]. В настоящее время используется программа лечения депрессии, состоящей из 10–14 сеансов на протяжении 10–12 недель с 4 дополнительными (закрепляющими) сеансами на протяжении 8 недель [13].

### **Тревожные расстройства**

Патологическая тревожность возникает тогда, когда индивидуум переоценивает возможность опасности (катастрофы), которая может случиться, или тяжесть события, которое уже случилось. Одновременно имеет место недооценка копинг-ресурсов и вероятных факторов спасения. Например, ребенок, отказывающийся посещать школу, может думать: «Я выгляжу, как идиот, это ужасно, я не переживу этого, никто не поможет». Таким образом, существует негативно искаженная оценка, при которой ребенок, по-видимому, обсессивно самонацелен, чрезмерно критичен к себе, к оценке себя и склонен испытывать угрозу от любых неопределенных ситуаций. Кроме того, по-видимому, существует физиологическое изменение и беспокойство, ведущее к соматическим ощущениям, что характеризует поведение избегания (рис. 3).

Поскольку ребенок избегает ситуацию (например, посещение школы), нет возможности оценить (проверить) предсказание катастрофы. Если ребенок пытается выйти из дома, уровень тревожности повышается при мысли «случится катастрофа» и тревожных представлениях (например, как над ним будут смеяться в школе). Эти мысли и образы могут переполнять ребенка, что приводит к возвращению домой. Вследствие избегания непредвиденной ситуации ребенку сразу становится лучше, что поддерживает поведение избегания, это становится сильным поддерживающим фактором.

КБТ тревожных детей основывается прежде всего на формулировке проблемы в когнитивно-бихевиоральных терминах. Например, мальчик, избегающий посещения школы после болезни, может иметь чувства, представления и мысли об ужасающей неспособности справиться с проблемой возвращения в школу; он может, благодаря избегающему поведению, поддерживать и усиливать свои страхи.



Рис. 3. Когнитивная модель тревожности

Функциональная когнитивная оценка позволяет идентифицировать предпосылки и последствия поведения избегания, а также соматические и эмоциональные реакции вместе с предшествующими мыслями и представлениями, касающимися специфической ситуации конкретного ребенка. Здесь может быть полезен дневник модификации мыслей. Обучение ребенка самому оценивать тяжесть дистресса или дискомфорта по шкале от 0–10, называемой субъективной шкалой дистресса, важно при отображении прогресса и перехода ребенка от положения беспомощной жертвы в положение наблюдателя. Целью тренинга является сделать ребенка способным распознавать триггеры и ранние сигналы тревожного возбуждения. Затем ребенка обучают навыкам управления тревожностью: релаксации и позитивному воображению.

Катастрофизирующие мысли могут быть изменены путем проверки реальностью (поиска доказательств, подтверждающих или отвергающих их) или с помощью таких вопросов, как: «Можно посмотреть на это по-другому?», «Что бы сказал маленький зеленый человечек с Марса?», «Что бы подумал друг?». Постепенно развивается более позитивная внутренняя речь, например, «Если я буду просто тихо сидеть и делать свою работу, я начну чувствовать себя лучше».

Как и при лечении депрессии, должен учитываться уровень развития ребенка для применения когнитивных стратегий, подобных тем, которые применяются у взрослых. Кендаллом и соавт. в 1990 г. [16] была предложена лечебная программа, состоящая из 16 сеансов для развития «ко-

пинг-шаблона» при управлении тревожностью. Она имеет сокращенное название FEAR (ЧОУР), чтобы облегчить ребенку запоминание 4 шагов преодоления:

F (feelings) – чувствуешь ли ты страх? (обучение ощущениям телесных сигналов, возникающих при тревожности, и обучение релаксации).

E (expectations) – ожидаешь ли ты неприятностей? (определение и коррекция дизадаптивной внутренней речи путем использования позитивного саморазговора).

A (attitudes) – убеждения и действия, которые могут помочь (копинги и проблемно-разрешающие стратегии).

R (results) – результаты и награды (самооценка и преодоление провала, неуспеха).

Эта программа была найдена эффективной в рандомизированном контролируемом исследовании [18] с сохранением положительного результата после лечения в течение трех лет [20].

Для большей генерализации лечебного эффекта была также разработана программа управления тревожностью в семье [2]. Она направлена на обучение родителей управлению ситуацией в непредвиденных обстоятельствах (путем вознаграждения соответствующего поведения по преодолению и воздержанию от избегающего поведения) и управлению собственной тревожностью, работе над коммуникациями и семейным разрешением проблем. Было показано, что проведение дополнительных 12 сеансов семейной программы по управлению тревожностью повышает эффективность индивидуальных программ для детей с тревожными расстройствами.

### **Обсессивно-компульсивное расстройство**

В настоящее время происходит бурное развитие в лечении обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) с помощью КБТ. Когнитивная модель показывает, что ощущаемая ответственность за вред себе или другим является ядром ОКР [25, 28]. Обсессии – это навязчивые мысли, которые заставляют пациента думать, что он будет ответствен за вред себе или другим, если не будет выполнять превентивных действий. Оценка пациентом появляющихся навязчивых мыслей и их содержания ведет к сильному дискомфорту. Пациенты затем пытаются подавить и нейтрализовать мысли, представления или импульсы. Компulsive действия, или ритуалы, являются нейтрализующими действиями, направленными на снижение этого дискомфорта. Но попытки подавить и кон-

тролировать навязчивые мысли, а также использование нейтрализующего поведения ведут, наоборот, к увеличению частоты и интенсивности этих мыслей с последующим дистрессом, ведущему к порочному кругу усиления попыток контролировать навязчивые мысли и их появление.

В дальнейшем возникают два вида нарушения ответственности: 1) убеждение, что думать о чем-либо – это все равно, что делать это (слияние мысли и действия); 2) чрезмерное чувство ответственности за упущение или оплошность («Если я не удалю каждое пятнышко, кто-нибудь может заразиться»).

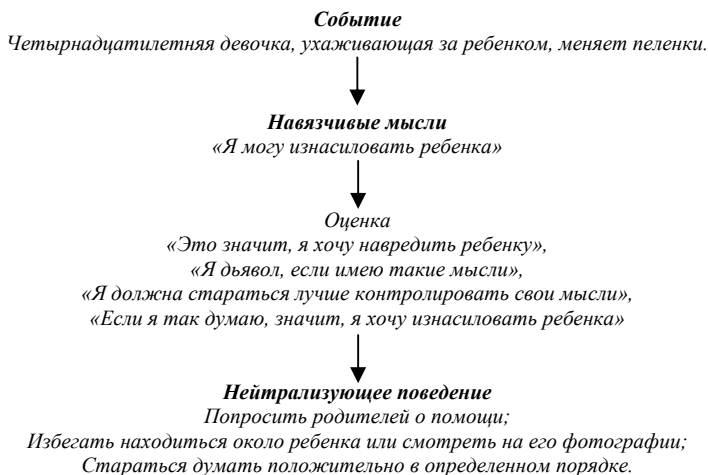


Рис. 4. Модель обсессивно-компульсивного расстройства на конкретном примере

Недавно произошло смещение в понимании того, что главной проблемой при ОКР являются не навязчивые мысли сами по себе, а их интерпретация. Перемещение терапевтического фокуса на оценку навязчивых мыслей (метакогнитивное оценивание) дало перспективные результаты в открытом исследовании подростков от 12 до 17 лет (Williams, 1999). После предварительной диагностической оценки тяжести ОКР терапевт объясняет ребенку, что ОКР является, главным образом, расстройством оценки нормальных, но неприятных навязчивых мыслей, то есть человек склонен чувствовать чрезмерную ответственность за эти мысли.

Целью терапии является сделать ребенка способным понимать, что любой может иметь странные мысли, и способ справиться с ними – это

игнорировать их. Стараясь избегать, подавлять или нейтрализовать эти мысли, ребенок только способствует тому, что они возвращаются с большей силой, чем раньше. Терапевт может использовать истории о вредных привычках и навязчивых мыслях и о влиянии на них контроля (контроль только усиливает их проявления). Например, просьбы к ребенку не рисовать белого медведя красным карандашом приводят к тому, что попытки контролировать мысли могут в действительности усилить частоту этих мыслей. В качестве домашнего задания может использоваться техника постепенного погружения. Эта техника в настоящее время исследуется на эффективность в рандомизированном контролируемом исследовании. Добавление тренинга по управлению тревожностью помогает ребенку выполнить погружение и предотвращает навязчивые действия. Подобная комбинация техник повышает эффективность лечения [7, 23, 29, 32,].

### **Расстройства питания**

В литературе существует не много исследований применения КБТ при *anorexia nervosa*, возможно, из-за высокой частоты угрожающих жизни симптомов при этом заболевании. Гораздо чаще используются многоцелевые эклектические приемы.

При *bulimia nervosa* КБТ является золотым стандартом лечения [26], но ее эффективность не была оценена у подростков. Кроме того, поскольку только 50% больных выздоравливают полностью [35], необходимо дальнейшее усовершенствование КБТ с использованием методов погружения, включения факторов межличностного взаимодействия, интенсификации когнитивной перестройки и лечение коморбидных личностных расстройств с использованием диалектической бихевиоральной терапии [22].

Интересным развитием в КБТ при *bulimia nervosa* является концепция пошаговой помощи, где недорогие вмешательства в форме самопомощи применяются в первую очередь [6, 9, 27]. Хотя при использовании только одной самопомощи процент полного выздоровления равен 20, добавление индивидуальных сеансов под руководством терапевта после или во время использования руководства по самопомощи (руководимая или продолжающаяся поддержка самопомощи) повышает процент выздоровления до 30–50 [27, 31].



## Литература

1. *Barlow D.* Anxiety and its disorders. N.Y. : Guilford Press, 1988.
2. *Barratt P., Dadds M., Rapee R.* Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996. Vol. 64. P. 333–342.
3. *Beck A.T.* Cognitive therapy and emotional disorders. N.Y. : International University Press, 1976.
4. *Beck A.T. et al.* Cognitive therapy of depression. N.Y. : Guilford, 1979.
5. *Clark D.M.* A cognitive approach to panic // Behaviour Research and Therapy. 1986. Vol. 24. P. 461–470.
6. *Cooper P.* Bulimia Nervosa: A Guide to Recovery. N.Y. : New York University Press, 1995.
7. *De Haan E. et al.* Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive compulsive disorder in children and adolescents // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998. Vol. 37. P. 1022–1029.
8. *Ellis A.* The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment. N.Y. : Institute for Rational Living, 1970.
9. *Fairburn C.G.* Overcoming Binge Eating. N.Y. : Guilford Press, 1995.
10. *Fennell M.* Depression // Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide / eds. by P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark. Oxford : Oxford University Press, 1989. P. 169–234.
11. *Goodyer I. et al.* Social influences on the course of anxious and depressive disorders in school-age children // British Journal of Psychiatry. 1991. Vol. 158. P. 676–684.
12. *Graham P.* Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families. Cambridge : Cambridge University Press, 1998.
13. *Harrington R., Wood A., Verduyn C.* Clinically depressed adolescents // Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families / ed. by P. Graham. Cambridge : Cambridge University Press, 1998. P. 156–193.
14. *Kendall P.C.* Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions // Journal of Abnormal Child Psychology. 1985. Vol. 13. P. 357–372.
15. *Kendall P.* Stop and Think Workbook. Ardmore PA : Workbook Publishing, 1989.
16. *Kendall P. et al.* Cognitive Behavioral Therapy in Anxious Children: A Treatment Manual. PA Philadelphia : Department of Psychology, Temple University, 1990.
17. *Kendall P.* Cognitive behavioural therapies with youth: guiding theory, current status and emerging developments // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993. Vol. 61. P. 235–247.
18. *Kendall P.* Coping Cat Workbook and Notebook. Ardmore, PA : Workbook Publishing, 1994.
19. *Kendall P.* Treating anxiety disorders in children. Results of a randomised controlled trial // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1994. Vol. 62. P. 100–110.
20. *Kendall P., Southam-Gerow M.* Long-term follow up of a cognitive behavioural therapy for anxiety disordered youth // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996. Vol. 64. P. 724–730.
21. *Kroll L. et al.* Continuation of cognitive-behavioural treatment in adolescent patients who have remitted from major depression. Feasibility and comparison with historical controls // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996. Vol. 35. P. 1156–1161.
22. *Linehan* Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder. N.Y. : Guilford Press, 1993.

23. *March J., Mulle K.* OCD in Children and Adolescents: A Cognitive Behavioural Treatment Manual. N.Y. : Guilford Press, 1998.
24. *Roth A., Fonagy P.* What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. N.Y. : Guilford Press, 1996.
25. *Salkovskis P., Kirk J.* Obsessive compulsive disorder // *The Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* / eds. by D. Clark, C. Fairburn. Oxford : Oxford University Press, 1997. P. 179–208.
26. *Schmidt U.* Eating disorders and obesity // *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* / ed. by P. Graham. Cambridge : Cambridge University Press, 1998. P. 262–281.
27. *Schmidt U., Treasure J.* Getting Better Bit(e) by Bit(e). Hove : Psychology Press, 1993.
28. *Shafran R.* The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder // *British Journal of Clinical Psychology*. 1997. Vol. 36. P. 397–408.
29. *Shafran R.* Childhood obsessive compulsive disorder // *Cognitive Behaviour Therapy in Children and Families* / ed. by P. Graham. Cambridge : Cambridge University Press, 1998. P. 45–73.
30. *Stern R.* Behavioural cognitive therapy for psychiatrists // *Psychiatric Bulletin*. 1993. Vol. 17. P. 1–4.
31. *Treasure J. et al.* Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual // *British Journal of Psychiatry*. 1996. Vol. 168. P. 94–98.
32. *Van Oppen P. et al.* Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder // *Behaviour Research and Therapy*. 1995. Vol. 33. P. 379–390.
33. *Webster-Stratton C.* Teaching mothers through videotape modelling to change their children's behaviours // *Journal of Pediatric Psychology*. 1982. Vol. 1. P. 279–294.
34. *Weisz J. et al.* Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies // *Psychological Bulletin*. 1995. Vol. 117. P. 450–468.
35. *Wilson G.T.* Treatment of bulimia nervosa: when CBT fails // *Behaviour Research and Therapy*. 1996. Vol. 34. P. 197–212.

## ЧАСТЬ 2

### Расстройства, имеющие когнитивный дефицит

#### *Поведенческие расстройства*

Работа с детьми любого возраста, имеющими поведенческие расстройства, является вызовом для терапевта. Для маленьких детей тренинг с родителями является достаточно эффективным как в групповом, так и в индивидуальном формате [14, 16]. При тренинге родителей остаются проблемы с приглашением (встречей) и частыми случаями выбытия из терапевтического процесса, что мешает эффективному лечению ребенка, но это может быть адресовано в определенной степени к сензитивности и коллаборативности использования методов КБТ для модификации родительских убеждений [16].

КБТ, применяемая при лечении поведенческих расстройств, должна быть частью мультимодального подхода. Это значит, что здесь нужно привлекать не только родителей, но и школу, где учителя могут помочь советом по управлению этими состояниями, а также тренинг учителей позитивным обучающим методам [18] и структурированным подходам к проявлениям хулиганства [13].

Дети с поведенческими расстройствами часто имеют дефицит социально-приемлемых навыков и общих стратегий разрешения проблем. Тренинг навыков социального общения используется наиболее часто, но он имеет небольшой эффект как часть мультимодального пакета [7]. Оперантные техники вознаграждения социально-приемлемого поведения и неподдержания антисоциального поведения дополняются инструкциями, обсуждениями, моделирующими стратегиями, репетициями, подсказками и обратной связью. Моделирование coping-стратегий, производимое моделью, которая проговаривает мысли и шаги во время задания и описывает, как справиться с затруднением, более эффективна, чем мастерское (без ошибок и без размышлений) моделирование конкретного поведения [5]. Может быть использовано репетиторство для обучения принципу компетентного социального поведения, сопровождаемое проигрыванием ролей и использованием записанной на видеопленку обратной связи.

Большинство программ тренингов навыков разрешения проблем содержат одинаковые элементы: эмоциональное образование; мониторинг своих чувств и поведения; самоинструкции с использованием подавляющей внутренней речи; самоподдержание; принятие социально-приемлемых взглядов; использование виньеток и т.д., чтобы научить ребенка понимать намерения других в социальных ситуациях; разрешение социальных проблем.

Программа «Думаем вслух» [4] использует мультфильмы, чтобы научить детей самоинструктирующему подходу к разрешению социальных проблем: медвежонок из мультфильма показывает шаги по разрешению проблем, задавая такие вопросы, как: «В чем состоит проблема?», «Что я могу сделать?», «Это поможет?», и «Как мне это сделать?». Для более старших детей шаги по разрешению проблем следующие: 1) определение и отграничение проблемы и всех связанных с ней чувств; 2) включение альтернативного мышления для выработки нескольких возможных решений (включая вопрос «Как бы поступил маленький зеленый человечек с Марса?») как способ подключения объективности); 3) проверка решений за и против; 4) принятие решения, составление и выполнение плана и отслеживание результата.

Детям с нарушениями поведения трудно вести вербальные уверенные переговоры при межличностных проблемах, поэтому они прибегают к ориентированным на действия и агрессивным решениям. Тренинг навыков разрешения проблем для 9–13-летних стационарных пациентов с нарушением поведения имеет клинически выраженный эффект спустя один год [8] и повышается при комбинировании его с тренингом родителей [9].

Программы по управлению гневом помогают подросткам идентифицировать свое агрессивное поведение и ситуации, которые провоцируют и поддерживают его. Контролируемое исследование программы для школы продемонстрировало устойчивое улучшение в течение трех лет в группе, получившей лечение [11].

Дети с нарушением поведения имеют тенденцию приписывать враждебность другим и недооценивать свою собственную агрессивность при любом конфликте. При выходе из душевного равновесия они воспринимают малейшие проявления чувства страха или печали, интерпретируя их как сильные чувства, например гнев, и реагируют агрессивно. Они считают агрессию эффективным средством разрешения проблем и, таким образом, пытаются повысить свою самооценку.

У маленьких детей подобные нарушения можно преодолеть параллельным применением тренинга навыков разрешения проблем и постоянным объяснением правильного понимания справедливости, безопасности и чувств других [2]. У старших детей проблема труднее: был разработан целый ряд программ для их коррекции [6]. Для всех возрастных групп необходима более четкая проработка программ в направлении интеграции (приемлемости для многих расстройств) и генерализации эффекта.

### *Дефицит внимания и гиперактивность*

Для детей с дефицитом внимания и гиперактивностью (главные проблемы – невнимательность, импульсивность и неугомонная гиперактивность, неспособность остановиться, посмотреть, послушать и подумать) наиболее подходят программы самоинструктирующего тренинга. Программы главным образом предназначены для тренинга дома и/или в школе с помощью пятишагового подхода [10, 12]. Самоинструктирующий тренинг включает следующие пять шагов: 1) наблюдение за моделью, проговаривающей свои мысли во время выполнения задания, включая составление плана, проговаривание мыслей вслух при возможных затруднениях (когнитивное моделирование); 2) выполнение задания самостоятельно, модель проговаривает мысли; 3) выполнение задания ребенком, с проговариванием инструкции вслух; 4) выполнение задания с проговариванием себе инструкции шепотом; 5) выполнение задания молча с проговариванием инструкции про себя.

Хотя эти подходы дают хороший практический результат и очень полезны в комбинации с медикаментозной терапией, результаты вариabельны и противоречивы [1].

КБТ может быть направлена не только на ребенка. Для более успешных результатов лечения и генерализации изменений необходимо вовлекать в процесс обучения управлением расстройством семью, школу, других детей и подростков, окружающих ребенка, социальные службы.

Терапевту необходимо вовлечь обоих родителей и ребенка. Чем меньше ребенок, тем больше необходим вклад родителей в терапевтический процесс. Их необходимо информировать о том, что они являются когнитивно-бихевиоральной моделью для детей и сильно влияют на их поведение. Родителям можно дать также инструкции по применению специфических техник, например, стараться не поддерживать обсессивно-компульсивные мысли своего ребенка, использовать позитивное подкрепление при поведенческом расстройстве ребенка для достижения согласия с ним.

Терапевт должен быть осведомлен о структуре семьи и системе убеждений каждого члена семьи, о постоянном применении какого-либо метода воспитания и реальных проблемах, таких как насилие над ребенком или специфические расстройства обучения у ребенка.

Дополнительное бихевиоральное обучение родителей особенно важно при оппозиционно-вызывающем поведении, при поведенческих расстройствах у детей, когда обучение родителей тренинговым приемам существенно повышает эффективность лечения [14, 16]. Обучение родителей повышает также эффективность тренинга у детей навыкам разрешения проблем, что приводит к снижению явлений агрессивного поведения дома и в школе и улучшению общей приспособленности детей к социальным условиям [9]. Обучение и КБТ показаны также для тех родителей, чья собственная тревожность является мощным примером (моделью) для их детей с тревожными расстройствами [3].

Для поддержания терапевтических изменений у ребенка могут быть необходимы информирование учителей и совместные бихевиоральные программы терапевта и школы. Например, объяснение необходимости погружения в соответствующую среду помогает школе облегчать ребенку, избегающему посещать школу, возвращение в школу и способствовать развитию социальных навыков у детей с поведенческими расстройствами.

Привлечение в лечебный процесс детей и подростков, окружающих ребенка, также способствует генерализации приобретенных навыков. Здесь могут быть полезны привлекательно оформленные материалы для индивидуального самообучения детей со схемами и материалами, подготовленными терапевтом. Терапевт должен повышать мотивацию ребенка и употреблять соответствующие поддерживающие фразы: «Хорошо. Хотя это было трудно, я вижу, как ты стараешься».

Хотя четкое схватывание хорошо мотивированными подростками немодифицированных программ КБТ взрослого типа может быть очень быстрым и вознаграждающим как ребенка, так и терапевта, маленьким детям может быть недоступна программа для взрослых, если она не изменена соответствующим образом, особенно ведение дневниковых записей. До начала собственно терапии многие дети и младшие подростки извлекают пользу из периода эмоционального обучения, во время которого они обучаются достигать различных эмоциональных состояний и связывать эмоции с соответствующими мыслями и событиями. Однако для детей остаются ограничения, связанные с развитием, особенно при работе с абстракциями высокого порядка, такими как формулировка ги-

потезы или оценка данных за и против, что недоступно для многих, пока они не достигнут среднего подросткового возраста.

### **Проблемы и перспективы применения КБТ у детей**

Высокая степень эффективности, ясности и простоты КБТ-теории создает впечатление легкости терапии, которая может проводиться людьми без опыта оказания психологической помощи. Это, конечно, не так. Когнитивно-бихевиоральным терапевтам необходимо активно вовлекать своих пациентов и создавать коллаборативный рабочий альянс, чтобы они могли применять терапию более эффективно. КБТ обычно специфична для определенных состояний. Она может применяться в клинике для постановки диагноза, например, депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства, гиперактивности и дефицита внимания, для проведения терапевтической экспертизы.

Поскольку лечение специфично для конкретного состояния, это способствует преобладанию качественных систематизированных психиатрических диагностических оценок, а не общих, характерных для семейной терапии. В то время, когда лечение было менее эффективно, это было не так важно, но с развитием эффективных специфических вмешательств с доказанной эффективностью неуспешное применение соответствующих подходов может быть расценено как небрежность. В связи с широкими показаниями КБТ представляется очень важным образовательный элемент при подаче информации путем обсуждения дополнительных сведений и множества фактов. Это повышает доверие пациента и высоко ценится ребенком, семьей, школой и даже врачом общей практики, направившим ребенка к психотерапевту.

Проблемы переноса из исследовательских условий в клинические, точное применение указаний руководств (лечение по руководству) и целостность терапии становятся более очевидными в последнее время [17]. Однако существуют весьма реальные трудности для практикующих психиатров не только в связи с необходимостью найти время для обучения и супервизии по КБТ, но и для поиска руководств. Несмотря на эти трудности, многие консультанты в настоящее время прилагают огромные усилия по самообучению и обучению сотрудников. Такой образовательный вклад является также великолепным средством построения команды.

Когнитивно-бихевиоральные терапии упоминаются обычно как более эффективные для детей, чем некогнитивно-бихевиоральные индивиду-

альные и семейные терапии [15]. Однако пока они требуют усовершенствования, что предпринимается.

### **Литература**

1. *Abikoff H.* Cognitive training in ADHD children: less to it than meets the eye? // *Journal of Learning Disabilities.* 1991. Vol. 24. P. 205–209.
2. *Bailey V.* Conduct disorders in young children // *Cognitive Behaviour Therapy for Families* / ed. by P. Graham. 1998. Cambridge : Cambridge University Press. P. 95–109.
3. *Barratt P., Lowry-Webster H., Holmes J.* The Friends Program. Brisbane : Australian Academy Press, 1998.
4. *Camp B., Bash M.* Think Aloud: Increasing Social and Cognitive Skills – A Problem-Solving Programme for Children. Champaign, IL : Research Press, 1985.
5. *Goodwin S., Mahoney M.* Modification of aggression through modelling: an experimental probe // *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry.* 1975. Vol. 6. P. 200–202.
6. *Herbert M.* Adolescent conduct disorders // *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* / ed. by P. Graham. Cambridge : Cambridge University Press, 1998. P. 194–216.
7. *Hollin C.* Social skills training with delinquents: a look at the evidence and some recommendations for practice // *British Journal of Social Work.* 1990. Vol. 20. P. 483–493.
8. *Kazdin A.E. et al.* Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behaviour // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1987. Vol. 55. P. 76–85.
9. *Kazdin A.E., Siegel T.C., Bass D.* Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behaviour in children // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1992. Vol. 60. P. 733–747.
10. *Kendall P., Braswell L.* Cognitive-Behavioural Therapy for Impulsive Children. 2nd edn. N.Y. : Guilford Press, 1993.
11. *Lochman J.* Cognitive behavioural intervention with aggressive boys: three year follow-up and preventive effects // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1992. Vol. 60. P. 426–432.
12. *Meichenbaum D., Goodwin J.* Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control // *Journal of Abnormal Psychology.* 1971. Vol. 77. P. 115–126.
13. *Olweus D.* Bullying at school: basic facts and effects of a school-based intervention programme // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1994. Vol. 35. P. 1171–1190.
14. *Patterson G.R.* Coercive Family Process. OR Eugene : Castalia, 1982.
15. *Roth A., Fonagy P.* What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. N.Y. : Guilford Press, 1996.
16. *Webster-Stratton C.* Teaching mothers through videotape modelling to change their children's behaviours // *Journal of Pediatric Psychology.* 1982. Vol. 1. P. 279–294.
17. *Weisz J. et al.* Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies // *Psychological Bulletin.* 1995. Vol. 117. P. 450–468.
18. *Wheldall K., Merritt F.* Effective classroom behaviour management: positive teaching // *Discipline in Schools: Psychological Perspectives on the Elton Report* / ed. K. Wheldall. London : Routledge, 1991. P. 46–65.



**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ  
ТЕРАПИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ  
(По материалам  
зарубежных исследований)**



## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Вероятность заболеть униполярной депрессией в течение своей жизни, в чем сходятся очень многие исследователи, составляет 12–16% для мужчин и 20–26% для женщин. Актуально этим заболеванием страдают 2–3% мужчин и 4–7% женщин. Униполярно протекающая депрессия составляет самую большую часть среди аффективных расстройств, в то время как биполярные составляют менее 1%.

Медиана возраста первого заболевания униполярной депрессией лежит между 20 и 40 годами при существенном разбросе от детства до глубокой старости. Новейшие эпидемиологические (прежде всего зарубежные) исследования указывают на значительный прирост депрессивных расстройств во всех развитых странах и во всех возрастных группах. Особенно высокий уровень риска заболевания отмечается в возрастной группе 18–29 лет.

### **Симптоматика и диагностика депрессии с психологической точки зрения**

В соответствии с научно-психологическими принципами поведенческо-когнитивная терапия исходит из того, что у человека в любой жизненной ситуации определяющую роль играют три психологические системы, а именно:

– *Телесно-эмоциональная система.* В организме человека протекают сложные процессы (например, ускоряется или замедляется работа сердца), которые имеют большое значение при психических проблемах, поскольку являются важной составной частью наших эмоций и чувств.

– *Когнитивная система.* Человек постоянно оценивает ситуацию, в которой находится, связывает ее с некоторыми воспоминаниями о прошлых событиях, с ожиданиями, ориентированными на будущее. При этом у него есть принципы, нормы, установки, которые также играют важную роль и обуславливают его поведение.

– *Двигательная система.* Человек двигается, реагирует, действует, предпринимает что-либо или ведет беседу с кем-то.

***Постоянную совместную игру этих систем в конкретных жизненных обстоятельствах мы и понимаем как поведение человека.***

При таком взгляде понятие «поведение» охватывает все аспекты душевного процесса: человек думает, чувствует, действует. В совместном влиянии этих моментов и состоит полнота его жизни. Если какая-либо из этих систем нарушается или их совместная деятельность дает сбой, возникают душевные проблемы или психические расстройства.

При таком подходе депрессивные состояния могут быть описаны на уровне трех систем поведения следующим образом:

– Телесно-эмоционально. На первом плане стоит чувство подавленности, безрадостности, а также чувство страха, потеря энергии, быстрая утомляемость, нарушение сна, потеря аппетита, а также жалобы на физическое самочувствие, выраженные более или менее сильно.

– Когнитивно. Беспомощность и безнадежность – главные признаки этого уровня. Наряду с этим имеет место сильная негативная оценка собственной личности («Я ни на что годен, не способен»), собственной жизни («Моя жизнь не имеет смысла») и мрачных размышлений вплоть до суицидальных мыслей.

– Двигательно. самый важный симптом – нарушение побуждения. Пациент лишен инициативы и желания действовать. Он испытывает трудности в принятии решений и все менее активен.

Данное описание соответствует прежде всего тому, что в Международной систематике болезней обозначается как «депрессивный эпизод» (ICD-10, P32, с. 127–128) или в американской ДСМ-3 как «большая депрессия». При этих депрессивных состояниях прежде всего и показана когнитивно-поведенческая терапия.

### **Когнитивно-поведенческая теоретическая концепция депрессий**

Значимый и продуктивный теоретический базис расширенных, мультифакторных, психологических, модельных представлений о генезисе депрессии (Hautzinger & Cholon-Meyer, 1975) и психотерапии депрессий (Hautzinger et al., 1992) образуют гипотезы о подкреплении и когнитивно-психологические гипотезы (Бек, 1974):

- 1) классическое обусловливание (И.П. Павлов);
- 2) оперантное обусловливание (Э. Торндайк);
- 3) наблюдение моделей (Бандура);
- 4) выученные правила, иррациональные убеждения (Ellis, Beck):
  - а) необходимо быть любимым или одобряемым значимым окружением;

б) необходимо все знать;

в) жизнь человека обусловлена внешними силами, и у людей мало возможностей их контролировать и т.д.

***Концепция подкрепления состоит в следующем:***

– Малая доля (поведенческого) позитивного подкрепления (недостаток позитивного опыта и преобладание негативного опыта) облегчает наступление депрессивного поведения.

– Малая доля позитивного подкрепления (условия угасания) удерживает депрессию и выступает дополнительным фактором, редуцирующим норму поведения.

– Общая масса позитивного поведения не только провоцирует кратковременную поддержку и участие, но ввиду отсутствия соответствующих активных альтернатив и нарушенных форм коммуникации снова и снова оказывается подкрепленной (это замкнутый круг, о котором ниже).

– Реализаторами этих когнитивных расстройств являются негативный опыт, потери, отсутствие контроля и обусловленные социализацией неправильные утверждения. Эти схемы активизируются, благодаря отягчающим ситуациям и, в виде «направленной вниз спирали», подкрепляются.

– Поскольку эти когнитивные процессы автоматизированы и направляются лежащими в их основе усиленными, негативными, генерализованными системами убеждений, то процессы представляются очень длительными и упрямыми, т.е. ригидными.

## **Психологические методы терапии и коррекции**

***Когнитивно-психологическая концепция.*** Ее основные тезисы выглядят следующим образом:

– Причиной депрессивного развития является когнитивное расстройство, при котором мышление страдающих депрессией становится односторонним, произвольным, избирательным и гипертрофированно негативным.

– Реализаторами этих когнитивных расстройств являются негативный опыт, потери, отсутствие контроля и обусловленные социализацией неправильные утверждения. Эти схемы активизируются, благодаря отягчающим ситуациям и, в виде «направленной вниз спирали», подкрепляются.

– Поскольку эти когнитивные процессы автоматизированы и направляются лежащими в их основе усиленными, негативными, генерализо-

ванными системами убеждений, то процессы представляются очень длительными и трудно поддающимися изменению, т.е. ригидными.

*О причинах депрессии.* Депрессии являются болезненным способом реагирования, которые определенно имеют не одну причину, а целое переплетение отдельных причин, о которых уже шла выше речь, но я хотел бы еще раз самые важные из них назвать.

1. Перед наступлением депрессии пациент находится, как правило, в критической жизненной ситуации. Он теряет своего партнера (например, в связи с его уходом или смертью), становится безработным или подвергается повторяющемуся психическому стрессу. Это, например, те случаи, когда имеют место постоянные ссоры с партнером или шефом.

2. Не все люди реагируют на такие события депрессией. Депрессии возникают только тогда, когда к внешним событиям присоединяются моменты, которые находятся в самой личности и в поведении пациента. Эти внутренние факторы делают человека особенно чувствительным и повышают вероятность, что он на критические жизненные события будет реагировать депрессивным настроением. Особенно важным в этой связи являются:

– слабая или недостаточная социальная компетентность, т.е. дефицит оптимального общения с другими людьми;

– установки, перфекционизм и пессимизм, склонность переоценивать угрозы и все время ожидать чего-то плохого. Другими важными факторами являются такие, как низкое чувство самооценности или слишком быстрая потеря уверенности в себе (комплекс «выученной беспомощности»).

Одним из специфических проявлений феномена перцептивной защиты в процессе социального познания является открытый М. Лернером (Андреева, 1997. С. 132) феномен «веры в справедливый мир». Его суть заключается в том, что человек не хочет верить в то, что лично с ним без его вины может случиться что-то «плохое». Значимость веры в справедливый мир как разновидность перцептивной защиты играет большую роль в выборе стратегии поведения. Тем большее значение имеет разрушение этой веры. Важным следствием его является открытый М. Селигменом феномен «выученной беспомощности» (Seligman, 1975).

Первоначально этот феномен был выявлен на экспериментах с животными (лошади на скачках, постоянно наказываемые и за плохие, и

за относительно хорошие результаты, утрачивали всякую мотивацию улучшать свои достижения). Позже было установлено, что «выученная беспомощность» может быть свойственна и людям. Она возникает тогда, когда человек осознает, что он не в состоянии ни прогнозировать, ни контролировать результат своих действий. Нередко она появляется в ситуации, описанной Л. Кэрроллом в сказке «Алиса в стране чудес»: за что бы Алиса ни бралась, все оказывалось не таким, как ожидалось. Человек, оказавшийся в такой ситуации, усваивает «беспомощность»: он начинает себя вести как жертва – пассивно и неэнергично. Неверие в свои силы, молчаливое согласие с тем, что ничего нельзя предпринять, – также разновидность утраты веры в справедливый мир.

Оказалось, что «выученная беспомощность» определенным образом зависит от атрибутивного стиля личности. Из трех атрибутивных стилей – пессимистического, оптимистического и нереально оптимистического – первый (пессимистический) чаще всего приводит к тому, что человек становится экстерналом (по Роттеру), т.е. обращается к внешнему локусу контроля, а это ведет к отказу от желания что-то изменить и вообще к отсутствию веры в принципиальную возможность изменить что-либо.

В данной ситуации человек привыкает к беспомощности. Огромную роль в возникновении феномена выученной беспомощности играет общая позиция в реальных жизненных ситуациях, в частности, особенности процесса социализации: насколько часто ребенок на протяжении своей жизни попадал в ситуации, когда получал доказательства безнадежности своих попыток изменить что-либо. Приобретенная же «выученная беспомощность» оказывает влияние на всю жизнь, на успешность в любом деле.

3. Физические (телесные, органические – в широком смысле биологические) факторы, например обмен веществ, тоже благоприятствуют возникновению депрессии, хотя здесь еще очень много вопросов. Несомненно то, что когда неблагоприятные внешние и внутренние условия встречаются, возникает серьезная опасность возникновения депрессии.

Некоторые авторы даже пишут о «чертовом круге» депрессий (Wolf & Mergle, 1993). Дело в том, что мышление (мысли), чувства, действия и физические ощущения взаимно влияют друг на друга. Так, негативные мысли ведут к чувствам печали или безрадостности, несчастья, наконец.

Эти отрицательные чувства приводят к тому, что человек, например, все дальше и дальше отдаляется от привычного окружения, от других людей. Он перестает чем-либо интересоваться и заниматься, т.е. становится пассивным. Но чем меньше человек проявляет активность, тем более вялым становится его организм и тем сильнее ощущение, что он оказывается все менее способным что-либо делать: «Я ни к чему вообще не пригоден». Крут замкнулся. И человек все более депримируется.

***Цели КПТ:***

1. *Стимулирование позитивных (приятных) видов деятельности* (активности). Стимулирование позитивных, приятных видов активности в рамках психотерапии имеет смысл и очень помогает, поскольку соответствующий уровень активности может быть повышен определенным количеством потенциально позитивных подкреплений и поскольку депрессивные люди слишком много времени ведут себя пассивно в самых разных формах деятельности (раздумья, бесплодные мечтания, сидение с устремленным куда-то взглядом), которые не обладают никакой силой позитивного подкрепления. В дальнейшем обнаруживается связь между нормой активности, видом активности и настроением, при этом депрессивные пациенты склонны к низкой оценке степени своей активности и с трудом воспринимают различия в настроениях.

2. *Формирование социальной компетентности.* Формирование социальных и интеракционных умений, несомненно, имеет смысл, потому что депрессивным пациентам зачастую недостает способности вести себя необходимым образом в социальных ситуациях и в отношении партнера взаимодействия. Депрессивные пациенты часто развивают неблагоприятные интерактивные стили и коммуникативные содержания, влияние которых они воспринимают неадекватно. В связи с этим негативные чувства часто не проявляются открыто, и позитивные стимулирующие социальные контакты более или менее длительное время отсутствуют.

3. *Когнитивное переструктурирование.* Изменения автоматических мыслей и установок является совершенно необходимым, поскольку депрессивные пациенты склонны к когнитивным искажениям, неправильным атрибуциям и ошибочным восприятиям, а также потому, что имеет место связь между мыслями, чувствами и поведением. Так, депрессивные клиенты склонны рассматривать свои мысли как действительные факты, без проверки их сопоставлением с реальностью. Наряду с ориентированными на снижение самооценки процессами под вредным влиянием



нием оказываются и другие принципы самоконтроля, как, например самоподкрепление. Актуальное прогрессирующее развитие психологических представлений о генезе депрессий, скорее всего, может быть объяснено этими простыми гипотезами, которые интегрируют различные психические и социальные процессы и на основании результатов исследований находят подтверждение (Hautzinger, 1991) и определяют границы для обоснования успешных когнитивно-поведенчески-терапевтических мероприятий.

### **Психотерапевтическая технология (процедуры, мероприятия)**

Под *когнитивно-поведенческой психотерапией* понимается проблемно-центрированный структурированный психологический терапевтический подход, который в применении к депрессии включает четыре основных компонента:

- преодоление пассивности или односторонней отягощающей активности;
- улучшение социального, коммуникативного и интерактивного поведения, а также социальных контактных структур;
- опознание (выявление), проверка и коррекция дисфункциональных установок и убеждений;
- построение репертуара преодоления и решения проблем для будущих кризисов.

Как правило, когнитивно-поведенческая терапия при депрессиях состоит из 25–40 сеансов (чаще она проводится индивидуально, но растет число и групповых попыток (см.: Hautzinger, 1994) и начинается с коррекции пассивности, ухода и потери побуждений и интересов депрессивных пациентов.

В зависимости от состояния проблем конкретного пациента используются интервенционные техники в отношении когнитивного или социального поведения. Раз и навсегда заданного плана-схемы нет, она строится с учетом индивидуального случая. При этом клиент (пациент) с самого начала и до конца психотерапевтического процесса принимает участие в решении своих проблем и выздоровлении.

Это одна из характерных особенностей когнитивно-поведенческой терапии.

## **Терапевтические мероприятия**

1. *Оживление (поднятие) настроения.* Пациент не уверен в себе, настроение безнадежности и т.д. Можно применить два приема.

Первый: противопоставить страху, чувству безнадежности деловую информацию о болезни, например:

– Многие люди болеют один или даже много раз в своей жизни депрессией.

– Депрессии не являются таинственными болезнями. Мы знаем, как они возникают.

– Депрессии никак не связаны с личностной неспособностью к чему-либо.

– Депрессии излечимы.

– После того, как депрессии отзвучали, не остается никаких последствий ни физического, ни душевного свойства.

– Терапия осуществляется пошагово, пациент ни в коем случае не будет перегружен.

– У терапевта есть опыт. Он смог помочь уже многим людям выбраться из депрессии.

С этой информацией пациент связывает первую осторожную надежду на улучшение.

Второй прием: упражнения-представления, в процессе которых вызываются приятные, позитивные образы успешной деятельности, побуждая к появлению и проявлению позитивных, приятных чувств. Это усиливает его надежду на улучшение, помогает избавиться от пассивности.

2. *Активация (активизация).* Чтобы разорвать «порочный круг» между депрессивным настроением и пассивностью, вначале составляется план-распорядок на один день, затем на неделю и т.д. Планируется активность, но только позитивная, приятная, с которой пациент может справиться. И так от более простой – к более спокойной активности, от более приятной – к менее приятной. Например, страх и трудности общения: вначале звонок о встрече, затем договор о приглашении к себе домой, за этим может последовать встреча у старого (нового) знакомого дома или где-то в другом месте. Это приводит к улучшению настроения, и умножает попытки и виды активности. Это движение по спирали вверх.

3. *Когнитивная терапия.* От мысли – к чувствам и поведению! Это значит: нужно, чтобы мысли были позитивными. Над депрессивным

способом мышления начинается когнитивная работа, которая является ядром терапии при депрессии. Покажу это схематично на примере способа, разработанного Аароном Беком (заимствованного им у Сократа). Первый шаг: понять негативные мысли. Второй шаг: установить различия между мыслью-предположением и действительностью.

Третий шаг: различение мыслей, предположений по степени негативности и нахождение предположений-вариантов.

Четвертый шаг: проверка предположения действительностью.

Это беседа, но особая форма ведения беседы, которая еще называется Сократовским методом (так философ вел свои беседы со своими учениками). Благодаря направленным вопросам, пациенту помогают прийти к собственным выводам и так постепенно изменить свой депрессивный стиль мышления – пессимистический и односторонний.

Внутри этого подхода используются две так называемых метода правильного мышления: 1) Отвечает ли эта мысль действительности? 2) Помогает ли вам эта мысль себя хорошо чувствовать?

4. *Тренировка социальной компетентности.* Социальная компетентность развивается, прежде всего, в следующих сферах:

– пациент научается лучше понимать собственные желания и потребности и представлять их другим;

– одновременно он научается ставить себя на место других, лучше понимать других – через их вербальное и невербальное поведение и адекватнее реагировать на него;

– он научается быть автономным – говорить, например, «да» или «нет», привыкает решать проблемы, а не депрессироваться.

В качестве дополнительных вспомогательных способов могут выступать ролевая игра и упражнения по развитию креативности, воображения, гибкости.

5. *Построение новой жизненной перспективы.* Расширение интересов, видов активности и т.д.

### **Эффективность и показания**

На сегодня имеются довольно многочисленные данные об эффективности применения КПТ при депрессиях.

Они, в частности, демонстрируют (Hautzinger, 1993; Chollon, 1993), что при униполярной депрессии (без меланхолии) КПТ дает такой же эффект, что и традиционная трициклическая терапия антидепрессанта-

ми, но превосходит последнюю в отношении длительности эффекта (1–3 года).

В более ранних работах была показана большая эффективность (в пределах 63–83%), но при прерывании лечения она в значительно степени снижается по сравнению медикаментозным лечением (4–33% против 3–57%) (Hautzinger, 1996. С. 130).

Нет достоверных данных об эффективности КПТ при эндогенной биполярной депрессии.

### **Литература**

1. *Beck A.T.* The development of depression. A cognitive model // The psychology of depression / R.F. Friedman & M.M. Katz. N.Y., 1974.
2. *Hautzinger M.* Depression. In: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin ; London ; Paris ; Tokyo : Springer-Verlag, 1996. S. 121–133.
3. *Seligman M. E.P.* Learned helplessness. San-Franzisco, 1975.

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ  
ТЕРАПИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ  
ЛИЧНОСТИ**



В психологической литературе на сегодняшний день насчитывается далеко за 50 определений понятия личности (еще в 1937 г., по подсчетам Allport, их уже было около пятидесяти). В психиатрической литературе понятие личности употребляется чаще всего в том смысле, как его дефинировал Н.У. Eysenck (1985): «Als eine mehr oder weniger stabile und ueberdauernde Organisation einer Person hinsichtlich Charakter, Temperament, Intelligenz und Physis, die deren einziartige Anpassung an die Umwelt bestimmt» (более или менее стабильная и константная организация человека относительно характера, темперамента, интеллекта и организма / конституции, которая определяет своеобразие его адаптации к окружению) (Цит. по: Schueler, 1997. С. 19).

О нарушениях личности говорят, когда структура личности, благодаря сильной выраженности определенных признаков, настолько акцентирована, что приводит к серьезным состояниям страдания или конфликтам. На основании эпидемиологических исследований распространенность расстройств личности достигает 10–20% в общей популяции. Среди пациентов психиатрических стационаров число таких больных достигает 40–60%. Согласно Международной систематике болезней (МКБ-10) классификация личностных расстройств и их процентуальная представленность выглядят следующим образом:

- параноидные – 2,4;
- шизоидные – 1,8;
- диссоциальные – 3,2;
- импульсивные – 4,5;
- боделайн (пограничные) – 14,9;
- гистрионические – 14,3;
- ананкастические – 3,6;
- боязливые – 15,2 (aengstlich);
- зависимые – 4,6;
- другие – 6,4;
- any personality disorders – 14,1.

Под нарушениями личности понимаются, прежде всего, социально не гибкие и мало адаптивные бросающиеся в глаза формы поведения.

В связи с попыткой поведенческой терапии воздействовать на личностные расстройства имеет место критика в том плане, что ПТ слишком

проста, чтобы изменить такие сложные комплексные феномены, как расстройства личности. Интересно, что в прошлом и психиатры, и психотерапевты не любили расстройства личности.

А. Бек и др. (1993) понимают под чертами личности интерперсональные стратегии, которые развиваются из взаимодействия диспозиций с влияниями окружающего мира. У людей с личностными расстройствами специфические стратегии поведения либо сверхразвиты, либо свернедоразвиты (например, контроль / систематизированность vs спонтанность / радость vs Spielerischen у пациентов с навязчивостями), преобладают типичные аффекты (например, не выражаемая открыто злость у пассивноагрессивных личностей) и определяют на когнитивном уровне особенно ригидные и генерализованные на многие ситуации, запускаемые «ядерные схемы» переработки информации и видения мира (например, «Другие люди являются потенциальными врагами с подозрительными мотивами» у параноидных личностей). Они оказывают особенно влияние на самооценку (например, «Я жалкий, беспомощный, слабый и некомпетентный» у зависимых личностей) и восприятие других (например, Другие – это размазни, безответственны, «lassen sich gehen» – ненастойчивы у навязчивых личностей).

В отличие от расстройств, где тоже имеет место искажение схемы самовосприятия и восприятия окружающего мира (например, страхи перед опасностями, депрессии на потерю), которые в то же время довольно быстро допускают под действием когнитивного реструктурирования в смысле активирования смену конкурирующих более функциональных схем, при личностных расстройствах такая смена схем (cognitive shift) происходит с куда большим трудом, поскольку альтернативные «benigne» схемы едва ли могут быть развиты в учебной истории – нет, так сказать, ничего, на чтобы пациенты могли бы «перепрыгнуть» (Ecker, 1994. S. 386).

Психотерапевтические эвристики:

– Бек с соавт. (1993) подчеркивают, что требуется терпение, имеющим дело с ригидными ядерными и мало развитыми альтернативными схемами при личностных расстройствах (Залевский, 1993; Salevski & Schueler, 1994). Они предупреждают, что надо иметь в виду, что мир этих пациентов постоянно подкрепляет ядерная схема или вносит свой вклад в развитие дефицита социальной компетентности и житейских умений, которые лежат в основе актуальных проблем комплайенса.



Главные цели терапевтической активности – в ослаблении ядерной схемы и построении альтернативной схемы. И формирование терапевтических отношений ориентируется последовательно на эти цели и варьируют в зависимости от господствующей ядерной схемы.

Ядерная схема представляется пациентам как «предубеждение против самих себя». Для его идентификации и модификации могут быть использованы все обычные техники когнитивной терапии: Kognitionsevoziehung, когнитивное называние по-новому, дневниковые записи негативных мыслей, упражнения на воображение и т.д.

Отслеживание, сбываются ли предсказания из ядерной схемы с помощью так называемых «предиктивных дневников». Оживление для развития ядерной схеме релевантных ключевых сцен ранней истории обучения в психодраматической ролевой игре, чтобы легче было подбраться к ядерной схеме и ее модифицировать.

Реинсценируя прошлый опыт – опыт ребенка в родительской семье, пациент играет и роль отца, например, в то время как психотерапевт выступает в роли пациента, демонстрируя в качестве модели более адекватную схему: усиливает позицию ребенка через ассертивное поведение; отсюда пациент, выступая в роли отца, воспринимает и принимает к сведению изменение своего поведения по отношению к ребенку. Если пациент играет самого себя (как, будучи ребенком, он хотел бы вести себя по отношению к родителям), то это ведет к изменению образа и большему проникновению в роль поведения родителей для развития схемы.

Это должно сотрясти схему и индуцировать сомнения в ее соответствии реальности.

Честолобивой целью психотерапии было реструктурирование схемы (например, пациент с параноидными расстройствами личности становится человеком, которые вполне доверяет другим людям); но чаще всего имеет место лишь модификация поведения (пациент научается доверять некоторым людям в некоторых ситуациях) или приходится быть вынужденным довольствоваться интерпретацией схемы: пациент относится с лучшим пониманием к своей схеме, например, также в смысле позитивного рефрейминга и в поисках того мира поддерживается, где, не взирая на его ядерную схему, он сможет функционировать (например, при навязчивых расстройствах допустимо рабочее место с добросовестным, но медленным выполнением обязанностей).

**Литература**

- Beck A.T. et al.* Kognitive Therapie der Persoenlichkeitsstoerungen. Weinheim : Psychologie Verlags Union.
- Ecker W.* Persoenlichkeitsstoerungen // Verhaltenstherapie / hrsg. M. Linden, M. Hautzinger. 2., ueberb. Berlin ; New York : U. Erw. Aufl. Springer-Verlag, 1994. S. 383–388.
- Linehan M.M.* Dialektische Verhaltenstherapie dei Borderline\_Persoenlichkeitsstoerungen. PraxKlin : Verhaltensmed Rehabil, 1989. S. 8–10.
- Young J., Swift W.* Schema-focused cognitive therapy for personality disorders. Part 1 // Int Cognit Ther Newsletter. Vol. 4, № 1–2.
- Schueler P.* Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Persoenlichkeitsstoerungen. Ein Traininsbuch. 1997 (Manuskript).
- Salevski G., Schueler P.* Fixierte Verhaltensformen bei Persoenlichkeitsstoerungen // Schwer punkt Persoenlichkeitsstoerungen. Stuttgart ; Birkach, 1994.
- Залевский Г.В.* Психическая ригидность в норме и патологии. Томск : Изд-во ТГУ, 1993.

# **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ**



### *Посвящаю моим родителям*

Sed quis custodiet ipsos custodes?  
(Кто позаботится и защитит тех,  
кто сам оказывает заботу и помощь?)

*Ювенал*

О супервизии не надо говорить,  
супервизией надо заниматься.

*В.И. Кабрин*

## **ВВЕДЕНИЕ**

Супервизия сегодня – модная и в то же время амбивалентная и диффузная тема. Она представлена как в контексте клинико-психологического пространства (рубрика «Консультирование/терапия»), так и в контексте психосоциального сектора (рубрика «Социальная работа»). Нашла она свое место и в хозяйственной, и в деловой жизни (рубрики «Менеджмент», «Консультация в сфере предпринимательства», «Развитие организации» и «Коучинг»). Соответственно, многообразны, если не сказать хаотичны, концепции, использования понятий, обоснования и подходы в контексте супервизии.

Мнение Холивея и Джонстона о супервизии, что она «широко практикуема, но плохо понимаема» («wider practiced but poorly understood»), описывает ситуацию более чем двадцатилетней давности и сегодняшнюю очень точно (Holloway, Johnston, 1985). Супервизия сегодня как бы «в деле», многие ею занимаются, каждый приобщен к ней в какой-то форме, однако до сих пор отсутствует сколь-нибудь удовлетворительная ее рамочная концепция.

Наряду с неясными представлениями о том, что следует понимать под супервизией, существуют также и мифы о ней, например, 7 мифов о супервизии (Schmeltzer, 1997):

1. Существующая литература по супервизии содержит богатый опыт, который может помочь введению супервизорской практики.
2. Хорошие терапевты являются хорошими супервизорами.
3. Супервизор может всё.
4. Супервизия осуществляется во всех случаях по одному образцу.
5. Индивидуальная супервизия – самая лучшая форма супервизии.
6. Супервизия не нуждается в собственных этических стандартах.
7. Супервизоры не нуждаются в специальном образовании. Нередко с супервизией связывают слишком большие надежды. На первое место я бы поставил «супервизию-утопию», за которой стоит надежда, что с ее помощью можно разрешить те проблемы, которые не были разрешены посредством

психотерапии или социальной работы. И обратное: существуют эмоциональные предубеждения относительно супервизии. Некоторые авторы считают супервизию, по незнанию или из-за возможного изменения личности или личностной системы, рискованным мероприятием и опасаются её; другие видят в ней особенно изощренное манипулятивное средство контроля и надзора за сотрудниками в той или иной организации. Причиной этого может выступать негативный прежний опыт «плохой» супервизии, во время которой, возможно, наказывалась открытость или вместо улучшения условий труда практиковались самопознание или психотерапия, что отбивало интерес к любым новым попыткам проведения или участия в супервизии.

Супервизия представляет собой «парадный» пример имеющейся пропасти между теорией и практикой (Schmeltzer, 1997). То, что многие модели супервизии не удовлетворяют претензиям в качестве научных теорий и едва поддерживаются результатами эмпирических научных исследований, не является для некоторых авторов основанием для беспокойства, так как они исходят из позиции «типичных практиков»; при этом интуиция и личный опыт выступают на первый план, а академические теории становятся необязательными – вплоть до открытой враждебности по отношению к науке. Поэтому неудивительно, что супервизия обнаруживается на арене «психобума», на которой, согласно тезису, «что-то происходит» – «anything goes» (Feuerabend, 1983), с заметным отражением ситуации на «психорынке» – того нет, чего не существует. Супервизия начинает рассматриваться как форма жизни, как психокультура, как техника выживания для психосоциально занятых или как игровая лужайка для самопознания. Систематизирована критика ситуации с супервизией следующим образом: для литературы по супервизии в то время (начало 1970-х гг. – Г.З.) были характерны: 1) огромное число пустых формул; 2) множество смелых концепций, которые уходят от любого критического анализа; 3) почти полное отсутствие описаний того, что при супервизии действительно происходит; 4) отсутствие указаний о том, как проводить супервизию; 5) ничем не оправданная «мания консультирования или супервизии»; 6) повторяемые заверения о «помогающих» аспектах супервизии без конкретизации, в чем суть помощи, или 7) понимание супервизии, которое может рассматриваться как некоторое подобие самотерапии или самопознания (Huppertz, 1975). Критическая оценка сегодняшней ситуации создает впечатление, что за последние десятилетия ничего существенного, по крайней мере в качественном плане, не произошло.

К. Гренинг (Grønning, 1993) обращает внимание на финансовые соблазны и опасность того, что супервизия будет определяться больше через её

вторичное подкрепление, чем через профессионально фундированные эффекты. Она пишет довольно резко о «юппификации» супервизии, при которой «лакированные обезьяны» в костюмах пытаются «снять сливки» («schnelle Mark»), например, с помощью «coach-ing» – «наставничества» в коммерческой сфере хозяйствования, в бизнесе и т.д. В некоммерческой сфере супервизоры также не совсем свободны от подозрения в том, что пытаются, как «косоухие, врывающиеся в двери домов рекламирующие товары агенты» («schlit-zohrige Haustürverkäufer»), «навешать» психосоциальным работникам «лапшу на уши», в которой последние и не испытывают нужды. Необходимость доказательства эффективности для легитимизации профессиональной (и тем самым оплачиваемой) супервизорской работы все-таки рано или поздно не обойти.

Несмотря на имеющие место несуразности, общественная «рыночная цена» супервизии высока. Уже давно при определении должности (места работы) в психосоциальной сфере особенно подчеркивается факт необходимости регулярной супервизии; часто она определяется работодателями как важное условие. Описаны результаты опроса 46 немецких учреждений, где супервизия востребована и стимулируется (Berker, 1989). Американские психотерапевты считают клиническую супервизию одним из важнейших вкладов в профессиональное развитие (Henry et al., 1973). Уже с 1947 г. супервизия является в США<sup>1</sup> важной составной частью подготовки психотерапевтов во всех учебных планах (graduate curricula); похожая ситуация и во всех аккредитованных образовательных курсах в Германии. Тем не менее остаются нерешенными вопросы её права на существование и легитимность, в то время как супервизия является давно признанным фактом в психотерапевтической сфере и сфере социальной работы.

Почти 2/3 занятых в консультировании и терапии психологов практикуют как клинические супервизоры. При этом не более 10–15% из них получили соответствующее образование.

В нашей стране супервизия делает только первые шаги, что относится как к теории, так и к практике (Карвасарский, 1996; Эйдемиллер, 1998; Кулаков,

---

<sup>1</sup> Известный английский психотерапевт Дерек Гэйл вспоминает: «Когда появился Британский комитет по психотерапии, регистрирующий психотерапевтов, мне надо было доказать, что я достаточно компетентен. У комитета было два возражения. Первое – по поводу супервизии, а второе касалось количества клиентов... я увеличил количество клиентов, прошел супервизию так, как они требовали, и через два года опять обратился в комитет с письмом, в котором сообщал, что выполнил необходимые требования. Меня спросили, как я выполнил эти требования, и в какой-то момент печать была поставлена» (Интервью с Дерекком Гэйлом // Боб Мулан. Психотерапевты о психотерапии. М. : Класс, 1999. С. 23).

2002; Залевский, 1998–2002; Булюбаш, 2003). Фактически все еще нет теоретических работ и основательных учебников, нет системы практики супервизии в сфере «помогающих профессий», как нет и системы подготовки профессиональных супервизоров (в Германии она уже существует – 2-летние курсы подготовки дипломированных супервизоров). Нет пока и отмечаемого за рубежом печатного бума по этой теме. Но и там количество превосходит качество публикаций. Что же есть? Есть уже немало, если, например, заглянуть в Интернет, самозванных или «назначенных» супервизоров (нередко это «мальчики и девочки», без году неделя ставшие психологами), которые тем не менее широко и смело приглашают к участию в супервизии.

Отставание супервизии от социальной и психотерапевтической практики можно, видимо, объяснить тем, что супервизия является в определенном плане – в отношении обширных областей эмпирической клинической психологии или терапевтических исследований – вторичной тематикой. Под этим понимается, что она основывается на достижениях последних, и в этом смысле они первичны. Из этого следует, что теория супервизии не может опережать их, так как должна обладать первичными знаниями. Но это не означает прямого переноса знаний в супервизию, по крайней мере не всегда.

Удивительно, что в ряде случаев разрыв между психотерапевтической практикой и практикой супервизии был нередко довольно велик. Так, например, поведенческая и когнитивная (когнитивно-поведенческая, поведенчески-когнитивная) терапии были долгое время – по меньшей мере эксплицитно – заметно сдержанны, когда речь шла о процессуальном и содержательном описаниях подготовки по психотерапии и супервизии. Сдержанность можно объяснить соответствующим теоретическим подходом, но странным является даже неупоминание термина «супервизия» в поведенческо-психотерапевтических работах, словарях и энциклопедиях. В некоторых изданиях 1990-х гг. лишь в виде придаточного предложения упоминается, что супервизия – в области проблем применения определенных техник или при выборе терапевтических целей – очень даже важна (Linden, Hautziger, 1993; Reinecker, 1994). С одной стороны, это было в традиции консультирования темы «терапевт – клиент – отношения», с другой стороны, супервизия фактически присутствовала в системе подготовки в рамках поведенческой психотерапии. Надо отметить, что практикой супервизии уже занимался один из основателей поведенческой терапии, предложивший метод «систематической десенсибилизации», – Й. Вольпе (Wolpe, Rachman, 1960; Wolpe, 1972–1973). Фактически супервизией, хотя, разумеется, так ее не называл, занимался и осно-



ватель психоанализа З. Фрейд. Одним из первых объектов супервизии был «маленький Ганс», а супервизируемым – его отец.

Состояние дел с супервизией в практике «помогающих профессий» сегодня убеждает нас в том, что ею, конечно, надо заниматься, но и говорить о ней надо, поэтому я не согласен в этом с В.И. Кабриным, мнение которого вынес в качестве одного из эпиграфов данной книги. Надо заниматься также подготовкой психологов-консультантов и психотерапевтов, психологическим консультированием и психологической терапией, но о них надо и говорить, т.е. теоретически осмысливать, формулировать гипотезы, осуществлять теоретико-экспериментальные исследования, сближать фундаментальную науку и практику.

Такая работа в нашей стране уже началась. Так, например, на факультете психологии Томского госуниверситета уже почти десять лет читается курс супервизии для клинических психологов, а в разных городах Сибири и Дальнего Востока более десяти лет проводятся циклы семинаров-тренингов по супервизии для профессиональных психологов, в которых принимают участие и коллеги из зарубежных стран, например из Германии. Радует, что в новое поколение Госстандарта подготовки психологов будет, наконец, введен курс супервизии, в чем мы видим и нашу заслугу, поскольку вопрос о супервизии в плане ее научных оснований, образования и практики поднимался нами не раз: на 4-м съезде Российского психологического общества (2006, Ростов-на-Дону), на 2-м Сибирском психологическом форуме (Томск, 2007), на «Всероссийской школе молодых психологов» (2008, Москва; Томск; Алтайский край). Проблемам теории и практики супервизии была посвящена фактически первая конференция с международным участием «Супервизия в помогающих профессиях: современное состояние и перспективы развития», организованная по инициативе кафедры генетической и клинической психологии факультета психологии Томского госуниверситета (19–20 ноября 2008 г.). Этому событию и теме супервизии был посвящен и специальный выпуск «Сибирского психологического журнала» (2008. № 30).

В конце текста пособия приведен полный список иностранной литературы, использованной автором.

### **Контрольные вопросы**

1. Что сегодня понимают под супервизией?
2. Какие существуют мифы и иллюзии относительно супервизии?
3. Как оценивается значение супервизии в профессиональной деятельности за рубежом?

4. Что можно сказать о положении супервизии в нашей стране?
5. Чем можно объяснить отставание супервизии от психологической практики?

### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Лингвистический анализ термина «супервизия».
2. Мифы о супервизии.
3. Супервизия в психологической практике.
4. Супервизия в России.
5. Супервизия в практике психологов за рубежом.

### **Литература**

*Залевский Г.В.* Супервизия/супервизорство: проблемы и дефиниции (по материалам зарубежных исследований). Сообщения 1–5 // Сибирский психологический журнал. 1998–2002. Вып. 7–9, 13–17.

*Залевский Г.В.* Супервизия: практика в поисках теории // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 7–13.

*Карвасарский Б.Д.* Супервизия. Супервизор // Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 1998. С. 609–611.

*Кулаков С.А.* Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2001.

## **1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СУПЕРВИЗИИ**

### **1.1. К истории развития супервизии**

Многие авторы ставили перед собой высокую цель описать и объяснить понятие «супервизия», поэтому предпринятые попытки понятийных решений остаются гетерогенными. При этом основным источником различий явились лежащие в их основе теоретические ориентации. Некоторые начинают с того, что пытаются проводить лингвистический анализ слова «супервизия» – раскладывают его на части и ищут к ним ассоциации (Leith et al., 1989 и др.). Другие констатируют со словом «супер» (значения «сверху (вниз)», «находится сверху», «расположенный сверху», «более значимый, оцениваемый» или «над...») – супервизор как сверхчеловек или сверхтерапевт); «визия» ассоциируется с понятиями «смотреть, обозревать, предвидеть», «сила видения, зрения», «обладание сверхчувственными силами». «Супер» и «визия» в комбинации продуци-

руют игру слов «взгляд сверху», «обладать обзором», «смотреть сверху вниз», «видеть более глубоко» в смысле быть способным предложить лучшие решения. Другие значения понятия (например, «супертерапевт с магически-провидческими силами») выдают мистически-иллюзионистские ожидания. Значение «надзирать», т.е. осуществлять контроль или профессиональный надзор со стороны вышестоящих лиц (начальников), тематизируется с ассоциациями как страх перед контролем или ограничением личных свобод. И тогда фантазии на тему супервизии превращаются в «страшилку».

Многие исследователи пытаются определить суть супервизии с помощью лексики или на основании латинских значений: «контролёр», «надзиратель», «инспектор», т.е. «присматривать», «наблюдать», «узнавать», «следить», «воспринимать» или «взвешивать» (Retzer, 1990.S. 358). Отдельные психологи указывают на необходимость учитывать историю возникновения понятия (Scobel, 1989 и др.). Имеются кое-какие указания на то, что слово «супервизия» первоначально употреблялось в индустриальной лексике англо-американских стран и обозначало контроль за правильным изготовлением промышленных деталей. Позже это понятие было перенесено в область социальной активности и связано с другими функциями, в том числе и с терапевтической. Это, возможно, объясняет, почему в американских подходах важным компонентом супервизии, как и раньше, является контролирующая функция, в то время как, например, нидерландские концепции сознательно выводят за скобки супервизии административную сторону.

## **1.2. Дефиниции супервизии**

Мы убеждаемся в том, что решить вопрос определения сущности понятия «супервизия» субъективными толкованиями значений слова и субъективными ассоциациями нельзя. Все существующие на сегодняшний день дефиниции можно расположить между двумя следующими крайностями:

1) всё включающие (тотальные) дефиниции: «Супервизия есть всё, что делает супервизор. Супервизия есть любая форма сопровождения профессиональной деятельности» (Siegers, 1990. S. 36);

2) отказ от дефиниции: поскольку существует такой вирр-варр в определениях, то лучше в книгах, статьях и т.д. отказаться от формулировки определения.

Однако проблема в том, что «всеохватывающие дефиниции» помогают столь же мало, как и полный отказ от конкретного определения этого поня-

тия, мотивированного когнитивной капитуляцией, некомпетентностью, ленью или «мудростью ничегонезнания» (Scio ne-scire, по Сократу).

Чтобы всё-таки показать спектр предлагаемых разными авторами определений без претензии на полноту, попытаемся их проиллюстрировать.

**Дефиниции из области социальной работы.** «Супервизия есть, в первую очередь, вид обучения, метод обучения и научения» (Kam-11 phuis, 1968. S. 102). Супервизия «...есть способ, который использует «проблемные профессиональные события взаимодействия» между помогающими, клиентом и организацией, чтобы воспринять и понять эти интеракции». Рефлексия направлена на решение тяжёлых и отягощающих супервизируемого профессиональных ситуаций. При этом речь идет о проблемах и конфликтах, которые связаны с самой личностью супервизируемого, его профессиональной ролью, отношениями с клиентами и другими профессиональными обязанностями» (Wei-gand, 1989. S. 248–249).

«Супервизия есть методически разработанная консультация, которая делает возможным проблемно-ориентированное научение. Ее цель – влиять на процессы в поле профессии, которые имеют дело с воспитанием и образованием, разрешением конфликтов, восстановлением нарушенных отношений, терапией и социальным планированием. Этот процесс научения долгосрочен и преследует цель подкрепленное опытом изменение поведения на когнитивном, аффективном и психомоторном (жесты, мимика) уровнях» (Stroembach et al., 1975. S. 3).

**Дефиниции из области консультирования и терапии.** «Супервизия есть педагогический/воспитательный или терапевтический/ консультативный процесс влияния, при котором опытное и профессионально компетентное лицо (супервизор) предлагает профессионально неопытному лицу (супервизируемому) возможности обучения в форме консультаций, инструкций или контроля, связанных со специфическими профессиональными задачами, с целью расширения или углубления личной, социальной и профессиональной компетенции. Возможности обучения, которые супервизируемый при этом получает, ориентированы на собственную личность или на его взаимодействие с другими – клиентами, членами группы и т.д.» (Plessen, Kaatz, 1985. S. 25).

В качестве общего знаменателя видятся следующие критерии, которые одновременно значимы как дефиниции всех профессионально-ориентированных способов консультирования (супервизия, баллиновские группы, учрежденские консультации, организационные развития) (Puehl, 1990. S. 3):

1. Супервизия как форма профессионально-ориентированной консультации возникла в результате дифференциации областей профессиональной деятельности и стандартизации профессиональных обязанностей.

2. Цель состоит в расширении компетентности или в её приобретении супервизируемым или супервизируемой системой (команда, учреждение).

3. Супервизия находится в рамках педагогической традиции, поскольку речь идет об учении (обучении, научении).

4. Контролирующий аспект играет всегда определенную роль: либо в институализированной форме в процессе освоения супервизии при решении вопроса о достижении стандартов, либо в смысле самоконтроля, когда супервизируемый рефлексировывает в шадящих рамках свою работу. При формах консультирования в учреждениях (супервизия команды, консультация организаций) контроль и саморефлексия находятся в неясных отношениях пересечения, здесь речь идет о проверке рабочего задания.

5. Во всех случаях речь идет об одной форме управляемого процесса и профессионально-ориентированного консультирования.

6. Указания осуществляются через опытного специалиста, который особенно компетентен в данной области.

7. Как правило, консультирование проводится в группах.

«Психотерапевтически ориентированная супервизия служит тому, что профессиональные консультанты – вне зависимости от образования и направления – в самых избранных форме и содержании научаются переосмысливать их собственные действия и чувства в профессиональной повседневности, вскрывать эмоциональные и когнитивные причины и – если возможно – включать в этот процесс собственную историю, семейную и профессиональную. Супервизия определяется здесь, следовательно, в первую очередь, как процесс авто- и ал-лорефлексии» (Scobel, 1989. S. 15–16).

**Дефиниции из области психоанализа.** «Цель психоаналитического метода супервизии в каждом случае остается в выяснении и познании бессознательного отношения переноса между ищущим помощи и её оказывающим» (Argelander, 1980. S. 66).

«Мы имеем дело в супервизии со сложным клубком взаимоотношений. Консультант и клиент стоят друг против друга как личности каждый со специфическим опытом социализации... Супервизия как критически заданный процесс саморефлексии имеет задание этот сложный клубок взаимоотношений, который, так сказать, проходит через личность консультанта, распутать в его сознательной и бессознательной динамике» (Puehl, Schmidbauer, 1986. S. 16).

**Дефиниции из области «системной терапии».** «Совершенно безразлично, понимается она как контроль контролёров, наблюдение за наблюдателями, инструктирование инструкторов, рефлексия рефлексирующих, (мета)диалог ведущих диалог и т.д. или как супервизия супервизоров, супервизия имеет тенденцию – вне зависимости от критериев – быть инстанцией, которая помогает профессиональным консультантам (тем, кто профессионально помогает). Супервизия предоставляет – в этом, пожалуй, едины все теоретики этой дисциплины, несмотря на их различия в концептуальном и практическом плане, – «помощь оказывающим помощь» (Ludewig, 1991. S. 54).

«Супервизия в этой перспективе представляется как самоуправляемая система, которая находится в этой комплексной среде, устанавливает контакты с этой средой и одновременно отграничивает себя от неё и так сохраняет свою идентичность. Супервизоры и супервизируемые кажутся социальными ролями, элементами этой системы» (Rappé-Giesecke, 1990. S. 5–6).

**Дефиниции из области экзистенциальной терапии.** Супервизия – это обоюдно согласованные и ограниченные межличностные рабочие отношения между супервизором и психотерапевтом, дающие поддержку последнему с той целью, чтобы способствовать его компетентной и качественной работе в пользу клиента. В фокусе супервизии – происходящее между супервизором и психотерапевтом непосредственно на супервизорской сессии, в «супервизорском мире». В отличие от «психотерапевтического мира или пространства» необходимо особое умение слушать... один рот, но два уха! (Pett, 1995).

**Дефиниции из области поведенческой терапии.** «В согласии с бихевиоральной ориентацией супервизия понимается как изменение специфических образцов реагирования соответствующего психолога, психотерапевта, так что он становится способным помочь его клиенту эффективно осуществить обоюдно желаемые и установленные изменения поведения» (Levine, Tilker, 1990. S. 182).

«Основополагающие цели супервизии – вне зависимости от терапевтической ориентации – состоят как в ассистировании психотерапевту, чтобы в нужный момент он был терапевтически эффективным, так и в приобретении им способности оказаться эффективным и в отсутствии супервизора. В своей сути супервизия нацелена, по меньшей мере в пределах образовательной программы, на помощь при освоении терапии (или определенного типа терапии), в процессе принимают участие клиенты и материал самого супервизируемого» (Linehan, 1980. S. 149).

«Психотерапевтическая супервизия в этих рамках понимается как совместные усилия психотерапевта, супервизора и пациента по стабилизации и улучшению терапевтической компетентности последнего» (Langlotz-Weis, Sturm, 1986. S. 330).

На основе содержательного анализа приведенных и неприведенных дефиниций супервизии стало возможным «схватить» существенные составные части этого понятия и использовать их в качестве предварительного рабочего определения. Супервизию можно понять как (1) процесс научения и обучения, который представляет собой (2) профессионально-ориентированную позицию помощи, особенно для «работников отношений», сконцентрированную на требованиях профессиональной рабочей ситуации (в противовес личностной терапии); посредством (3) педагогически-воспитательных и консультативно-терапевтических средств систематически-методическим образом (4) осуществляются (5) анализ, рефлексия и обработка проблемных профессиональных ситуаций / интеракций, которые (6) могут служить многим целям: овладению, осуществлению / сохранению и улучшению профессиональной операциональной компетентности, разрешению межличностных конфликтов или улучшению производственных отношений в командах или организациях, гарантии качества и защите пациентов от непрофессионального обращения, эмоциональной поддержке в трудных ситуациях и т.д.; это влияние осуществляется (7) согласно постановке задач, перспектив, ориентации и направленности школы вместе с другими центрами тяжести, концепциями, формами и подходами; при этом (8) супервизоры и супервизируемые принимают различные роли, где супервизоры имеют, как правило, определенное преимущество, благодаря опыту и компетентности, которые они используют конструктивно и с этической ответственностью при сопровождении супервизируемых с учетом того, что при этом значительная роль отводится рамочным условиям и рабочему полю (9).

Если бы одного определения было достаточно, чтобы исчерпывающе описать некоторый феномен, то можно было на этом месте и поставить точку. Но даже очень удачное определение понятия обладает всего лишь характером указания, функцией указателя пути; оно соответствует больше библиотечному опорному слову или поисковому понятию, которое не освобождает от чтения первоисточника. Другая проблема – нечеткие границы с близкими понятиями, существование наложений и пересечений (как, например, в случае с супервизией – это и терапия, и самопознание, и самосовершенствование и т.п.).

Для супервизорской практики можно порекомендовать не давать себя смущать ограниченной возможностью понятия, а в каждом конкретном случае точнее формулировать проблему супервизируемого как предмет супервизии, точнее определять постановку ее цели и задач, чтобы супервизию все-таки сделать возможной.

### **Контрольные вопросы**

1. Что показывает лингвистический анализ термина «супервизия»?
2. Между какими крайностями можно расположить существующие дефиниции супервизии?
3. Как определяется супервизия в области социальной работы?
4. Как определяется супервизия в области консультирования и терапии?
5. Как определяется супервизия в рамках психоанализа?
6. Как определяется супервизия в рамках системно-семейной терапии?
7. Как определяется супервизия в рамках бихевиорально-когнитивной психотерапии?

### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. История появления супервизии в практике психологической помощи.
2. Общее и особое в определениях супервизии в практике «помогающих профессий».
3. История и актуальное состояние супервизии в психологическом образовании и психологической практике в России.
4. История и актуальное состояние супервизии в психологическом образовании и психологической практике в Томске и в Сибирско-Дальневосточном регионе.

### **Литература**

*Залевский Г.В.* Супервизия/супервизорство: проблемы и дефиниции (по материалам зарубежных исследований) // Сибирский психологический журнал. 1998–2002. Вып. 7–9, 13–17.

*Залевский Г.В.* Супервизия: практика в поисках теории // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 7–13.

*Кулаков С.А.* Практикум по супервизии, консультированию и психотерапии. СПб. : Речь, 2001.

*Уильямс Э.* Вы – супервизор. Шестифокусная модель, роли техники в супервизии. М. : Класс, 2001.

*Ховкинс П., Шохет Р.* Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб. : Речь, 2002.

*Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д.* Супервизорство: Техника и методы корректирующего консультирования. СПб. : Б.С.К., 1997.



## 2. СУПЕРВИЗИЯ: ЦЕЛИ, ФУНКЦИИ, ФОРМЫ И СФЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ

### 2.1. Цели и функции супервизии

Функциональное многообразие супервизии – между образованием, административными задачами и терапией – давно известно. В работе (Kadushin, 1976) приводится описание существенных функций супервизии, охватывающих широкий спектр сфер профессиональной деятельности (рис. 1).

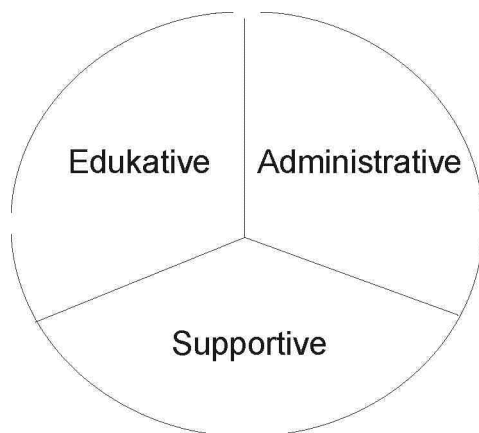


Рис. 1. Функции супервизии: образовательная (educative), административно-контролирующая (administrative), поддерживающе-консультативная (supportive)

*Образовательная (обучающая, развивающая) функция:* профессиональная подготовка, обучение, воспитание, передача знаний и умений, тренинг (упражнение методов и способов), указания к саморефлексии, конструктивная обратная связь, профессиональная социализация, развитие профессиональной идентичности и т.п.

*Административная (контрольная, экспертная) функция:* оценка (экспертиза, обеспечение) качества, оптимизация и улучшение деятельности специалистов помогающих профессий (социальных работников, психологов, психотерапевтов) или оптимального «функционирования» учреждения, сохранение этически-профессиональных принципов, контроль законодательных или ведомственных предписаний, защита пациентов и т.д.

*Поддерживающая (консультативная) функция:* эмоциональная поддержка в случаях трудных профессиональных ситуаций, сопровождение или разгрузка, помощь при необходимости справляться со стрессом на работе, создание самозащиты против перегрузок, личная психогигиена, профилактика «burnout» (эмоционального сгорания), профессионально-личностной деформации и т.п.

А. Кадушину (Kadushin, 1976) удалось обобщить в своей классификации самые важные аспекты и категории супервизии, поскольку анализ многообразия представленных в литературе целей и функций даёт только одну рубрику, а именно *просветительскую функцию*, которую выделил и описывал несколько позже Н. Беларди (Belardi, 1992/1998) и которая включает в себя, например: рефлексию, открытие, осознание и изменение до этого не известных личных, интеракциональных и институциональных условий, мотивирование/развертывание человеческого развития вплоть до надежд на инновативные влияния супервизии, на психосоциальную работу вообще.

Нам представляется, что в данном случае имеет место выход за пределы четких границ собственно функций супервизии. Видимо, можно отнести выделенную Беларди просветительскую функцию супервизии, как и выделяемую нами *профилактическую функцию*, к категории «непрямых/косвенных функций супервизии».

Из-за особых нагрузок в профессиональной деятельности многие психологи и психотерапевты связывают супервизию с желанием получить эмоциональную поддержку и разгрузку, т.е. предпочитают поддерживающую ее функцию, которая в таком случае направлена исключительно на профилактику «синдрома эмоционального выгорания/сгорания» (burnout) или его эквивалентов – в британской армии это называют «пулевой шок» (shell shock), в американской – «изнурение битвой» (battle fatigue), а в конечном итоге это можно назвать профессиональной деформацией.

Все обозначенные выше функции распределения ролей, в принципе, значимы (только не все одновременно); они изначально не являются ни «хорошими», ни «плохими», а должны быть согласованы с соответствующими потребностями. Например, для супервизируемого, пациент которого совершил суицид, показана поддерживающая роль супервизора; после преодоления острого эмоционального состояния может доминировать роль «учителя», если в последующих встречах речь будет идти о сообщении супервизируемому определенных умений общения с пациен-

тами группы риска (суицидального). При нарушениях этически-профессиональных правил следует занимать ясную административную позицию и вмешиваться как «контрольная инстанция».

Решающим в связи с этим для супервизора является процессуальный вопрос: «Какая функция является в данный конкретный момент самой правильной для супервизии?» Два связанных с этим и ведущих дальше вопроса супервизора могут быть следующими: «К какой моей функции явно или неявно обращаются супервизируемые?» и «Какие функции я могу, хочу или должен действительно взять на себя?».

## **2.2. Возможные деструктивные функции супервизии**

Литература полна описаний тяжелых супервизорских констелляций, проблематичных или неправильных функций, которые ведут к потерям, неудачам, вплоть до саботажа усилий супервизии (Aucken-haler, 1991 и др.).

Так, супервизия может служить для определенного учреждения алиби, чтобы заблокировать желание сотрудников улучшить условия труда («Смотрите, чего мы только для вас ни делаем – у вас даже есть супервизия!»). Для другого учреждения супервизия является, особенно в случае приглашения видных супервизоров, престижным мероприятием.

Известно, что супервизируемые могут иметь свои иллюзорные цели или скрытые интересы. Наряду с надеждой, что супервизия (точнее, супервизор) сможет решить все их проблемы, отдельные супервизируемые мечтают переложить свою ответственность на супервизора, устранить «перевороты», революционное развитие в своих учреждениях или сохранить иллюзии. Другие, вместо овладения необходимой компетентностью и поиска решений в супервизии, охотнее занимаются попытками выяснения сути вопроса: почему имеют место проблемы, как они возникли в прошлом. Время от времени начинают преобладать и «регрессивные потребности», тогда супервизия превращается скорее в защитную зону, кофейный кружок или тусовку. Первично когнитивные потребности удовлетворяются хорошо в супервизии, подобной «экзистенциально-философскому кружку», или эмоционально в поиске исключительного личного опыта («peak experiences»). Некоторые принимают супервизию как «пластырь утешительный» для плохих условий работы и плохой зарплаты или как возможность убежать от надоевших буден хотя бы на короткое время.

Другие деструктивные влияния супервизии связаны с тем, что супервизор осуществляет функции, не подходящие ни к специфической ситуа-

ции, ни к соответствующей проблематике, ни к конкретной личности супервизируемого, хотя его никто не просил быть терапевтом. Он просто обогащается собственным опытом, выступает в качестве помощника в интересах учреждения или наоборот – в команде против руководства учреждения, ставит на гармонию, где конфликты неизбежны, ищет влияния на супервизируемого через его личность, где проблему создают прежде всего учрежденческие факторы, проявляет сочувствие и эмпатию с супервизируемым вместо того, чтобы ему помочь стать компетентным в преодолении проблем, ставит извне объяснительно-эмансипативные цели или применяет конфронтующие интервенции, не имея ни малейшего представления о правилах, действующих в «системе». Нельзя, чтобы супервизия превращалась на предприятии, в учреждении в тайный контроль сотрудников, в «Schnueffelvision» – пронюхивание, вынюхивание.

Эти примеры показывают, что следует обращать внимание не только на вербально заявляемые цели, но и на действительные функции супервизии. Одним из возможных средств в таких случаях является внимательный анализ спроса до начала супервизии. Чаще всего выявить действительные функции супервизии позволяет лишь функциональный анализ (или различия между «официально» заявленными

целями и действительными функциями). Во время супервизионного процесса речь идет о том, чтобы:

- вести открытые диалоги об ожиданиях, надеждах и желаниях;
- достичь (конструктивных) целей;
- из заявленных целей перед супервизией поставить преодолимые цели;
- пропагандируемые функции максимально совпадали с действительными функциями;
- прояснить целевые конфликты и их преодолеть;
- распознать деструктивные/скрытые функции и с ними разобраться (а супервизору, не разобравшись, не сразу за все браться);
- расставить адекватные акценты;
- различить решаемые проблемы от неразрешимых;
- распознать границы иллюзий (утопий).

### **2.3. Формы супервизии**

Выделяют индивидуальную и групповую формы супервизии (Barthe, 1985). Групповые формы супервизии делят на директивные (управляемые) и недирективные (коллегиальные), гетерогенные (stranger group) и гомогенные (family group), статусно гомогенные и статусно иерархические.

Что касается форм собственно индивидуальной супервизии, то все более или менее понятно. Однако групповая супервизия – это довольно большое разнообразие супервизорской практики, требующей дополнительного разъяснения.

*Индивидуальная супервизия* в групповом контексте. Внешний супервизор работает с группой из 3–6 супервизируемых над случаями каждого из них или индивидуальными супервизорскими проблемами. Фокус работы чаще всего сосредоточен на супервизии случая отдельных членов группы в присутствии и при поддержке остальной части группы; при необходимости использует интерактивные или групподинамические процессы. Примером тому могут служить также группы обучения в системе подготовки терапевтов.

*Групповая супервизия* в собственном смысле. Это работа с группой супервизируемых – «социальной системой» или «рабочей командой». Здесь особое внимание придается интерактивным и/или групподинамическим процессам. Наряду с супервизией случаев здесь речь идет, как правило, о проблемах взаимодействия и коммуникации членов команды между собой и команды с другими частями большей социальной общности (например, учреждения).

*Образовательная versus праксис-супервизия.* Понятие «образовательная/учебная супервизия» обозначает ту супервизию, которая должна быть усвоена как обязательная часть учебного плана по курсу «Психотерапия». Как правило, учебный план включает в себя и многие другие виды занятий, например лекции, семинары, самопознание, обсуждение случаев, тренинги и воркшопы по определенным темам. Основные акценты в образовательной супервизии ложатся на: 1) педагого-дидактические приемы обучения и учения (освоение методов и компетенции, часто в искусственных условиях, например, в ролевых играх); 2) обработку каталога целей обучения соответствующего учебного плана; 3) активно-директивную инструкцию к практике; 4) действия супервизора по «проверке/контролю» усваиваемых умений, при этом супервизор должен взять на себя ответственность, если обучение будет проходить с реальными клиентами. От супервизоров требуется высокое качество знаний в теории, практике и дидактике.

О *праксис-супервизии* (иногда говорят «повышение квалификации – супервизия») идет речь в том случае, когда квалифицированный терапевт подвергает супервизии свою практическую деятельность. Праксис-супервизия добровольна и может быть прервана в любой момент.

*Супервизия случая*, в отличие от анализа интеракций, коммуникационных структур, групповых конфликтов, личностных факторов влияния, институциональных проблем или системных условий, держит в центре внимания сопровождение непосредственной работы супервизируемого со случаем («Что мне делать дальше с клиентом X»?). Как позже покажет супервизионная модель, при работе со случаем в поисках новых решений необходимо, как правило, расширить функционально-системный анализ как на личность супервизируемого (компетентность/дефицитарность, индивидуальные установки и конфликтные сферы и т.д.), так и на контекстные влияния (стимулирующие и препятствующие факторы «системы»).

*Групповая (внутренняя и внешняя) супервизия*. Здесь следует различать два варианта: а) *коллегиальная супервизия в группе* (in team):

постоянная группа супервизирует себя взаимно сама; б) *внешняя супервизия группы*: при этой, как бы «истинной», форме групповой супервизии группа приглашает супервизора со стороны, чтобы преодолеть, например, внутренние конфликты, коммуникативные барьеры или институционально обусловленные проблемы. Целью в этом случае является восстановление функционально дееспособной групповой структуры, чтобы группа была в состоянии выполнять свои задачи. Групповая супервизия может переходить в консультирование учреждения и становиться частью развивающих организацию мероприятий.

*Консультация учреждения/Развитие организации*. Эти супервизионные варианты имеют своей целью улучшение функционирования учреждения или организации (например, обработка групповых конфликтов, повышение эффективности коммуникативных процессов, уточнение ролей и компетентности, оптимизирование организационных структур и т.д.). В этой связи могут быть проанализованы: иерархия в организации, условия труда и контракты, рамочные условия, идеология организации, ригидные основные правила или направляющие линии, бюрократические процессы, рабочая атмосфера, стиль коммуникации/общения и др., а также мероприятия по «развитию группы/команды» или «развитию персонала». При этом понятие «развитие» не обязательно указывает на наличие слишком серьёзных проблем, но просто использование имеющихся шансов для дальнейшего повышения квалификации.

*Консультирование руководства/управленцев («Rollencoaching»)*. Эта особая форма супервизии служит рефлексии и улучшению руководящих функций в учреждении. Консультация управленческого персонала концентрируется на специальных требованиях и неуверенности в компе-

тентности, рождающихся из роли управленческих кадров (например, власть в организациях, стиль управления, планирование персонала, как распоряжаться собственным авторитетом, выполнение контрольных функций и др.). Это проводится преимущественно вне коллектива (подчинённых), но может быть и в группе, объединяющей руководителей и подчиненных.

*Проектная супервизия.* Супервизоры иногда могут получить задание – сопровождать определенные проекты (например, строительство психотерапевтического учреждения, планирование нового учебного плана, инновационное исследование, междисциплинарные проекты и т.д.). Супервизоры в первую очередь обладают мотивирующими и консультативными экспертными функциями в проектной группе и «контрольными» функциями при реализации проекта, что предполагает наличие, наряду с исключительной профессиональной компетентностью, также и умений менеджмента проектов и координации действиями различных лиц и целей (Eck, 1990).

*Live-Supervision (супервизия in vivo, супервизия в естественных условиях).* Особенно в случаях системно-семейно-терапевтических подходов является обычным супервизированием терапевтической ситуации «в натуре» (Wark, 1995 etc.). В-натуре-супервизия проводится в разнообразных вариациях, чаще с помощью кабин наблюдения и зеркальных стенок или при помощи говорящих устройств (West et al., 1992), а также в одном помещении в присутствии нескольких терапевтов и супервизоров в часто меняющихся конstellациях. Приближение к естественным условиям дает определенные преимущества.

*Коллегиальная супервизия (интервизия).* Эта форма супервизии, которая в литературе известна также под названием «Peer-Supervision», «Peer-Group-Supervision» (Border, 1991) или «интервизии» (Fengler, 1986), представляет собой самую ходовую (потому что самую выгодную по цене) модель для практиков в более поздние годы их профессиональной деятельности и может быть интерпретирована как один из видов «психосоциальной инициативы самопомощи». При этом коллеги оказывают друг другу поддержку в форме диады, триады или больших по численности группам.

*Само(авто)супервизия.* В данном случае супервизия понимается как способность опытных психотерапевтов подвергать самих себя процессу супервизии. Она представляет собой «конечную ступень» процесса развития терапевтов, которая характеризуется высокой (само)рефлексивной

работой, постоянным коллегиальным обменом, повышением квалификации по собственной инициативе, открытостью для обратной связи с другими, готовностью к профессионально-личностному росту, знанием собственных границ и способностью принять решение, когда наступает необходимость в других внешних формах супервизии или родственных мероприятиях. Каждая хорошая внешняя супервизия должна систематически готовить супервизируемого к (авто)супервизии, развивая способность к самонаблюдению/самоконфронтации и саморефлексии.

*Обучающая супервизия (для подготовки супервизоров).*

*Супервизия для супервизоров («контроль-супервизия»).* Даже «готовые», или «опытные», супервизоры испытывают потребность в поддержке (коллегиальной) в этой специфической функции (например, при необходимости коллегиального обсуждения тяжелых случаев или оценки супервизорской компетентности в качестве обучающихся – контроль-супервизия). Разумеется, что в этой связи очень важным представляется вопрос о личности супервизора. Но об этом должен вестись отдельный разговор.

#### **2.4. Супервизия и родственные виды профессиональной деятельности**

*Отношение супервизии и психотерапии.* Психологическая супервизия имеет некоторое сходство с терапией, но различий между ними гораздо больше, чем сходства. Процесс супервизии требует специальной подготовки, так как «хороший терапевт – это не то же самое, что хороший супервизор» (Hill et al., 1981). Главная цель супервизии состоит в том, чтобы сделать начинающих психологов-консультантов и психотерапевтов опытными психологами-консультантами и психотерапевтами, а не опытными клиентами и пациентами. Прохождение же индивидуальной психотерапии не является способом научиться проводить ее.

Психологическая супервизия – важный элемент качественной терапевтической практики. Она связана с совершенствованием терапевтических навыков, например, после осознания уровня своего клинического развития психотерапевтами, завершившими обучение в рамках тренинговых программ.

Со стороны большинства психотерапевтических школ и направлений постоянно подчеркиваются различия между супервизией и терапией (Rubinstein, 1992). Авторы психоаналитической ориентации выступают против сведения супервизии к индивидуальной терапии. Из этой традиции



становится понятной опасность «терапевтизации» супервизии, когда, скажем, фокус супервизорской работы нацелен исключительно на личность супервизируемого и его жизненные (раннего детства) тенденции переноса вместо того, чтобы касаться активно и с ориентиром на будущее профессиональных проблем, которые, в конце концов, стимулируют желание осуществить супервизию и имеют, наряду с индивидуальными, институциональные условия («систему» или «контекст»). Явная попытка некоторых авторов не только «класть на кушетку» личность супервизируемого, но и учитывать институционально-системные перспективы может быть поддержана полностью с позиции самоменеджмента.

Такая опасность существует не только в рамках психоаналитической супервизии: «Супервизия квазиидентифицируется с гештальт-терапией, психодрамой или разговорной психотерапией (в рамках гуманистической психологии) и создается определенное впечатление, что это как бы в интересах супервизируемого – принять бесплатно ее как лично мотивируемую терапию в качестве компенсации за неудовлетворительные условия работы в учреждении» (Gro-ening, 1993. S. 67).

Хотя супервизия и терапия и имеют, особенно на уровне процесса, некоторые пересечения в области структурных признаков, они отличаются рядом содержательных и тематических акцентов. В то время как супервизия ограничена областью «эффективного исполнения профессии», психотерапия относится к обработке личностных проблем и конфликтов в жизни и выходит далеко за пределы профессионального сектора. Искусение превратить супервизию в терапию существует там, где большую часть вины за профессиональные трудности супервизируемого несут так называемые личностные факторы.

Бернард и Гудиеар (Bernard, Goodyear, 1998) описали три основных отличия отношений в клинической супервизии от других видов отношений в психотерапии и консультировании:

- 1) эти отношения являются оценивающими – в отличие от консультирования;
- 2) они долговременные – в отличие от тренинга;
- 3) они одновременно способствуют и улучшению профессионального функционирования супервизируемого и отслеживанию качества профессионального обслуживания, которое получает клиент.

В табл. 1 приведены как общие признаки, так и различия между супервизией и терапией; в нижней её части даются еще некоторые особенности относительно «супервизии терапевтов» (Schmeltzer, 1997. S. 56).

## 2.5. Области применения супервизии

- Супервизия в работе с AIDS.
- Супервизия в работе с пожилыми людьми.
- Супервизия в медицине (и с врачами).

Т а б л и ц а 1

Супервизия и психотерапия

| Общее   | Отличия   |
|---|---|
| <p>Структура.<br/>Процесс научения или изменения; ориентированность на помощь: грубая ориентация на идеально-типичные фазы решения проблемы.<br/>Кооперативность в отношении работы (Arbeitsbeziehung) и мотивация как фундамент. Взаимный процесс влияния.<br/>На цель ориентированная работа (поиск объяснений и решений).<br/>Ориентация на действующие этико-профессиональные правила и законы.<br/>Высокая открытость цели: далеко идущая «свобода» при договоре о терапевтических целях (в пределах этических, юридических или человеческих границ и по мере надобности социокультурно признанные стандарты).<br/>Фокус: реальная (жизненная или профессиональная) ситуация.<br/>Имеющие смысл индикаторы и временное ограничение</p> | <p>Содержание или темы (при терапии: личные жизненные проблемы; при супервизии: профессиональные проблемы в работе с клиентами или профессиональные требования; при подготовке супервизоров: приобретение диагностически-терапевтической компетентности).<br/>Курирующая/надзирающая обязанность или защита пациента («благополучие клиента») делает вторжение супервизора необходимым и легитимным. Несколько более узкое пространство для целей супервизии (цели учебные в плане ответственности супервизора в направлении «контроль за выполнением стандарта»).</p> <p>Более высокая дидактико-образовательная доля, особенно при подготовке супервизоров.<br/>Супервизия в определенных фазах или рабочих сферах представляет собой пролонгированное сопровождение.<br/>Супервизор и супервизируемый имеют одну и ту же профессию (похожее поле деятельности; тот и другой являются экспертами в теории и практике психотерапии; один и тот же разделяемый обоими фон, но и с рисками в виде конкурентного мышления, соперничества; отсутствие «наивности», например при парадоксальных интервенциях, коллективных иллюзиях; проблемы с сохранением профессиональных супервизионных отношений и т.д.).<br/>«Эффект снежного кома» как идеальный образ: супервизор помогает посредством супервизии терапевту посредством терапии помогать его клиенту лучше ориентироваться в повседневной жизни</p> |

**Варианты супервизии и родственных видов деятельности**

| Варианты супервизии   | Родственные виды деятельности   |
|---|---|
| Индивидуальная и групповая супервизия<br>Подготовка и практика супервизии<br>Супервизия случая<br>Командная супервизия<br>(коллегиальная версус экстерн)  | Обучение терапии вообще<br>Совершенствование Презентация случая<br>Консультация экспертов<br>Постоянный коллегиальный обмен<br>(коллегиальная сеть) |
| Консультация в организации / Развитие   | Самопознание / Саморефлексия организации  |
| Консультация руководителей<br>(Rollencoaching)<br>Live-супервизия<br>Коллегиальная супервизия («интервизия»)<br>Автосупервизия<br>Обучающая супервизия<br>(подготовка обучающихся)<br>Супервизия супервизоров | Личная терапия<br>Тренинг медитации<br>Сопровождение непрофессиональных консультантов и групп самопомощи  |

Супервизия в сфере образования и повышения квалификации взрослых.  
«Женская супервизия» (феминистические проекты, работа в женском доме).

Супервизия при решении диагностических задач.

Супервизия в ранней поддержке или лечебной педагогике.

Супервизия в общинной психологии.

Супервизия в общежитиях (im Heimbereich).

Супервизия в сфере высшей школы.

Супервизия в терапии с молодежью, в сфере занятости молодёжи и помощи молодёжи.

Супервизия с работающими в юстиции.

Супервизия в сфере детских садов/дневных стационаров.

Супервизия в детской терапии.

Супервизия в клиниках.

Супервизия с медсестрами и обслуживающим персоналом.

Супервизия с добровольными/непрофессиональными помощниками.

Супервизия учителей.

Супервизия в сфере священнослужения (im Pastoralbereich).

Супервизия социальных и/или альтернативных проектов.

Супервизия в психиатрии.

Супервизия в реабилитации или с инвалидами.

Супервизия в социальной работе и в подготовке социальных педагогов (также «field instruction» – «полевая инструкция»).

Супервизия школьных психологов и школьных консультантов.

Супервизия при определенных психических расстройствах (депрессии, расстройства пищевого поведения, психотические подростки и др.).

Супервизия при аддикциях.

Супервизия в управлении.

Супервизия в терапевтических коммунальных сообществах (Wohngemeinschaften).

Можно назвать, чтобы дать более полную картину, еще некоторые области ее применения, например супервизию с директорами школ, акушерами, при семейных программах, при терапии в армии, в полиции, в бюро путешествий, в коммерческих структурах и т.д.

### **Контрольные вопросы**

1. Каковы цели и функции супервизии?
2. Каковы возможные деструктивные функции супервизии?
3. Каковы возможны формы супервизии?
4. Каковы родственные супервизии виды профессиональной деятельности?
5. Каковы области применения супервизии?

### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Супервизия в психологическом консультировании и психотерапии.
2. Супервизия в консультировании по телефону доверия.
3. Супервизия в образовании: сопровождение школьных психологов.
4. Психологическая супервизия для учителей начальных классов.
5. Психологическая супервизия в менеджменте (коучинг).
6. Психологическая супервизия в психотерапевтической практике.
7. Психологическая супервизия и синдром эмоционального выгорания.
8. Психологическая супервизия против профессиональной деформации.

### **Литература**

*Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэн-Даунинг Л.* Консультирование и психотерапия: Сочетание методов, теории и практики. Новосибирск, 1987.

*Залевский Г.В.* Супервизия/супервизорство: проблемы и дефиниции (по материалам зарубежных исследований). Сообщения 1–5 // Сибирский психологический журнал. 1998–2002. Вып. 7–9, 13–17.

*Залевский Г.В.* Супервизия: практика в поисках теории // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 7–13.

*Залевский Г.В., Галажинский Э.В., Умняшкина С.В.* Синдром эмоционального выгорания как проблема самоактуализации личности в сфере помогающих профессий // Сибирский психологический журнал. 2001. № 14–15. С. 68–71.

*Карвасарский Б.Д., Балинт М.* Балинтовская группа. Балинтовское движение. Супервизия. Супервизор // Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 1998. С. 52–58, 600–611.

*Карицкий И.Н.* Теоретико-методологический анализ психологической практики // Теория и методология психологии. Постнеклассическая перспектива / под ред. А.Л. Журавлева, А.В. Юревича. М.: ИПРАН, 2007. С. 223–246.

*Кириллов И.О.* Супервизия в позитивной психотерапии : дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.

*Кулаков С.А.* Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб. : Речь, 2002.

*Эйдемиллер Э.Г.* (ред.) Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми : учеб. пособие. СПб., 1998.

### **3. КОНЦЕПЦИИ И МОДЕЛИ СУПЕРВИЗИИ**

#### **3.1. К постановке проблемы**

Моделью супервизии называется систематический образ действий (метод), с помощью которого проводится супервизия. Знания о существующих моделях и умение в них работать являются основой обучения супервизии и супервизора.

Сегодня существует довольно много концепций и моделей супервизии (супервизорства, супервидения); создается даже впечатление, что их столько же, сколько и супервизоров. В зарубежной специальной литературе имеют место попытки классифицировать этот «хаос» по разным основаниям (Bernard, Goodyear, 1992). Классификация супервизорских моделей зависит обычно от предпочтений ее авторов.

Так, Г. Леддик и Л. Бордер (Leddick, Border, 1987) предлагают следующую классификацию:

- развивающая модель;
- интегративная модель;
- специфически-ориентированная модель.

Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии (1998) рассматривает:

- психодинамическую модель;
- модель развития умений;
- модель семейной терапии;
- модель развития.

Д. Шмельцер (Schmelzer, 1997), например, предлагает несколько упрощенную, но, на наш взгляд, удобную для начальной ориентации классифи-

кацию: «школьные») (в рамках психотерапевтических школ) модели; развивающие модели; функционально- и процесс-ориентированные модели.

### **3.2. Специфически-ориентированные, или «школьные», модели**

К специфически-ориентированным, или «школьным», относят следующие модели: психодинамическую (психоаналитическую); поведенческую; модель, сфокусированную на решении; роджерсианскую и т.п. Специалисты, работающие в одной из этих моделей, полагают, что лучшим видом супервизии будет тот, который ориентирован на анализ практики именно того вида терапии, который они используют.

**Психоаналитическая модель.** Модель формирования (супервизии) психоаналитического (психодинамического) психотерапевта создал отец психоанализа, у которого не было ни наставников, ни консультантов, ни курсов подготовки и повышения квалификации, кроме тех, которые проводил он сам (З. Фрейд). В начале века теоретические семинары по психоанализу с обсуждением клинических случаев проводило Психоаналитическое общество в приемной Фрейда (Вена, Берг-штрассе, 19) один раз в неделю при небольшом числе участников: «Заседания проводились в соответствии с определенным ритуалом. Сначала один из членов общества делал доклад. Потом подавали черный кофе с пирожными. На столе лежали сигары и сигареты, которые выкуривались в огромном количестве. После дружеского застолья начиналось обсуждение. Заключительную речь всегда произносил сам Фрейд» (Gay, 1988. P. 174). Таким образом, в то время Фрейд был единственным наставником. Его «супервизорская деятельность», так мало освещенная в литературе, носила, в основном, неформальный характер и не имела установленных границ. Его первым супервизируемым оказался Макс Граф, музыковед, муж пациентки Фрейда, которого Фрейд супервизировал по поводу лечения их сына.

Историю болезни «маленького Ганса» можно читать как описание первых корректирующих консультаций<sup>2</sup> (Якобс и др., 1997. С. 19).

---

<sup>2</sup> Й. Вольпе и С. Рахман (Wolpe, Rachman, 1960) подвергли критической проверке этот «парадный пример психоаналитической терапии у детей» с бихевиорально-теоретических позиций, указывая на отсутствие научной достоверной базы данных. Они пришли к выводу, что предположения и выводы Фрейда имеют сомнительную ценность, поскольку они: а) оставляют без внимания противоречивые высказывания и принимают только то, что согласуется с теоретическими построениями; б) информация от отца и сына во многих отношениях *suspect* и, тем не менее, выдается за наблюдаемые факты; в) большинство высказываний и утверждений ребенка следует оценивать как результат манипуляции и внушения

У Герберта Графа, которого Фрейд назвал маленьким Гансом (см.: «Анализ фобии пятилетнего мальчика», 1909), сформировалось чувство страха перед лошадьми. Он боялся, что его может укусить лошадь, что одна из лошадей, возивших почтовую карету, может упасть. В результате этих страхов он боялся смотреть на лошадей и приближаться к ним. Он перестал выходить на улицу, поскольку ему казалось, что на венских улицах ему непременно повстречаются лошади. Когда фобия у этого смышленного резвого мальчика приобрела изнурительный характер, Фрейд предпринял лечение мальчика почти полностью через его отца. Пытаясь помочь своему сыну, отец мальчика проводил с ним беседы и об их результатах подробно сообщал Фрейду. Фрейд пришел к выводу, что причина фобии у Герберта коренилась в подавленном эротическом влечении к матери и в бессознательном желании устранить своего отца. Пытаясь справиться с непонятными для ребенка желаниями, мальчик испытывал фобию и такие чувства, как отвращение и стыд.

История «маленького Ганса» содержит, по сути, первое подробное описание психодинамически ориентированной супервизии. Она, конечно, носит ограниченный характер. Описывая историю болезни маленького Ганса, Фрейд не разрабатывал определенную теорию и методику супервизии. Макс Граф оказался всего лишь посредником между врачом и сыном, всего лишь терапевтом-любителем, а не независимым терапевтом-профессионалом. Фрейд не ставил своей целью обучить Графа профессии психотерапевта, тем не менее эта история болезни содержит интересное описание одной из форм супервизор-ской практики («медиаторная форма». – Г.З.) и иллюстрирует супер-визорский процесс, пренебрегающий непосредственно самим обучением, процесс, во главу которого поставлен пациент, находящийся на излечении, а не сам обучающийся – супервизируемый (Якобс и др., 1997. С. 22).

На Берлинском психоаналитическом конгрессе в 1922 г. было принято решение, согласно которому будущие психоаналитики должны проходить шестимесячную стажировку. Супервизорский же контроль за стажировкой был впервые осуществлен там же в Берлине в Институте психоанализа К. Абрахамом, М. Эйтингоном, К. Хорни и др. после того, когда они «устали выслушивать в процессе психоанализа рассказы своих пациентов – врачей об их собственных пациентах» (Якобс и др., 1997.

---

и, наконец, г) имеющиеся данные могли быть лучше и экономней объяснены на основе экспериментальной теории научения без таких проблематичных понятий, как «бессознательное» или «сопротивление».

С. 23–24). В те же 1920-е гг. возникла и так называемая венгерская модель образования психоаналитиков, согласно которой супервизорский анализ должен служить продолжением психоанализа стажера. Для того чтобы подчеркнуть разницу между супервизией с присущим ей анализом терапии контрпереносов стажера на пациента и психоанализом самого стажера, первое назвали контрольным анализом, а второе – аналитическим контролем.

«Внутришкольная» психоаналитическая супервизия включает в себя «обучающий анализ» и «контрольный анализ», осуществляемые в индивидуальной и групповой формах (в том числе балинтовские группы). В любом случае в центре психоаналитической супервизорской работы стояли процессы «переноса» и «контрпереноса», которые имели место в работе терапевтов-супервизируемых.

*Обучающий анализ (Lehranalyse)*. В течение 4 лет 4 раза в неделю (в среднем около 1 000 часов) стажеры-супервизируемые осваивали психоаналитические процедуры на «собственной шкуре» – в большинстве случаев в традиционной психоаналитической форме, т.е. на кушетке. Цель – освоение «аналитической базисной позиции». Это совпадало с мнением Фрейда, что лучший способ учебы состоит в том, чтобы ситуацию обучения пережить в роли супервизируемого.

*Контрольный анализ (Kontrollanalyse)* служит тому, чтобы первые терапевтические попытки кандидатов в психоаналитике проверить и проконтролировать на предмет адекватного применения психоаналитических методов. Супервизируемым рекомендуется приступать к терапии и контрольному анализу после того, как они достаточно продвинулись в обучающем анализе. В то время как обучающий анализ нацелен на личность аналитика и «проработку» возникших в его жизненном опыте переносов/контрпереносов, у контрольного анализа основными являются дидактические моменты, он направлен на адекватное применение психоаналитических принципов при терапии пациентов. Таким образом, контрольный анализ оказывается ближе к тому, что позже определилось как «супервизия».

*Психоаналитически ориентированная индивидуальная супервизия*. При попытках приложения психоаналитических идей к педагогике, социальной работе, консультированию и терапии супервизия понимается шире, как «прикладной психоанализ». Типичную процедуру можно описать следующим образом:

В индивидуальной психоаналитической супервизии, как правило, классическому аналитическому сеттингу («кушетке») предпочитается



положение сидя, супервизор и супервизируемый располагаются наискосок напротив друг друга. Супервизируемый начинает супервизорский сеанс, разрабатывает из материала темы, ассоциирует и увязывает материал с жизненными и профессиональными позициями. Супервизор слушает его, следуя основным правилам абстиненции и нейтралитета, осознавая при этом свои собственные чувства контрпереноса, конфронтируя, выясняя и интерпретируя на этой основе высказывания (*Beziehungsgeschehen*) супервизируемого. Он обращает внимание на аффективные моменты, которые интерпретируются как указания на бессознательные ситуации переноса. При супервизии как «анализе отношений» речь идет прежде всего о постоянно возникающих проблемах отношения в профессиональном поле (Bauriedl, 1993). В недельных сеансах, которые могут длиться свыше 2–5 лет, в центре внимания стоят, таким образом, супервизируемый-клиент-отношения с их перенос- и контрперенос-аспектами; отношения же между супервизором и супервизируемым тематизируются не систематически (это было бы, согласно психоаналитическому подходу, уже одним из видов обучающего анализа или личной терапией супервизируемого). Иллюстративным примером этого может служить описание психоаналитически ориентированного супервизорского сеанса Рудольфа Экштейна (Bernard, Goodyear, 1992. S. 330 ff.).

Многие психоаналитики подчеркивают так называемый «параллельный процесс» в супервизии – когда супервизируемые «инсценируют» ситуацию супервизии со всеми присущими ей характерными признаками или когда отношения между супервизором и супервизируемым «зеркально отражают» интеракции между клиентом и терапевтом.

Если прежняя психоаналитическая индивидуальная супервизия вызывала огонь критики на себя за то, что слишком большое внимание уделяла индивиду и его неосознанной повторной инсценировке прошлых образцов интеракции, то новые подходы включают в себя также эксплицитные групповые и институциональные процессы (Rappe-Giesecke, 1994).

*Балинт-групповая работа.* Английский врач и исследователь венгерского происхождения М. Балинт предложил в начале 1950-х гг. метод, помогающий врачу снизить эмоциональную напряженность при встрече с пациентом, о котором за короткое время контакта сложно составить достаточно определенное представление и найти путь к его выздоровлению, используя только традиционные врачебные приемы и действия

Микаэл Балинт (Balint, 1948) и его жена Энид в рамках венгерской традиции – школы Ференци (психоанализ как «активная техника», в от-

личие от «классически сдержанной» позиции – личность аналитика скрыта) создали методiku групповой работы, где терапия понималась как взаимодействие между аналитиком и анализируемым. Вначале эти подходы «прикладного психоанализа» применялись в отношении врачей, а затем распространились и на другие «вспомогательные профессии» (Nedelmann, Firstl, 1989; Bauriedl, 1993).

Типичная балинтовская группа – это регулярные встречи (например, один раз в неделю или 14 дней подряд) длительностью 1,5–2 часа на одном и том же месте в течение 2 и более лет с одним и тем же руководителем, который, как правило, является психоаналитиком. Группа должна быть максимально гомогенной, между членами не должно быть какой-то зависимости. Обсуждаемый случай представляет всегда терапевт-супервизируемый.

В центре внимания находится работа терапевта со своими пациентами, особенно анализ случаев, связанных с зеркальными феноменами, «допуск и проработка узнаваемого по контрпереносу участия терапевта в патологической системе пациента». Важным средством для этого является свободное, «спонтанное» сообщение терапевта о своем пациенте и о том, что происходит между ним и пациентом. При этом суть не в подробном и точном изложении содержания, а скорее в формальных аспектах презентации (например, как терапевт сообщает о существующих пробелах, пропусках или разрывах, какие имеют место размышления, чувства и более поздние дополнения либо весь порядок сообщения). Остальная часть группы слушает с «равномерно плавающим вниманием» и призвана регистрировать собственные восприятия, не оценивая их. Под внимательным руководством группового руководителя проводится дискуссия в манере «что кому придет в голову».

В целом психодинамическая модель рассматривает супервизию как терапевтический процесс. Фокус супервизии направлен на внутри- и межличностную динамику терапевта в отношениях с клиентом, коллегами, супервизором и значимыми другими. Основная цель супервизора, работающего в психодинамической модели, состоит не в том, чтобы научить навыкам, а в том, чтобы повысить способность терапевта к выслушиванию путем улучшения его динамического осознания. Изменения во внутри- и межличностной динамике супервизируемого позволяют ей (динамике) стать эффективным инструментом терапевтического процесса.

В серии семинаров, проводившихся с 1950 по 1972 г. М. Балинтом и его женой Энид, была отработана новая активная технология обучения врачей ведению «трудных» больных. В первое время обсуждалось меди-

каментозное лечение, препараты, обычно назначаемые для терапии наиболее часто встречающихся заболеваний и казуистических (редко встречающихся) случаев. Затем обсуждение на этих врачебных семинарах стало все чаще касаться характера взаимоотношений между врачом и пациентом и факторов, влияющих на это взаимодействие.

«Прежде больной должен был понимать врача. Теперь врач должен, прежде всего, понимать больного», – это высказывание М. Балинта стало ориентиром в определении функций балинтовских групп, направленных на помощь врачам, практикующим в общей медицине, на развитие у них внимательного отношения к профессиональным задачам и причинам врачебных неудач. Пересмотрев ориентиры в групповой работе, М. Балинт ввел в нее принцип *селективного внимания и селективного игнорирования*. Это помогло врачам, коллегам Балинта, перейти от мышления в «рамках одной личности» к межличностной психологии, исследуя в каждом случае взаимоотношения врача и больного. Теперь они смогли видеть своих пациентов в новом свете, постепенно перестраиваясь с болезнь-центрированного на пациент-центрированный подход. Это можно выразить формулой: «Душа и тело, конечно, различаются. Не смешивай их, но и не разделяй!» (Norell, 1922).

Одно из важнейших открытий, сделанных участниками первых балинтовских групп, – осознание того, что наиболее часто употребляемое и эффективное лекарство – сам лечащий. Это привело к новому пониманию их собственных переживаний, они стали более чувствительны к эмоциональному состоянию пациентов, к их психологическим проблемам, лучше стали понимать их запросы.

Супруги Балинты активно пытались развить у врачей – участников своих семинаров – понимание сложного «языка» жалоб пациента, свидетельствующего не только о его соматическом неблагополучии, но и о наличии у него часто неявных конфликтов и проблем в общении, в частности со своим врачом, который далеко не всегда понимал и адекватно откликался на его страхи, опасения, надежды, ожидания, адресованные доктору. Чего греха таить, классика жесткого врачебного ориентира в рамках классической биомедицинской модели, определяющей отношения врач – пациент, выражается в классической форме: «Замолчите, я вас слушаю!».

По мнению супругов Балинтов, работа в таких группах могла стать впоследствии активной формой обучения и повышения компетентности врачей в сфере коммуникации врач – пациент, а также в других сферах социальной практики, обучения и тренинга.

Как известно, сами авторы предлагаемой техники, позже получившей название «балинтовские группы», «балинтовское движение» (Эйдмиллер, Карвасарский, 1998), длительное время считали психоанализ ведущим методом профессиональной подготовки к работе с пациентами. Участие врача в своих группах, семинарах М. Балинт рассматривал как альтернативу персональному психоанализу, который является очень дорогостоящим методом, требует много временных, эмоциональных и физических затрат. Вначале Балинты стремились на семинарах исследовать динамику отношений врач – пациент, врач – группа, врач – руководитель группы исключительно с психоаналитических позиций, главным образом с привлечением понятий переноса – контрпереноса. М. Балинт подчеркивал принципиальное отличие нового метода обучения врачей в балинтовских группах, где скрупулезно изучаются психологические особенности пациентов, что может иметь значение в образовании тех или иных симптомов. При этом он почти не оперировал понятиями бессознательного в смысле Фрейда и не использовал его для интерпретаций символов.

И хотя те или иные следы психоаналитического подхода сохраняются в балинтовских группах и поныне, можно констатировать существенную динамику в системе их ведения по методу Балинтов. Отмечается также тенденция к «размыванию» или интегрированию балинтовских сессий с другими формами групповой работы в технологии проведения групп, предложенной М. Балинтом. Неизбежным следствием этого стала необходимость четкого определения – «что такое балинтовская группа в ее классическом варианте и современном состоянии?».

В 1993 г. Британское Балинтовское общество издало рекомендации, определяющие характеристику классических балинтовских групп и методы их ведения. Эти рекомендации призваны помочь организации новых групп, повысить эффективность уже действующих, а также помочь тем группам, которые являются балинтовскими только по названию, либо найти себе новое наименование и избежать «конфузов», либо четко себе представлять, чем группа занимается на самом деле.

Эти рекомендации содержат существенные («фундаментальные») и желательные характеристики балинтовских групп, позволяющие им в случае соблюдения этих правил работать продуктивно.

Существенные характеристики классических балинтовских групп:

- 1) размер группы колеблется в пределах 6–12 человек;
- 2) руководитель группы должен иметь предварительную подготовку в ведении таких групп;

3) члены группы должны иметь практику в лечении, консультировании, психокоррекции и т.д.;

4) работа группы основывается на представляемых случаях из практики членов группы;

5) обсуждение сосредоточено на взаимоотношениях (коммуникациях) врач – пациент, психолог – клиент, сотрудник ОВД – гражданин и т.п. При этом обсуждаются «материалы» только реального случая. Общие (тем более теоретические) проблемы не обсуждаются;

6) записи представляемого случая не используются;

7) группа не предназначена для индивидуальной или групповой терапии. Не обсуждается сам докладчик. Получение положительного результата заключается в удержании в поле зрения контекста проблем пациента (клиента), а не своих собственных. Специалист, предлагающий свой случай на обсуждение (в дальнейшем будем называть его «заказчиком»), должен услышать не то, что группа думает о нем, а то, чем его рассказ и последующая дискуссия помогли всем другим;

8) стандартные правила работы в группе: конфиденциальность, искренность, личная ответственность, уважение к мнению других членов. Работа в «круге». Одинаковые кресла у всех участников;

9) цель работы группы – улучшить понимание проблем пациента (клиента) и сложностей коммуникации с ним, но не поиск решений. Члены группы поощряются к высказыванию предположений, гипотез, версий. Вопросы разрешаются. Советы, указания, оценки, поучения не допускаются. Поскольку группа не занимается «поиском единственно верного решения», поиском истины, в ней не может быть борьбы, подавления чужих мнений, ожесточенных споров и т.д. Все точки зрения равноправны и одинаково приемлемы, если высказаны корректно;

10) ведущий ответствен за ведение группы согласно этим правилам. Прежде всего он обязан не допускать нарастания напряжения, обиды и т.д. Его основная задача – создание в группе безопасной атмосферы, сфокусированной на коммуникации, а не на решениях психологических проблем членов группы.

Желательные характеристики классических балинтовских групп:

1) группа является постоянно действующей, регулярно проводящей свои сессии;

2) группа закрыта, насколько это возможно;

3) в группе есть руководитель, имеющий психологическую или психотерапевтическую подготовку;

4) если группа следует этим правилам, существенной становится роль ведущего. Если он отходит от важнейших правил, то группа очень легко может отклониться далеко в сторону от своих задач. Ее работа может быть полезной, даже приятной, но это будет не классическая балинтовская группа, а другая форма групповой работы

Международная Балинтовская Федерация выработала рекомендации (в настоящее время это международный консенсус), касающиеся определения уровня квалификации ведущих балинтовских групп (Ру-дестам, 1993).

В соответствии с этой моделью можно представить, что каждый человек «несет в себе» четыре «пространства» своей личности. «Арена» охватывает общие знания, те аспекты содержания своего «Я», о которых знаем и мы, и другие («пространство» личности, открытое для меня и для других). «Видимость» – это то, что мы знаем, а другие нет, например, тайный любовный роман или невыразимый страх, испытываемый перед авторитетным лицом, а также то, о чем мы не имели возможности рассказать (хорошая оценка на экзамене), т.е. открытое для меня, но закрытое для других. «Слепое пятно» состоит из того, что другие знают о нас, а мы не знаем, например, запах изо рта или привычка перебивать говорящего на середине слова (закрытое для меня, но открытое для других). «Неизвестное» – это то, что скрыто и от нас, и от других, включая скрытые потенциальные возможности развития (закрытое и недоступное ни мне, ни другим людям).

Целью балинтовских групп является повышение профессиональной и психологической компетентности посредством анализа межличностных отношений и взаимодействий специалистов коммуникативных профессий в трудных случаях их деятельности. Она конкретизируется в следующих задачах:

- осознание искажений и «слепых пятен» в межличностном восприятии и восприятии себя, блокирующих продуктивные профессиональные отношения с людьми (пациентами, клиентами, начальниками, подчиненными, сотрудниками, гражданами) в контексте конкретного случая;

- расширение представлений о ходе общения и поведении участников группы в противовес их профессиональным установкам (операциональным – стереотипам действий, операций; смысловым – устоявшимся взглядам, позициям, точкам зрения);

- развитие рефлексивной способности более адекватно и полно воспринимать и оценивать себя, осознавать, что и для чего делаю; более глубоко понимать других людей и межличностные взаимодействия, вли-

яющие на эффективность результата в профессиональном межличностном общении;

– повышение сенситивности (чувствительности) к групповым процессам. В ходе тренинга члены группы включаются в новую для них сферу социального и профессионального опыта, благодаря которой они узнают, как их воспринимают другие члены группы, имеют возможность сравнить самооценку общения через представления других участников группы;

– взаимное обогащение участников группы эффективными психотехнологиями при «проработке» и психологическом анализе конкретных трудных, проблемных, неудачных случаев их профессиональной деятельности и затруднительных ситуаций взаимодействия;

– формирование навыков коллегиальной психологической поддержки участников группы. Балинтовские группы формируются из специалистов, работающих в одной или (лучше) в разных организациях, подразделениях. Нежелательно включение в одну группу участников, связанных служебно-иерархическими отношениями (начальник – подчиненный). Различия же в возрасте и стаже работы не только не являются ограничениями, но напротив, могут внести существенный позитивный вклад. Предпочтительно также, чтобы в балинговской группе участвовали мужчины и женщины, увеличивая при этом многообразие аспектов восприятия ситуации.

Основные принципы работы балинтовских групп в целом аналогичны таковым тренинговой работы в группах.

*Принцип «здесь и теперь»* устанавливает, что вся работа строится на «материале» их личного опыта. Выражение чувств, мыслей и отношений участников в процессе балинговской сессии имеет смысл и значение лишь применительно к данному конкретному локальному пространственно-временному отрезку и не распространяется за его пределы. Каждый участник в соответствии с данным принципом может получить «обратную связь» (реакции, информацию) от других членов группы. Предоставляется также право реализовать присущие личности «заказчика» нормы и представления о процессе, участником которого он является. Таким образом, реализуется возможность поиска и исправления ошибок в ситуации обучения и психологической поддержки группой «заказчика» трудной ситуации, случая.

*Принцип принятия.* В группе каждого принимают с той «психологией», которая сложилась у человека в процессе его жизни и деятельности. Но этот принцип предполагает, что специалист может узнать что-то но-

вое, по-новому, с другой стороны посмотреть на обсуждаемую ситуацию, изменить свою точку зрения, отношение, поведение, а также обнаружить ресурсы его потенциальных возможностей (в том числе коммуникативных и коммуникабельных).

*Принцип персонификации* высказываний требует от всех участников тренинга отказа на группе от безличных речевых форм высказываний, которые в повседневном общении зачастую помогают скрывать собственную позицию или избегать прямого адресования информации в нежелательных случаях.

*Принцип ассоциирования* языка чувств. Его реализация в условиях балинтовской группы, во-первых, способствует более глубокому освоению каждым участником эмоциональной сферы общения, дает разностороннюю информацию об индивидуальных особенностях людей; во-вторых, позволяет избежать негативных оценочных суждений о личности «заказчика», находящегося на «горячем стуле». Поэтому информация обратной связи от группы не может направляться «заказчику» в виде отрицательных назидательных порицаний и суждений: «Ты (Вы) плохой»; «Ты (Вы) поступил(и) неправильно» и т.п. Негативная оценка образа действий «заказчика», выраженная языком чувственных образов, ассоциаций и метафор, является более опосредованной и лояльной.

*Принцип этической конфиденциальности* сводится, во-первых, к требованию неразглашения содержания общения, развивающегося в ходе работы группы, а также фактов о конкретном поведении его участников за пределами группы. Соблюдение данного принципа способствует становлению и укреплению доверительного общения в группе, а также предотвращает нанесение кому-либо из участников психологической травмы из-за разглашения содержания вне группы их доверительного общения. Во-вторых, принцип конфиденциальности предполагает, что позиция и мнение каждого участника суверенны. Поэтому одним из непрременных условий работы балинтовской группы является право руководителя «остановить» обсуждение личностных особенностей «заказчика», тем более со стороны коллег, имеющих отношение к «случаю». Это обеспечит стимулирующий психологический «фон» доверия и безопасности.

Основным правилом формирования группы является добровольность участия специалистов, стремящихся к профессиональному и личностному росту и готовых к пересмотру стереотипов в своей работе, заинтересованных в получении квалифицированной обратной связи, групповой поддержке и коллегиальной взаимопомощи.



**Поведенческо-терапевтическая супервизия.** В соответствии с утверждением, что поведенческая терапия (ПТ) имеет длинное прошлое, но короткую историю (Krasner, 1982), для ПТ-супервизии это особенно справедливо, исторический взгляд на последнюю появляется относительно поздно (Wolpe, 1972–1973; Zimmer, 1996).

Й. Вольпе был одним из первых поведенческих терапевтов, который с уже классическими супервизия-транскриптами обратился к профессиональной общественности (Wolpe, 1972–1973). В состоявшейся из семи частей серии статей он постарался показать свой собственный способ осуществления терапевтической подготовки и супервизии. В рамках участия в курсе поведенческой терапии в Темплском университете (Филадельфия) слушатели в процессе супервизии получили возможность обсуждения собственных проблемных случаев. Каждый слушатель мог в течение 15–20 минут представлять свой случай. Остальные слушатели могли принимать пассивное участие. При этом речь шла о таких, например, темах, как: «Страх перед успехом», «Проблемы начинающего психотерапевта», «Проблемы в случае клаустрофобии», «Планирование психотерапевтической интервенции», «Тренинг самоутверждения», «Ипохондрический страх», «Игнорирование истории жизни и другие базисные ошибки».

Отдельные исследователи считали необходимым в процессе супервизии двигаться в сторону реальной практики: 1) пассивное наблюдение; 2) ролевая игра; 3) пассивное участие в сеансах (sitting-in);

4) этап непосредственного сопровождения на сеансе супервизора посредством так называемой «Knopf-im-Ohr»-Prozedur («bug-in-the ear»);

5) обсуждение ауди- или видеоматериалов собственной терапии (Levin, Tilker, 1974). Наряду с техникой тренировались и интерперсональные умения (эмпатия, сенситивность, интерес к клиенту и т.д.).

Предлагается также подход на основе когнитивно-поведенческой психотерапии (Schmidt, 1979; Mahoney, 1977), который ставит общий процесс над специфическими техниками. При этом главные цели супервизии состоят в том, чтобы психотерапевты учились: а) работать относительно без страха; б) строить гипотезы о поведении клиента на основе наблюдений и вербальных сообщений и в) на этой основе подбирать эффективные техники изменений. Он отличает супервизию для начинающих психотерапевтов, т.е. супервизию во время учебы, от супервизии в практике.

*Супервизия в обучении:* разъясняются определенные ролевые признаки (включая общее и отличное между терапией и супервизией), перенос/контрперенос и «параллельный процесс» (при этом супервизия долж-

на служить объяснению, а не элиминации этих процессов), а также установки в отношении терапии (особенно проблематичные/ иррациональные убеждения).

*Супервизия в практике* систематизирована в следующей последовательности: 1) супервизируемый представляет тяжелые и конфликтные случаи в близкой к поведенческой описательной форме; 2) на основе теории научения дискутируются выдвигаемые гипотезы о функции проблемного поведения; 3) обсуждаются эмоции и когнитивные самовербализации супервизируемого; 4) на основе п. 1–3 анализируется вопрос, какие терапевтические подходы или какие специфические техники были бы уместны; 5) супервизируемый рекапитулирует дискуссию или информацию (Erkenntnisse).

Был предложен также заслуживающий внимания широкий подход в поведенчески-психотерапевтической (ПП) супервизии, который опирался на трехмерную модель: 1) цели обучения, 2) методы / способы, а также 3) формы применения (например, сессинги, типы клиентов, проблемные поля) (Linehan, 1980). Наряду с подчеркиванием спецификации терапевтической компетентности на классических трех уровнях поведения автор подхода пытается перенести ПП-принципы на тренинг кандидатов в супервизоры. Лишь кратко затрагивая темы «учебного переноса» и «оценки» супервизии, она высказывается достаточно основательно о конкретных базисных терапевтических умениях (о теоретических знаниях, переработке информации, формировании клинического суждения, диагностике, терапевтических методах, вплоть до обращения с эмоциональными реакциями во время терапии), а также о важнейших методах супервизии (решения проблем, «skills training» и т.д.).

Д. Кратохвил и соавт. (Kratochwill et al., 1981) попытались в своей (относящейся к области школьной психологии) статье перенести принципы психологии научения и поведения на подготовку и супервизию.

В 1981 г. было издано первое немецкоязычное сообщение об опыте в области супервизии (Lutz, Koppenhofer, 1981). В субъективно-описательной форме авторы описали в поведенчески-аналитическом стиле вначале свои взгляды на определение, содержание и временное протекание супервизии, после чего высказались о проблеме теория – практика – отношения, о задачах или интервенционных принципах супервизии etc.

Новая модель «решение проблем супервизии» сильно совпадала с новыми ПП-подходами (Wasik, Fishbein, 1982). Авторы переносят классические стадии решения проблемы (D’Zurilla, Goldfried, 1971) на процеду-

ру супервизии. Шесть ступеней используются при этом для структурирования общего процесса супервизии: 1) идентификация проблемы (problem identification); 2) рождение альтернативного решения (generation of alternative solution); 3) оценка решения (evaluating solution); 4) принятие решения (decision making); 5) внедрение в практику (actual performance); 6) оценка результатов (evaluating results).

В работе (Hosford, Barman, 1983) описан подход, основанный на социальной теории научения Бандуры (Bandura, 1977). Проблемы супервизируемых в нем понимаются как дефицит научения. Задача супервизора состоит в том, чтобы помочь супервизируемым приобрести недостающие знания и умения; базовая модель супервизии ориентируется на шаги по решению следующих проблем: а) идентификация требующих изменения способов поведения; б) определение рабочих целей; в) выбор и применение адекватных интервенций, чтобы достичь этих целей; г) оценка шагов научения.

В работе (Ponterotto, Zander, 1984) на базе широкоформатной поведенческой психотерапии Арнольда Лазаруса сформулирована мультимодальная модель супервизии (Лазарус, 2001). При этом акроним «BASIC-ID» (behavior, affect, sensation, imagery, cognition, interpersonal relations, diet-drugs) служит основополагающим ориентиром и как указатель поиска (Suchraster) для возможных трудностей супервизируемых в отдельных сферах, и как помощь для планирования возможных интервенций во время супервизии (Lernzielvorgabe).

Следующие шаги рассматриваются как существенные: а) поведенческая диагностика на основе «BASIC-ID» (для конструирования индивидуального «профиля модальностей» и определения целей научения; б) гибкость процедуры (на базе «селективного технического эклектизма» специфически для супервизируемого предусмотренные интервенции); в) непрерывное отслеживание и оценка продвижения супервизируемого (в том числе модификация/ревизия модального профиля); г) акцент на отношения супервизируемый – супервизор (с подчеркиванием «образовательной функции»).

Р. Франк и др. (Frank et al., 1992) шли от ориентированной на развитие модели супервизии Р. Хогана (Hogan, 1964), на основе которой они предложили факторно-аналитически сконструированный мульти-дименсиональный опросник супервизии («Опросник для выявления аспектов супервизии» – FSPT). Первая часть самооценочного опросника для психотерапевтов содержит 4 шкалы по следующим аспектам: «терапевтическая

безопасность», «супервизорские установки»; часть вторая охватывает 5 шкал соответственно различным «супервизорским потребностям». Авторы опросника же попытались проверить эффективность супервизии, которая подтвердилась.

М. Хаутцингер (Hautzinger, 1986) представил категориальную систему оценки для поведенческих психотерапевтов. А. Тильманс (Til-manns, 1990–1994) в рамках обширного «Справочника по супервизии» (Puehl, 1990) попытался решить сложную задачу – на основании почти 40 сообщений определить контуры поведенческо-психотерапевтической супервизии. В рамках поведенческой (когнитивно-поведенческой) психотерапии супервизию можно понять как: 1) процесс научения и обучения, который представляет собой 2) профессионально-ориентированную позицию помощи, особенно для «работников отношений», сконцентрированной на требованиях профессиональной рабочей ситуации (в противовес личностной терапии); посредством 3) педагогически-воспитательных и консультативно-терапевтических средств систематически-методическим образом 4) осуществляются 5) анализ, рефлексия и обработка проблемных профессиональных ситуаций/интеракций, которые 6) могут служить многим целям: а) овладению, б) осуществлению/сохранению и в) улучшению профессиональной операциональной компетентности, г) разрешению межличностных конфликтов или улучшению производственных отношений в командах или организациях, д) гарантии качества и защите пациентов от неделового обращения, е) эмоциональную поддержку в трудных ситуациях и т.д. (Schmelzer, 1997); это влияние осуществляется 7) согласно постановке задач, перспектив, ориентации и направленности школы вместе с другими центрами тяжести, концепциями, формами и подходами; 8) супервизоры/супервизируемые играют при этом различные роли, где супервизоры имеют определенное преимущество, как правило, благодаря опыту и компетентности, которые они используют конструктивно и с этической ответственностью при сопровождении супервизируемых; 9) при этом значительная роль отводится рамочным условиям и рабочему полю.

**Гештальтсупервизия.** Гештальтсупервизия претендует чаще всего на «звание» философской, «гуманистической» психологии, которая охотно комбинируется с феноменологическими или герменевтическими моделями. Особый акцент – на субъективность, восприятие/ощущение, личностное сознание («aware-ness»), переживание и опыт, при этом у эмоций есть приоритет перед когнициями. Считается также, что супервизия

гештальттерапевтов должна почти исключительно осуществляться в духе ориентаций на переживания (experiential, erlebnisori-entiert). Поскольку в таком случае на переднем плане находится субъективно-личностный опыт терапевта, то не удивительно, что большая часть подготовки и супервизии протекает как «собственный опыт». В созвучии с гештальттерапевтическими принципами супервизия занята таким материалом, в котором супервизируемый «застревает» («stuck state», «impasse», «steckenbleiben») в процессе терапии. «Проработка» этого материала должна привести к преодолению (размыванию) такого «застревания». С подчеркиванием ориентированного на опыт обучения с высоким эмоциональным участием, при известной «игровой» ноте, обилием гештальттехник, множеством креативного материала и ссылкой на симпатично звучащую базисную философию гештальтсупервизия вызывает у многих интерес. Критику с клинико-психологических позиций вызывает ее дефицит когнитивного структурирования, систематизирования и эмпирического исследования. Гипертрофирование аспекта переживания содержит в себе опасность скатывания супервизии в чисто мероприятие по поводу собственного опыта, не имеющего больше ничего общего с «собственно» профессиональными требованиями и задачами (Schmelzer, 1997. S. 70).

**Семейно-терапевтическая супервизия.** В связи с имеющим место разнообразием семейно-терапевтических моделей отсутствует на сегодняшний день и единая модель семейно-терапевтической супервизии. Однако почти во всех подходах подготовка и супервизия осуществляются в «изоморфной» форме, т.е. по аналогии с процессами и при опоре на концепции соответствующих терапий. Так, структурная семейно-терапевтическая супервизия обращает внимание на иерархии, силу, границы, коалиции и стечения обстоятельств; директивно-стратегические подходы ставят в центр предписания, парадоксальные интервенции, решения «здесь и теперь» и т.д.; психодинамические семейно-терапевтические концепции подчеркивают личностное (и особенно семейное) развитие супервизируемых, при этом на многие поколения вперед; при ориентированной на развитие семейной терапии речь идет прежде всего о реализации базисных допущений Вирджинии Сатир (Bosch, 1990). Системно-ориентированные модели, как правило, выходят далеко за содержательные акценты указанных выше семейно-терапевтических школ и принимают системное мышление как основу своей работы, однако «все еще существует немало нерешенных в этой области проблем» (Schmelzer, 1997. S. 71).

**Роджерсианская модель супервизии.** Наиболее важным аспектом супервизии для роджерсианской терапии является создание необходимых и достаточных состояний эмпатии, естественного и безусловного принятия.

**Модель развития** (Stoltenberg, Delworth, 1987) основана на представлении о готовности индивидуумов к изменениям. Задача супервизора – идентифицировать и стимулировать новые области роста в долговременном профессиональном обучении. Такими областями роста являются интервенции и навыки, техники оценивания, оценка межличностных отношений, концептуализации случаев, понимание индивидуальных различий, теоретическая ориентация, план и цели терапии, профессиональная этика.

Более подробно на развивающих моделях супервизии мы остановимся ниже.

**Смешанная модель** (Powell, 1983) по своей сути также является развивающей, основанной на личностном и профессиональном развитии терапевта. Эта модель предполагает одновременно и супервизорскую оценку навыков, и умений терапевта с помощью специальных шкал, разработанных для психотерапевтов военного лечебного центра, имеющих дело с химически зависимыми пациентами, а также с пришедшими в психотерапию по назначению или в соответствии с личными желаниями. Модель состоит из семи базовых положений, относящихся к возможностям личностных и профессиональных изменений:

- 1) под руководством «проводника» изменений люди могут меняться;
- 2) люди не всегда знают, что для них хорошо, они бывают слепы в своем сопротивлении и могут не видеть проблем;
- 3) ключ к росту – это смешение инсайтов и поведенческих изменений в нужном количестве и в нужное время;
- 4) изменения появляются и становятся постоянными;
- 5) в супервизии, как и в терапии, проводник изменений концентрируется на том, что изменяемо;
- 6) нет необходимости знать о причинах проблемы, чтобы разрешить ее;
- 7) существует много правильных способов рассматривать мир. Проводник изменений не знает всех путей к изменению и не должен обманывать других ригидными догмами или иерархическим мышлением – «я знаю правильный путь».

**Интегративная модель.** Понятие «интеграция» используется довольно часто недифференцированно и многозначно, впрочем, как и понятие «эkleктизм». В данном контексте эти понятия мы будем использовать по следующим причинам (Schmelzer, 1997. S. 86–87):

1. Опросы практически работающих психотерапевтов (США и Германии) показывают, что подавляющее большинство считают себя работающими «интегративно» или «эkleктически» (другое дело, что они под этим понимают).

2. Практическим психотерапевтам ничего не остается, как только так и работать в связи с гетерогенностью терапевтических школ.

3. В Германии, в русле так называемой интегративной терапии<sup>3</sup> (Petzold, 1991–1993), возникло направление, которое себя обозначает как «интегративная супервизия». Интегративная супервизия рассматривается также как метамодель (Schreyogg, 1994), на чем мы останавливаемся ниже.

4. В США в уже другой традиции, в созвучии с эмпирически-научными результатами исследований также развивается интегративная супервизия, точнее, супервизия интегративных терапевтических подходов (Nokross, 1988).

5. В США интегративные попытки с поведенчески-терапевтическими корнями порой называют «системным подходом», в основе которого, однако, лежит иное понимание как «интеграции», так и «системы».

Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии 1998 г., о котором мы уже упоминали, также включает понятие интегративная супервизия, поскольку опирается на различные теоретические ориентации. В этой модели описаны три стадии развития терапевта, а также три уровня рабочих проблем супервизора, работающего с терапевтами, находящимися на этих стадиях развития. Конкретней говоря, в данном случае речь идет об «интегративной модели развития».

**Авто-, или самоменеджмент-супервизия.** Модель самоменеджмент-супервизии понимается как особый вид в традиции когнитивно-поведенческой терапии а la Бандура, Махони, Майченбаум и особенно Фредерик Кэнфер (Kanfer, 1991). За ней, конечно, стоит определенная философия, и она может быть обозначена как целенаправленная системная модель, ориентированная на решение проблем (Schmelzer, 1997. S. 87). Главный акцент в ней ставится определенно на том, чтобы супервизируемых побуждать к самостоятельному преодолению их профессиональных проблем. «Помощь к самопомощи» оптимизируется привлечением процессов познания и данными эмпирических исследований, при

---

<sup>3</sup> О своем понимании «интегративной терапии» и о том, как она реализуется в его клинике под Кельном (Германии), профессор Петцольд рассказал нам – группе стажеров-психологов (преподавателям и студентам) из России, в том числе и из Томска, во время нашего визита в его клинику в августе 2006 г.

этом теоретические основания концепции входят в многоуровневую процессуальную модель супервизорской практики. Она предполагает важнейшие терапевтические факторы влияния, которые разработал в своих исследованиях Граве (Grawe: цит. по Schmelzer, 1997. S. 88): 1) преодоление проблем; 2) объяснение; 3) поддерживающее отношение; 4) ориентация на ресурсы и особенно 5) постоянное побуждение людей к самостоятельному обучению в направлении авто-номизации.

### **3.3. Развивающие модели супервизии**

Развивающие модели супервизии исходят из того, что психотерапевты, как и представители любой профессиональной группы, особенно работающие в сфере «помогающих профессий», не рождаются сами по себе, но проходят определенные стадии развития, которые начинаются с усвоения простых, конкретных компетенций, и, как по ступенькам, двигаются в сторону овладения все более комплексными, обобщенными единицами. Это направление развития при нормальных условиях необратимо; каждая ступень образует основу для последующей ступени (секвенциальная структура). В литературе в этой связи чаще всего ссылаются на модель развития, предложенную в (Stoltenberg, Delworth, 1987). При определении того, что такое «развитие», авторы, в свою очередь, опираются на работу (Baltes, Rees, Nes-selroade, 1977), согласно которой «психология развития занимается описанием, объяснением и модификацией (оптимизацией) интраин-дивидуальных изменений поведения в течение всей жизни человека и межындивидуальными различиями (и подобиями) интраиндивиду-альных изменений» (цит. по: Schmelzer, 1997. S. 74). Для поведенчески-терапевтической супервизии эта мысль тем интересна, что «развитие» понимается здесь как «научение», что хорошо согласуется с бихевиорально-терапевтическими теориями научения.

«Интегративная модель развития супервизоров» (Stoltenberg, Delworth, 1987) основывается на работах предшественников и включает в себя три уровня развития супервизоров (от «начинающего» до «продвинутого»), три так называемые «структуры» (мотивация, автономия, направление внимания), а также восемь содержательных сфер развития (от интервенционных умений до профессиональной этики) (см. табл. 3). При этом супервизору рекомендуется варьировать свой стиль супервизии в зависимости от состояния развития и потребностей супервизируемых.



Интегративная модель развития супервизируемых  
(Stoltenberg, Delworth, 1987. P. 154–158)

| Сферы  | Уровни  |
|--|---|
| 1  | 2   |
| <p><b>1. Интервенционные умения и навыки</b></p> | <p><b>Уровень 1-й (начинающий)</b><br/>                     – Потребность в ясных, четко описанных умениях и навыках, в структурированном формате (вопросы индикации или адаптации интервенций остаются актуальными).<br/>                     – Страх и двойственность: Я уже адекватно владею техникой?<br/>                     – Зависимость от супервизора относительно знаний о технике и ее применении.<br/>                     – Желание ясности, структуры и позитивной обратной связи.</p> <p><b>Уровень 2-й (средняя стадия развития)</b><br/>                     – Более легкое обращение с большим числом интервенций (однако еще не высокоинтегрированное). – Клиент стоит больше в центре (это может, конечно, мешать адекватному применению психотерапевтических методов).</p> <p><b>Уровень 3-й (продвинутый)</b><br/>                     – Опыт с множеством методов интервенции. – Лучшее приспособление методов интервенции к ситуации клиента и плану помощи.<br/>                     – Возможность модификации планов в зависимости от результатов. – Больше творчества при использовании методов. – Становится возможным научение новым, непривычным методам</p>   |
| <p><b>2. Диагностические умения и навыки</b></p> | <p><b>Уровень 1-й</b><br/>                     – Неопытность и ригидное обращение с диагностикой: методы применяются «слишком буквально»; начинающие доверяются интервью-впечатлениям без дальнейшей валидации данных, втискивают клиентов в заданные категории, выбор тестов и интерпретация их результатов как выбор рецептов в поваренной книге. – Высокая зависимость от супервизора относительно выбора и интерпретации диагностических методов.</p> <p><b>Уровень 2-й</b><br/>                     – Более совершенные диагностические способности (но еще недостаточное понимание относительно последствий терапии). – В центре больше стоит клиент (это в некоторых случаях затрудняет применение диагностических классификаций, поскольку они переживаются слишком «ригидно/косно» и слишком «холодно»).</p> <p><b>Уровень 3-й</b><br/>                     – Крайности уровня первого (гипертрофированное доверие) и уровня второго (негативная установка относительно диагностики) уступают релятивной позиции: какие виды диагностики и для каких целей пригодны?<br/>                     – При определенных обстоятельствах возможно усвоение новых диагностических методов</p> |

| 1   | 2  |
|---|--|
| <p><b>3. Межличностные коммуникативные процессы</b></p> | <p><b>Уровень 1-й</b><br/>– Начинаящие так фиксированы на себе, что им с трудом удается использовать свои возможности для диагностики межличностных процессов.<br/>– Проблемы с неожиданными замечаниями/поступками клиентов. – Супервизор должен валидизировать восприятие супервизируемого или предоставлять альтернативные концептуализации.</p> <p><b>Уровень 2-й</b><br/>– Больше понимания перспектив клиента. – Проблемы: отделение собственного вклада от профессиональных психотерапевтических интервенций (явления переноса/контрпереноса).</p> <p><b>Уровень 3-й</b><br/>– Уход от стереотипов.<br/>– Индивидуальный взгляд: клиент рассматривается как неповторимое существо. – Адекватное сознание: Я/Самость и т.д.</p>  |
| <p><b>4. Концептуализация случая</b></p>                | <p><b>Уровень 1-й</b><br/>– Избирательное фокусирование внимания на определенных аспектах (например, на биографии, актуальной ситуации, личности клиента); опускается значимая информация. – Делаются далеко идущие выводы на основе малых информационных деталей.<br/>– «Психопатологизация» или «норматизация» случая. – Супервизор должен присутствовать в качестве «корректива» или для оказания формальной помощи при концептуализации случая.</p> <p><b>Уровень 2-й</b><br/>– Фиксирован на точном/полном понимании «мира» клиентов. – Однако избирательность внимания, т.е. отдельные аспекты остаются недо- или перепредставлены (теперь очень сильно с позиции клиента).</p> <p><b>Уровень 3-й</b><br/>– Нет гипертрофированной выраженности чьей-либо позиции (клиента или своей) как «единственно правильной». – Индивидуальная концептуализация случая (индивидуальная оценка похожих по диагнозу случаев)</p> |
| <p><b>5. Индивидуальные различия</b></p>                | <p><b>Уровень 1-й</b><br/>– Несмотря на знание о социокультурных различиях и различных картинах расстройства, все еще мало понимания об их влиянии на клиента.<br/>– Супервизируемые еще слишком сильно опираются/доверяют своему личному опыту (либо «Все воспринимают мир, как и я», либо «Ничего общего», т.е. опять же эмпатия невозможна). – Сверхгенерализованные установки: «Все расстройства можно устранить с помощью X-метода/терапии» и т.д.</p> <p><b>Уровень 2-й</b><br/>– Индивидуальные различия оцениваются уже лучше (ошибка 1-го вида: стереотипизация а ля «все мужчины и женщины...»); ошибка 2-го вида: конкретный клиент рассматривается как исключение из каждого правила).</p>   |

| 1   | 2   |
|---|---|
|   | <p><b>Уровень 3-й</b><br/>                     – Прочь от стереотипов.<br/>                     – Взгляд и оценка клиентов как индивидуальностей, а также понимание «личности в контексте» (социокультурные влияющие факторы)</p>   |
| <p><b>6. Теоретическая ориентация</b></p>     | <p><b>Уровень 1-й</b><br/>                     – Твердое следование, цепляние за одну легко понимаемую и принимаемую теорию (хотя это и редуцирует первое замешательство, страх, раздвоенность, но тем самым и зауживает взгляд на «реальность»)<br/>                     – Нефлексибельность/ригидность.<br/>                     – Склонность полагаться на взгляды супервизора или на нарисованные им перспективы.</p> <p><b>Уровень 2-й</b><br/>                     – На место жесткого, ригидного цепляния за одну теорию приходит личностное и эклектическое формирование теорий. – Отсутствуют критерии: Что и когда является адекватным? Как я прихожу на основании моих теоретических положений к определенным техникам?</p> <p><b>Уровень 3-й</b><br/>                     – Больше теоретических знаний. – Следование одной теоретической позиции. – Теоретическая ориентация используется как перспектива и инструмент. – Другие позиции допускаются и могут быть поняты</p>   |
| <p><b>7. Терапевтические цели и планы</b></p> | <p><b>Уровень 1-й</b><br/>                     – Начинающим трудно привести в соответствие отдельную встречу/сеанс со всей психотерапией (например, с долговременными целями/планами и т.д.).<br/>                     – Супервизируемый следует одной структурированной программе (или руководству) без попыток ее проверить или произвести в ней какие-либо изменения.</p> <p><b>Уровень 2-й</b><br/>                     – Цели/планы теперь труднее специфицировать (слишком сильное принятие перспективы клиента может привести к пессимизму/недостаточности в позиции помощи; путаница из-за слишком смелых или противоречивых концептуализаций; отказ или потеря уверенности в связи с неудачей первого плана и т.д.).</p> <p><b>Уровень 3-й</b><br/>                     – Циклическое влияние друг в друга диагностики, планирования и интервенций в конкретном случае.<br/>                     – На этой основе возможны и модификации процесса (адаптивность действий).<br/>                     – Планирование терапии и ее осуществление когерентны. – Цели и планы используются как регулирующие инструменты терапии</p> |

| 1                                       | 2  |
|---|--|
| <p><b>8. Профессиональная этика</b></p> | <p><b>Уровень 1-й</b><br/>                     – Хотя общие этические линии известны (например, через чтение литературы), приведение в согласие с личными ценностями еще не осуществляется.<br/>                     – При выраженных этических проблемах супервизор должен взять ответственность на себя (защита клиента).</p> <p><b>Уровень 2-й</b><br/>                     – Вопросы профессиональной этики понимаются уже лучше, чем на уровне 1-м.<br/>                     – Осознается комплексность/сложность этических решений. – Понята необходимость защиты клиента.</p> <p><b>Уровень 3-й</b><br/>                     – Широкая база знаний и практического опыта делает возможной личную этику.<br/>                     – Полностью ответственное обращение с этически сложными постановками проблем</p> |

Если попытаться привести к одному знаменателю три ступени развития супервизоров, это будет выглядеть следующим образом:

*Начальная фаза (супервизия 1-го уровня).* Супервизоры относительно сильно зависят от собственного супервизора, не вполне осознают многие ходы и процессы. Из-за сильной неопределенности/раздвоенности и неуверенности они испытывают высокую потребность в структуре, поддержке, инструкциях и позитивной обратной связи. Они еще недостаточно готовы к дискуссиям, более ориентированы на технику. При этом супервизор рассматривается как авторитет, ролевая модель и эксперт. Со стороны обучающегося совершенно естественным является на этой фазе «страх оценки».

Задача супервизора на этой фазе заключается соответственно в том, чтобы оказать супервизируемому поддержку и дать структуру. Чтобы удержать у него «страх начала» на приемлемом уровне, можно прибегнуть к следующим интервенциям: облегчающая отношения коммуникация («*facilitative communication*»), передача информации, предоставление возможности наблюдать «лучших» («*peers*»), имитация, дача специфических инструкций, ролевые игры, презентация случая, структурированные программы, ориентация на ведущие линии (метод указания), начинание с «легких» клиентов и т.д. Противопоказаны на этой ступени конфронтативные интервенции, поскольку они могут переживаться супервизируемым еще как вызывающие страх. Все эти структуры, задающие интервенции, должны быть встроены в поддерживающую базовую позицию, при этом от супервизора на этой ступени требуется порой много терпения.

*Средняя фаза развития (супервизия 2-го уровня)* обозначается иногда как «стадия растерянности». Супервизируемые чувствуют, что «становление психолога-психотерапевта» – это длительный и трудный процесс. Соответственно этому данная фаза характеризуется перерывами, амбивалентностью, нестабильностью, а потому не следует ожи-

дать линейного прогресса на этой ступени. Супервизируемые демонстрируют флуктуирующую мотивацию, стремление к независимости, начинают осознавать самих себя, меньше подражают супервизору, «застревая» в то же время из-за еще мало интегрированных умений и навыков в конфликте между зависимостью и автономией. На второй ступени следует ожидать и эмоциональных колебаний. Супервизоры должны быть, по мнению ряда авторов, более гибкими, важны поддержка, определение рамок амбивалентности. Супервизируемые могут уже брать на обслуживание более тяжелых клиентов. Супервизор должен теперь более оценочно отслеживать активность супервизируемых. Важные супервизорские техники на этом этапе следующие: поддерживающие, стабилизирующие отношения (как основа) (прескриптивные же интервенции, которые содержат специальные указания, используются меньше); «каталитические» интервенции, которые «вещи взбудораживают» и определенные наблюдения супервизора приносят в сознание супервизируемых; конфронтации, а также попытки концептуализации терапевтических процессов.

*Продвинутая фаза развития (супервизия 3-го уровня)* представляет собой в определенной степени «спокойствие после шторма»; супервизируемые на этой ступени в состоянии работать автономно; роль супервизора сменяется скорее на позицию коллеги. Супервизор приносит достаточно мотивации и вызова; его действия гибки и личностно ориентированы; супервизор подводит супервизируемого к тщательной и честной оценке своих сил и слабостей; продолжение хороших отношений сохраняется. На этой ступени оптимальным является смешение поддержки и конфронтации. Соответственно этому – на основе хороших отношений – используются прежде всего «каталитические» интервенции, с помощью которых «вещи приводятся в движение», наряду с ними идет работа с «параллельным процессом»; кроме того, для супервизора становится возможным «самораскрытие/самообнаружение» («self-disclosure»).

Супервизия проходит в своем развитии четыре ступени, которые отличаются по трем признакам: фазам обучения супервизируемых, ролью и мотивом супервизируемых и методами супервизии (Hogan, 1964). Отме-

тим лишь четвертую ступень, обозначенную авторами как «интегрированный, креативный рабочий стиль», или «мастер-терапевт». На этой ступени происходят не основополагающие структурные изменения, а обогащение опыта и дополнительное развитие. Психотерапевты, находящиеся на этой ступени, осуществили полную и комплексную интеграцию всех обозначенных выше рабочих сфер. Для этого им понадобились 5–6 лет профессионального опыта. Этой ступени редко кто достигает, так как большинство психологических и врачебных психотерапевтов «застревают» на 3-й ступени.

Некоторые авторы сравнивают эту супервизорскую динамику по уровням с онтогенетическим процессом воспитания человека: детство, подростковый возраст, юношеский возраст, зрелость/зрелость.

Ф. Каслоу (Kaslow, 1986) говорит о шести стадиях развития супервизии, или профессиональной идентичности, которые требуют не менее 4 лет, но редко кто достигает шестой стадии, так как застревает на предыдущих, чаще всего – это пятая стадия – «идентичность и независимость». *Первая стадия* профессиональной идентичности – «возбуждения и тревоги предвкушения», или «прелюдии становления психотерапевта», охватывает время студенчества и заканчивается первой встречей с клиентом/пациентом. На этой стадии начинающий профессионал подобен новорожденному, а супервизор – его родителю, обеспечивающему безопасность последнего. С момента встречи супервизируемого с первым клиентом/пациентом начинается *вторая стадия* – «зависимость и идентификация», для которой характерны сильная зависимость от супервизора, поскольку доминируют: чувство неуверенности в своих силах и своем предназначении быть психологом, психотерапевтом; отвлекаемость от главного; поиск подсказок в учебниках и инструкциях; страх показаться неуспешным и т.д. *Третья стадия* – «деятельность и продолжающаяся зависимость» – может начаться в разные сроки начала практики психотерапии – от одного месяца до нескольких лет. Это период «смешения удовольствия и фрустрации», движения от пассивности и зависимости к частичной автономии и активности – экспериментирования, попыток самостоятельного решения проблем, хотя порой и ошибочных. *Стадия четвертая* – «насыщения и принятия самостоятельности» – начинается с осознания обучающимся-супервизируемым того, что он уже является психологом, психотерапевтом-профессионалом, который может сказать себе: «Эй! А терапия действительно работает!» (Kaslow, 1986). Теперь он чувствует себя профессионалом, он знает: 1) о процессе лечения; 2) в чем

заключается его работа; 3) приятно, что он может ускорить изменения в данном пациенте. Эффективность начинающего психотерапевта будет зависеть от следующих факторов: 1) количества пациентов, с которыми он поработал; 2) прохождения личной терапии и «вбирания в себя феноменологии, что значит быть пациентом»; 3) чтения литературы и обсуждения ее; 4) интегрирования всех этих опытов, что развивает способность начинающего психотерапевта охватить связь между психотерапевтической теорией и практикой. *Стадия пятая* – «идентичность и независимость», которая может длиться от нескольких лет и всю жизнь и основной задачей которой является приобретение независимости от супервизора, при обладании су-первизируемым полностью собственной системой координат относительно оказания профессиональной психологической помощи.

*Заключительная, шестая, стадия* «спокойствия и коллегиальности» – бросание вызова психотерапевтическим истинам.

Разумеется, развитие профессиональной идентичности на этом не заканчивается, а потребность в супервизии, на наш взгляд, только растет, изменяясь качественно.

Еще один вариант модели развития состоит из трех специфических стадий (неосознавание/стагнация, растерянность и интеграция) и восьми навыков (Loganbill, Hardy, Delworth, 1982):

1) компетентность – способность использовать навыки и техники в терапевтическом направлении;

2) эмоциональное осознание – способность быть осознающим и эффективно использовать свои чувства в ходе сессии;

3) автономия – ясное чувство своего собственного выбора и решения в терапевтической ситуации;

4) теоретическая идентичность – потребность в хорошо интегрированной теоретической идентичности (практическая работа в рамках ясной теоретической ориентации);

5) уважение к индивидуальным различиям – способность видеть клиента как личность и уважать различия в происхождении, оценках и проявлениях;

6) цель и направление – целенаправленность сессии и общий терапевтический опыт;

7) личностная мотивация – осознаваемые мотивы своего прихода в профессию и осознаваемое их влияние на терапевтический процесс;

8) профессиональная этика (знание и применение этических принципов).

Использование этих моделей требует от супервизоров осознания того, какие навыки и приемы работы будут адекватными для разных стадий развития терапевта: на ранней стадии от него требуется большая активизация учительской и поддерживающей роли по отношению к супервизируемому, на средней стадии – стадии профессионального роста – необходима терапевтическая ориентация, а на последней – применение консультативного фокуса в работе.

Несомненный интерес представляет предложенная шестишаговая модель развития профессиональной идентичности в процессе супервизии (Kaslow, 1986).

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое модель супервизии и каковы возможные классификации моделей?
2. Что такое «школьные» модели супервизии, каковы их виды?
3. В чем суть психоаналитической модели супервизии?
4. В чем суть поведенчески-терапевтической модели супервизии?
5. Что такое гештальттерапевтическая модель супервизии?
6. Что такое семейно-терапевтическая модель супервизии?
7. В чем суть рожерианской модели супервизии?
8. Перечислите модели супервизии.
9. В чем суть развивающих моделей супервизии?
10. Охарактеризуйте процесс развития супервизоров и его фазы.

### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Супервизия в психоанализе.
2. Супервизия в гуманистической психотерапии.
3. Супервизия в гештальттерапии.
4. Супервизия в семейной психотерапии.
5. Супервизия в бихевиорально-когнитивной психотерапии.
6. Супервизия индивидуальная в групповой форме.

### **Литература**

*Булюбаи И.Л.* Основы супервизии в гештальттерапии. М. : Изд-во Ин-та терапии, 2003.

*Залевский Г.В.* Супервизия/супервизорство: проблемы и дефиниции (по материалам зарубежных исследований). Сообщения 1–5 // Сибирский психологический журнал. 1998–2002. Вып. 7–9, 13–17.

*Залевский Г.В.* Супервизия: практика в поисках теории // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 7–13.



*Карвасарский Б.Д.* Супервизия. Супервизор // Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 1998. С. 609–611.

*Ховкин П., Шохет Р.* Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб. : Речь, 2002.

*Эйдемиллер Э.Г.* (ред.) Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми : учеб. пособие. СПб., 1998.

## **4. СУПЕРВИЗОРСКИЕ РОЛИ, СТРАТЕГИИ И СТИЛИ**

### **4.1. Супервизорские роли и стратегии**

Супервизор – это не только психолог или психотерапевт, работающий с другим психологом или психотерапевтом. Выделяют три основные роли супервизора – учитель, фасилитатор (терапевт) и консультант (Leddick, Borders, 1987) и три дополнительные – эксперт, менеджер и администратор (Уильямс, 2001; Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии, 1998). Каждая из ролей предполагает наличие специфических стратегий, описание которых можно найти в ряде работ.

В литературе цели и функции супервизии рассматриваются и с точки зрения распределения ролей между супервизором и супервизируемым (Bernard, Goodyear, 1992; Kanfer et al., 1991; Якобс и др., 1997):

**Учитель – ученик (инструктор – обучающийся), или мастер – ученик.** Супервизор как мастер своего дела обучает специфическим содержаниям и умениям, которые необходимы супервизируемому для его работы; акцент – образовательная супервизия. Супервизор в роли учителя:

– оценивает взаимодействия, происходящие во время терапевтической сессии;

– обсуждает гипотезы, связанные с клиентом;

– определяет подходящие интервенции;

– моделирует, демонстрирует и обучает техникам проведения интервенций, способствует отработке навыков;

– поощряет супервизируемого терапевта в поиске разумных объяснений для специфических стратегий и интервенций;

– интерпретирует существенные события, происходящие во время сессии;

– ставит задачи для последующих сессий;

– поощряет супервизируемого к чтению специальной литературы.

**Терапевт – клиент (консультант – клиент).** Супервизор создает аналогичную терапии ситуацию, где осуществляется работа над лично-

стью супервизируемого, стимулирующая его личностный и профессиональный рост – преимущественно поддерживающая функция (с обучающими элементами). При этом должно быть обращено внимание на различие между супервизией и терапией.

*Супервизор в роли психотерапевта (фасилитатора):*

- исследует чувства супервизируемого во время терапевтической сессии;
- исследует чувства супервизируемого во время супервизорской сессии;
- исследует чувства супервизируемого по поводу определенных техник и интервенций;
- побуждает исследование супервизируемым самого себя по поводу его чувства доверия супервизору или беспокойства по поводу проведенной сессии;
- исследует защиты или аффекты супервизируемого терапевта в супервизорской сессии;
- оказывает адекватную эмоциональную поддержку.

*Супервизор в роли консультанта:*

- фокусируется на системе «терапевт – клиент»;
- предлагает супервизируемым альтернативные интервенции и терапевтические гипотезы;
- поощряет размышления супервизируемого терапевта о терапевтических стратегиях и интервенциях;
- поощряет дискуссии с супервизируемым о проблемах мотивации клиента;
- заботится о супервизируемом во время супервизорской сессии;
- разрешает супервизируемому структурировать супервизорскую сессию.

*Супервизор как эксперт:*

- контролирует достижение целей, сформулированных в супервизорском контракте;
- проверяет, осуществил ли терапевт интервенцию, обсуждавшуюся на предыдущей сессии;
- отслеживает прогресс клиента;
- дает супервизируемому обратную связь по поводу знания теории, следования ей и его личностным качествам;
- помогает супервизируемому оценить свои сильные и слабые стороны;
- оценивает прогресс терапевта;
- контролирует соблюдение этических стандартов;
- при необходимости конфронтирует обучаемого с определенным материалом.

**Надзирающее лицо (куратор, монитор) – консультант.** Супервизор берет на себя функцию надзирающего/отслеживающего лица по отношению к работе супервизируемого; референтные критерии – следование этическим, профессиональным и учрежденческим правилам или работа по «правилам цеха/фирмы». Типичное распределение ролей в американской традиции социальной работы; акцент: административная функция. Ослабленная версия: *профессиональный консультант – супервизируемый*: Супервизор оказывает помощь супервизируемому в качестве эксперта; супервизируемый перекладывает частично ответственность на консультанта, который помогает концептуализировать работу; смесь из образовательной и административной функций.

**Коллега – коллега (интервизия).** Супервизор и супервизируемый на коллегиальном уровне обмениваются опытом и пытаются оказать друг другу помощь – в зависимости от акцента скорее поддерживающая, обучающая или административная функция (взаимный контроль в смысле «peer review») – «разговор равных»).

**Супервизор как стимулятор («instigator»)** задает стимулы, ставит рефлексивные вопросы, помогает при функциональном анализе взаимосвязей; это может принимать «эмансипаторно-объяснительные» черты.

**Супервизор как помощник в разрешении проблем («facilitator of problem-solving»)** не берет на себя проблемы супервизируемого, а подсказывает проверенные шаги самого процесса решения проблем, как ими лучше пользоваться.

**Супервизор как поддерживающий и стимулирующий («supporter and challenger»).** Образование отношений «сам себе супервизор» (Self-managment-Supervisor) представляет собой особую комбинацию эмпатической поддержки при одновременном стимулировании других и новых перспектив и способов действия (особенно в плане обращения с существующими проблемами).

**Супервизор как менеджер** (Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии) осуществляет связь между важными опорными точками лечебного процесса: персонал учреждения, где он работает, администрация, клиенты, налогоплательщики, общество. В соответствии со своей ролью супервизор транслирует указания администрации (сверху вниз), сообщая цели и намерения организации и вдохновляя персонал следовать этим целям. Клинический супервизор может также извещать персонал об изменениях в правилах и внутреннем распорядке организации, обеспечивая защиту прав персонала. Администрацию клинический

супервизор информирует о влиянии правил, процедур и административных решений на моральное состояние персонала, его действия и позиции, так как им впоследствии придется доводить эти решения до персонала.

**Супервизор как администратор** (Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии) поддерживает развитие и использование механизмов, улучшающих качество работы, осуществляет ориентацию и тренинг новых работников, проводит оценку их действий и процедур. В его компетенции – мониторинг случаев, лечебных планов, справочных процедур, вопросы завершения терапии и другие виды ответственности за обеспечение и получение клиентами квалифицированной помощи. Кроме того, как администратор клинический супервизор осуществляет мониторинг соответствия стандартов (правил) и контрактных соглашений, наблюдая за тем, чтобы действия учреждения соответствовали принятым стандартам помощи.

Очень важно, чтобы клинический супервизор был вовлечен организацией (учреждением) в процесс принятия решений. Кроме того, клинический супервизор дает ответы на трудные вопросы. В частности, он изучает жалобы клиентов и отвечает на них, предоставляя информацию для адекватного рассмотрения ситуации, действуя как агент, пытающийся учесть интересы всех заинтересованных сторон.

Внутри организации (учреждения) клинический супервизор стимулирует активность персонала, вовлеченного в принятие важных решений об оценке программ, их развитии и продвижении вперед. В целом он помогает организации функционировать, обеспечивая более эффективное управление.

#### 4.2. Супервизорские стили

Стиль – это манера, в которой супервизор работает с супервизируемым терапевтом, психологом и отвечает им. Выделяют три основных эффективных и три неэффективных стиля работы супервизора (Friedlander, Ward, 1984). К числу эффективных относят:

– *стиль, ориентированный на решение проблемы (задачи)*, который фокусируется на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии;

– *межличностно-сензитивный стиль*, который фокусируется на отношениях между супервизором и супервизируемым терапевтом, поддерживает взаимодействие и обращается к потребностям в отношениях;

– *располагающий стиль*, характеризующийся теплом, помощью, дружеским поведением по отношению к супервизируемому терапевту, поддержкой и открытостью.

К числу неэффективных супервизорских стилей принадлежат:

– *аморфный стиль*, характеризующийся недостаточной ясностью в отношении супервизии и связанных с ней надежд терапевта, а также малой структурированностью и руководством. Структура и руководство обычно позволяют облегчить работу супервизируемых, особенно на первых порах. Не структурирующая ситуацию супервизор не помогает новичку-супервизируемому удовлетворить потребность в руководстве. Супервизор должен признавать потребности начинающих терапевтов в руководстве и действовать в соответствии с нею;

– *неподдерживающий стиль*, который характеризуется холодностью, отчужденностью, а иногда и враждебностью. Подобный супервизор нередко приписывает проблемы супервизии сопротивлению супервизируемого, забывая о своем участии в проблеме. Поддержка супервизируемого является важным элементом фасилитации развития терапевта в супервизорских отношениях. Супервизируемый терапевт, который чувствует недостаток поддержки и избыток критики, в ответ начинает проявлять защитное поведение и демонстрирует различные формы сопротивления.

В рамках супервизорских отношений супервизируемый терапевт не является ответственным за регулирование этих отношений, это ответственность супервизора;

– *терапевтический стиль*, при котором супервизор склонен приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого терапевта. У супервизируемых обычно не возникает проблем, когда им говорят, что они на сессии делают что-то неправильно. Гораздо большей проблемой для них становится ситуация, когда причиной терапевтических событий супервизор считает личностные проблемы терапевта, им не нравятся попытки корректировать их в лечебной манере прямо на супервизорской сессии. Возможно, причина в том, что супервизируемые боятся как правоты супервизора, так и ситуации, когда их несогласие будет расцениваться как сопротивление. Это похоже на «двойной зажим» (double bind, по Г. Бейтсону).

Для диагностики стилей авторы Висконсинского тренингового проекта по супервизии предложили краткий перечень характеристик (Supervisory Styles Inventory), относящихся к тому или иному стилю. Эти характеристики были основаны на работе М. Фридендера и Л. Варда (Friedlander, Ward, 1984), посвященной основным супервизорским стилям

и выделившей такие стили, как ориентированный на решение задачи, межличностно-сензитивный и располагающий.

Стиль, ориентированный на решение задачи: целенаправленный, конкретный, ясный, практичный, структурированный, оценивающий, предписывающий, дидактичный, тщательный, сфокусированный.

Межличностно-сензитивный стиль: опека, восприимчивость, интуиция, рефлексия, креативность, ресурсность, терапевтичность, высокая вовлеченность.

Располагающий стиль: супервизор приятен в общении, дружелюбен, гибок, открыт, позитивен, внушает доверие, проявляет тепло и поддержку.

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

Опросник «Supervisor Rating Form» (Schiaivone, Jessell, 1988) оценивает такие характеристики супервизора, как *экспертность* – поведение, направленное на оценку компетенции терапевта; *притягательность* – поведение, на основании которого супервизируемый чувствует симпатию к себе и ощущение собственной ценности; *справедливость* – поведение, поддерживающее в супервизируемом ощущение правды и реальности.

### **Контрольные вопросы**

1. В чем суть понятия «супервизорские роли»?
2. Какие супервизорские роли может брать на себя супервизор?
3. Что такое супервизорские стили?

### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Административная функция супервизора.
2. Супервизор – супервизируемый: отношения в психологическом образовании.
3. Супервизор – супервизируемый: отношения в практике консультирования и психотерапии.
4. Супервизорская практика в перинатальной психологии.
5. Личность супервизора и стили супервизорской практики.

### **Литература**

*Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж.* Супервизия: Практика в поисках теории. М. : Когито-Центр, 2006.

*Залевский В.Г.* Штрихи к портрету профессионального психолога // Сибирский психологический журнал. 1998. Вып. 8–9. С. 116–117.

**Залевский Г.В.** Супервизия/супервизорство: проблемы и дефиниции (по материалам зарубежных исследований). Сообщения 1–5 // Сибирский психологический журнал. 1998–2002. Вып. 7–9, 13–17.

**Кулаков С.А.** Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2002.

## **5. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА (ДЕВИЗЫ) СУПЕРВИЗИИ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

1. *Думать поведенчески (Think behavior).*
2. *Думать решенчески (Think solution).*
3. *Думать позитивно (Think positive).*
4. *Думать шажками (Think in small steps).*
5. *Думать гибко (Think flexible).*
6. *Думать футурно (Think future).*

Ф. Кэнфер и соавт. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 1991. S. 441–420) предложили шесть правил, или девизов, психотерапии и супервизии в рамках современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования с ориентацией на то, что клиент/пациент должен стать в конечном итоге сам себе психологом-психотерапевтом, а супервизируемый – сам себе супервизором. Данные правила хорошо показали себя как дидактическое вспомогательное средство, особенно в контексте проведения терапевтических и супервизорских групп.

В практике ведения групповых или индивидуальных встреч обычно поступают следующим образом: на первом заседании/сеансе представляется каждое правило отдельно, затем оно обсуждается, приводятся иллюстрации; после этого клиентам/пациентам или супервизируемым (профессиональным психологам и психотерапевтам) предлагается вспомнить ситуации из их обыденной или профессиональной жизни, на которые эти правила/девизы можно перенести непосредственно и там же их и применить. Можно прямо в группе подготовить плакат с этими девизами и вывесить, чтобы они были постоянно перед глазами и напоминали о себе. При индивидуальной терапии или супервизии можно эти же правила написать на небольшой карточке и держать в поле зрения. Постоянное применение этих правил образует основополагающие рамки терапевтического или супервизорского процесса на все время его осуществления.

Забегая несколько вперед, хочу отметить, что собственная психотерапевтическая и супервизорская практика позволила сформулировать еще ряд правил, о которых речь будет идти ниже.

*Правило первое. Думать поведенчески (Think behavior).*

Поведенчески ориентированные супервизоры работают не со смелыми понятиями, спекулятивными утверждениями и не с непроверяемыми интерпретациями, а с постоянной операционализацией и конкретизацией всех проблем супервизии, целями и шагами, направленными на их решения. Их главный призыв: смотри на факты и данные, что выражается в таких вопросах, как, например: «На основании чего Вы видите, что...?», «Что дает Вам возможность точно заметить, что...?» и т.п. Ими предпочитают и возможности прямого наблюдения за терапевтическими процессами (например, с помощью записей на видеопленку, супервизия *in vivo*) на живых конкретных случаях, что дает более надежную информацию о ситуации и проблеме, чем даже очень подробный о них разговор.

В нашей обыденной речи мы описываем или выражаем наши проблемы или проблемы других людей часто с помощью понятий, отражающих качества, свойства личности, или других смелых и глобальных конструкторов. Мы говорим, например, что мы не справимся с определенными заданиями или проблемами, поскольку у «нас недостаточно сильная воля, мы слабовольны»; мы чувствуем себя «хроническими неудачниками»; «оказываемся постоянно на теневой стороне улицы жизни», хотя хотим быть «счастливыми». Это непродуктивный способ описания в плане необходимых и возможных изменений и развития.

Другой непродуктивный способ определения каждодневных проблем состоит в том, что мы нередко концентрируемся на сопутствующих явлениях, результатах или последствиях нашего поведения, а не на самом поведении, которое и приводит изначально к данным результатам: мы жалуемся, что «слишком толстые», «всегда у нас нет времени» или «неуспешны в своей профессии», вместо того чтобы обратить внимание и учесть именно то конкретное поведение, которое, в конце концов, и сделало возможным наступление «конечных результатов», на которые мы сейчас жалуемся.

Правило «думать поведенчески» предлагает в этой связи как можно конкретнее описывать проблемные ситуации и потенциальные их решения в поведенческих понятиях и терминах. Поскольку цель любой психотерапии, в первую очередь, – это изменение поведения, то и акцент те-



рапевтического процесса лежат также на теме «поведение», на различных уровнях поведения (когнитивном, эмоциональном и собственно поведенческом – двигательном). Мы пытаемся избегать только поиска «причин» или продуцировать «элегантные» причинные объяснения, чтобы клиентам стало понятным, что в большинстве случаев существует потребность в активных действиях, чтобы вызвать изменения или получить положительные результаты. Для клиентов и психотерапевтов, которые понимают терапию «как опыт личностного роста» и поэтому придают большое значение эмоциям или «внутренним переживаниям», поведение клиента представляет собой исключительно основу/базис для терапевтических интервенций. В этом плане нам близка концепция В. Глассера с его «терапией реальностью», которую он характеризует следующим образом: «По большому счету мы являемся тем, что мы делаем, и если мы хотим изменить то, что мы есть, мы должны начать изменять то, что мы делаем» (или не делаем. – Г.З.) (Glasser et al., 1979. P. 315). Если мы просим клиентов думать в поведенческих понятиях, то при этом охватываются как все мысли, чувства, так и другие способы поведения, которые обозначаются обычно как «убеждения», «ценностные установки» или «эмоциональные реакции». Следует поэтому смелые, неточные высказывания клиентов, а порой и супервизируемых, принимать лишь в качестве исходного пункта более конкретных, близких к поведению характеристик.

Поведенчески ориентированные содержания лучше всего описываются через язык глаголов. Когда клиент, например, говорит, что «как только мой шеф делает критическое замечание, у меня появляется чувство тотальной заблокированности и потери всяческих способностей», мы ему ставим вопросы, которые его переработку информации направляют на поведенчески ориентированные описания, как, например: «Когда это происходит, о чем Вы думаете? Что Вы делаете в этот момент? Где и что чувствуете и какие испытываете физические ощущения? и т.д.» Если, например, родители жалуются, что их сын получил в школе плохие отметки, мы их просим как можно точнее описать, чем мальчик занимался во время, до или после этого; что в результате привело к получению плохих отметок?

К особенностям нашего подхода относится и то, что мы постоянно просим клиентов точно описывать проблемные ситуации. Мы ставим очень конкретные вопросы, которые направлены на такие аспекты, как: «Кто делает и что делает, с кем, когда, как и с каким эффектом делает?» В этой связи мы также просим клиентов обращать особое внимание на

контекст проблемных ситуаций, т.е. на сеть переменных и условий, в которые вплетено любое поведение.

Когда мы побуждаем клиентов посредством целенаправленных вопросов или/и на основании собственного опыта к размышлению о том, является ли необходимым развивать известные навыки и умения (например, открыто высказывать свое мнение, вступать в новые контакты и т.п.), то это уже имплицитно означает подачу ему сигнала / послания о том, что поведение изменяемо. В противоположность этому самоописанию в форме свойств и качеств (например, «Я стеснительный, боязливый, пугливый» и т.д.) уже чисто через язык формирует мнение о неизменяемости свойств личности и личности в целом. Но что достаточно известно, так это то, что личность и ее эмоции напрямую изменить нельзя. И каждый человек, который, например, решительно заявляет: «Я не должен бояться!», это проверил, так сказать, на собственной шкуре. Это связано с тем, что эмоции представляют собой результат способов поведения различного уровня, т.е. как конгломерат из когнитивных, физиологических процессов и двигательных реакций. Более того, одной из основополагающих позиций современной бихевиорально-когнитивной психотерапии, восходящей своими корнями к древним философам-стоикам, прежде всего к Эпиктету, является мысль о том, что «не вещи сами по себе определяют наши переживания и поведение, а наше их восприятие и оценка». Иначе говоря, как мы мыслим, так мы чувствуем и ведем себя. А значит, *если мы хотим изменить чувства, то мы должны изменить вызвавшие их идеи.*

Следование девизу «Думать поведенчески (поведенчески ориентированно)» предполагает еще два важных момента, на которые я хотел бы обратить внимание читателей. Во-первых, в центре терапии должно находиться собственное конкретное, поддающееся изменению поведение клиента, а не неконтролируемое поведение других людей. Во-вторых, проблема наших клиентов нередко в том, что они оценивают не свое поведение, а сразу и в целом свою личность (например, «Я не сдал какой-то экзамен, значит, я бездарь», «Я не сумел поближе познакомиться с кем-то, значит, я трус», «Меня оставил близкий мне человек, значит, я ничемный человек», «Меня постигла неудача при устройстве на работу или в бизнесе, значит, я неудачник» и т.д., и т.п.).

Поведенчески-когнитивно ориентированные супервизоры работают не со «смелыми» понятиями, спекулятивными утверждениями и не с непроверяемыми интерпретациями, а с постоянной операционализацией и конкретизацией проблем, являющихся предметом процесса супервизии,

целями и шагами, направленными на их решение. Их принцип – смотри на факты и данные, которые конкретизируются в таких, например, вопросах, как: «На основании чего Вы полагаете, что...?», «Что дает Вам возможность утверждать, что...?». Супервизоры предпочитают и возможности прямого наблюдения за терапевтическими процессами (стенки Гезелла, видеозаписи, конкретные случаи *in vivo* и т.д.).

*Правило второе. Думать решенчески (Think solution).*

Думать и действовать решенчески (с ориентацией на цели и решения). Самоменеджмент-супервизия можно считать процессом решения клинических проблем. Следует стремиться решать проблемы, а не заниматься бесконечным анализированием развития проблемы и ее истории. Вместо концентрации внимания только на негативной стороне проблем супервизия направляет усилия на такие вопросы, как: «Какие минимальные шаги Вы должны сделать, чтобы приблизиться к решению проблемы?» и др.

В нашем обществе терапевты и клиенты приучены к тому, что во время консультаций, терапии и супервизий концентрируются преимущественно на негативных аспектах и проблемах. Особенно это характерно для больных неврозами, депрессией. С позиции же проблемно-решающего подхода следует считать, что для конструктивного решения проблем такая концентрация только на негативных проблемно-нагруженных жизненных и профессиональных аспектах является большой помехой. Следует сосредотачиваться не только на «актуальном/сейчас-состоянии» (немецкие психотерапевты говорят об *Ist-Zustand*), но и на состоянии, которое должно быть, на «желаемом состоянии» (*Soll-Zustand*).

Когда, например, одни клиенты рассказывают о том, как они поссорились со своим сыном-подростком, другие – что они последние ночи не могут уснуть, поскольку им предстоит разговор с работодателем, выступление перед большой аудиторией либо серьезный разговор с близким человеком и т.д., то психотерапевт должен попытаться, может быть, не один раз помочь при ответе на вопрос: «Какую минимальную попытку я должен предпринять, чтобы приблизиться к решению проблемы?» Так, например, одна молодая женщина-клиентка сообщает терапевту о том, что она постоянно ссорится со своим партнером и фактически из-за пустяков. Чтобы навести клиентку на мысль о возможных причинах ссор, а также на возможные пути решения проблемы, психотерапевт задал своей клиентке следующий вопрос: «А в каких ситуациях вы не ссоритесь со своим партнером и что отличает эти ситуации от остальных?» Затем они вместе попытались найти ответы на данный вопрос и конструктивное решение данной проблемы.

Психотерапевт следует во время встреч этому основному правилу, если поощряет, а значит, подкрепляет даже самую малую инициативу клиента, которая может внести свой вклад в решение представленной проблемы. Психотерапевт может, если в этом есть необходимость, внести и свои предложения по решению проблемы, чтобы отвлечь клиента от бесконечных негативных и непродуктивных описаний проблемной ситуации и направить его на принятие продуктивных шагов.

Каждый альтернативный способ действия или поведения, каждое минимальное новообразование или каждая попытка клиента активно изменить какой-либо аспект проблемной ситуации рассматривается психотерапевтом как значительный вклад в конструктивное решение проблемы. Так и при супервизии: вместо концентрации внимания только на негативных сторонах профессионально-личностных проблем супервизор и супервизируемый направляют внимание и усилия на такие, например, вопросы, как: «Какие минимальные шаги необходимо предпринять, чтобы приблизиться к решению проблемы?» и т.п.

*Правило третье. Думать позитивно (Think positive).*

Думать и действовать позитивно. Ориентироваться на ресурсы и работать с ними. Никаких красивых картинок, только реалистический оптимизм с учетом того факта, что все проблемы, ситуации и личности демонстрируют не только негативные аспекты, но и большое число позитивных качеств (не всегда презентуемых).

Этот, на первый взгляд, тривиальный девиз особенно эффективен в случаях, когда речь идет об экспертизе и реалистичной оценке терапевтической положительной динамики. Правило рекомендует клиентам и терапевтам (супервизируемым) постоянно сосредоточивать свое внимание на позитивных результатах и концентрироваться преимущественно на стратегиях, планах или акциях, которые ведут к терапевтическому прогрессу и позитивному развитию. Получены вполне убедительные данные при исследовании темы «оптимизм – пессимизм».

Часто в процессе работы по подготовке психологов-консультантов и психотерапевтов, а также супервизорских занятий с опытными и не очень психологами-психотерапевтами основная часть заседаний и сеансов сконцентрирована на обсуждении слабостей, ошибок и проблем клиентов.

Следует сделать правилом по меньшей мере некоторую часть терапевтического сеанса или супервизии использовать для того, чтобы помочь клиенту/супервизируемому выявить и развить собственные силы и позитивные способности. Мы используем при этом задания и вопросы,

побуждающие клиента к размышлениям о собственных ресурсах, позитивных аспектах сегодняшней жизни, к воспоминаниям о прошлых успехах, в том числе профессиональных.

Девиз «Думать позитивно» помогает прежде всего клиентам с низкой самооценкой или депрессивными тенденциями. С такими клиентами можно, например, договориться, чтобы они в течение дня один или два раза направленно и специально думали о своих сильных позитивных сторонах и записали свои мысли в дневник или специальную тетрадь. Такое задание способствует, между прочим, и прерыванию автоматически проявляющихся самоупреков.

Взгляд на позитивные аспекты очень важен при оценке терапевтического процесса, особенно для клиентов с пессимистическим настроением. Даже если они очень обременены негативными событиями, следует поискать в, казалось бы, «глубоко темной» проблеме хотя бы «темно-серые» или «светло-серые» пятна. Даже в случаях, когда клиент находится в глубоком трауре и переживает невосполнимые утраты, мы пытаемся стимулировать его к тому, чтобы он все же находил и рассказывал о каких-либо положительных аспектах своей жизни.

Если же клиент во время беседы пытается поведать со всеми подробностями о своем безрадостно-негативном состоянии и положении,

следует попытаться отправить ему послание в свете обсуждаемого правила в эмоционально-эмпатическом ключе, например: «Ввиду величины и тяжести проблемы очень хорошо, что Вы сделали для начала первый шаг и пришли ко мне (к нам). Я рад, что Вы о своих трудностях так открыто со мной (с нами) беседуете; в этом, несомненно, основные предпосылки для того, чтобы мы могли постепенно продумать, какие изменения возможны и какие существуют – поначалу хотя бы и небольшие – возможности решения проблемы».

«Позитивно думать» не означает просто убеждать себя, что «все о'кей», не означает помогать людям приспосабливаться к несуразностям и негативным жизненным ситуациям, оставаясь при этом пассивными и пытаясь скрыться за «новыми» позициями, установками и отговорками. Наш подход состоит в ясной ориентации на активные изменения. При реализации обсуждаемого правила мы выбираем между а) искажением действительности, б) ее приукрашиванием и в) оправданной реалистической перспективой. При ориентации на последнее мы исходим из того факта, что почти все жизненные ситуации содержат не только негативные, но и позитивные стороны, хотя, может быть, и очень маленькие. Ни

в коем случае данное правило, в нашем понимании, не ориентировано на пробуждение иллюзорных надежд, не ориентирует на «красивые картинки» или упрощение всей серьезности ситуации, что может привести к опасным самообманам и разочарованиям клиента и супервизируемого. С этим правилом мы связываем обращение внимания клиентов / супервизируемых на реально существующие возможности изменения, т.е. на ресурсы, которыми клиент обладает или может развить со временем, а также на выводы и «уроки», которые он может извлечь из жизненного опыта.

*Правило четвертое. Думать шажками (Think in small steps!).*

Думать и действовать шажками. Принцип маленьких шагов. Этот принцип является частью ядра поведенчески-терапевтической работы, а также определяющим для супервизии.

Это правило прокламировалось при поведенчески ориентированных подходах как базисная предпосылка для планирования и осуществления программ подкрепления и как ведущая линия усвоения новых способов поведения в рамках поведенчески терапевтической работы и супервизии. Когда мы просим клиентов/супервизируемых ставить перед собой ограниченные цели, то увеличиваем их шансы действительно

реализовать эти цели. Следует разложить большие планы (например, основательные изменения жизненного стиля) на маленькие, обозримые и преодолимые отдельные шаги. Посредством «думания маленькими шагами» можно опять взять в руки упущенную из-под контроля проблемную ситуацию; достижимые промежуточные цели становятся видимыми, а те действия, которые необходимы для их достижения, очевидными.

Этот девиз (или правило) имеет два других следствия, а именно: 1) за счет возможности иметь постоянную обратную связь планирование терапии или супервизии; 2) в форме малых шагов позволяет формировать их гибко, динамично, вариативно и с ориентацией на результат.

Чтобы быть в состоянии думать маленькими шагами, как для психотерапевта, так и для клиента важно осуществлять точный анализ заданий, необходимых частичных компонентов для достижения цели. Такой анализ заданий является решающим при адекватном планировании терапии и супервизии, а также оценке их динамики.

Чтобы достичь долгосрочной «большой» цели, следует выявить: а) что замыслил клиент; б) есть ли у него в наличии необходимые навыки и умения, при отсутствии таковых – формировать и только затем в) пошагово тренировать новое поведение в направлении отдаленной цели.

Это возможно при следовании терапевтом и клиентом правилу «думать маленькими шагами».

В конкретной беседе психотерапевт/супервизор может много раз ставить клиенту/супервизируемому следующий вопрос: «Какой хотя бы маленький шаг вы можете сейчас сделать, чтобы изменить ситуацию и приблизиться к вашим целям?» В итоге даже очень отдаленные цели, казавшиеся недостижимыми, при раскладывании их на сегменты во взаимосвязанные кратковременные цели оказываются достижимыми, благодаря маленьким, но упорным продвижениям, день за днем, неделя за неделей, месяц за месяцем...

*Правило пятое. Думать гибко (Think flexible).*

Думать и действовать гибко (работать над изменениями креативно). Ориентация на решения означает активная работа над возможностями преодоления проблем (над копинг-стратегиями). Хотя беседы тоже очень важны при супервизии, но они не являются самоцелью. Чтобы выбраться из плена непродуктивных стереотипов, следует

создавать творческую атмосферу, работать над стимулированием оптимизма изменений и своего рода «мотивационной настроенности на прорыв», гибко-динамическое решение проблем. Не ригидное, а гибкое планирование процесса супервизии. Интерактивное решение проблем. Решение проблем – их редифиниция, коррекция целей, конфронтация с иными точками зрения – супервизора, в данном случае, что помогает прийти к инсайтам, сбросить с глаз шоры и т.д.

Человеческий опыт, включая развитие социальной системы и среды, – это динамические процессы, поэтому планирование психотерапии / супервизии и программы изменений для клиентов и супервизируемых не могут быть установлены раз и навсегда, не могут и не должны быть ригидными. Психотерапевт должен знать, во-первых, что цели психотерапии могут быть разными и меняться в ходе самого процесса, во-вторых, что к цели могут вести даже очень принципиально разные пути. И эту мысль он должен помочь усвоить клиентам / супервизируемым. А это означает, что не следует торопиться отказываться от первой неудавшейся попытки изменения. Думать гибко означает, что клиент или супервизируемый становится способным и тогда справиться с критическими ситуациями, когда непредвиденно изменяются какие-либо условия, факторы и т.д. Этим правилом психотерапевт пытается подвигнуть клиентов к тому, чтобы они подумали о дополнительных альтернативах значимым поведенческим эпизодам.

Интересно замечание одного психотерапевта относительно случая с клиентом, который хотел повысить свою «социальную компетентность»

и вполне успешно провел встречу с человеком, с которым раньше ему это не удавалось: «Великолепно, я рад, что у вас все получилось. А если бы не получилось, то как бы вы поступили в этом случае?»

Психотерапевт вначале помогает клиенту думать в понятиях вероятности и гибкости, чтобы затем развить идеи о дополнительных альтернативных шагах, если бы первоначальный план по каким-либо причинам не сработал. Такой прием, кроме того, редуцирует автоматическое и стереотипное обращение с проблемной ситуацией и стимулирует креативную, вариативную, контролируемую обработку информации, которая ведет к гибкому, активному решению проблемы. Чтобы выбраться из плена непродуктивных стереотипов (фиксированных форм поведения. – Г.З.), следует создавать творческую атмосферу; гибкое планирование процесса су-первизии – редифиниция проблем, коррекция целей, конфронтация с иными точками зрения, сбрасывание с глаз шор и т.д.

А. Айви, М. Айви, Л. Саймэн-Даунинг (1987) предлагают дифференциацию «квалифицированного» и «неквалифицированного» психолога-психотерапевта, в основе которой, по нашему мнению, лежит именно гибкость. При внимательном взгляде на предложенную классификацию и лежащие в ее основе критерии явно выделяется из ряда других такой критерий, как «способность и/или готовность к изменениям, понять и принять необходимость изменений и нового (инноваций), функциональной и поведенческой вариативности», готовность отказаться от неадекватного (профессионального) опыта и отсутствие опасений, страха и предубеждений относительно опыта нового. Этот критерий выступает как профессионально-личностное качество и определяется мной как *ригидность* (противоположное качество, или полюс, – *гибкость*); *ригидность проявляется в фиксированных формах поведения (ФФП)* – в различной степени их выраженности, модальности и спектре (Залевский, 1976–2007). Так, согласно А. Айви и др., «квалифицированный» психолог от «неквалифицированного» отличается довольно широким спектром и разной модальностью НЕ-ФФП: «не зафиксирован на собственной цели и склонностях», «может предложить альтернативное восприятие», «способен найти множество реакций на широкий спектр ситуаций и проблем», «понимает и использует в работе множество концепций», «способен к выработке множества мыслей, слов и моделей поведения внутри своей и в рамках чужой культуры», «проводит совместную работу с другими психологами», «понимает, как его реакция влияет на клиента и наоборот»,



«не привязан рабски к одной теории, активно осваивает новые», «не игнорирует культурные и половые различия». Данные исследователи дают портрет психолога/психотерапевта вне конкретных психологических теорий и психотерапевтических направлений.

Другие авторы считают, что для разных направлений психотерапии характерны различные аспекты в оценке значимости личностных качеств психотерапевта или психотерапевтических приемов для эффективного лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении клиент-центрированной, поведенческо-когнитивной и психодинамической психотерапий. В «Психотерапевтической энциклопедии» (Карвасарский, 1998. С. 425) приводятся, так сказать, идеальные портреты психотерапевтов, представляющих то или иное направление с учетом их специфики. Можно думать, что эти портреты совпадают с портретами «квалифицированных психотерапевтов». В то же время, по мнению Б.Д. Карвасарского и его учеников, при личносно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт практикует гибкий стиль поведения, преимущественно с эмпатическим подходом, при котором удается избежать крайностей директивного и недирективного стилей (Там же. С. 426). В связи с этим можно предположить, что «крайности директивного и недирективного стилей психотерапии» могут манифестироваться ФФП, например «рабской привязанностью к одной теории» и т.д. Но я больше склонен думать, что решающими в данном случае факторами являются интра-личностная структура психотерапевта (например, по параметру ригидность – гибкость) и стиль его поведения. Однако предположение требует проверки основательными эмпирическими исследованиями. Для прогноза эффективности профессиональной деятельности будущих психологов необходимые данные уже накапливаются (Залевский, 1998).

*Правило шестое. Думать фьючерно (ориентируясь на будущее) (Think future).*

Думать и действовать фьючерно (с ориентацией на будущее и на развитие; планировать перспективно). Это выражается в центральном вопросе: «Что я могу теперь активно предпринять, чтобы в будущем все было ОК?»

Многие люди живут в прошлом и думают сегодня через свое личное прошлое. Нередко клиенты рассматривают психотерапию как хорошую возможность поискать корни своих проблем или скрытые причины трудностей в своей личной жизненной истории. Многократно можно полу-

чить ответ на вопрос о том, что клиенты рассматривают как результат психотерапии: «Мы хотели бы себя чувствовать такими же счастливыми, как в прошлые времена». Но надо помнить, что даже самые выдающиеся психотерапевты не в состоянии повернуть колесо истории, колесо жизни назад. Занятие исключительно прошлым редко помогает преодолеть актуальные и будущие проблемы. Хотя и полезно понимать факторы и влияния из прошлого, но это должно находиться во взаимосвязи с актуальными или будущими действиями/шагами. В процессе терапевтических встреч следует предпочитать конструктивный, целенаправленный и ориентированный на будущее процесс. Можно антиципировать, например, с клиентами в систематической форме широкий спектр *возможных* результатов терапии и заблаговременно упражняться в преодолении будущих ситуаций риска с помощью ролевой игры («prehearsal»). В дальнейшем в центре внимания могут быть упражнения на фантазию, конкретное планирование будущего, целенаправленное формирование способностей преодоления и изменения будущих ситуаций и т.д. С этой целью можно ставить клиентам, например, такие вопросы, как «Что можете вы предпринять в будущем, как только вы уловите первые признаки того, что ваш друг опять приходит в ярость и может совершить над вами физическое насилие (например, побить)?» или: «Вы теперь в группе научились справляться с критическими замечаниями вашего друга. Как вы сможете использовать то, чему научились, если завтра или на следующей неделе критические замечания по отношению к вам сделает любой другой человек?» Думать и действовать фьючерно выражается в центральном вопросе: «Что я могу в настоящее время активно предпринять, чтобы в будущем все было ОК?».

Один конкретный пример из практики. Психотерапевт порадовался по поводу первых успехов своей клиентки, первоначально напряженной и социально неуверенной, которая выполнила «домашнее задание»: открыто заявила своему мужу, что тот ранит ее чувства, когда прибегает к некорректной критике. Психотерапевт говорит ей: «Теперь вы успешно преодолели это препятствие, но хотелось бы знать, есть ли другие ситуации, в которых вам было бы важно опять открыто и прямо сказать каким-то лицам о своих чувствах, чтобы определиться в отношениях с ними и лучше себя чувствовать, как это было с вашим мужем. Давайте вместе подумаем, какие могут случиться ситуации на этой неделе или появиться подходящие случаи, чтобы вы закрепили свои навыки». Этот прием направлен на то, чтобы клиентка могла подготовиться к подобным ситу-

ациям и пыталась самоутверждаться, тем самым, укрепляя свою социальную компетентность.

Подобную целенаправленную подготовку на преодоление будущих критических ситуаций можно вести и с клиентами, которые уже испытали успех в преодолении страха или научились справляться с определенными проблемами. Затем их просят перенести успешные стратегии и на другие сферы или ситуации, которые могут быть проблематичными для них. Антиципация будущих событий, перенос усвоенного в процессе терапии или супервизии на будущие ситуации, как и целенаправленная подготовка к тому, что в жизни проблемы могут появиться совершенно неожиданно, – это практическая реализация основного правила: *«Думать, ориентируясь на будущее»* (думать фьючерно).

Итак, шесть основополагающих правил современной бихевио-рационально-когнитивной психотерапии и супервизии в ее рамках позволяют в короткой и запоминающейся форме уяснить основную суть психотерапевтического и супервизорского процессов. При этом порядок предъявления и обсуждения этих правил не случаен, поскольку предыдущее правило подготавливает понимание и оценку последующего. Все правила находятся в тесной связи с фундаментом практики. С первой до последней встречи данные правила действуют, но только при том условии, что сам психотерапевт / супервизор будет выступать в качестве «модели» (образца) их выполнения.

Разумеется, указанные правила терапии и супервизии в рамках современной бихевиорально-когнитивной терапии (СБКТ) и консультирования не следует считать исчерпывающими. В ходе проведения нами семинаров-тренингов по психологическому консультированию и супервизии (прежде всего, с группами психологов-практиков) в рамках СБКТ их участниками были предложены на обсуждение и некоторые другие правила, а именно: *«Думать реалистично»*, *«Думать ответственно»*, *«Думать эмпатично»* и *«Думать толерантно»*. В отношении «самоуправляемой супервизии», как выяснилось, уже предлагаются эти и некоторые другие правила. Так, правило «Думать толерантно» предполагает создание терпимой к обучению атмосферы: делать ошибки – это нормально, только нужно из них извлекать уроки; как у супервизора, так и у супервизируемого есть право на свое мнение, никто никому свое мнение не навязывает, приветствуется плюрализм взглядов, целей и ценностей, речь может идти не о «правильно – неправильно», а «по-другому, по-иному»; все проверяется опытом, вместо формального авторитета – авторитет естественный; в процессе супервизии должен доминировать диалог, а не

догмы, убеждения, а не уговаривания, побуждения вместо указаний, диалого-партнерское взаимодействие вместо жесткой, ригидной иерархии власти, статуса, стажа, «опыта» и т.п.

«Думать системно» – иметь функционально-системный взгляд, т.е. решения направлены не на признак, манифестацию проблемы, а на условия, ответственные за проблему.

«Думать развивающе» предполагает побуждение супервизируемого к развитию посредством целенаправленного возрастания требований супервизируемых, как и клиентов, «брать» там, где они в данный момент находятся, и способствовать их развитию в процессе супервизии и вне ее. Опора не только на интуицию, но и на гипотезы и их проверку. Стимулирование к самооткрывающему обучению. Рефлексирующие вопросы, сократовский диалог, направление внимания, домашние задания ведут к открытию супервизируемыми значимых аспектов, процессов и образцов, которые далее включаются в их профессиональную работу.

«Думать эмпатично» означает прежде всего постоянно ставить себя на место другого, пытаться вчувствоваться в другого, проигрывать разные ролевые позиции.

«Думать эволютивно» – это непрерывное документирование, оценка и контроль эффективности.

Правило «Думать научно» ориентирует участников процесса супервизии на тесную связь науки и практики, на перспективы прояснения и преодоления рефлексии, конфронтации и стратегии преодоления.

Скорее всего, этот список будет пополняться в результате накопления опыта работы психологов и психотерапевтов в рамках современной биехвиорально-когнитивной терапии и супервизии.

Приведенные выше примеры уже демонстрировали, что предложенные правила не нацелены на решение специфических содержательных проблем клиентов или супервизируемых (профессиональных психологов и психотерапевтов). Следование этим девизам не приводит автоматически к улучшению здоровья и профессиональным успехам. Опыт показывает, что постоянное применение правил имеет своим следствием целый ряд преимуществ, например, повышение активности сотрудничества и инициативы клиентов / супервизируемых, активизирование рефлексивной переработки информации, как и стимулирование гибкого и креативного решения проблем. Самое главное, эти правила помогают в процессе психотерапии становиться «самому себе психологом-психотерапевтом», т.е. брать ответственность за свою жизнь и свое здо-

ровье на себя, что и является одной из важных задач современной бихевиорально-когнитивной психотерапии, а супервизируемому – профессиональному психологу и психотерапевту – стать самому себе супервизором, совершенствуя качество оказания психологической помощи другим людям, а также защищая себя от таких проблем профессиональных психологов и психотерапевтов, как «синдром эмоционального выгорания», «профессионально-личностная деформация» и т.д.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое правила (девизы) супервизии в контексте современной бихевиорально-когнитивной психотерапии?
2. Что означает «*Думать поведенчески*»?
3. Что означает «*Думать решенчески и позитивно*»?
4. Что означает «*Думать шагками и гибкливо*»?
5. Что означает «*Думать фьючерно*»?
6. Что означает «*Думать толерантно и эмпатийно*»?

### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Девизы психологической супервизии и их значения для практики психологической помощи.
2. Гибкливо как базовая характеристика личности супервизора.
3. Супервизорские ориентации в разных психотерапевтических школах.
4. Рефлексия и ее роль в супервизорской практике.

### **Литература**

- Бек А.** Когнитивная терапия // Эволюция психотерапии. М.: Класс, 1998. Т. 2.
- Вольпе Й.** На пути к созданию научной психотерапии // Эволюция психотерапии. М., 1998. Т. 2. С. 255–272.
- Залевский Г.В.** Супервизия/супервизорство: проблемы и дефиниции (по материалам зарубежных исследований). Сообщения 1–5 // Сибирский психологический журнал. 1998–2002. Вып. 7–9, 13–17.
- Основы** современной бихевиорально-когнитивной психотерапии и консультирования. Томск: Изд-во ТГУ, 2002, 2006.
- Кириллов И.О.** Супервизия в позитивной психотерапии : дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.
- Лазарус А.** Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб. : Речь, 2001.
- Ховкин П., Шохет Р.** Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб. : Речь, 2002.
- Эллис А., Драйден У.** Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб. : Речь, 2002.

## **6. ЛИЧНОСТЬ СУПЕРВИЗОРА И ОТНОШЕНИЯ «СУПЕРВИЗОР – СУПЕРВИЗИРУЕМЫЙ»**

### **6.1. Личность супервизора**

При всем многообразии направлений современной психологической практики существует одно положение, которое принято в большинстве из них: главным инструментом в работе психолога-практика является он сам, его личность.

Личность супервизора играет, несомненно, значимую роль в процессе супервизии, во многом определяет ее эффективность. И в этом мы можем провести аналогию с ролью психотерапевта в терапии, психолога-консультанта – в психологическом консультировании.

Квалификационные критерии для супервизоров, согласно требованиям к ним в США (Ассоциация консультативного образования и супервизии), включают 11 параметров эффективного супервизора, которые предполагают как профессиональные знания и компетентность, так и личностные качества (Bernard, Goodyear, 1992. S. 269–273):

1. Соответствующие виду деятельности знания и умения, добытые посредством тренингов, образования и практического опыта супервизирования.

2. Соответствующее роли поведение (например, обязательно непрерывное повышение квалификации, знание своих границ, сил и слабостей, ответственное обращение с авторитетом и т.д.).

3. Работа в согласии с этическими, юридическими, профессиональными и административными требованиями профессии.

4. Установление поддерживающих профессиональных супервизионных отношений.

5. Оправданное целями использование методов и техник.

6. Учет развивающих аспектов супервизии.

7. Адекватная поддержка супервизируемых при концептуализации ими случаев и работе с ними.

8. Передача адекватных компетенций относительно диагностики, планирования терапии и оценки ее эффективности.

9. Идентификация при необходимости проверенных качественных мероприятий; соответствующая передача методов документирования и экспертизы процесса.

10. Адекватная оценка уровня компетентности супервизируемых, включая обратную связь относительно учебных успехов.

11. Достаточные знания актуального состояния исследований в области терапии и супервизии и их адекватное использование в процессе супервизии.

Выделяют следующие критерии «хороших» супервизоров с позиции социальной работы в США (Munson, 1993. S. 15, 38–39):

- систематическое знакомство с современной профессиональной литературой и информирование супервизируемых;
- способность к адекватной подготовке письменных сообщений, описания случаев и публикаций;
- хорошая наблюдательность;
- адекватное ведение беседы и коммуникация;
- активный слушатель (помощь при структурировании, а не пассивность);
- видение областей компетентности супервизируемых, требующих улучшения;
- творческое внедрение в конкретную практическую ситуацию релевантных теоретических знаний;
- конструктивный анализ и редифиниция проблемных случаев;
- опознание образцов (Mustererkennung) (проблем, интеракций, коммуникаций);
- стимулирование переноса обучения;
- радость от процесса обучения;
- терпение и толерантность относительно супервизируемых, когда они допускают ошибки;
- критика и обратная связь – их давать и принимать;
- готовность к объяснению и аргументированию собственных действий;
- эффективное планирование и решения;
- способность работать в команде;
- приятие собственной роли супервизора (ответственность, власть, влияние, авторитет и т.д.).

Для «хорошего» супервизора в социальной работе характерны (Leuschner, 1990. S. 118):

- способность к интроспективному восприятию;
- толерантность к напряжениям и неуверенности;
- терпение (ввиду собственной беспомощности);
- развитие собственной теоретической позиции;
- способность к анализу психосоциальных проблем в институциональных и общественных взаимосвязях условий и к учету рамочных условий супервизии;

- понимание интра- и интерпсихических субъективных перспектив супервизируемого;
- познание и управление взаимозависимой динамикой внутри группы и между группами;
- способность к непредвзятым поискам определения проблем (по образцу «плавноплавающего внимания»);
- способность к адекватной диагностике и интервенции;
- применение теоретических знаний к конкретным ситуациям супервизионной практики;
- адекватная идентификация и дистанция;
- понимание и рефлексия процессов профессиональной социализации.

*Критерии оценки «хороших» когнитивно-поведенчески ориентированных супервизоров.* А. Ляйт и соавт. (Leith et al., 1989) сформулировали из перспективы когнитивно-поведенческой психотерапии (правда, несколько узко – в области речевых и слуховых расстройств) 13 умений «хороших» супервизоров:

1. Построение и сохранение эффективных рабочих отношений.
2. Ассистирование супервизируемому в развитии целей.
3. Помощь (ассистирование) при построении и совершенствовании диагностических умений.
4. Помощь при усвоении и совершенствовании «клинических менеджмент-навыков».
5. Демонстрация или сопровождение супервизируемого в клинической работе.
6. Помощь супервизируемому при наблюдении и анализе диагностико-психотерапевтического процесса во время супервизии.
7. Инструктирование по адекватной документации заседаний терапевтических и супервизорских.
8. В кооперации с супервизируемыми совместное планирование, проведение и анализ процесса супервизирования.
9. Помощь при оценке клинической деятельности супервизируемых.
10. Содействие в приобретении компетентности представления вербального и письменного случаев, сообщений и публикаций.
11. Ведение дискуссии по этическим, правовым и страховым аспектам клинической практики.
12. Выступление в качестве модели профессиональной работы и общения.
13. Демонстрация исследовательской компетентности в терапевтическом или супервизорском процессе.



В исследовании (Carifo, Hess, 1987–1988) предложена модель не просто хорошего, но «идеального супервизора» с трех позиций: 1) что он представляет собой как личность, 2) что он делает и 3) каков его рабочий стиль.

*Индивидуальные особенности личности* (кто такой идеальный супервизор?). Хорошему супервизору свойственны: эмпатия, понимание, несомненная расположенность, конгруэнтность, честность, эмоциональное тепло, уважение, открытость, конкретность, флексибельность, готовность, внимательность, любознательность, открытость.

*Реализуемые функции* (что делает идеальный супервизор?). Хороший супервизор в состоянии: построить диадические отношения, которые характеризуются открытостью, доверием, взаимопониманием, взаимокommunikацией и сотрудничеством; структурировать; быть компетентным как психотерапевт и как супервизор; учитывать данные (в том числе использовать данные аудио- и видеосъемок); ставить кооперативно ясные цели, использовать различные методы и работать флексибельно; различать в своих действиях супервизию от терапии.

*Конкретный рабочий стиль* (как работает идеальный супервизор во время сеанса?). Хороший супервизор создает доверительную, открытую атмосферу; готов поддержать, предлагает структуру и подсказки; избегает крайних форм критики или конфронтации; прибегает к различным формам влияния; дает непосредственную, систематическую, конкретную и однозначную обратную связь; открыт вопросам и идеям обучающихся; непреувеличенно директивен и не особенно пассивен; одновременно ориентирован на разум и на чувства; не работает как терапевт с проблемами обучающегося.

Итак, приведенные выше попытки представить модель «хорошего» и «идеального» супервизора свидетельствуют о том, что имеет место тенденция сближения ее с моделью того же уровня психотерапевта. Но, во-первых, следует различать эти модели, отражающие разные виды деятельности, а во-вторых, ни в том и ни в другом случае масштабы этих моделей, как известно, недостижимы, но выступают как указатели направления подготовки и совершенствования профессионального мастерства.

## **6.2. Фиксированные формы профессионального поведения в контексте супервизии**

Стереотип изолирует субъекта от «игры прежнего опыта», воздействует на последующий опыт замораживающе, дезадаптивно, неконтек-

стуально, и для совладания с ним требуется более богатый опыт, в том числе и общения с субъектом, у которого имеется опыт психотехнического обращения с противоречиями (Перлз, 1993. С. 132).

Проблемы эффективности психотерапии самым тесным образом связаны с категорией фиксированных форм поведения (и механизмами, которые за ними скрываются) в нескольких планах и во всей ее динамике – от этапа анализа поведения и формулировки проблемы, поведенческо-когнитивной диагностики до профессионального поведения психотерапевта и клиент-терапевт отношений (Лазарус, 2001). В общем ФФП (и то, что за ними скрывается) следует считать тем, что некоторые авторы (Kanfer et al., 1991. S. 68) называют «блокадами изменений» (*Änderungsblockaden*) и считают, что «снятие блокад изменениям и открытие новых средств и путей составляют собственно ядро психотерапевтического мероприятия» (курсив мой. – Г.З.).

Под фиксированными формами поведения понимается широкий спектр форм поведения человека (индивидуальной системы) или группы людей (групповой системы), которые биосоциально, в плане культурных норм, принятых в данном обществе для лиц определенного возраста, пола и статуса, стали уже неадекватными, но повторяются и в ситуациях, объективно требующих их изменения; при этом уровень и степень осознания и принятия необходимости этого изменения могут быть разными (Залевский, 2004, 2007).

Лучшей демонстрацией того, что представляют собой фиксированные формы поведения, причем как на уровне отдельного человека (индивидуальной системы), так и на уровне микро- и макрогрупп людей (групповых систем – семьи, производственных коллективов, общественных и государственных объединений, этносов, общества и государства в целом) – их природы, многообразии проявлений и место в жизни людей, – являются ситуации социальных изменений, катаклизмов – революций, перестроек и т.п.

Спектр фиксированных форм поведения очень широк. Вся наша жизнь проходит в двух видах активности – изменяемых и неизменяемых (или трудноизменяемых), т.е. фиксированных формах поведения, застывших, косных или ригидных стереотипов. Их взаимоотношения являются одной из кардинальных проблем биологии и психологии, а также родственных им наук – физиологии, общей и социальной психологии, психологии личности и психопатологии.

Сегодня можно выделить следующие объяснительные модели природы и сути ФФП: нейродинамическую, энергетическую, филогенетиче-

скую, личностно-средовую, диспозиционную, стрессогенную, патогенетическую, психодинамическую, научения (бихевиоральная и когнитивная), акциональную структурно-уровневую и системную.

*Нейродинамическая модель ФФП* связывает их природу и причины проявления с инертностью нервных процессов, особенно с ее ростом в силу разных причин – астенизации (утомление, нервное истощение), патологизации (в результате мозговых нарушений) и т.д. Но выявленные много-много-значные связи между особенностями нервных процессов и психологическими / личностными особенностями человека (В.М. Русалов, В.С. Мерлин) позволяют говорить лишь о большем или меньшем косвенном обусловливании и непрямых корреляциях. Так, например, при персеверациях как одной из форм ФФП наличие выраженной или патологической инертности нервных процессов, как правило, опосредствуется ослаблением или расстройством функции произвольного внимания и «представления о цели действия» (Э. Крепелин).

*Энергетическая модель ФФП* (стереотипы, привычки, установки, рутина и т.п.), которая встречается уже в работах В.М. Бехтерева, исходит из общего принципа экономии энергии. Ссылки на принцип экономии имеют место и в работах грузинской школы психологии установки Д.Н. Узнадзе. Установка, получив соответствующую объективным обстоятельствам организацию и возможности, включает в себя готовые, приобретенные опытом схемы и, соблюдая принцип экономии, обеспечивает удовлетворение потребности. Но, как известно, фиксированная установка, соблюдая тот же принцип экономии, не приводит к удовлетворению потребности. Известный русский ученый А.А. Ухтомский, разработавший учение о доминанте, очень ярко демонстрирует примерами из науки, как принцип экономии, заложенный в самой сути доминанты, хорошо работающий в условиях стереотипных, привычных, обуславливает ФФП в условиях новых, «не совпадающих с доминантой». «Я считаю своим долгом, – писал Ухтомский, – говорить о том, что многие доктрины и теории в своих выводах и исканиях заранее predeterminedены тем, что установлены *на покой и на наименьшее действие с самого начала*; действительность заранее отсекается ради прекрасных глаз теории» (1973. С. 390).

*Филогенетическая модель ФФП* в чем-то, несомненно, близка «энергетической». Наблюдения этологов и эксперименты зоопсихологов свидетельствуют о том, что фиксированные формы поведения проявляют и животные. И чем ниже на филогенетической лестнице находятся живые существа, тем вероятнее проявление ими таких форм поведения. Инстинкт, направляющий поведение животного, приспособлен к жизни ор-

ганизма в постоянной и неизменной среде и функционирует в этих условиях исправно. А если вдруг условия жизни животного изменяются? Почему так внезапно вымерли динозавры? Дело в том, что инстинкты – это потенциальные фиксированные формы поведения. Убедительные иллюстрации этого мы встречаем у Лоренца, Тинбергена и у других этологов.

*ФФП как «нарушение личностно-средовой взаимосвязи».* Эта объяснительная модель восходит к работам русского физиолога и психолога И.М. Сеченова, который более 100 лет назад писал следующее: «Всегда и везде жизнь складывается из кооперации двух факторов – определенной, но изменяющейся организации и воздействий извне. Притом все равно, смотреть ли на жизнь со стороны ее конечной цели – сохранения индивидуума – как на нечто развивающееся, потому что и сохранение в каждый отдельный момент существования достигается путем непрерывных превращений... Последнее вытекает из того факта, что во всех организмах сохранение целостности тела и жизни достигается не неподвижностью раз сформированного, а постоянным частичным разрушением и восстановлением элементов тела» (1959. С. 288–289).

В высказываниях Сеченова, а также в концепциях, выдвинутых значительно позже Бернардом («о постоянстве внутренней среды»), Кэнноном («о гомеостазисе»), И.П. Павловым («об уравнивании»), проводится мысль о гармонии внутренних состояний и внешних воздействий и о том, что эта гармония обеспечивается лишь в том случае, если жизнедеятельность и поведение человека детерминированы внешним постоянно изменяющимся воздействием среды. В случае фиксированных форм поведения имеет место нарушение этой гармонии, поскольку поведение детерминируется только внутренним состоянием без учета объективных требований внешней ситуации. Особенно ослабляется и даже полностью исчезает детерминация психической деятельности и поведения человека внешним миром при нервно-психических расстройствах. Так, еще В. Гризингер писал, что «существенный процесс сумасшествия, составляющий действительно болезненное состояние, заключается, главным образом, в том, что известное настроение, чувства, волнения, суждения, решения возникают изнутри вследствие болезни душевного органа, тогда как в здоровом состоянии наши волнения, решения вызываются только достаточными внешними побуждениями и потому находятся в некоторой связи с внешним миром» (1881. С. 64). «Стереотипии – это полностью отделившиеся от общей ситуации виды поведения и... не соответствующие какому-либо объекту окружения» (Bash, 1955). Иначе говоря, при

психических расстройств «опыт оказывается сведенным... к чисто субъективному» (А. Рей), свидетельством чего, на мой взгляд, и являются фиксированные формы поведения. Близки этой схеме попытки объяснения фиксированных форм поведения через «нарушение механизма обратной связи» (П.К. Анохин, А.Р. Лурия) и «потерю, выхолащивание значения и смысла» («Lehrlaufreaktionen» – Баж, К. Лоренц; «laps of meaning» – Якубовиц, Лемберт).

*Диспозиционная модель ФФП.* Как известно, в основу диспозиционного направления в изучении личности положена идея о том, что «личность – это то, что лежит за конкретными поступками внутри самого индивидуума», что «черта личности является движущим или, по крайней мере, определяющим элементом поведения» (Allport, 1966). В целом ряде исследований показано, что определяющим личностным элементом фиксированных форм поведения является психическая ригидность. Выделен даже особый ее вид – «диспозиционная ригидность» (Cattell, 1965). И в наших исследованиях (1976, 1993) также была выявлена связь между местом личности на континууме ригидность – флексибильность и характеристиками интенсивности и экстенсивности фиксированных форм поведения. Более того, различная пространственная представленность психической ригидности в личности – парциально, тотально и в качестве типобразующей черты – позволила выделить «ригидный тип личности» и его варианты (авторитарный, догматический, стенический и т.д.).

*Стрессогенная модель ФФП.* Психологи разных направлений отмечают, что причиной фиксированных форм поведения могут быть связанные с тревогой, страхом, фрустрацией, шоком напряжения (стрессы), вызванные сильно и кратко либо слабо и длительно действующими стрессорами. Последние оказываются теми особыми причинами, под влиянием которых привычное, известное так бережно и упорно охраняется, что к новому, к изменениям проявляется недоброжелательность (Левитов, 1969). Он же, наряду с другими исследователями, считает возможным рассматривать психическую ригидность в качестве состояния, выступающего как диспозиционный фактор фиксированных форм поведения; «этот синдром может быть вызван у любого индивида» (Wolpert, 1955). Мы экспериментальным путем также выявили наличие связи между действием стрессоров и фиксированными формами поведения, выделив наряду с ригидностью как чертой (trait-rigidity) и ригидность как состояние (state-rigidity), выступающие отдельно или в синергической связи (Залевский, 1976, 1993). Это особенно часто имеет место при нервно-психической патологии.

*Патогенетическая модель ФФП.* Клиническая практика и многочисленные патопсихологические исследования, в том числе и наши собственные (Залевский, 1993), позволяют считать правомерным выделение и «патогенетической» концепции фиксированных форм поведения. Некоторая ее глобальность может быть конкретизирована за счет более частных объяснительных схем, например психодинамической, научения – бихевиорально-когнитивной и др. Дело в том, что фиксированные формы поведения, во-первых, заметно нарастают по параметрам интенсивности и экстенсивности в направлении от нормы к нервно-психической патологии и, во-вторых, это нарастание наблюдается и далее, при качественном своеобразии, в направлении от легких форм нервно-психических расстройств (например, неврозов) к более тяжелым их формам (например, шизофрении).

*1. Психодинамические модели ФФП.* Чаще всего в рамках этих схем фиксированные формы поведения выступают при неврозах как проявление защитных механизмов. «Невротик защищается, – писал Фрейд (Freud, 1948. S. 376), – формируя фиксированные привычки, ведущие к предпочтению определенных способов решения личных проблем». Согласно Адлеру (Adler, 1974), невротик, защищаясь, формирует ригидный стиль жизни с ложной ее схемой. Мэрфи (Murphy, 1947) также считал, что «любая схематизация, любая стереотипизация есть невротическое средство защиты».

*2. Модель научения (бихевиорально-когнитивная) ФФП.* Сторонники этого подхода придерживаются мнения, что фиксированные формы поведения (философия долженствования и иррациональные мысли, неадекватные когнитивные схемы и ошибочные суждения, неадекватные установки, плохие и вредные привычки, страхи и депрессии, выученная беспомощность) есть результат неправильного научения/воспитания в том числе и социального, хотя конкретные механизмы этого научения могут быть самыми разными (Й. Вольпе, А. Лазарус, А. Эллис и др.).

*Акциональная структурно-уровневая модель ФФП.* Многолетние экспериментально-психологические исследования личности в норме и патологии позволили предложить оригинальную психологическую концепцию фиксированных форм поведения, интегрирующую, как мне кажется, и некоторые другие подходы к ним (Залевский, 1970, 1976, 1993). Я ее обозначил как акциональную структурно-уровневую концепцию. Идеи данного подхода к ФФП восходят прежде всего к трудам П. Жане (Janet, 1929) и М.С. Роговина (1969, 1977, 1988).

Основными составляющими предлагаемой концепции являются положения: а) о структурно-уровневой организации личности и поведения (деятельности, действия, акции – от action), в котором личность, проявляясь, «становится действительной» (Гегель); б) о пространственной (структурно-уровневой) ригидизации личности, обуславливающей особенности фиксированных форм поведения; в) о нарушении, в случае ФФП, отношений внутри структуры такого поведения – между высшим акциональным уровнем цели и низшим акциональным уровнем средств. Возможны два варианта таких нарушений: когда фиксированным является средство (средства) и когда фиксированной является цель действия (поведения). В первом случае неадекватное средство (как материальное, так и идеальное) сливается / сращивается с целью, делая акцию неадаптивной, а личность – функционирующей на более низком акциональном уровне. Во втором – неадекватная цель становится самоцелью, сращиваясь со средством, делает акцию тоже неадекватной, а личность функционирующей на более низком акциональном уровне.

В рамках указанного подхода нами разрабатывается акциональная (телесно-поведенчески и когнитивно-лично ориентированная) терапия фиксированных форм поведения клиента, суть которой состоит в разрыве «сросшихся» целей и средств, поиске новых средств и целей, расширении их спектра. Это способствует личностному росту (человек перестает быть рабом привычек, стереотипов и пр.), интегрируя некоторые теоретические и технологические возможности разных психотерапевтических подходов в рамках биопсихосоциально-этической модели здоровья и болезни (Залевский, 2005, 2006).

*Системная модель ФФП.* Фиксированные формы поведения могут проявляться как на уровне индивида, личности, т.е. индивидуальных систем, так и на уровне микро- и макрогрупп людей (семья, производственные и общественные организации, этнос, общество и государство в целом), т.е. на уровне групповых систем. Их влияние наблюдается в разных сферах жизнедеятельности человека: в образовании (в закрытости образовательных систем, в трудностях инновационных процессов), науке (неоправданное отстаивание своих идей и «излюбленных» теорий, а также нередко неприятие идей, предложенных коллегами или «другими» школами), культуре (устаревшие традиции, этноцентризм, проявляющий себя нередко в ригидных этнических стереотипах, ксенофобии) (Г.В. Залевский, 1996). Определяя любую систему как «комплекс элементов, находящихся во взаимодействии», различают открытые и закрытые системы:

в первых возможен лишь обмен энергией, а во вторых – обмен энергией и веществом (Bertalanffy, 1968). Интересна в обсуждаемом контексте и мысль о том, что необходимым условием устойчивости органических систем является постоянное обновление их элементов. Можно предположить, что в закрытых системах, не только органических, но и социальных, скорее всего, отсутствует это постоянное обновление элементов как внутри них, так и во взаимодействии с другими системами. Это происходит, на мой взгляд, потому, что любая система, стремясь к устойчивости, в силу нарушения обратной связи «проскакивает» оптимально необходимую меру устойчивости и устремляется к гиперустойчивости, иначе говоря, ригидизируется (коснеет, застывает), становится закрытой, о чем свидетельствует нарастание числа фиксированных форм поведения и рост их интенсивности.

О крайнем (патологическом) случае закрытости индивидуальной системы, говорил, как мы это отмечали выше, хотя и в других терминах, один из классиков немецкой психиатрии В. Гризингер. Роукич писал об «открытом и закрытом сознании» («the open and closed mind») (Rokeach, 1960). Может ли нечто подобное происходить и с групповой системой? Наверное, может, коль скоро известны случаи существования таких малых групп, как, например, определенный тип семей (Сатир, 1992), религиозные секты, мафиозные образования и даже большие социальные группы – целые государства (например, известные в истории тоталитарные режимы). На этом я останавливался несколько подробнее в другой своей работе (Залевский, 1999). Философский контекст этой идеи мы находим в работе (Bergson, 1932): мораль закрытого общества статична. Мораль открытого общества динамична. Фундамент открытой морали – творческая личность, ее свойство – дух новаторства, ломающий все фиксированные схемы закрытого общества. В. Сатир (1992) совершенно справедливо считала, основываясь на своем богатом опыте психотерапевтической работы с семьей, что в закрытой системе люди не могут процветать. В лучшем случае они могут только существовать, но людям нужно значительно больше.

### **6.3. Отношения «супервизор – супервизируемый»**

#### ***6.3.1. К постановке проблемы***

Для супервизорских отношений большое значение имеет формирование супервизорского альянса, который предполагает открытость и яс-



ность относительно используемых методов, причин их выбора, супервизорского стиля, целей супервизии, формы отношений и ответственности участников процесса (Hunt, 1986). Для того чтобы в супервизии поддерживались открытые отношения, супервизор и супервизируемый заключают устный или письменный контракт, проясняющий ответственность обеих сторон. В контракте должны быть указаны место и время встреч, стоимость и способ оплаты, договоренности о пропуске встреч, методы оценки и самооценки терапевта, используемые в процессе супервизии. Супервизор и супервизируемый информируют друг друга о теоретической подготовке и практическом опыте, месте работы, членстве в профессиональных ассоциациях, наличии профессиональной поддержки.

Супервизия является взаимным творческим процессом, и супервизируемый терапевт в равной мере отвечает за успех или неудачу супервизии. Ответственность супервизируемого включает (Ховкинс, Шохет, 2002):

- определение практических вопросов, в которых необходима помощь и обращение за помощью;
- открытое выражение чувств;
- осознание организационных соглашений, влияющих на супервизора, клиентов и супервизируемого;
- открытость для обратной связи;
- отслеживание тенденций к осуждению, оправданиям или защите;
- развитие способности определять, какой вид обратной связи полезен.

Ответственность супервизора включает вопросы формирования контракта, прояснения взаимных ожиданий, способов и методов супервизии, поддержание этического и юридического стандартов терапии, рабочих отношений и границ супервизии. Частичную ответственность супервизор несет и за работу супервизируемого с клиентом.

Контракт в супервизии предполагает обсуждение ее основных правил, границ, ответственности каждого участника, ожиданий и отношений, формата сессий, вариантов оценки супервизируемого и т.п. (Page, Wosket, 1994; Ховкинс, Шохет, 2002).

### ***6.3.2. Факторы, влияющие на супервизорские отношения***

*Динамические и статические факторы.* К числу статических факторов принадлежат: демографические (пол, возраст, раса), ролевая позиция, супервизорский стиль, личностные характеристики (Borders, Leddick, 1987). К динамическим, существующим только на определенной стадии

отношений, относят опыт терапевта и супервизора, общую продолжительность супервизорского процесса, динамику отношений (сопротивление, силу, близость, параллельные процессы и т.п.) (Borders et al., 1991). Имеются также различия в том, как супервизоры взаимодействуют с супервизируемыми, основанные на принадлежности супервизируемого к определенной расе (Cook, Holms, 1988).

На супервизорские отношения влияют опыт супервизируемого терапевта, практические и технические навыки терапевтических действий, навыки концептуализации клиента, уровень осознания терапевтом его личностных проблем, влияющий на процесс терапии и профессиональное поведение, а также этические и юридические аспекты терапевтического процесса. Большое значение имеет также способность формировать и поддерживать долговременные отношения (и супервизором, и супервизируемым терапевтом), которая является даже более важной, чем специальные знания и навыки (Dye, 1987).

Дополнительными источниками влияния на супервизорские отношения являются *ролевая неопределенность и ролевой конфликт* (Olk, Friedlander, 1993). Ролевой неопределенностью называют неопределенность относительно ожиданий супервизора и его методов оценки, в то время как ролевой конфликт относится к ожиданиям супервизируемого, связанным с ролью студента (контрастная роль терапевта). Ролевая неопределенность превалирует на тренинговом уровне и уменьшается с обретением терапевтического опыта, а ролевой конфликт проявляется как раз у более опытных терапевтов. Авторы рекомендуют супервизорам быть внимательными к признакам такого конфликта, а также минимизировать его угрозу для супервизорских отношений путем формирования у супервизируемого терапевта ясного представления о ролях и ожиданиях.

Большое значение в супервизорских отношениях имеют демографические факторы – гендерные факторы, раса, а также межкультурные различия.

*Гендерные факторы.* Влияние пола на супервизорские (да и человеческие) отношения основано на различиях в социальном, экономическом, политическом, финансовом положении и физической силе, принятых в обществе образцах поведения для мужчин и женщин (ролях и ожиданиях). Приведем краткий обзор исследований, посвященных влиянию гендерных факторов на супервизорские отношения.

– Супервизируемые сообщают о закрытости отношений с супервизором того же пола и приписывают большее влияние супервизорам противоположного пола.

– Мужчины-супервизоры поощряют имитацию и больше осознают свое влияние на супервизируемого терапевта, чем женщины.

– Женщины-супервизоры поощряют большую автономию, оказывают большую поддержку и реже нарушают границы, чем мужчины (Border, Leddick, 1987).

– Женщины-клиентки отмечают поощрение мужчиной-терапевтом традиционных женских сексуальных ролей, их пристрастие к определенным ожиданиям и в то же время обесценивание женских черт, использование сексистских концепций и преимущественный взгляд на женщину как на сексуальный объект.

– Супервизируемые терапевты оценивают начало супервизорских отношений более позитивно, когда имеют дело с супервизором того же пола, и более негативно – в противном случае.

– И супервизоры, и супервизируемые терапевты полагают, что женщины-супервизоры чаще проявляют личностно влияющий стиль в отношении конфликтов внутри супервизии.

– Супервизируемые женщины-терапевты имеют тенденцию вести себя более стереотипно, когда взаимодействуют с женщиной-супервизором.

– Если и терапевт, и супервизор одного пола, то супервизируемый терапевт больше удовлетворен результатами супервизии.

– Супервизируемые женщины-терапевты склонны заострять внимание на аффективных аспектах супервизии, а супервизируемые мужчины – на когнитивных.

– Женщины-супервизоры чаще испытывают сложности с завершением супервизии, в то время как мужчины завершают ее слишком быстро, игнорируя эмоциональные аспекты.

– Женщины-супервизоры дают больше личностной обратной связи своим супервизируемым.

– Женщины и мужчины могут полагаться на различные источники силы в отношении компенсации проблем, связанных с гендерными особенностями (тенденции к большей привязанности у женщин и большей сепарации у мужчин). Мужчины могут осознанно фокусироваться на межличностных отношениях, а женщины осознанно выбирать роль эксперта, уменьшая тем самым зависимость в межличностных отношениях.

– Мужчины и женщины супервизоры редко подкрепляют супервизируемых женщин в проявлениях ассертивности.

– Женщины-супервизируемые склоны больше уступать авторитету супервизора.

В связи с этим супервизор отвечает за помощь супервизируемым в оценке гендера как фактора, существенно влияющего на концептуализацию случая, самооценку, склонности и пристрастия психотерапевта, а также выбор терапевтических стратегий. Перед супервизором, таким образом, всегда стоят два основных вопроса: 1) как гендерный фактор влияет на терапевтические отношения и процесс, который он наблюдает, и 2) как гендерный фактор влияет на супервизорские отношения и процесс, в котором он участвует.

Существует три области рассмотрения и оценки гендерных влияний (Bernard, Goodyear, 1992):

- проблема, с которой клиент приходит к терапевту;
- взгляды терапевта;
- выбор интервенций.

Супервизор может держать в уме вопросы, которые помогут ему оценить роль гендера в конкретной работе с супервизируемым:

1. Продиктованы ли мои ожидания от супервизируемого терапевта гендерным фактором?

2. Зависят ли мои ответы супервизируемому терапевту от его пола?

3. Поощряю ли я большую независимость в мужчинах?

4. Поощряю ли я большую зависимость в женщинах?

5. Ожидаю ли я от супервизируемых женщин большей зависимости?

6. Ожидаю ли я, что супервизируемый мужчина будет независим?

7. Есть ли у меня склонность чаще работать с представителями одного пола?

8. Вовлекаюсь ли я в конфликты, каким-либо образом связанные с гендерным фактором?

9. Являются ли ожидания супервизируемого терапевта от меня основанными на моем собственном гендере?

10. В состоянии ли я справиться со своей склонностью к подавлению себя, супервизируемого терапевта или клиента?

11. Использую ли я супервизорский процесс для обучения терапевта тому, чтобы оценивать влияние гендерных проблем на терапию? И для супервизии, и для терапии остается актуальной проблема сексуального принуждения и вовлечения. Сексуальное принуждение – это нежелательное для одной стороны сексуальное наступление, в то время как сексуальное вовлечение предполагает развитие интимной связи между супервизором и супервизируемым. Особая трудность состоит в том, что между супервизируемым и супервизором может существовать взаимное согласие, и такие формы отношений очень непросто распознать и оценить объективно.

Усилия многих общественных институтов направлены на изучение разницы между принуждением и иллюзиями по этому поводу, а также этичности и законности подобных отношений. Большинство профессиональных ассоциаций разделяет точку зрения на то, что оба способа поведения являются неэтичными и наносят ущерб супервизии и супервизорским отношениям. Супервизируемые терапевты, которые были вовлечены в такие отношения своими супервизорами, воспринимают это как норму и проявляют те же паттерны в своей работе. Даже контакт, инициируемый супервизируемым терапевтом, является нарушением этических стандартов, разработанных многими профессиональными ассоциациями.

*Межкультурные факторы.* Межкультурные факторы играют большую роль в супервизорских отношениях в тех случаях, когда один из участников процесса имеет иной культурный опыт. Замечать и уважать культурные различия необходимо даже в тех случаях, когда они отрицаются. Если супервизор и супервизируемый терапевт принадлежат к разным расовым или этническим группам и имеют разные системы ценностей, важно обратить особое внимание на эти различия, чтобы супервизия оказалась эффективной. П. Ховкинс и Р. Шохет (2002) предлагают учитывать семь аспектов, помогающих прояснить такие различия.

1. Фокус на культуре клиента и его контексте. Исследуются культурно обусловленные особенности поведения клиента.

2. Изучение способов реагирования на культурные различия и скрытые культурные установки, характерные для интервенций супервизируемого терапевта.

3. Исследование культуры отношений между супервизируемым терапевтом и его клиентом (как именно культурный материал проявляется в процессе работы).

4. Фокус на культурных предубеждениях супервизируемого терапевта.

5. Изучение трудностей в динамике отношений супервизируемого терапевта и его клиента, супервизора и супервизируемого, появляющихся в связи с культурными различиями между ними.

6. Фокусирование супервизора на собственных культурных предубеждениях и контрпереносе, который является реакцией на культурный материал.

7. Исследование культурных норм и предубеждений в более широком контексте работы – организационной, социальной и политической сферах.

*Спротивление (тревога) супервизии.* Спротивлением называется защитное поведение, имеющее цель уменьшить тревогу. Первичной целью сопротивления является самозащита, с помощью которой супервизируемый

охраняет себя от ощущаемой угрозы (Liddle, 1986). Тревога в супервизии определяется множеством различных факторов: присутствием элементов оценки, необходимостью действовать, различиями в теоретической ориентации, демографическими различиями, различиями в способностях.

Слишком низкая или очень высокая тревога может снижать продуктивность супервизорского процесса. Высокая тревога обуславливает и высокую степень сопротивления.

Одна из наиболее распространенных реакций – страх оказаться неадекватным, в то время как супервизируемый хочет добиться успеха.

Еще одна причина сопротивления связана с тем, что супервизия является обязательным компонентом обучения. Супервизируемые могут воспринимать супервизора как равного, если не видят, что его возможности превышают их собственные, и отвечать профессиональной конкуренцией. Кроме того, они могут бояться изменений. Сопротивление может быть также следствием недоступности супервизора, его недостаточного знакомства с культурными различиями. К факторам сопротивления относятся наличие оценочного компонента в супервизии (особенно негативной оценки), различия в возможностях супервизора и супервизируемого, в теоретической ориентации, а также личностно-демографические различия.

*Игры супервизируемых.* Сопротивление в супервизии часто принимает форму игр, с помощью которых супервизируемый осознанно или неосознанно пытается манипулировать или осуществлять контроль над супервизорским процессом (Kadushin, 1968). Выделяют несколько категорий игр.

Существуют игры, в которых супервизируемые терапевты манипулируют уровнем требований, предъявляемых им. Часто они используют лезть, селективную информацию, чтобы повлиять на супервизорские оценки. Переопределение отношений происходит в тех случаях, когда супервизируемый терапевт пытается сделать отношения более двусмысленными. Например, при игре в саморазоблачение он будет демонстрировать себя, вместо того чтобы демонстрировать профессиональные навыки. При игре в уменьшение неравенства супервизируемый фокусируется на своих знаниях и пытается доказать, что супервизор не такой уж и сильный. В игре «Контроль над ситуацией» супервизируемый готовит вопросы для того, чтобы увести супервизора в сторону от своих действий. Другие возможности контроля – советы по поводу клиента, поиск утешения (в разговоре о том, «какая это плохая работа»), просьба о помощи, высказанная с целью разрушить авторитарность супервизора. Более жесткие и гневные формы контроля включают упреки супервизору за ошибки или недостатки.

В описанных играх встречаются 5 типов сопротивления (Baumann, 1972).

1) супервизируемый терапевт прибегает к покорности – ведет себя так, как если бы супервизор имел ответы на все вопросы;

2) тактика отвлечения внимания вопросами уводит супервизора от навыков супервизируемого терапевта;

3) игра «Я плохой» встречается, когда супервизируемый терапевт демонстрирует свою хрупкость в попытке отвлечь супервизора от своих болезненных проблем;

4) игра в беспомощность и зависимость: супервизируемый терапевт с благодарностью «поглощает» всю информацию от супервизора;

5) тактика самозащиты – игра, в которой супервизируемый терапевт обвиняет в своих неудачах и недостатках внешние факторы.

Проблемой для супервизора является определение уровня тревоги, полезного для образовательного процесса, так как наличие слишком высокой или слишком низкой тревоги неблагоприятно влияет на супервизорский процесс. Супервизор должен помнить, что сопротивление – это не синоним плохого человека, а проявление динамики супервизорского процесса (Bradley, 1989). Позитивные супервизорские отношения, основанные на честности, уважении, эмпатии, очень существенно влияют на противодействие сопротивлению (Borders, 1991).

Сопротивление супервизируемого терапевта в литературе характеризуется следующим образом:

– является нормальной реакцией людей, от которых требуются изменения, или людей, которым что-то угрожает в рамках их обучения;

– уровень сопротивления является личностной переменной;

– некоторые люди лучше поддаются изменениям, чем другие;

– супервизору необходимо снижать уровень тревоги супервизируемого до приемлемого, чтобы он нашел другие приспособительные механизмы совладания со своей тревогой;

– иногда для этого нужно замедлить темп супервизии;

– сопротивление также может быть адекватной личностной реакцией на неэффективного супервизора;

– за идентификацию сопротивления супервизируемого и его работу с ним отвечает супервизор, который должен делать это соответствующим ситуации способом.

Тревога в супервизии может стать одним из моментов обсуждения супервизорского процесса, и для адекватного взаимодействия с ней супер-

визор должен установить контрактные отношения, ожидать ее появления, определить образовательные цели супервизии, проводить групповую супервизию. Можно открыто обсуждать конфликт, сосредото-

точившись на источнике тревоги супервизируемого (Liddle et al., 1988). Кроме того, супервизор должен убедить супервизируемого отказаться от игр, стимулировать их осознание, а также осознание внутренней невыгоды участия в играх. Общее направление в работе с сопротивлением заключается в избегании ярлыков и глобальных утверждений, чтобы супервизируемый терапевт не подвергался личностной критике. Для этого используются следующие стратегии:

- обратная связь встраивается в образовательный процесс;
- супервизор высказывает конкретные утверждения о поведении терапевта;
- супервизор помогает идентифицировать клиентский ответ на поведение терапевта;
- супервизор стимулирует терапевта использовать альтернативное поведение;
- супервизор помогает терапевту подготовиться к изменению поведения;
- супервизорские цели ставятся в позитивном ключе;
- цели базируются больше на появлении нового поведения, чем на его совершенствовании;
- должны отмечаться даже малые шаги к достижению цели;
- супервизор помогает супервизируемому терапевту идентифицировать ценные качества, ресурсы, позитивное поведение и позиции, которые он может использовать для изменений;
- супервизор использует размышления вслух;
- супервизор дает обратную связь из перспективы клиента;
- супервизор дает обратную связь в виде метафоры для терапевтических и супервизорских отношений.

Работа супервизора с сопротивлением супервизируемого основывается на различных тактиках, в том числе на игнорировании, идентификации иррациональной пользы, фокусировании на скрытых проблемах, конфронтации, незащитных интерпретациях, использовании метафор, парадоксальных интервенциях и т.п.

Вопросы, которые задает себе супервизор по поводу тревоги супервизируемого, могут звучать следующим образом. Каковы поведенческие маркеры тревоги у терапевта? Что является потенциальной причиной и источником этой тревоги? Как это влияет на супервизорский процесс или



отношения? Каков мой собственный типичный ответ на эту тревогу? Каковы возможные причины для такого ответа? Что может быть продуктивней? Как терапевт ответит на такое изменение реакции супервизора?

Выделяют следующие эффективные стратегии обратной связи с супервизируемым (Powell, 1983):

- «разламывание» – разбиение информации на отдельные фрагменты, которые легче освоить;
- ссылка на себя – передача своего (или чьего-нибудь) опыта в конкретных терминах;
- «сэндвич» – помещение неприятной информации между приятными комментариями работы.

### ***6.3.3. Потребности супервизируемых***

Эти потребности различаются в зависимости от уровня развития супервизируемого терапевта. В начале обучения терапевтам полезнее рекомендации и инструкции супервизора (Stoltenberg et al., 1987). Начинающих терапевтов больше всего беспокоят вопросы компетентности, целей, направления, автономии. Наиболее распространенные проблемы касаются поддержки и эмоционального осознания (Ellis, 1991). Согласно опросу супервизируемые ценят в своих супервизорах знание теории и готовность поделиться этим знанием, интересные идеи, опыт, знание правил, умение слушать. Очень важной является забота о профессиональном росте, внимание к вопросам рабочего стресса, предоставление необходимой автономии. Кроме того, супер-визируемые нуждаются в оценке супервизора, и не только в позитивной, но и в негативной. Им необходима критическая обратная связь (Kadushin, 1993). В конце обучения терапевты предпочитают коллегиальный стиль, меньшую структурированность контекста супервизии, ее консультативную форму.

Супервизорские отношения в значительной степени определяются также эффективными и неэффективными супервизорскими стилями.

#### **Контрольные вопросы**

1. Что должно характеризовать личность супервизора?
2. Каковы критерии оценки «хороших» когнитивно-поведенческих супервизоров?
3. Что такое фиксированные формы профессионального поведения супервизоров?

4. Каковы объяснительные модели ФФПП супервизоров?
5. Какие факторы влияют на эффективность отношений «супервизор – супервизируемый»?
6. В чем суть потребностей супервизируемых и супервизоров?

#### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Личность супервизора: хороший супервизор – плохой супервизор.
2. Фиксированные формы поведения супервизируемых.
3. Фиксированные формы профессионального поведения супервизора.
4. Потребности супервизируемых – потребности супервизоров.
5. Добровольность/недобровольность участия в супервизии и мотивы супервизируемых.

#### **Литература**

*Булюбаи И.Д.* Основы супервизии в гештальт-терапии. М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2003.

*Винер Дж. и др.* Супервизия супервизора: Практика в поисках теории. М. : Когито-Центр, 2006.

*Залевский В.Г.* Штрихи к портрету профессионального психолога // Сибирский психологический журнал. 1998. Вып. 8–9. С. 116–117.

*Залевский Г.В.* Супервизия/супервизорство: проблемы и дефиниции (по материалам зарубежных исследований). Сообщения 1–5 // Сибирский психологический журнал. 1998–2002. Вып. 7–9, 13–17.

*Залевский Г.В.* Личность и фиксированные формы поведения. М. : ИП РАН, 2007.

*Карвасарский Б.Д.* Супервизия. Супервизор // Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 1998. С. 609–611.

*Муллан Б.* Психотерапевты о психотерапии. М. : Класс, 1999.

*Уильямс Э.* Вы – супервизор: Шестифокусная модель, роли и техники супервизии. М. : Класс, 2001.

### **7. СУПЕРВИЗИЯ КАК ПРОЦЕСС (ШЕСТЬ ШАГОВ СУПЕРВИЗИИ)**

Супервизия представляет собой процесс, структурированный пошагово, или пофазно. В литературе можно обнаружить разные представления о структурированности процесса супервизии (Schreyogg, 1994; Schmelzer, 1997; Belardi, 1998). Ниже мы приводим представления об этом, которые находим в работах известных американских и немецких специалистов и которые считаем оптимальными (Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 1991 и др.).

*Первый шаг. Начало и начальная ориентация.*

- (Самый первый контакт.) Что Вас привело ко мне?
- О чем сегодня должна идти речь? Что мы имеем в качестве предмета сегодняшнего заседания/встречи (желания, надежды, ожидания)?
- Какую помощь Вы бы хотели получить и для чего? Какую помощь Вы ждете от меня? Что бы вы хотели сегодня получить? Что должно измениться сегодня в позитивную сторону?
- (Работа в группах, командах.) Кто и что хочет вынести на обсуждение?
- (При наличии многих вопросов и желающих.) Что в настоящее время является самым важным или срочным? Что может еще подождать? Что мы выбираем для сегодняшнего обсуждения? В каком порядке? С чего мы начнем? Как много времени мы намерены этому посвятить?
- Есть еще важные темы, нуждающиеся в ответе вопросы, или мы можем уже начинать?

*Второй шаг. Анализ ситуации: выяснение актуального состояния (IST-Zustand).*

- О какой проблеме точнее идет речь? Можете Вы привести типичный пример в связи с ней?
- В чем, собственно, дело/что произошло? – Что делает ситуацию/процессы проблемой?
- Что делает так, что ситуация сохраняется? (Горизонтальный, вертикальный и системный анализ условий.)
- Кто имеет «выгоду» (в выигрыше) от данного состояния вещей?
- Какие личные установки и опыт играют роль в данном случае?
- Какие системные факторы (контекст, окружение, институциональные правила и т.д.) имеют место?
- Как вы сами себе объясняете данную проблему?
- Идет ли речь о (принципиально изменяемой) проблеме или о (необратимом) факте?
- Когда это лучше? Когда это не представляет проблемы? А что, есть другое?
- Что уже предпринималось и что нет и с каким эффектом?

*Третий шаг. Определение (желаемых) должных-быть-состояний (Soll-Zustände) (формулировка проблемы и целей).*

- Что должно быть/стать? Как должно быть ОК? Как должно быть идеально?
- Какой должна быть ситуация, чтобы Вы были немножко более довольны?

- Как должно быть, чтобы и другие участвующие лица были довольны?
- Когда наша супервизия была бы уже не нужна?
- Идет речь о (достижимых) целях или (недостижимых) утопиях?
- Что Вы хотите сохранить или оставить так, как есть?
- Чего бы Вы хотели достичь, изменить, чему научиться?
- Что Вы должны хорошо или плохо принять, с чем все-таки согласиться?

**Четвертый шаг. Поиск и выбор решений.**

- Принять или изменить?
- Какие пути (как средства к цели) принципиально возможны (оценка 2-го и 3-го шагов)? Может быть применен метод «мозгового штурма»:

1) устранение имеющихся «барьеров» (внешних, например, начальство против ваших предложений и нововведений, или внутренних – личностные переменные: предрассудки и предвзятости, собственные страхи и проблемы, укоренившиеся привычки ухода от активного преодоления проблем, перекладывания их решения и ответственности на других и др.);

2) формирование новых компетенций;

3) новые пути и альтернативные решения. – Какие решения Вы хотели бы действительно принять? (Что конкретно, как, в каких ситуациях и т.д.)

– Что для этого нужно? Имеются ли для этого необходимые предпосылки и компетентность?

**Пятый шаг. Перекладывание решений и контроля эффективности на проблему (конкретная подготовка к действию: от планирования и принятия решений о целях, путях и методах – к их воплощению).**

Две возможности реализации: а) во время самой супервизии («сухой тренинг») и б) в жизни (домашние задания и т.д. – супервизия in vivo). Лучше использовать эти возможности последовательно, от а к б.

– Какой из возможных маленьких шагов следовало бы сделать первым?

– Что Вы будете пытаться конкретно делать до нашей следующей встречи?

– Кто/что может помочь при непосредственном применении решений?

– На основании чего Вы будете судить о том, что этот шаг был успешным и что Вы приближаетесь к Вашей цели? Что будет говорить о неуспехе (или рецидиве непродуктивных форм поведения)?

– Как Вы будете поступать дальше, если... (Икс или Игрек) будет иметь место?

**Шестой шаг. Завершение эпизода и трансфер (перенос).**

– Может мы на этом завершить?

– Чему Вы научились из сегодняшнего эпизода?

– Что из этого при необходимости может быть перенесено в другие ситуации?

– На какую другую тему мы должны обратить внимание?

*Седьмой шаг. Общие итоги и предложения.*

– Как Вы восприняли сегодняшнюю форму нашей совместной работы?

– Стиль мой как супервизора Вам подходит?

– Могу я еще что-то сделать, чтобы последующие наши заседания сделать еще более эффективными?

– Имеются желания, интересы с Вашей стороны, которые должны быть обязательно учтены в будущем?

– Итак, наше занятие можно считать вполне нормальным, в порядке?

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое супервизия как процесс?
2. В чем суть 6-шагового процесса супервизии?
3. Чем завершается каждый эпизод и общая супервизорская сессия?

### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Варианты супервизии как процесса в разных психологических школах.
2. Супервизия как процесс в бихевиорально-когнитивной психотерапии и консультировании.
3. Понимание проблемы как предмета супервизии в бихевиорально-когнитивной (когнитивно-поведенческой) психотерапии.
4. *Cherche la cognition!* и уровни поиска в бихевиорально-когнитивной психотерапии и супервизии.
5. От когний-значений до когний-смыслов – таков путь поиска проблемы и ее решения в контексте бихевиорально-когнитивной психотерапии.
6. Специфические особенности бихевиорально-когнитивной психотерапии и супервизии.

### **Литература**

**Булюбаи И.Д.** Основы супервизии в гештальттерапии. М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2003.

**Залевский Г.В.** Супервизия / супервизорство: проблемы и дефиниции (по материалам зарубежных исследований). Сообщения 1–5 // Сибирский психологический журнал. 1998–2002. Вып. 7–9, 13–17.

**Кулаков С.А.** Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб. : Речь, 2002.

*Ховкин П., Шохет Р.* Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб. : Речь, 2002.

## **8. МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СУПЕРВИЗИИ**

### **8.1. Общее представление о методах супервизии**

Некоторые авторы считают, что в консультировании (т.е. в психологической практике, к которой следует отнести и супервизию) клиент и его ситуация идентифицируется консультантом как уникальные и неповторимые, что не допускает ни каузального объяснения, ни научного предвидения (Клюева, 2008 и др.). Среди методов, которые можно использовать в работе с клиентом, – интерпретация, понимание, рефлексия, диалог, проблематизация. В качестве основных методов в консультационном взаимодействии используются понимание и описание.

Проблематизация понимается как мыслительная техника, состоящая в требовании объяснить, обосновать, что, почему и в связи с чем утверждает клиент. За счет проблематизации резко повышаются продуктивность и качество суждений, формируются навыки поиска, проработки и построения оснований утверждения и действий. В работе с клиентом важно понять, как развивается система его психологического опыта, помочь осмыслить природу и назначение того или иного мифа, вывести его на уровень осознанного отношения к действительности. Для достижения этой цели могут быть использованы и объяснение, и понимание (Клюева, 2008. С. 144).

Можно было подискутировать с автором этих высказываний, отказывая «каузальному объяснению и научному предвидению» в праве быть среди методов консультирования, но, как мы убедимся, она сама себя опровергает, приходя к выводу, что «для этой цели может быть использовано и объяснение, и понимание». В этом мы вполне солидарны с ней, о чем писали в ряде своих работ (Залевский, 2007, 2008).

### **8.2. Методы супервизии в контексте бихевиорально-когнитивной терапии**

Здесь мы можем сослаться на авторитетное мнение немецкого психотерапевта и автора серьезного труда по супервизии Шмельцера, в котором он систематизировал возможные методы супервизии в контексте бихевиорально-когнитивной терапии (Schmelzer, 1997. S. 403–423).

Обычные методы: домашние задания; анализ заданий, или анализ интервенций: три сферы – знания, умения и мотивация – анализируются, а затем сопоставляются актуальное и желаемое состояния; функционально-системный анализ условий, поддерживающих существование проблемы; наблюдение и интерпретация наблюдаемых данных; брейнсторминг – «мозговой штурм»; профилактика СЭВ; чейнинг; коучинг; оспаривание иррациональных когниций (мыслей, убеждений и т.д.): цель – когнитивное переструктурирование в адекватное действительности направление через провокацию, конфронтацию, сократовский диалог; этнографический метод; фейдинг: постепенное избавление от старых позиций; описание случая; обратная связь, которая должна быть прямой, однозначной, специфической, а не общей, поведенчески, а не личностно ориентированной, личностно-конструктивной, а не критически-деструктивной, немедленной, а не отставленной; тренинг гибкости (предъявление «сюрпризов»): теперь все может быть по-другому, как вы будете действовать?; остановка мыслей – СТОП!; юмор; гипотетические вопросы: «Что было бы, если бы Ваш клиент именно так поступил, как Вы предполагаете?» и т.д.; упражнение воображения; информация – книги и т.д.; техники инсценировки: коллажи, карикатуры, музыка-танцы; коммуникация и коммуникативные структуры в групповой динамике; тренинг компетентности (может включать все остальные методы); конфронтация; контракты; креативные техники (когнитивные методы решения проблем, нахождения альтернативных решений); кризисные интервенции (клиент с ножом на психолога, угроза суицида, утрата в семье супервизируемого и т.д.); конструктивная критика; мысли вслух; супервизия *in vivo*: внутренний-внешний круг, стенка Гезелла, «наушник в ухо» («*bug-in-the-ear*»), «открыть ногой дверь» («*knock-in-the-door*»); решетка оценки стиля (*managerial Grid*); ментальные упражнения; модельное научение; мотивационный анализ; ничегонеделание как интервенция – проблемы сами уходят (метод Обломова); оперантные методы; органиграммы; тренинг развития организации; передача знаний; менеджмент времени; выяснение целей и ценностей; циркулирующие вопросы; метакоммуникация; метафоры и истории; метаплан-техника; микротренинг; анализ процесса; рефлектирующая группа; рефлексия посредством рефлектирующих вопросов; рефрейминг и релейбиллинг; абстрагирование правил; развитие персонала; плановые игры (клиника, служба занятости и т.п.); упражнения, предворяющие критические ситуации в виде ролевых игр; решение проблемы; промптинг; провокация; ролевой анализ; ролевой коучинг; разрешение ролевого конфликта; ролевая игра: диагно-

стическая функция, как будто характер, применение в группах, перемена ролей, эффект упражнения; самонаблюдение; самоинструкция; (мей-ченбаум); самоконтроль; шейпинг; симуляции (сценарии); сократовский метод; упражнение с зеркалом; символизирование; контекст-изменения; визуализационные техники (рисовать, моделировать и пр.).

**Необычные методы супервизии:** Коломбо-техника: «Извините, я очень уверен, что правильно понял, поэтому хотел бы еще кое о чем Вас спросить»; «Наверное, Вы удивляетесь тому, как я задаю вопросы, но может ли быть, что...»; Одиссей-свинопас-коммуникация (Одиссей рассказывает о своих путешествиях своему сыну); «открытый стул» (open-staff-Sitzung) – два супервизора беседуют в присутствии группы, а между ними – пустой стул, на который может сесть любой супервизируемый, если желает принять участие в разговоре; магический театр – через пародии, шаржи и т.п.; йохари-окна: групповой метод улучшения восприятия себя через получение обратной связи о восприятии себя другими; парадоксальные интервенции; скульптурная работа.

#### **Контрольные вопросы**

1. Каковы общие представления о методах супервизии?
2. Каковы методы супервизии в контексте бихевиорально-когнитивной психотерапии?
3. Какие методы относят к необычным методам супервизии?

#### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Методы супервизии в психоанализе.
2. Методы супервизии в гештальттерапии.
3. Методы супервизии в гуманистической психотерапии.
4. Методы супервизии в когнитивно-поведенческой психотерапии.

#### **Литература**

**Булюбаши И.Д.** Основы супервизии в гештальттерапии. М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2003.

**Залевский Г.В.** Основы современной бихевиорально-когнитивной психотерапии и консультирования. Томск : Том. гос. ун-т, 2002, 2006.

**Залевский Г.В.** Супервизия: практика в поисках теории // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 7–13.

**Кириллов И.О.** Супервизия в позитивной психотерапии : дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.



**Кулаков С.А.** Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб. : Речь, 2002.

**Уильямс Э.** Вы – супервизор: шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. М. : Класс, 2001.

**Якобс Д. и др.** Супервизорство: Техника и методы корректирующего консультирования. СПб. : Б.С.К., 1997.

## **9. СУПЕРВИЗИЯ: ПРАКТИКА В ПОИСКАХ ТЕОРИИ**

Список «школьных» и «внешкольных» супервизий и их описание, которые мы приводим выше, можно продолжить: по моим подсчетам, их не менее полусотни. Но вряд ли это стоит делать, поскольку уже перечисленные выше модели супервизии убедительно свидетельствуют о том, что они представляют скорее модели, концепции или теории *для супервизии, но не являются собственно теориями супервизии как таковой.*

В подтверждение этой мысли сошлемся на некоторые высказывания, например: супервизия в гештальттерапии основана на тех же концепциях, принципах, ценностях, что и сама гештальттерапия (Бу-любаш, 2003).

Имеет место нераздельность супервизии и анализа. Супервизия представляет собой настолько устоявшуюся часть аналитической работы, что вопрос о ее целях и задачах может показаться смехотворным. Труднее доказать, что супервизия представляет собой некую форму деятельности, по существу, отдельную от анализа (Винер и др., 2006).

По мнению некоторых исследователей, несмотря на некоторые попытки, все еще отсутствует сколько-нибудь удовлетворительная рамочная концепция супервизии (Holloway, Jonston, 1985).

Супервизия представляет собой «парадный» пример имеющейся пропасти между теорией и практикой (Schmelzer, 1997). То, что многие модели супервизии не удовлетворяют претензиям в качестве научных теорий и едва поддерживаются результатами эмпирических научных исследований, не является для некоторых авторов поводом сомневаться, так как они исходят из позиции «типичных практиков»; при этом интуиция и личный опыт выступают на первый план, а академические теории становятся необязательными – вплоть до открытой враждебности по отношению к науке. Другие исследователи убеждены, что знание теории личности и теории супервизии служат предпосылкой создания безопасного пространства общения супервизора и супервизируемого, что следует различать между метатеорией и микротеорией, ведь именно последняя стро-

ится непосредственно в консультационном кабинете при работе с пациентом, а первая относится к процессу развития перекрывающихся теорий психологических функций (Клюева, 2008; Мельченко, 1999 и др.).

С супервизией происходит приблизительно то же самое, что с консультативными и терапевтическими подходами. Существует плюрализм, который порой объясняет только часть проблем.

Немецкое общество супервизии в социальной работе, в котором представлены разные направления супервизии, не является сторонником специальной содержательно-теоретической концепции супервизии, но выступает за определенные стандарты, которые позволяют осуществлять квалифицированную подготовку и проведение супервизии (Belardi, 1998. S. 127–133).

Анализ соответствующей литературы позволяет сделать вывод: сегодня теории супервизии не существует, хотя имеются попытки ее создания, на чем мы остановимся ниже.

Какие же теории используют собственно супервизоры? Опрос среди 777 читателей журнала «Supervision» (Супервизия), проведенный несколько лет назад, показал, что во главе находятся психотерапевтические концепции: психоанализ, системное консультирование, групповая динамика, разговорная терапия, гештальттерапия и др. Это еще раз показывает, что «супервизия все же является лишь веточкой на дереве терапии» (Hege, 1996. S. 104). Большинство супервизоров редко используют одну концепцию; в среднем используется 2–3 концепции. Вместе с тем почти все опрошенные высказались за «открытость» для различных направлений и в плане их концептуальности.

Уже взгляд на историю супервизии обнаруживает со всей определенностью, что в ее методическом ориентировании были различные фазы. Вначале была фаза «работа со случаями» (case work) приблизительно до 1970 г., при этом методы супервизии питались из психоаналитической теории. Начиная с 1970 г. пришли методы групповой динамики и групповой психотерапии, например Балинтовский метод. Эта фаза длилась приблизительно до середины 1980-х гг. Для обоих периодов характерно, что не существовало ни самостоятельного супервизорского метода, ни всеохватывающей методики или теории. Супервизоры заимствовали свой инструментарий из других подходов: психоанализа, групповой динамики и т.д. В большинстве случаев супервизор использовал один какой-либо подход, в отдельных ситуациях – много или части многих подходов (эkleктический прием).

1990-е годы принесли супервизии новую ситуацию. Появляются попытки построить мультипарадигмальные модели. Была предложена мета-

теоретическая модель (интегративная модель для супервизии) (Schreyoegg, 1994. S. 31–37). В этой модели на общем теоретическом уровне находятся все доступные системы, проверенные на возможность их использования и согласованность с заявленными постулатами (например, психоанализ, гештальттерапия, психодрама, групповая динамика, организационные теории, групповая терапия, балинтовская группа).

Интегративная структура для супервизии располагает 4 уровнями знаний: праксеологическим, супервизорски-теоретическим, теоретическим, метамодельным.

*Праксеологический уровень:* указания о том, какие методические мероприятия и процессуальные правила должен применить супервизор.

*Супервизорски-теоретический уровень* – уровень целей, формы реконструирования, воздействий, стиль взаимодействия, а также указания на действия в различных ситуациях.

*Теоретический уровень:* использование социально-научных теорий для структурирования практических тем и супервизорских ситуаций.

*Уровень метамодельный* – уровень антропологических позиций, т.е. определенный взгляд на человека, это познавательные-теоретические позиции, понимание человека принципиально как телесно-душевно-духовного субъекта. Супервизорская работа не может быть исключительно центрирована на одном из этих аспектов, поскольку супервизируемый – целостный человек.

Шмельцер дает анализ современному состоянию исследований супервизии, возможных причин недостаточности и недостатков в этих исследованиях, а также указывает на некоторые перспективы этих исследований (Schmelzer, 1997. S. 91–104).

***Современное состояние исследования супервизии.*** Исследовательская база супервизии в мировой клинической психологии и психотерапии довольно слаба (Ellis, 1991. С. 239):

а) имеющиеся исследования довольно слабы концептуально и полны методических недостатков. Большинство теоретических моделей супервизии не подвергались эмпирической проверке;

б) призывы к эмпирически фундированному с теоретическим сопрождением исследованию практики остались не услышанными;

в) имеющаяся литература содержит скорее грубые рекомендации и опорные пункты для практики, образования и стандартов супервизии;

г) существующие модели супервизии были неспособны подтолкнуть исследования и формулирования теорий в силу недостаточной операционализации своих концептуальных выводов;

е) если теории и проверялись, они обнаруживали значительные дефициты, но впоследствии они не подвергались коррекции или модификации.

Сегодня известно лишь небольшое число научно-исследовательских проектов по супервизии. К ним следует, например, отнести Гиссеновское 3-летнее лонгитюдное исследование психотерапевтической супервизии: развитие терапевтических компетенций, терапевтической неуверенности, терапевтических стилей, супервизорских потребностей (Frank, Walter, Vaitl, 1992; Bents u.a., 1996). Проблему «женщины и мужчины в супервизии» исследовал Шнайдер (Schneider, 1995). В исследовании выяснилось следующее: женщины как супервизируемые ведут себя скорее как клиенты – активно, умно в отношениях и партнерски; мужчины – скорее учрежденчески, конкурентно, идеологично и заблокированно в отношениях. О некоторых исследованиях проблем супервизии сообщает Шрейогг (Schreyoegg, 1994).

Что касается исследований проблем супервизии в нашей стране, то есть обнадеживающие начальные шаги в этом направлении. Так, в 2002 г. была защищена фактически первая кандидатская диссертация по этой проблеме (Кириллов, 2002). В данном контексте интересными представляются и выполненные под моим руководством диссертационные исследования С.В. Умняшкиной (Залевский, Галажинский, Ум-няшкина, 2001), В.Г. Залевского (1998), М. Шумахер (2008) и др.

Имеющиеся на сегодняшний день немногие исследования этой темы говорят в пользу того, что супервизируемые довольно высоко оценивают супервизию как важный элемент повышения квалификации, личностной и профессиональной компетентности (Schmelzer, 1997; Шумахер, 2008).

Шмельцер делает краткий обзор некоторых исследований содержательных и процессуальных проблем образовательной и практической супервизии (Schmelzer, 1997. S. 94–103).

***Возможные причины недостатка в исследованиях супервизии:***

– некоторые особые обстоятельства делают супервизию довольно трудным предметом исследования;

– когнитивные установки: супервизия имеет в любом случае тот смысл, что она необходима для практики;

– прагматические приоритеты для практиков: главное, что это функционирует, пренебрежение научными теориями;

– негативная дефицитная спираль: малое количество серьезной научной литературы по супервизии, а потому прибегают к имеющимся консультативно-терапевтическим моделям и отказываются развивать специальные исследовательские программы;

- личные убеждения супервизоров, в соответствии с которыми супервизия – это искусство, не поддающееся исследованию;
- наличие у супервизоров позиции не рассматривать супервизию в оценочном плане ее эффективности;
- «естественный эффект лени»: требуются время и терпение, поскольку релевантные теории развиваются довольно медленно;
- общие недоразумения, предрассудки и отвергающие позиции в отношении науки и исследования;
- враждебность по отношению к науке как модная тенденция у некоторых практиков, соединенная с любовью к личным верованиям и спонтанному частному опыту (интуициям) или некритическое принятие гуру-подобных учений.

***Конструктивные выводы об исследовании супервизии в будущем:***

- мотивировать исследователей – супервизоров и супервизируемых – проводить больше и лучших исследований;
- супервизия – не свободная от науки зона, принципы научного исследования применять и к проблемам супервизии;
- побуждать терапевтов и супервизоров к научному мышлению и работам уже на этапе их подготовки, разъяснять смысл и цель практико-ориентированного исследования;
- вооружать их методологическими знаниями, умениями и навыками;
- адекватное построение теорий;
- эффективные исследования практики осуществлять совместно с практиками вместо того, чтобы сводить их до материала исследования;
- больший акцент исследования на вопросы: какой вид супервизии; осуществляемая какими лицами; подходит к какому лицу; для достижения какой цели; в какой исходной ситуации и с помощью каких средств?
- вовлечение в исследование клиентов супервизируемых как косвенных потребителей супервизии;
- поощрять взаимодействие теории и практики и рассматривать науку как непрерывный самокорректирующийся процесс.

Анализ особенностей становления супервизии и ее актуального состояния как особой психологической практики дает возможность выявить ряд проблем, определяющих перспективы ее дальнейшего развития. Прежде всего можно констатировать значительное отставание супервизии как практики от других практик по ее разработанности и теоретическому осмыслению в силу ряда исторических и объективных причин. Объективной причиной является сама логика отношений между психоло-

гическими практиками и супервизией – она всегда шагает следом; вначале должны появиться психологические практики и те, кто эти практики реализует, а затем, с неизбежностью, но иногда не очень скоро, востребованная ими супервизия. Супервизии как бы не свойственно опережать то, что она призвана контролировать, в образовании чего она должна принимать участие и чему она должна помогать.

Приведем исторические причины некоторого (в мире, но существенного в нашей стране) отставания супервизии от иных психологических практик:

1) супервизия как особая психологическая практика проделала долгий путь из промышленности, где с ее помощью решался вопрос о контроле качества продукции и повышения качества профессиональной деятельности, в социальную работу, где чаще всего решались с ее помощью задачи надзора (помощи) за особыми слоями населения, в психологическую практику, когда спектр психологических практик значительно расширился, а значит, расширился и круг людей, оказывающих психологическую помощь, которая в силу разных причин далеко не всегда имеет высокое качество;

2) супервизия, переключаясь в сферу психологии, психологической практики, «приземляясь» в лоно той или иной конкретной психологической практики, становилась «супервизией конкретной психологической практики». Вначале это была «спихоаналитическая супервизия» по тому, как ее понимали и практиковали З. Фрейд и его последователи К. Абрахам, М. Баллинт, К. Хорни, а затем – «поведенческая супервизия», «гештальт-терапевтическая супервизия», «когнитивная или поведенчески-когнитивная супервизия», «системно-семейная супервизия», «юнгианская супервизия», «трансперсональная супервизия» и т.д.; так рождались «школьные варианты супервизии»;

3) ограниченность теоретической разработанности соответствующих практик накладывала отпечаток и на супервизию в их рамках, например, в вопросах целей, предмета и т.д.;

4) сфера востребованности или учрежденческие традиции оказания психологической помощи приводили нередко к потере общих сущностных характеристик понятия супервизии, превращая ее в «клиническую супервизию», «педагогическую супервизию», «психотерапевтическую супервизию» и т.д.;

5) в силу разного истолкования самого термина и вытекающей отсюда расстановки акцентов имел место нередко своеобразный редукционизм – сведение понятия супервизии к понятиям консультирования, надзира-

тельства, наставничества и т.п., отсюда и нередкое смешивание супервизии с родственными практиками, прежде всего с психотерапией;

6) рожденная из практики и для нужд практики, супервизия, как и все другие психологические практики, попала в известный «схизис» между психологической наукой и психологической практикой (Василюк, 1996);

7) барьеры на пути развития супервизии создает ошибочная, на мой взгляд, точка зрения о том, что психологическая практика (как и практика любая) не может иметь своего теоретико-методологического обоснования, своих теорий, поскольку супервизия отражает «ремесленный аспект» психотерапии (Кулаков, 2002. С. 218). Мне представляется, как и некоторым другим авторам (Карицкий, 2007 и др.), что эта позиция ошибочная. Так, И.Н. Карицкий, хотя в своей классификации психологических практик не находит места супервизии, но справедливо настаивает на том, что «психологические практики должны иметь определенные основания: феноменологические, орудийные, практические, методологические, реляционные, концептуальные, потребностно-целевые» (2007. С. 232);

8) довольно распространено мнение о том, что о супервизии не надо говорить, супервизией надо заниматься. Иначе говоря, с супервизией все ясно, существует полный консенсус относительно ее объектного поля, ее предмета и фокуса, моделей, структуры и механизмов, объективных критериев ее востребованности и эффективности, ее места на разных этапах профессионализации психологических практиков и подготовки психологов-практиков и психологов-супервизоров. Увы, этого на сегодняшний день нет, а потому, разумеется, не следует отменять супервизию как психологическую практику, но осмыслить уже существующую такую практику и попытаться внести определенный вклад в разработку теоретико-методологических оснований, т.е. «теории или теорий среднего уровня», которые увяжут фундаментальную психологическую науку и супервизорскую практику.

Одним из перспективных путей создания теории или теорий супервизии – это попытки, побуждаемые идеей создания «интегративной психотерапии» и «интегративной супервизии». Некоторые из уже упоминаемых выше авторов (Kanfer, Petzold, Schreyoegg) пошли по этому пути, испытывая большие трудности поскольку, во-первых, на них лежал груз представлений о «неавтономности супервизии» от психотерапии вообще и «школьной» в частности; во-вторых, происходило, как правило, «застревание» на методическом уровне, и предлагаемые модели оставались по сути своей эклектическими. Конструктивными, на мой взгляд, были те усилия, когда шли не через попытки интегрировать разные теории, а рассматрива-

ли как интегрирующий (системообразующий) фактор самого клиента, пациента и супервизируемого (Petzold, 1993; Schreyoegg, 1994. S. 31). В основу такого подхода положена прежде всего холистически-антропологическая ориентация, согласно которой «человек принципиально понимается как телесно-душевно-духовный субъект» (als Koerper-Seele-Geist-Subjekt). Эта ориентация близка нам в связи с развиваемой нами био-психосоциально-этической моделью человека и его здоровья (Залевский, 2006).

### **Контрольные вопросы**

1. Нужна ли супервизорской практике теория?
2. Что является сегодня теоретическим основанием супервизорской практики?
3. Каковы причины фактического отсутствия на сегодняшний день теории (теорий) этой практики?
4. Каково современное состояние исследований супервизии?
5. Каковы перспективы исследований супервизии, сближения теории и практики?

### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Отношение теории и практики в психологическом консультировании и психотерапии.
2. Отношение теории и практики в психологической супервизии.

### **Литература**

- Василюк Ф.Е.** Методологический смысл психологического схизиса // Вопросы психологии. 1996. № 6. С. 25–40.
- Винер Дж. и др.** Супервизия супервизора: Практика в поисках теории. М. : Когито-Центр, 2006.
- Залевский Г.В.** Супервизия: практика в поисках теории // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 7–13.
- Карвасарский Б.Д.** Супервизия. Супервизор // Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 1998. С. 609–611.
- Карицкий И.Н.** Теоретико-методологический анализ психологической практики // Теория и методология психологии. Постнеклассическая перспектива / под ред. А.Л. Журавлева, А.В. Юревича. М. : Изд-во ИП РАН, 2007. С. 223–246.
- Ховкинс П., Шохет Р.** Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб. : Речь, 2002.



## 10. ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУПЕРВИЗОРСКОЙ ПРАКТИКИ

### 10.1. Этические проблемы супервизии

*Компетентность.* Супервизируемый терапевт – это, как правило, человек (по крайней мере, в рамках учебной программы), который еще не готов к самостоятельной практике, поэтому его супервизор несет ответственность за то, что случится с клиентом, с которым работает супервизируемый (Naggar et al., 1990). В то же время под таким наблюдением супервизируемый имеет возможность профессионально расти и расширять свой опыт даже в сложных и нестандартных случаях. Таким образом, супервизорские отношения должны приносить пользу супервизируемому терапевту, супервизору и, что наиболее важно, клиенту.

В супервизорских отношениях к компетенции супервизора относится экспертная оценка не только знаний и навыков терапевта, но и его личной готовности взять на себя клиническую ответственность.

*Информированное согласие* есть средство защиты терапевта и супервизора от судебного преследования со стороны клиента. Оно означает, что клиент должен быть предупрежден о потенциальном риске или альтернативных возможностях оказания помощи, так чтобы его решение об участии в терапии было принято осознанно. Супервизоры должны внимательно следить за достижением трех уровней информированного согласия (Bernard, Goodyear, 1992):

- 1) супервизор должен быть уверен, что психотерапевт информировал клиента обо всех особенностях терапии;
- 2) супервизор должен быть уверен, что клиент осознает эти особенности (например, что аудиозаписи будут прослушиваться в супервизорской группе);
- 3) супервизор должен информировать супервизируемого терапевта о критериях оценки супервизорского процесса и других экспертных аспектах ситуации (например, о том, что от супервизируемого могут потребоваться интервью, навыки описания практической работы и т.п.).

*Защита прав клиента и супервизируемого психолога, психотерапевта.* Принцип информированного согласия акцентируется супервизором в начале супервизорской работы, в то время как права всех участников процесса должны соблюдаться в течение всего процесса. В обязанности супервизора входит защита прав и клиента, и терапевта. Например, окончательная негативная оценка супервизируемого без предупреждения и

предварительного предоставления возможностей улучшения его профессионального функционирования – это нарушение его прав.

*Конфиденциальность.* Соблюдая конфиденциальность в рамках психотерапии, психотерапевт должен обсуждать с клиентом вопросы, связанные с сохранением в тайне его личной информации. К ним относятся право на неразглашение приватной информации (хранение и демонстрация видео- и аудиозаписей сессий, разрешение клиента на демонстрацию и т.п.), а также понимание того, в каких случаях конфиденциальность может и должна быть нарушена (терапевт обязан предупреждать потенциальных жертв преступления, равно как и сообщать о преступлениях в правоохранительные органы).

Очень важно определить границы конфиденциальности и в рамках процесса супервизии. Супервизируемый терапевт должен иметь возможность доверять супервизору личную информацию и в то же время знать об исключениях из правила приватности. Так, супервизируемый должен быть заранее извещен, что информация о его готовности к самостоятельной практике (или профессиональном несоответствии) будет сообщена в лицензирующую организацию и т.п. Границы конфиденциальности должны быть ясно отражены в контракте.

*Ответственность.* Супервизоры не должны избегать профессиональных интервенций по отношению к супервизируемому терапевту из-за страха ответственности. Информированный супервизор защищен (например, от жалоб супервизируемого в профессиональную ассоциацию или лицензирующую организацию) знанием этических стандартов и процесса, который позволяет этим стандартам быть постоянно узнаваемыми. Супервизор может себя поддерживать и защищать:

а) продолжающимся обучением (профессиональные дискуссии относительно этических и юридических дилемм);

б) консультациями с коллегами;

в) документацией по поводу терапевтического и супервизорского процессов.

П. Ховкинс, Р. Шохет (2002) предлагают шесть базовых этических принципов супервизии:

1. Соблюдение баланса между ответственностью за работу супервизируемого и уважением к его самостоятельности.

2. Проявление должной заботы о благополучии клиента и его защита, уважение его автономии.

3. Действие в границах своей компетенции, обращение за помощью при необходимости.

4. Лояльность – верность открыто и скрыто данным обещаниям.
5. Отказ от использования подавляющих действий.
6. Открытость критике и обратной связи вместе с обязательством продолжать учиться.

*Кодекс этики супервизоров Британской ассоциации консультирования (БАК)*

*Статус настоящего Кодекса.*

1.1. Настоящий Кодекс представляет собой версию Кодекса этики и практики супервизоров 1988 г., пересмотренного с учетом опыта членов БАК.

2. Введение.

2.1. Цель настоящего Кодекса – закрепить правила работы супервизоров – членов БАК и информировать и защищать консультантов, обратившихся за супервизией. В настоящем Кодексе термины «супервизор» и «консультирование» используются в соответствии с определением консультирования в Кодексе этики и практики консультантов.

2.2. Все члены настоящей Ассоциации следуют действующим в области их профессиональной деятельности Кодексам. Вследствие этого они располагают общим сводом рекомендаций, которыми руководствуются в своих обязательствах перед проходящими супервизию консультантами, их клиентами, своими коллегами, членами Ассоциации и обществом в целом.

Настоящий Кодекс не может предусмотреть всех возникающих в практике ситуаций, поэтому он имеет целью предоставить основу для разрешения этических вопросов и тем самым способствовать улучшению практической работы. Супервизоры и проходящие супервизию консультанты должны решить, какие разделы настоящего Кодекса применимы к тому или иному конкретному случаю. Возможно, что различные разделы будут входить в противоречие друг с другом и потребуют выбора между содержащимися в них обязательствами.

2.3. Супервизия является официальной формой взаимопомощи, при которой консультанты могут регулярно обсуждать свою работу с компетентным консультантом, обычно имеющим опыт супервизии. В задачу супервизии входит совместная работа с целью повышения эффективности консультативной практики проходящего супервизию.

2.4. Ассоциация имеет процедуру рассмотрения жалоб, которая может вести к исключению члена Ассоциации в случае нарушения им Кодекса этики и практики.

### 3. Природа супервизии консультирования.

3.1. Проходящие супервизию консультанты получают возможность регулярного обсуждения и оценки проводимой ими работы с клиентами. В ходе супервизии должны учитываться условия практики консультантов. Супервизия предназначена для того, чтобы обращаться к потребностям клиента и отслеживать эффективность терапевтических вмешательств.

3.2. Супервизия может содержать некоторые элементы обучения или личностного развития, при этом следует рассмотреть уместность использования этих методов, так как они не являются основной целью супервизии.

3.3. Супервизия представляет собой процесс совместной работы с целью закрепления этических и профессиональных норм в практике и повышения креативности проходящих супервизию.

3.4. Важно, чтобы консультант и супервизор могли конструктивно работать вместе, поскольку супервизия содержит как элементы поддержки, так и элементы вызова (challenge).

3.5. Существует несколько видов супервизии консультирования (см. п. 5), что зависит от потребностей супервизируемого. Разные виды супервизии могут использоваться одновременно. Настоящий Кодекс применим ко всем случаям супервизии.

3.6. Частота прохождения супервизии зависит от объема консультирования, опыта супервизируемого и условий его работы (сеттинга).

### 4. Антидискриминационная практика в супервизии консультирования.

4.1. Антидискриминационная практика выражает основные ценности консультирования и супервизии, заявленные в настоящем документе и в Кодексе этики и практики консультирования. Она также принимает во внимание социальное окружение клиента (см. п. 2.7.3 Кодекса 1990).

4.2. Супервизоры должны осознавать свои предубеждения и стереотипы восприятия и уделить особое внимание тому, как это может повлиять на отношения в ходе супервизии. Обсуждение этого является частью супервизии.

4.3. Супервизоры должны замечать и указывать консультантам на любое проявление предрассудков и нетерпимости в их работе с клиентами, с тем чтобы потребности клиента встречали большее понимание. Увеличение способности с уважением относиться к различиям в системе ценностей – одна из целей супервизии. Супервизоры несут ответственность за то, чтобы в случае необходимости бросить вызов консультанту, чья система убеждений препятствует принятию клиентов.

4.4. Установки, предубеждения и нетерпимость можно распознавать, обратив внимание на употребляемые выражения и на избирательность представленного для супервизии материала.

#### 5. Виды супервизии консультирования.

Существуют различные виды супервизии. Характерные особенности некоторых перечислены ниже. Иногда консультанты используют в супервизии сочетание различных видов.

5.1. Один на один, супервизор и супервизируемый. Индивидуальная супервизия консультанта, который в этом случае обычно менее опытен, чем супервизор. Это наиболее распространенный вид супервизии.

5.2. Групповая супервизия с супервизором (или несколькими супервизорами).

Есть несколько вариантов такого вида супервизии. В одном супервизор действует как лидер, поровну распределяет время между членами супервизорской группы и сосредоточивается на работе с каждым консультантом по очереди. В другом варианте проходящие супервизию сами распределяют время супервизии между собой, используя супервизора как источник профессиональных знаний.

5.3. Один на один супервизор с равным коллегой. Супервизия с двумя участниками, когда происходит обмен ролями и каждый, по очереди, является супервизором для другого. Обычно время для супервизии делится между ними поровну. Этот вид супервизии, отдельно взятый, подходит не для всех.

5.4. Групповая супервизия с разными коллегами. Участвуют трое или больше консультантов, которые проводят супервизию работы друг для друга. Обычно они равны по положению и опыту работы. Этот вид супервизии сам по себе не подходит для начинающих консультантов, не имеющих опыта работы.

5.5. Специальные профессиональные требования к каждому виду супервизии подробно описаны в Кодексе практики D.2.6.

#### 6. Структура настоящего Кодекса.

6.1. Настоящий Кодекс имеет два раздела. Раздел А Кодекса этики включает основные ценности супервизии и некоторые основные принципы, вытекающие из них. Раздел В Кодекса практики трактует применение этих принципов к супервизии.

##### *А. Кодекс этики.*

А.1. Супервизия представляет собой деятельность, не имеющую целью извлечение выгоды. Ее основные ценности – это ответственность, беспристрастность и уважение. Супервизоры должны в равной степени

заботиться об этичности своей работы независимо от того, является ли их работа оплачиваемой и какой вид супервизии они используют.

**А.2. Конфиденциальность.**

Содержание супервизии строго конфиденциально. Супервизоры должны ясно обозначить границы конфиденциальности.

**А.3. Безопасность.**

Следует сделать все возможное, чтобы обеспечить безопасность супервизируемых и их клиентов в ходе их совместной работы.

**А.4. Эффективность.**

Супервизоры должны предпринять необходимые меры для обеспечения оптимального уровня практики проходящих супервизию консультантов.

**А.5. Контракты.** Сроки и условия супервизии должны быть ясны супервизируемому до начала работы. Последующие изменения в этих условиях должны предварительно обсуждаться.

**А.6. Компетентность.**

Супервизоры должны оценивать собственную компетентность, развивать ее и действовать в пределах своей профессиональной компетенции. Сюда же входит супервизия собственной супервизорской работы.

*В. Кодекс практики.*

**В.1. Вопросы ответственности.**

**8.1.1.** Супервизоры отвечают за такое составление контракта, который позволит супервизируемому представить и исследовать свою работу настолько честно, насколько это возможно.

**8.1.2.** В рамках контракта супервизоры обязаны помогать проходящим супервизию консультантам критически осмысливать свою работу и в то же время признавать клиническую ответственность консультанта.

**В.1.3.** Супервизоры совместно с проходящими супервизию консультантами обязаны использовать время супервизии с наибольшей отдачей для консультанта и клиента.

**В.1.4.** Супервизоры обязаны провести и сохранять границы между супервизией и другими профессиональными отношениями, например обучением и руководством.

**В.1.5.** Супервизоры и проходящие супервизию консультанты должны заботиться о том, чтобы никакие личные или социальные контакты между ними не оказали неблагоприятного влияния на эффективность супервизии.

**8.1.6.** Супервизор не имеет права проводить супервизию и индивидуальное консультирование для одного и того же лица в один и тот же период времени.

8.1.7. Супервизор не имеет права использовать проходящего у него супервизию консультанта в финансовом, сексуальном, эмоциональном или каком-либо другом отношении.

8.1.8. Супервизор обязан узнать о любых других отношениях, которые могут существовать между проходящими супервизируемые и их клиентами, поскольку они могут влиять на объективность профессионального суждения консультанта.

8.1.9. Супервизор обязан признавать личную ценность и достоинство проходящих супервизию консультантов и их клиентов, с уважением относиться к особенностям поведения, обусловленным происхождением, социальным положением, расой, возрастом, убеждениями, сексуальной ориентацией и физической недееспособностью. Работа супервизора включает в себя осознание любых проявлений дискриминации, которые могут возникнуть между проходящим супервизию консультантом и его клиентами или между супервизором и консультантом.

8.1.10. Супервизор должен обеспечить соблюдение соответствующих официальных обязательств, своих и проходящего у него супервизию консультанта, по отношению друг к другу, к проводящей обучение организации (если таковая есть) и клиентам.

8.1.11. Супервизоры обязаны принять меры в случае, если они видят, что практика проходящих супервизию не согласуется с Кодексами этики и практикой консультантов, принятыми БАК.

8.1.12. В случае, если способность консультанта к работе нарушена вследствие личных или эмоциональных затруднений, в силу болезни, под влиянием алкоголя или наркотиков или по другой причине, супервизор обязан указать на это консультанту и убедиться, что необходимые меры приняты.

8.1.13. Супервизор обязан вести себя в своей профессиональной деятельности так, чтобы не подрывать доверия общества ни к своей работе в качестве супервизора, ни к работе других супервизоров.

8.1.14. Если супервизор замечает, что другой супервизор ведет себя не должным образом, и это не удастся разрешить после обсуждения с ним его поведения, он должен подать жалобу, сохраняя при этом границы конфиденциальности, предусмотренные процедурой рассмотрения жалоб.

8.1.15. Супервизор обязан обеспечивать свои эмоциональные потребности вне ситуации супервизии и независимо от отношений с проходящими у него супервизию.

8.1.16. Супервизоры обязаны проконсультироваться с их собственным супервизором, прежде чем согласиться на консультирование тех, кто был их супервизируемым, или на супервизию консультативной работы бывших клиентов.

*В.2. Вопросы компетентности.*

В.2.1. Все вышеперечисленные виды супервизии обычно проводятся опытными практикующими консультантами.

8.2.2. Супервизоры несут ответственность за продолжение собственного профессионального развития.

8.2.3. Супервизоры обязаны также проходить супервизию, чтобы укреплять свои профессиональные способности и повышать свой профессионализм.

8.2.4. Супервизоры должны осознавать пределы своей компетентности и работать в этих пределах.

8.2.5. Супервизоры обязаны воздерживаться от супервизии, временно или постоянно, если их работа нарушается в силу личных или эмоциональных затруднений, болезни, под влиянием алкоголя или наркотиков или по любой другой причине.

8.2.6. Некоторые виды супервизии требуют более подробного рассмотрения, которое и представлено в настоящем разделе:

- один на один, супервизор и супервизируемый; – групповая супервизия с определенным, более опытным супервизором;
- один на один, супервизия с равным коллегой; – групповая супервизия равных коллег.

А. Все остальные пункты настоящего Кодекса практики должны быть также приняты во внимание.

В. Каждому проходящему супервизию консультанту должно быть уделено время, достаточное для супервизии его работы.

С. Этот метод, отдельно взятый, не подходит для тех, кто еще обучается консультированию, недавно прошел обучение и для консультантов без опыта практической работы.

Д. Следует позаботиться о создании благоприятной атмосферы для обсуждения, вопросов и обмена мнениями о работе друг друга в конструктивном и поддерживающем духе.

Е. Чтобы создать необходимую атмосферу в группе, супервизоры должны иметь как опыт консультирования, так и опыт групповой работы.

Ф. Чтобы поддерживать групповой процесс и обеспечивать эффективную супервизию, все участники должны иметь достаточный опыт групповой работы.



Г. Следует решить, кто будет проводить супервизию и в каком порядке она будет проходить.

Н. Представляется полезным, чтобы независимый консультант регулярно наблюдал процесс супервизии и оценивал ее качество.

### *В.3. Организация работы.*

#### 8.3.1. Контракт о супервизии консультирования.

8.3.1.1. Если супервизоры и проходящие у них супервизию работают в одной организации, супервизор несет ответственность за разъяснение всех договорных обязательств.

8.3.1.2. В случае необходимости супервизоры должны предоставить проходящим у них супервизию сведения о своем образовании, философской и теоретической позиции, квалификации и используемых методах супервизии.

8.3.1.3. Супервизоры должны организовать условия для проведения супервизии, уделив особое внимание времени и частоте встреч, а также достигнуть согласия относительно ведения записей и степени приватности.

8.3.1.4. Оплата и ее увеличение должны обсуждаться заблаговременно.

8.3.1.5. Супервизоры и проходящие супервизию должны оговорить свои ожидания и требования в отношении друг друга, включая форму оценки работы проходящего супервизию консультанта. Обе стороны также должны регулярно оценивать работу друг друга.

8.3.1.6. Супервизоры должны обсудить свою позицию относительно дачи рекомендаций и материального вознаграждения за эту или другую работу, сделанную в свободное от супервизии время.

8.3.1.7. До составления формального контракта о супервизии супервизоры должны выяснить, какое индивидуальное консультирование проходит или прошел обратившийся с просьбой о супервизии консультант. Это нужно для того, чтобы учесть его возможное влияние на консультативную работу.

8.3.1.8. Супервизор, работающий с проходящими обучение консультантами, должен сообщить о границах своей ответственности и обязанностях перед ними, перед организацией, а также относительно проводимого учебного курса. Сюда же входит возможная формальная аттестация обучающихся.

#### 8.3.2. Конфиденциальность.

В.3.2.1. Принцип конфиденциальности подразумевает, что супервизоры не имеют права раскрывать сведения о проходящих супервизию консультантах и их клиентах кому бы то ни было, если на это не получено согласие всех сторон. Исключения из этого основного принципа перечислены в настоящем Кодексе.

8.3.2.2. При заключении контракта должно быть получено согласие на ознакомление с информацией тех, к кому супервизор обращается за поддержкой, супервизией или консультацией. На этом этапе должны быть оговорены границы конфиденциальности, особенно в случаях, когда супервизия предоставляется обучающемуся консультанту.

8.3.2.3. Супервизоры должны помочь проходящим супервизию консультантам представить их работу так, чтобы защитить личную идентичность клиентов либо получить от клиентов сознательное согласие на предоставление информации, могущее привести к утрате анонимности.

8.3.2.4. Супервизоры не должны раскрывать конфиденциальные сведения о проходящих супервизию консультантах или их клиентах кому бы то ни было за исключением следующих случаев:

а) когда это ясно оговаривается в контракте о супервизии консультирования и соответствует Кодексам этики и практики БАК;

б) когда супервизор считает это необходимым во избежание нанесения серьезного эмоционального или физического ущерба клиенту, проходящему супервизию консультанту или другим лицам. При этом следует согласовать это с проходящим супервизию консультантом, кроме тех случаев, когда есть серьезные основания для предположения, что он больше не может нести ответственность за свои действия. Решение о раскрытии конфиденциальной информации должно, по возможности, приниматься только после консультации с другим опытным супервизором.

8.3.2.5. Раскрытие конфиденциальной информации, касающейся проходящих супервизию консультантов, может быть разрешено в следующих случаях:

а) в случае необходимости профессионального отзыва о консультантах, проходящих супервизию, например, для рекомендаций или аттестации;

б) в случае дисциплинарных расследований по вопросам соблюдения норм этики и практики.

8.3.2.6. Информация о работе с супервизируемым может быть использована для публикации или выступления только с разрешения прошедшего супервизию и с соблюдением анонимности.

8.3.2.7. В случае, если у супервизора возникает необходимость проконсультироваться с коллегами, обсуждение должно носить целенаправленный и профессиональный характер.

### В.3.3. Организация супервизии консультирования.

В.3.3.1. Супервизору следует поощрять супервизируемых к вступлению в профессиональные ассоциации или организации, которые имеют

Кодекс этики и практики и Процедуру рассмотрения жалоб. Это обеспечивает дополнительную защиту для супервизора, проходящего супервизию консультанта и клиента в случае жалобы.

8.3.2. Если в ходе супервизии обнаруживается, что проходящему супервизию необходимо пройти индивидуальное консультирование, чтобы продолжать работать эффективно, супервизор должен обсудить это с ним.

8.3.3.3. Супервизор должен следить за тем, чтобы супервизируемые регулярно оценивали качество своей работы самостоятельно.

8.3.3.4. Супервизоры должны убедиться, что проходящие супервизию понимают необходимость продолжения профессионального развития и участия в обучающих программах.

8.3.3.5. Супервизор должен убедиться, что проходящие супервизию понимают различие между консультированием, подотчетностью руководству, супервизией и обучением.

8.3.3.6. В случае, если проходящий супервизию консультант работает в организации, супервизор должен позаботиться о том, чтобы были ясно определены ответственность и обязательства в отношениях супервизируемый – клиент, супервизор – супервизируемый, супервизор – клиент, организация – супервизор, организация – клиент. Существует различие между супервизией в управлении и супервизией в консультировании.

8.3.3.7. Следует стремиться к тому, чтобы один человек не выступал одновременно в роли руководителя и супервизора для одного и того же консультанта. В тех случаях, когда супервизор является также и руководителем, проходящий супервизию консультант должен иметь возможность независимой супервизии.

8.3.3.8. Если супервизор обнаруживает противоречие между обязательствами перед супервизируемым и организацией-заказчиком, он должен разъяснить проходящему супервизию, в чем заключаются эти обязательства.

8.3.3.9. Супервизоры должны иметь ясное представление, как им следует поступать, если они найдут работу проходящих супервизию консультантов неудовлетворительной и обсуждения этого в ходе супервизии окажется недостаточно для разрешения ситуации.

8.3.3.10. Если разногласия между супервизором и проходящим супервизию не могут быть разрешены путем обсуждения, супервизору следует проконсультироваться с коллегами и в случае необходимости рекомендовать, чтобы консультант перешел к другому супервизору.

8.3.3.11. Супервизоры должны обсудить с супервизируемым необходимые меры для удовлетворения запроса клиента в случае внезапного и

незапланированного прекращения консультативных отношений. Супервизор должен иметь представление о возможных в этих случаях действиях.

*4. Политика равных возможностей.*

Британская ассоциация консультирования (БАК) обеспечивает равные возможности доступа и участия для всех своих членов в работе всех структур. БАК считает важным, чтобы такие характеристики, как возраст, цвет кожи, убеждения, культура, физическая недееспособность, образование, этническая группа, пол, информированность, знания, возможность передвижения, деньги, национальность, раса, религия, сексуальная ориентация, социальное происхождение и положение, не становились препятствием для участия в любых областях деятельности Ассоциации, включая услуги ее членам, набор и работу с добровольцами, участие в установлении и оценке стандартов, а также в рассмотрении жалоб. Это приобретает особую важность с учетом того, что Британская ассоциация консультирования – это «голос консультирования» в мире.

## **10.2. Правовые проблемы супервизии**

### ***10.2.1. Заключение контракта***

Мы солидарны с Пэт Хант (Hunt, 1986), которая подчеркивает ценность четкого контракта на супервизию: «Супервизия может стать более эффективной и удовлетворяющей для обеих сторон, если будет заключен контракт, открыто описывающий, что будет происходить» (цит. по: Ховкинс, Шохет, 2002. С. 66). Она говорит о необходимости «супервизорско-го альянса», что вообще отвечает одному из принципов практики бихевиорально-когнитивной психотерапии – принципу партнерства, прозрачности и ответственности (Kanfer et al.,

1991; Залевский, 2002–2006). Должна быть открытость и ясность относительно методов, супервизии и причин их выбора, супервизорско-го стиля, целей супервизии, желательной формы достигаемых отношений и ответственности каждого партнера по супервизии. Ховкинс и Шохет (2002) добавляют в этой связи, что следует выяснить ожидания, надежды и страхи относительно рабочих отношений, возможности их корректировки и разрешения конфликта целей и т.д. Того же мнения и Бриджит Проктор: «Если вы хотите, чтобы супервизия была и оставалась совместным опытом, который поддается реальной, а не кажущейся оценке, нужно достигнуть ясных – даже жестких – рабочих договоренностей» (цит.

по: Ховкинс, Шохет, 2002. С. 67). О необходимости заключения контракта говорит пункт А.5 «Кодекса этики супервизора Британской Ассоциации консультирования»: Сроки и условия супервизии должны быть ясны супервизируемому до начала работы. Последующие изменения в этих условиях должны предварительно обсуждаться.

Беларди говорит о необходимости заключения контракта, так как без этого вряд ли можно ожидать эффективной супервизии, более того, можно попасть в «супервизорскую ловушку» («Supervisionsfalle» или «Expertenfall») (Belardi, 1998. S. 66–67). Одной из таких ловушек может стать случай, когда супервизируемый говорит об одних ожиданиях от супервизии, а мыслит в действительности совсем о других. Или супервизор берется решать проблемы супервизируемого, переоценивая свою компетентность и возможности, либо супервизируемый идеализирует возможности супервизора.

Для заключения контракта заинтересованные стороны организывают так называемую пробную встречу, на которой и составляется конкретный контракт, включающий такие пункты, как место и время, частота встреч и продолжительность, стоимость и форма оплаты, ответственность сторон в случае пропусков супервизорских встреч, информация о супервизоре для супервизируемого, информация о супервизируемом для супервизора, вопросы конфиденциальности и этики взаимоотношений и т.д.

### ***10.2.2. Проект закона «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью»***

Поскольку в нашей стране правовые вопросы не отрегулированы в отношении психотерапевтической деятельности вообще и относительно отдельных видов психологической практики, в том числе супервизорской, то здесь уместно привести содержание проекта закона по этому поводу, разработанного рабочей группой, в которую входит и автор данного учебного пособия, под руководством профессора Б.Д. Карвасарского (Российская психотерапевтическая ассоциация). Но так как полный законопроект занял бы много места, познакомим читателя только с его обоснованием. Заинтересованный читатель может обратиться к публикациям во многих профессиональных периодических изданиях, в том числе и в «Сибирском психологическом журнале» (2000. Вып. 13. С. 100–107).

*Обоснование законопроекта «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью».* Необходимость спе-

циального Закона по психотерапии обусловлена потребностью в законодательном упорядочении психотерапевтической деятельности с целью дальнейшего совершенствования психотерапевтической помощи населению. Это необходимо также для развития психотерапии как области науки и практики в стране с активным строительством правового общества.

Существенная задача Закона – охрана интересов граждан, обращающихся за психотерапевтической помощью. Из-за нечеткого определения понятий психотерапии, ее методов, форм и других вопросов в этой области велико число неподготовленных и плохо подготовленных специалистов, а также альтернативных целителей, манипулирующих сознанием страдающих людей.

Предлагаемый законопроект создан на основе концепции развития психотерапевтической помощи, в течение многих лет разрабатываемой Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России и Российской психотерапевтической ассоциацией.

Учитывая, что в настоящее время не существует единого общепринятого научного определения психотерапии, авторы законопроекта исходили из того, что действие Закона будет распространяться на все методы, формы психотерапии и научные теории, которые реализуются на практике. В этом смысле законопроект «внеконфессионален» по отношению к различным профессиональным психотерапевтическим школам, течениям и группам.

В 1-м разделе сформулированы общие принципы оказания психотерапевтической помощи, даны ее содержание и пути оказания. Добровольность участия в психотерапии и ее конфиденциальность защищены статьями 4, 6 и 7. Подчеркивается важность заключения психотерапевтического контракта как согласия на психотерапию в качестве одного из принципов оказания психотерапевтической помощи, с уточнением ее вида, характера и продолжительности; предполагается, что психотерапевт (врач, психолог и другие специалисты) должен заключить контракт о предстоящей психотерапии (ст. 9).

Во 2-м разделе определены виды психотерапевтической помощи (ст. 11), формы ее финансирования (ст. 12). Новая организация этого вида помощи предполагает рассмотрение психотерапии как медицинской специальности, но с существенным дополнением: медицинский характер психотерапии не означает, что ее может проводить только врач. Психотерапия может быть врачебной, ее оказывает врач-психотерапевт, и невро-

чебной, право проводить которую могут получить две категории специалистов – клинический (медицинский) психолог и специалист по социальной работе, прошедшие в соответствии с данным законопроектом специальное обучение и выполнившие ряд дополнительных условий.

В 3-м разделе приведены особенности работы учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь, права и обязанности специалистов, занимающихся психотерапевтической деятельностью. Дано определение последней (ст. 13). Подчеркивается, что психотерапевтическая деятельность реализуется в качестве самостоятельной медицинской специальности с последующим включением ее в число научных дисциплин, по которым ВАК РФ присуждает ученые степени. В случае принятия Закона психотерапия будет представлена тремя группами специалистов: врач-психотерапевт, клинический психолог-психотерапевт, специалист по социальной работе-психотерапевт. В дальнейшем из психотерапии могут выделиться такие субспециальности, как психоаналитическая, когнитивно-поведенческая, детско-подростковая психотерапия и др.

Вероятно, острую полемику вызовут условия допуска к профессии. Законопроект подчеркивает, что психотерапию может проводить лишь психически здоровый человек, поскольку в процессе психотерапии ему становятся известны подробности личной жизни, нельзя исключить формирования зависимости от психотерапевта с последующим манипулированием пациентом (ст. 14). В этом разделе изложены принципы сертификации и лицензирования в психотерапии, определены причины, по которым может быть прекращено право на психотерапевтическую деятельность (ст. 17). В качестве одной из причин может быть несоблюдение этических норм. Общероссийские профессиональные психотерапевтические медицинские ассоциации, учитывая этические нормы проведения психотерапии (ст. 20), через свои этические комиссии смогут предлагать органам лицензирования отозвать лицензии в подобных случаях.

В оказании психотерапевтической помощи впервые в нашей стране сможет принимать участие помощник (ассистент) врача-психотерапевта (ст. 24). Подготовка этих специалистов позволит расширить спектр применения вспомогательных методов психотерапии; указанный специалист «принимает участие в психотерапии», используя музыкотерапию, арттерапию, хореотерапию и т.д., по поручению врача-психотерапевта. В ст. 25 вводится понятие волонтера в психотерапии – добровольного участника, содействующего оказанию психотерапевтической помощи.

Определяется круг льгот для участников психотерапии (ст. 26).

В 4-м разделе освещается подготовка всех субъектов психотерапевтической деятельности. С учетом сложностей, которые переживает система последипломного образования, необходимо законодательно закрепить основные образовательные ориентиры.

В ст. 27 изложены требования к стандарту подготовки врачей-психотерапевтов. Общая ее продолжительность увеличивается до 1 200 ч (по приказу Минздрава РФ от 30.10.95 № 294 она составляла 700 ч). Как и прежде, предусматриваются теоретическая подготовка, практическая подготовка и тренинги. Существенные изменения коснутся практической подготовки психотерапевтов. На нее и супервизию отводится 500 ч, указаны требования к медицинским учреждениям, в которых врачи-психотерапевты смогут осуществлять практическую работу под руководством супервизора. Время, отводимое на супервизию в узком смысле этого слова, составит, как и прежде, 50 ч. В тренинговой подготовке предусматривается выделение специального времени для личного тренинга.

Структура подготовки клинических психологов-психотерапевтов и специалистов по социальной работе-психотерапевтов в основных чертах та же, что и для врачей-психотерапевтов, однако продолжительность некоторых ее разделов (практическая работа в клинике и психиатрической в частности) значительно увеличена. Это относится также и к общим срокам подготовки.

При подготовке помощника (ассистента) врача-психотерапевта с учетом того, что он практически является специалистом по одному психотерапевтическому методу и не имеет предварительного специального образования, расширенны теоретический и практический разделы, увеличено время практической работы.

После окончания обучения врач-психотерапевт, клинический психолог-психотерапевт, специалист по социальной работе-психотерапевт и помощник (ассистент) врача-психотерапевта сдают экзамен, после чего им выдаются сертификаты специалистов.

В 5-м разделе изложены виды и особенности оказания психотерапевтической помощи. Предполагается представить ее в качестве врачебной (оказываемой врачом-психотерапевтом) и неврачебной (оказываемой клиническим психологом-психотерапевтом, специалистом по социальной работе – психотерапевтом) – ст. 31. Определяется круг расстройств, при которых проводится психотерапия обоих видов (ст. 32, 33). Острую дискуссию может вызвать законодательная норма, определяющая обязанность специалиста, осуществляющего неврачебную психотерапию, предварительно направлять



пациента на консультацию к врачу-психотерапевту (ст. 33, ч. 2). Приемственность в работе различных специалистов – один из главных принципов организации медицинской помощи. Поскольку психотерапия в настоящем законопроекте рассматривается как медицинская специальность, то на нее распространяются и эти требования. В подобных же отношениях находятся врачи-психотерапевты с врачами-психиатрами в том случае, если последние осуществляют динамическое наблюдение за психически больными, которым показана психотерапия и которые в системе поликлинического лечения обратились за психотерапевтической помощью (ст. 32, ч. 2). И это несмотря на то, что врачи-психотерапевты имеют базовое психиатрическое образование и в соответствии с существующим законодательством могут осуществлять ряд функций врача-психиатра.

Предлагается ввести новый тип психотерапевтических учреждений – стационары, оказывающие неврачебную психотерапевтическую помощь (ст. 37).

Ст. 41 фиксирует принципиальное отличие в деятельности врача-психотерапевта и других специалистов, осуществляющих психотерапевтическую помощь. Исключительное право врача-психотерапевта – проводить психотерапевтические консультации, содержанием которых являются клиническая диагностика и определение показаний к психотерапии как самостоятельному виду медицинской деятельности.

В 6-м разделе описываются механизмы обеспечения контроля за качеством различных видов психотерапевтической помощи.

Кроме традиционных норм, в ст. 44 (в соответствии со ст. 54 Основ Законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан») предусматриваются функции Общероссийских профессиональных психотерапевтических медицинских ассоциаций – сертификация в области психотерапии через специальные комиссии, создаваемые на базе образовательных учреждений, и функция оценки этических норм этическими комиссиями упомянутых ассоциаций.

Рабочая группа по разработке Закона приглашает специалистов, заинтересованных в дальнейшем развитии психотерапевтической помощи в стране, принять участие в обсуждении предложенного проекта.

Замечания и предложения просим направлять по адресам:

193019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. Федеральный научно-методический центр по психотерапии и медицинской психологии.

634050, г. Томск, ул. Ленина, 36. Факультет психологии, кафедра генетической и клинической психологии. Редакция «Сибирского психологического журнала».

### **Контрольные вопросы**

1. Каковы этические проблемы супервизорской практики?
2. Каким должен быть Этический кодекс супервизоров (на примере зарубежного опыта)?
3. Каковы правовые проблемы супервизорской практики?
4. Что такое супервизорский контракт?
5. В чем суть закона «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью»?

### **Темы рефератов и курсовых работ**

1. Профессиональная этика практикующих психологов (консультантов, психотерапевтов): проблемы и перспективы.
2. Профессиональная этика психологических супервизоров: проблемы и перспективы.
3. Этический кодекс психологических супервизоров России.

### **Литература**

*Кодекс* этики и практики супервизоров Британской Ассоциации Консультирования // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 4.

*Эйдмиллер Э.Г.* Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми : учеб. пособие. СПб., 1998.

## **11. СУПЕРВИЗОРСКАЯ ПРАКТИКА (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ)**

В этой главе приводятся примеры супервизорской практики автора как супервизора Российской психотерапевтической ассоциации с 2000 по 2010 г. (Томск, Владивосток, Благовещенск, Иркутск, Братск, Ангарск, Красноярск, Новосибирск, Барнаул, Бийск, Горно-Алтайск).

### **11.1. Индивидуальная супервизия в групповой форме (работа с индивидуальным случаем)**

Состав группы супервизируемых – психологи, социальные работники, медики, педагоги (т.е. те, кто работает в сфере «помогающих профессий») со стажем работы от 1 года до 20 лет; численность группы 15–25 человек.

1. Согласно алгоритму процесса супервизии – шестишаговой модели – первый шаг, или фаза, заключается в знакомстве и представлении в

свободной форме того, с «чем пришел» супервизируемый на супервизию. Каждый участник супервизии представляется (сообщает о профессии, специальности, месте работы) и формулирует то, с чем он пришел, часто называя это «проблемой». Чаще всего – это жалобы с эмоциональной тональностью, факты из жизни вообще и профессиональной, в лучшем случае – описание «проблемной ситуации», но еще не формулировка проблемы как предмета работы на супервизии. Добраться до проблемы, сформулировать ее кратко и понятно, чтобы с ней можно было работать и помочь супервизируемому самому ее решить, – задача дальнейших фаз/шагов супервизии. Чаще всего для этого нужно пройти первых три шага.

2. Ниже приводится далеко не полный список примеров того, с чем приходят супервизируемые на супервизию.

Для удобства работы в групповой форме, но с индивидуальными случаями мы сгруппировали наиболее актуальные «проблемные ситуации» по определенным сферам, как показано ниже.

### **I. Контекст.**

1. *Случай О.П.*: «Школьный психолог. Работаю со всеми в школе. Проблема – найти профессиональное лицо. Слишком разнообразные задачи от администрации, выходящие, на мой взгляд, за пределы моих профессиональных обязанностей».

2. *Случай И.Д.*: «Психолог детского сада. Стиль руководства детским садом неадекватный, проблемы в коллективе. Как об этом сказать заведующей, которая дала задание выявить причины?»

3. *Случай Е.Л.*: «Психолог начальных классов. Отношения с психологом в старших классах напряженные, доходящие до конфликта. Проблема – улучшить производственные отношения».

4. *Случай Е.Е.*: «Психолог в частном предприятии. Задание – разобраться в ситуации на предприятии, есть конфликты между верхушкой администрации. Начальник – авторитарный тип личности и руководства. Не готова высказать свое мнение начальнику».

### **II. Компетентность.**

1. *Случай Л.Ш.*: «Психолог-психотерапевт. Работает с наркозависимыми. Случай С. – 16 лет, срыв психотерапии – почему?»

2. *Случай Л.Ж.*: «Психолог в консультации. Может, что-то я делаю не так? Хочу посоветоваться».

3. *Случай Е.Ф.*: «Психолог-консультант. Пришел на консультацию священник. Не знаю, как с ним работать».

4. *Случай Н.П.*: «Психолог: окружающие хотят, чтобы я во всех случаях была психологом?»

5. *Случай А.Н.*: «Психолог: проблема излишней идентификации с клиентом, восприятие проблем клиента как своих собственных».

6. *Случай Ж.*: «Психолог: как вести себя психологу в своей собственной семье, как отойти от профессиональных знаний в семейных отношениях, побороть стереотип «психолог должен всем помогать!»?»

7. *Случай В.П.*: «Психолог-консультант, 33 года. Однажды клиентка обвинила меня в некомпетентности. С тех пор чувство неуверенности и т.д.».

8. *Случай А.С.*: «Клинический психолог в психиатрической клинике. Сомнения в своей компетентности».

9. *Случай О.М.*: «Психолог в семейной консультации. Боюсь навредить, разрушить и так уже непрочную в данный момент семью. Страх, растерянность, боязнь навредить, некомпетентность».

10. *Случай Н.*: «Психолог: незнание, использовать ли свой личный опыт для решения проблемы клиента, разграничение профессиональной и личной жизни, страх своей закрытостью оттолкнуть клиента».

11. *Случай Г.Г.*: «Психолог-консультант в детском хоровом коллективе. Конфликт между двумя руководительницами по поводу стиля переходит и на детей. Права более молодая, но более старая – бывшая учительница психолога, как ей сказать, что она не права?»

12. *Случай И.Н.*: «Школьный психолог. Учителя задают «каверзные» вопросы, нередко выходящие за пределы компетентности психолога. Появляется чувство профессиональной некомпетентности, что делает невозможным контакт психолога с учителями. Проблема – исправить существующую ситуацию».

13. *Случай Е.И.*: «Школьный психолог: задали мне вопрос о том, могу ли я работать с детьми, не имея своих? Как, могу или нет?»

14. *Случай Л.Е.*: «Психолог: хочу соответствовать требованиям всех людей».

15. *Случай Л.А.*: «Психолог-консультант. Проблема: клиентка – женщина 33 лет, выявились интимные проблемы, которые переплетаются с проблемами психолога. Чувствую сомнения, а могу ли я ей быть полезна».

16. *Случай А.*: «Психолог детского дома для умственно отсталых детей. Разработала спецпрограмму индивидуальной работы с ними. Но когда прихожу в детский дом, чтобы проводить занятия, то дети набрасываются на меня гурьбой, виснут, хотят быть со мной сразу. И я не в силах им отказать – «таким несчастным» – остаюсь с ними, а работа по программе не

выполняется, хотя я уверена, что ее реализация могла бы больше помочь этим детям. Воспитатели же считают это нормальным и охотно отпускают детей играть со мной. Я в отчаянии и не знаю, что делать».

**III. ЗУНЫ (компетентность в более узком смысле).**

1. *Случай А.Р.*: «Психолог: Как расшевелить клиентку на участие в работе группы?»

2. *Случай Т.Х.*: «Психолог: как пробиться через защитные механизмы, особенно мальчиков?»

3. *Случай Ю.С.*: «Психолог: Правильно ли поступила – посоветовала девочке перейти в другую школу?»

4. *Случай Д.Л.*: «Психолог: не хватает знаний о консультировании».

5. *Случай А.Г.*: «Психолог: кризис перехода от теории к практике».

6. *Случай Е.Г.*: «Психолог: как построить свое поведение в конфликтной ситуации коллектива».

7. *Случай В.Л.*: «Психолог: не хватает знаний, навыков».

8. *Случай Н.З.*: «Психолог в детской футбольной команде: Почему моя работа остается безрезультатной и поведение детей не меняется?»

9. *Случай В.Б.*: «Психолог: как научиться общаться, манипулировать людьми, чтобы получать то, что я хочу?»

10. *Случай О.А.*: «Психолог-консультант: я недостаточно профессиональна, не со всеми клиентами могу работать».

11. *Случай О.С.*: «Психолог: я пришел подтвердить правильность последовательности упражнений в составленной мной психокоррекционной программе».

12. *Случай И.Г.*: «Психолог: как лучше адаптироваться в школе, войти в педагогический коллектив, наладить общение со школьниками?»

13. *Случай Н.Н.*: «Начинающий психолог: я не знаю, с чего начать консультировать».

14. *Случай М.С.*: «Начинающий психолог: после тренинговых занятий с детьми уровень тревожности по диагностическому срезу увеличился, почему?»

**IV. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ).**

1. *Случай С.Х.*: «Психолог-консультант телефона доверия. Разочарование в себе как в специалисте, снижение профессиональной самооценки, переживание как профессиональной, так и личной несостоятельности».

2. *Случай Т.М.*: «Психолог-консультант, стаж 2 года. С одной стороны, люблю свою работу, с другой – последние 6 месяцев чувствую неприязнь, раздражение...».

3. *Случай Ю.В.*: «Психолог-консультант: теряю свой авторитет среди коллег и клиентов из-за того, что при общении с ними у меня часто бывают вспышки раздражения, обидчивости...».

4. *Случай А.Н.*: «Психолог: замечаю, что в последнее время много курю и гораздо чаще стал выпивать...».

5. *Случай В.Ц.*: «Психолог-консультант, 34 года, стаж 6 лет: обнаруживаю, что в последнее время работаю все менее эффективно...».

**V. Отношения: психолог – клиент.**

1. *Случай Е.К.*: «Психолог: пришел клиент старше по возрасту, чтобы сказали, как ему поступить, а тут девочка, которая годится ему в дочери. Вопрос о моей профессиональной компетентности...».

2. *Случай Е.П.*: «Психолог: в отношении клиента чувствую негативные эмоции: раздражение, от которого мне хочется его стукнуть либо сказать что-то обидное для клиента...».

3. *Случай А.Д.*: «Психолог: я не знаю, что делать со своей позицией – и проявить нельзя, и при себе оставить не могу. Моя проблема в ригидном мышлении, чужое мнение вызывает неприятие, протест. Моя проблема в том, что я не принимаю чужую позицию. Моя проблема в том, что чужое мнение вызывает неприятие, протест, я уверена в своей правоте...».

4. *Случай С.Н.*: «Психолог-консультант: мне очень жаль эту женщину и я не чувствую себя способной помочь ей...».

5. *Случай М.Ф.*: «Психолог: мне не нравится моя собственная реакция на мать девочки (ярко выраженный авторитарный характер)...».

6. *Случай Е.П.*: «Психолог-консультант: в процессе семейной консультации я испытываю некоторое чувство солидарности с мужем и очень неприязненные чувства к жене...».

7. *Случай Е.*: «Психолог по работе с инвалидами. Моя проблема: я должна подавить свои эмоции – отрицательные (брезгливость, сердитость, раздражительность) и положительные (жалость) по отношению к больным. Иначе я не профессиональный психолог, а я хочу и должна быть профессиональным психологом, а если я не поступаю так, то я профессионально несостоятельна».

8. *Случай С.Р.*: «Психолог в Наркологическом отделении, где появились и ВИЧ-инфицированные. Трудно с ними общаться, хочется скорее уйти, нет желания вступать с ними в контакт. Страх перед «непонятной» болезнью, желание оградить себя и свою семью от источника инфицирования».

## VI. Другие «проблемы».

1. *Случай О.П.*: «Психолог-консультант: не чувствую удовлетворения в работе с взрослой аудиторией».

2. *Случай Е.А.*: «Педагог-психолог: не могу определиться, кто я – педагог или психолог».

3. *Случай Е.Ш.*: «Психолог-консультант: слишком спешу сформулировать гипотезу относительно проблемы клиента».

### 11.2. Поиски и формулировка проблем(ы)

Думать поведенчески! Думать позитивно! Думать решенчески! Думать шагками! Думать флексибельно! Думать фьючерно! Думать толерантно! Думать эмпатийно!

**Первая фаза (шаг) супервизии:** начало и знакомство, представление того, «с чем пришел супервизируемый на супервизию», его ожидания и желания.

**Супервизор:** Итак, каждый супервизируемый говорит о том, что его привело на супервизию, при этом делает это в свободной форме. Все это фиксируют участники супервизии в свои тетради. Затем эти «что привело на супервизию» группируются примерно так, как это показано выше. Могут быть и другие группировки.

После этого большинством голосов участников супервизии решается, какая из групп «проблем», а в пределах этой группы – какая из «проблем» представляет наибольший интерес для всех участников, так сказать, стоит на первом месте, какая – на втором и т.д.

**Комментарии супервизора.** Слово «проблема» ставим в кавычки, поскольку то, «с чем пришел супервизируемый на супервизию», чаще всего проблемой, т.е. предметом для работы в рамках того или иного подхода (в том числе бихевиорально-когнитивного) не является. К проблеме еще надо прийти в процессе супервизии, рефлексировав, используя метод трихтера (воронки): выбор из множества возможного нужного; от сфер (контекста, ЗУНов и личности) – к конкретной сфере, конкретной проблемной ситуации, а от нее – к проблеме как предмету супервизии; от диагностики проблемы – к попытке ее решения.

После того как будет определена «проблема», переходим ко второй фазе, или второму шагу, процесса – работе с данным конкретным случаем.

**Супервизор.** Супервизируемый еще раз озвучивает то, «с чем он пришел на супервизию». Участники супервизии (включая супервизора) ре-

шают: в данном случае им представлена уже четко и однозначно сформулированная проблема супервизируемого или нет.

*Комментарий супервизора.* Если да, то можно ставить «супервизорский диагноз» и переходить к другим фазам супервизии. Но чаще всего этого не происходит, так как это «проблема» в понимании только самого супервизируемого. А поэтому на втором шаге супервизии («актуальное состояние») супервизируемому задаются вопросы (в этом участвуют все без исключения супервизируемые) для прояснения этого самого «актуального состояния», а также для того, чтобы приблизиться к пониманию и формулировке его истинной проблемы.

**Вторая фаза (шаг):** «актуальное состояние, ситуация остается проблемной».

Итак, *супервизируемая С.Х.:* Я работаю психологом-консультантом в службе «Телефон доверия». Чувствую разочарование в себе как в специалисте. Снижена профессиональная самооценка, переживаю как профессиональную, так и личную несостоятельность.

*Супервизор:* Уважаемые коллеги, если вы считаете, что С.Х. представила нам свою проблему, то давайте ее уточним и перейдем сразу к фазе 4-й – обсуждению программы решения проблемы. Если Вы так не считаете, то сейчас следует задавать вопросы С.Х., чтобы получить максимум информации для формулировки ее проблемы.

Но хочу обратить Ваше внимание на необходимость соблюдения этических правил при обсуждении представленного случая и формулировки проблемы супервизируемого. Следует помнить при этом о девизах, которые анализируются в 5-й главе и представлены в качестве эпиграфа данной главы.

*Вопросы к С.Х.:*

– Как долго Вы работаете в этой службе?

С.Х.: 2 года.

– Какие у Вас взаимоотношения с руководителем службы?

С.Х.: В целом нормальные, но уж больно неприятный у нее способ контролировать мою работу.

– Какие отношения с коллегами по службе?

С.Х.: Хорошие, но не со всеми. Некоторые любят похихикать над тем, как я беседую с клиентами.

– Что конкретно не нравится или не устраивает в Вашей работе?

С.Х.: Стиль контроля, больше, пожалуй, негативного в оценке моей работы. Отсутствие обратной связи с клиентами.



– Как часты звонки, на которые Вам приходится отвечать?

С.Х.: Бывает по-разному, то густо, то пусто, как говорится.

– Кто чаще всего оказывается Вашим клиентом?

С.Х.: Женщины с семейными проблемами – трудности с детьми-подростками, а также подростки с трудностями-запретами и прочими ограничениями со стороны родителей и предвзятым, а то и оскорбительным отношением к ним учителей, иногда с проблемами химической или нехимической зависимости.

– Можете ли Вы оценить или спрогнозировать успех Вашего разговора с клиентом?

С.Х.: Вот тут-то и возникают большие трудности и разочарования.

– Возникает ли и как часто чувство удовлетворения от работы, конкретной беседы с клиентом?

С.Х.: К сожалению, далеко не так часто, как хотелось бы.

– Возникают ли при разговоре коммуникативные трудности?

С.Х.: Да, конечно, найти подходящие слова, настроиться на конкретного клиента – это требует больших усилий, опыта.

– Комфортно ли Вам вести беседу, не видя клиента непосредственно?

С.Х.: Скорее интересно, чем комфортно.

– А Вы сами человек коммуникабельный, охотно идете на разговор?

С.Х.: Мне кажется, что да.

*Супервизор:* Если нет больше вопросов, то можно ли считать, что супервизируемый С.Х., представивший свой случай, и все остальные участники супервизии готовы сформулировать проблему (поставить супервизорский диагноз). Проблема должна быть сформулирована четко, ясно, по возможности кратко, как мишень для дальнейшей с ней работы в качестве предмета супервизии в рамках конкретного психологического (консультативного и терапевтического) подхода (направления, школы). Если проблема еще не сформулирована, то можно продолжить вопросы по оценке «актуального состояния» или перейти к следующему шагу – определению и описанию «должного или желаемого состояния», когда ситуация перестает быть проблемной и нет проблемы как таковой.

*Вопросы к супервизируемому С.Х.:*

– Вы как-то получаете обратную связь с вашими клиентами?

С.Х.: Практически нет.

– Вы можете как-то оценивать эффективность вашей беседы, Ваших усилий оказать помощь телефонным клиентам?

С.Х.: Только по реакции клиентов во время беседы и в конце. Длительно они находятся на связи или коротко, резко и неожиданно прерывают разговор. Благодарят или нет в конце разговора.

– Является ли для Вас важным и обязательным знать, эффективны ли Вы в своей работе?

С.Х.: Для меня это очень важно.

– Насколько важна для Вас оценка Вашей работы со стороны руководства службы и какая она чаще всего?

С.Х.: Несомненно, очень важна, но она нередко не соответствует ожидаемой.

*Супервизор*: Если нет больше вопросов, то есть предложение перейти к попыткам сформулировать проблему С.Х.

*Попытки формулирования проблемы (некоторые примеры)*:

Участники супервизии:

1. Проблема С.Х. в том, что у нее не сложились хорошие отношения в коллективе.

2. Проблема С.Х. в том, что у нее не совсем хорошие отношения с руководителем службы.

3. Проблема С.Х. в том, что у нее не хватает опыта в работе с клиентами службы «Телефон доверия».

4. Проблема С.Х. в том, что у нее завышенные ожидания эффективности и признания ее работы.

*Супервизируемая С.Х.*: *Моя проблема в том, что я слишком близко к сердцу принимаю все, что происходит в моей практической деятельности.*

*Супервизор*: Можно ли считать, что кто-то из участников супервизии или супервизируемый С.Х. уже предложили формулировку проблемы С.Х. как предмета супервизии в рамках современной бихевио-рально-когнитивного подхода? Если еще нет, а я согласен с теми, кто так считает, то переходим к третьей фазе.

***Третья фаза (шаг)***: «Желаемая или должная быть ситуация».

*Супервизируемый* (описывает желаемую для него ситуацию):

Хотелось бы, чтобы руководитель службы и некоторые другие работники службы не старались в обязательном порядке контролировать мой разговор с клиентом. Практически всегда, как только раздастся звонок и я беру трубку, в моей комнате появляется руководитель или кто-то из коллег. Хочется быть более убедительной в разговоре с клиентами, так как довольно часто возникает чувство, что мои аргументы, доводы или мысли не убедительны, а потому клиент довольно быстро прерывает разго-

вор, редко возвращается к нему (больше не выходит на связь), и я не знаю, что с ним дальше, помогла ему беседа со мной или нет.

*Вопросы к супервизируемому С.Х.:*

1. А вообще Вам нравится то дело, которым Вы занимаетесь?

С.Х.: Да, мне нравится эта работа, хочется помогать людям, оказавшимся в трудной ситуации.

2. А Вы в полной мере осознали специфику помощи по телефону и трудности, с этим связанные?

С.Х.: Мне кажется, что да.

*Супервизор:* Готовы ли супервизируемый и остальные участники супервизии сформулировать проблему – поставить супервизорский диагноз?

*Комментарии супервизора:* На данной фазе каждый участник супервизии (пока за исключением супервизора) пытается (по очереди, по кругу) сформулировать проблему супервизируемого, представившего свой случай, его «то», с чем он действительно пришел на супервизию и в чем ему может помочь участие в супервизии.

Супервизируемый слушает формулировки всех участников супервизии. В конце он может задавать встречные вопросы к ним, комментирует их формулировки его проблемы и дает свой вариант формулировки своей проблемы, как он ее видит на данном этапе супервизии.

*Комментарии супервизора:* Можно ли считать, что проблеме поставлен супервизорский диагноз, что она четко, ясно и кратко сформулирована и мы можем двигаться дальше? Помните, третий шаг, или фаза, супервизии должна завершиться именно точной формулировкой проблемы (в данном случае в понятиях бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования). Не сформулировав проблемы, нельзя ни в коем случае двигаться дальше, так как это бессмысленно, поскольку остается неясным, что и как надо изменять, какую проблему решать. 50% успеха в супервизии, как и в оказании психологической помощи (консультирование и психотерапия), обеспечивает точное представление о проблеме и воздействие на нее.

*Супервизор:* Если участники супервизии готовы сформулировать проблему (в том числе и супервизируемый С.Х.), то формулируем ее и переходим к следующей фазе супервизии, если нет, то можно еще задать уточняющие вопросы супервизируемому С.Х.

Поскольку вопросы исчерпаны, можно переходить к формулировке проблемы супервизируемого С.Х.

«Формулировка проблемы супервизируемого С.Х.»:

*Супервизор:*

1. Все без исключения участники супервизии по очереди или по кругу предлагают свои формулировки проблемы супервизируемого С.Х.

2. Затем свою формулировку предлагает супервизируемый.

3. После этого идет согласование позиций и мнений и осуществляется согласованная формулировка проблемы супервизируемого С.Х.

*Комментарии супервизора:* 1. В какой сфере следует искать проблему – с позиции бихевиорально-когнитивной психотерапии и консультирования? Конечно, в лично-профессиональной сфере; в анализе профессионального поведения супервизируемого (психолога-профессионала), понимаемого как единство трех компонентов – когнитивного, эмотивного и собственно поведенческого – вербального и невербального. А в поведении следует искать главное – «нить Ариадны», по которой мы добираемся до того, что опосредует реакции супервизируемого (его эмоции и чувства и собственно поведение) при встрече с конкретной профессиональной ситуацией.

2. В соответствии с бихевиорально-когнитивным подходом проблему надо искать в сфере когниций – идей, мыслей, убеждений, позиций, установок и т.д. Можно сформулировать кратко: «Ищите мысль!» («Cherche la cognition!»).

3. Надо помнить, что проблема супервизируемого, как, впрочем, и клиента, может принимать вид матрешки, а значит, имеет некое структурно-уровневое строение. Следовательно, надо всегда добираться до самой сердцевины матрешки – до самой маленькой, но самой главной, до центральной когниции, которая уже тесно спаяна с сущностью самой личности супервизируемого. Значит, нужно двигаться в глубины личности – вниз по когнитивным уровням проблемы: от когниций-значений к когнициям-ценностям и, наконец, к когнициям-смыслам (когнициям должествования – когнициям-обязумиям, по Эллису, или к когнитивным картам/схемам, по А. Беку).

*Супервизируемая С.Х.:* *Моя проблема в том, что я очень переживаю, если не удается эффективно помочь клиенту или оценить эту эффективность, а также в связи с невысокой оценкой моей работы со стороны руководителя.*

*Супервизор:* Можно ли считать, что свою проблему, с которой надо работать дальше, С.Х. сформулировала окончательно? Ведь мы слышим только о переживаниях, эмоциях и чувствах. Мы знаем о профессиональной ситуации супервизируемой. Но пока не ясны те аспекты ее профессионального пове-

дения, которые стоят между ситуацией и переживаниями, эмоциями. И этот аспект когнитивный (ищите когниции!). Напоминаю, что формулировка проблемы может быть на уровне когниций-значений (иррациональные когниции-мысли, по Эллису, неадекватные или ошибочные когниции, по Беку), а могут достигать уровня когниций-ценностей и смыслов (когниций-долженствования/обязумия – триада когниций-долженствований, по Эллису, когнитивных карт/схем – когнитивная триада при депрессиях, по Беку).

Теперь каждый из присутствующих предлагает свою формулировку проблемы С.Х.

*Участники супервизии* пытаются предложить каждый свою формулировку проблемы С.Х. Затем предлагает свою формулировку и супервизируемый.

*Супервизируемая С.Х.:* *Моя проблема в том, что мне, несмотря ни на что, нравится моя работа, я хочу здесь работать, а потому я так болезненно отношусь к тому, как и что получается, к оценке моей работы. Любая неудача или негативная оценка меня сильно расстраивает, снижает мою самооценку. А мне хотелось, чтобы у меня все и всегда получалось и меня всегда за это высоко оценивали.*

*Комментарии супервизора:* Мне кажется, что С.Х. начинает ухватывать эту самую «нить Ариадны» – свои иррациональные, неадекватные мысли или, как говорил Бек, когнитивные ошибки на глубоком, уже личностном, уровне когниций-ценностей. Давайте же придем к окончательной формулировке проблемы, мы уже близки к ней. Она должна быть выражена довольно кратко и на смысловом уровне.

*Участники супервизии* предлагают свои окончательные формулировки проблемы С.Х. Дает свое определение и С.Х.

*Супервизор:* Теперь С.Х. озвучит согласованную формулировку своей проблемы, которая и станет предметом дальнейшего процесса супервизии.

*Супервизируемая С.Х.:* *Моя проблема в моих мыслях о том, что, во-первых, у меня все должно получаться, я должна эффективно помогать всегда и не допускать ошибок, а во-вторых, если так не получается, то это чуть ли не катастрофа для меня.*

*Супервизор:* Если проблема сформулирована и супервизируемая (супервизируемые) и супервизор согласны с такой формулировкой, то осуществляется переход на следующую фазу супервизии – к обсуждению программы решения проблемы: цели, методов, обратной связи, оценки эффективности (4-я фаза). В данном случае программа, как и ее решение, основана на принципах бихевиорально-когнитивного подхода.

**Четвертая фаза (шаг):** обсуждение программы решения проблемы.

Например, в случае С.Х.:

– Цель – изменить иррациональные (неадекватные, неправильные, ошибочные) когниции на уровне ценностей и личностных смыслов (например, неудача в консультировании или негативная оценка – это не приговор, всем свойственно ошибаться) на рациональные.

– Метод: Сократовский диалог в разных его вариантах.

– Обратная связь – через домашние задания.

– Оценка эффективности – через оценку владения техниками самопомощи, субъективный отчет о психологическом самочувствии и конкретном поведении в «проблемных ситуациях».

*Супервизор:* После согласования программы решения проблемы супервизируемой С.Х. процесс супервизии переходит на стадию осуществления решения этой конкретной проблемы (пятая фаза).

**Пятая фаза (шаг):** процесс решения проблемы.

Например, в случае С.Х.:

*Супервизор:* Итак, Вы работаете психологом-консультантом в службе «Телефон доверия». Чувствуете разочарование в себе как специалисте. Снижена профессиональная самооценка, переживаете как профессиональную, так и личную несостоятельность. Правильно ли я Вас понял?

С.Х.: Да, именно с этим я пришла на супервизию, так я первоначально сформулировала свою проблему.

*Супервизор:* Скажите, пожалуйста, какие мысли приходят Вам в голову, когда в момент звонка и Вашего разговора с клиентом появляется руководитель службы? Кстати, это случается часто, каждый раз?

С.Х.: Чаще всего такие: Вот заявила, контролировать и оценивать будет, как я работаю, как разговариваю и т.д.

*Супервизор:* Она как-то вмешивается в Ваш разговор, поправляет, подсказывает, как-то невербально реагирует, комментирует, негативно критически оценивает после Вашего разговора или работы?

С.Х.: Практически этого всего нет, но все равно я чувствую определенный дискомфорт, раздражаюсь, злюсь.

*Супервизор:* Так какие у Вас основания думать, что Вас контролируют с целью только критически оценить? Были случаи, когда Ваш опыт работы или что-то из него передавалось коллегам как нечто положительное?

С.Х.: Иногда бывает.

*Супервизор:* Может быть, руководитель Вашей службы накапливает лучший опыт своих работников? Кстати, он приходит только к Вам, ко-

гда Вы работаете, или к другим тоже? Вы не пытались все-таки прояснить этот вопрос с ним или с другими коллегами?

*С.Х.:* Вообще-то ходит и к другим тоже. Но мне кажется, что ко мне чаще. Правда, не знаю, как другие на это реагируют. С руководителем я этот вопрос не обсуждала.

*Супервизор:* Есть убедительные подтверждения Вашим мыслям или это только Ваши предположения?

*С.Х.:* Мне так казалось, возможно, это предположения.

*Супервизор:* А Вы можете еще назвать аргументы или факты, говорящие о том, что Ваши мысли являются все-таки предположениями, а значит, не отвечающими действительности, т.е. иррациональными?

*С.Х.:* Да, например, во время так называемых методических семинаров сотрудников службы бывает, что достается и другим, в том числе тем, кто «похихикивает», как я об этом раньше рассказывала.

*Супервизор:* Бывает, что на тех же семинарах сотрудников службы говорят о трудностях и специфике телефонного консультирования и другие сотрудники?

*С.Х.:* Бывает, конечно, и плачут, и жалуются, а некоторые уходят вообще.

*Супервизор:* Это значит, что не только Вам трудно и не все удается?

*С.Х.:* Выходит, что так.

*Супервизор:* Предположим, что Вам чаще, чем другим, что-то не удается в работе или к Вам не совсем справедливо руководитель относится, но почему это Вас так расстраивает? Почему Вы считаете, что Вам должно все всегда удаваться, Вы должны всегда быть эффективны или к Вам должны все только положительно относиться, Вас высоко оценивать?

*С.Х.:* Потому, что я должна быть во всем на высоте, в том числе в профессии, другие должны меня обязательно уважать, а если этого нет, значит, я ничто, грош мне цена, а все вокруг вряд ли хорошие люди.

*Супервизор:* Да, но Вы тоже человек, как и все остальные, Вы можете и ошибаться, как и все остальные, не правда ли? Вы же, в конце концов, не Бог, хотя и он, говорят, сожалел на седьмой день Творения, что совершил ошибку, создав человека.

*С.Х.:* Наверное, Вы правы. Да и люди вокруг, наверное, мне тоже ничего не должны, как и я им.

*Супервизор:* Тогда на этом остановимся сейчас, хотя, конечно, Вы продолжите размышлять в таком позитивном ключе и после нашего разговора.

А теперь перейдем к шестой фазе, подводящей итог работы с данным конкретным случаем.

**Шестая фаза (шаг):** оценка процесса супервизии – психодиагностики и психоинтервенции и ее эффекта.

*Комментарии супервизора.* На данной фазе процесса супервизии идет оценка самого процесса, действий и поведения или стиля супервизора и супервизируемых, а также оценка эффективности супервизии. Обсуждаются другие возможные варианты процесса супервизии, методов изменения поведения (когнитивного аспекта, от него – к эмоциональному состоянию и собственно поведению) супервизируемого С.Х. Обсуждаются пожелания и рекомендации по следующему случаю и работы с ним.

Надо помнить, что процесс супервизии обычно реализуется не в пределах одной встречи, конечно, что определяется конкретным случаем (случаями) и контрактом, заключаемым между супервизором и супервизируемым(и).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психологическая супервизия все больше входит в профессиональную жизнь психологов-практиков, и вообще тех специалистов, которые работают в сфере так называемых помогающих профессий, т.е. работают с людьми, воздействуют на людей помогают людям: учат, управляют, психологически поддерживают, консультируют, лечат и т.д.

В данной книге мы говорим о профессионально-личностных или лично-профессиональных трудностях практикующих психологов (консультантов и психотерапевтов), поскольку в их профессиональную деятельность интимно включается и их личность. Их труд – это во многом «работа сердца с сердцем», это большая нагрузка, прежде всего, на психику профессионала, его душевное и духовное здоровье. В связи с этим и нередки случаи нарушения их профессионального здоровья в виде синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), вплоть до невротических и депрессивных состояний, а также случаи профессиональной деформации (Залевский и др., 2001; Залевский, 2010 и др.).

Именно психологическая супервизия и предназначена для того, чтобы на любом этапе профессионального становления и деятельности помочь будущим специалистам и уже работающим (даже с большим стажем работы) решить их профессионально-личностные проблемы и тем самым



профилактировать профессионально-личностную дезадаптацию и деформацию. В конечном итоге, это должно привести к повышению качества оказания профессиональной помощи клиентам и пациентам. В США и Европе участие в супервизии стало обязательным, это, своего рода, знак качества профессиональной практики, оказания психологических услуг.

Можно надеяться, что супервизия войдет в качестве обязательного предмета при подготовке всех специалистов из сферы «помогающих профессий», а также станет обязательной составляющей системы повышения их квалификации. Свидетельства тому, что мы движемся в этом направлении, уже имеются, что очень обнадеживает.

#### **СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ (ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ)**

*Гризингер В.* Душевные болезни. СПб., 1881.

*Залевский Г.В.* Фиксированные формы поведения. Иркутск : Вост.-Сиб. изд-во, 1976.

*Залевский Г.В.* Психическая ригидность в норме и патологии. Томск : Изд-во ТГУ, 1993.

*Залевский Г.В.* Предубеждения, этнические стереотипы как проблема антропологической психологии // Сибирский психологический журнал. Вып. 2. 1996. С. 70–80.

*Залевский Г.В.* Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем. Москва : Мысль ; Томск : Томский государственный университет, 2004. 458 с.

*Залевский Г.В.* Введение в клиническую психологию: электронный ресурс. Томск : ИДО ТГУ, 2006.

*Залевский Г.В.* Объяснение и понимание в психологии // Теория и методология в психологии. Постнеклассическая перспектива / отв. ред. А.Л. Журавлев, А.В. Юревич. М. : ИП РАН, 2007. С. 195–222.

*Залевский Г.В.* Объяснение и понимание против «циклопной» психологии // Теория и история психологии. Барнаул, 2001.

*Залевский Г.В., Роговин М.С.* Фиксированные формы поведения и их значение для неврологической и психиатрической клиники // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1970. Вып. 8, 9, 11.

*Залевский Г.В., Суховершин А.В.* 29-й Конгресс Европейской Ассоциации бихевиорально-когнитивной психотерапии // Сибирский психологический журнал. 1999. Вып. 11. С. 137–138.

*Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В.* Школа и здоровье учащихся: «школьный невроз» как следствие деструктивного поведения учителя // Сибирский психологический журнал. 2010. № 36. С. 7–13.

**Клюева А.** Понимание и объяснение в психологическом консультировании // Методология и история психологии. М., 2008.

**Левитов Н.Д.** Психология характера. М., 1969.

**Мельченко Н.И.** (ред.) Психолог в здравоохранении. Вопросы диагностики, коррекции и супервизии. Самара : Изд-во СамГПУ, 1999.

**Перлз Ф. и др.** Опыты психологии самопознания. М., 1993.

**Роговин М.С.** Введение в психологию. М., 1969.

**Роговин М.С.** Структурно-уровневая теория в психологии. Методологические основы. Ярославль, 1977.

**Роговин М.С., Залевский Г.В.** Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. Томск : Томский государственный университет, 1988. 233 с.

**Сатир В.** Как строить себя и свою семью. М., 1992.

**Сеченов И.М.** Избранные произведения. М., 1959.

**Сибирский** психологический журнал. 2000. Вып. 13. С. 100–107.

**Ухтомский А.А.** Письма // Пути в незнакомое. М., 1973. С. 371–435.

# СОДЕРЖАНИЕ

## Том четвертый

|   |     |
|---|-----|
| <b>ОСНОВЫ СОВРЕМЕННОЙ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ</b> .....                | 3   |
| <b>Предисловие</b> .....  | 5   |
| <b>Введение</b> .....   | 6   |
| <b>Глава 1. К истории развития современной бихевиорально-когнитивной терапии (СБКТ)</b> .....       | 9   |
| 1.1. Начальная фаза развития: роль классического обусловливания .....                               | 9   |
| 1.2. Влияние оперантных методов научения на развитие СБКТ .....                                     | 14  |
| 1.3. Сближение поведенческих и когнитивных подходов .....   | 16  |
| 1.4. Заблуждения и предубеждения относительно СБКТ .....  | 19  |
| 1.5. Особенности СБКТ и ее отличия от других психотерапий .....                                     | 20  |
| <b>Глава 2. Основания, механизмы и принципы СБКТ</b> .....  | 27  |
| 2.1. Психологические основания (теории научения: от линейной S-R модели до системных моделей) ..... | 27  |
| 2.1.1. Классическое обусловливание (рефлекторное/ответное научение) .....                           | 28  |
| 2.1.2. Оперантное обусловливание (инструментальное научение) .....                                  | 31  |
| 2.2. Когнитивные теории научения .....  | 38  |
| 2.2.1. Принципы когнитивной теории научения .....   | 38  |
| 2.2.2. Рационально-эмотивная терапия (А. Эллис) .....   | 40  |
| 2.2.3. Когнитивная терапия (А. Бек) .....   | 46  |
| 2.3. Когнитивно-социальные теории научения .....  | 50  |
| 2.3.1. «Модельное научение» (А. Бандура) .....  | 50  |
| 2.3.2. Другие методы социально-когнитивного научения .....  | 51  |
| 2.4. Личность в контексте современной бихевиорально-когнитивной терапии .....                       | 54  |
| 2.4.1. К определению понятия личности .....   | 54  |
| 2.4.2. Можно ли изменить личность? .....  | 56  |
| 2.4.3. Подходы к проблеме изменения личности/поведения в контексте СБКТ .....                       | 62  |
| 2.5. Фиксированные формы поведения (ФФП) и СБКТ .....   | 75  |
| 2.6. Основные правила (девизы) самоменеджмента СБКТ .....   | 82  |
| <b>Глава 3. Методы современной бихевиорально-когнитивной терапии</b> .....                          | 94  |
| 3.1. Методы на основе классического обусловливания .....  | 94  |
| 3.1.1. Систематическая десенсибилизация .....   | 94  |
| 3.1.2. Стимульная конфронтация и помехи реагированию .....  | 104 |

|   |            |
|---|------------|
| 3.2. Методы на основе оперантного обусловливания .....  | 105        |
| 3.2.1. Метод жетонов .....  | 106        |
| 3.2.2. Поведенческие или контингентные договора .....   | 107        |
| 3.2.3. Наказание .....  | 107        |
| 3.2.4. Угашение .....   | 108        |
| 3.2.5. Стимульный контроль .....  | 109        |
| 3.2.6. Скрытая сенсбилизация .....  | 110        |
| 3.2.7. Методы формирования поведения .....  | 111        |
| 3.3. Когнитивные и социально-когнитивные методы .....   | 112        |
| 3.3.1. Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса .....  | 112        |
| 3.3.2. Когнитивная терапия А. Бека .....  | 115        |
| 3.3.3. Другие когнитивные и социально-когнитивные методы .....                                | 117        |
| <b>Глава 4. Другие аспекты современной бихевиорально-когнитивной<br/>терапии (СБКТ) .....</b> | <b>128</b> |
| 4.1. Психотерапевт – клиент/пациент отношения .....   | 128        |
| 4.2. Этические вопросы .....  | 132        |
| 4.3. Правовые вопросы .....   | 133        |
| 4.4. Супервизия в системе подготовки и повышения квалификации<br>по СБКТ .....                | 138        |
| <b>Литература .....</b>   | <b>142</b> |
| <br>  |            |
| <b>КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ<br/>И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ</b>                  |            |
| <i>(в соавт. с Н.В. Казанцевой) .....</i>   | <i>149</i> |
| <b>Часть 1 .....</b>  | <b>151</b> |
| <b>Часть 2 .....</b>  | <b>163</b> |
| <br>  |            |
| <b>КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ</b>  |            |
| <b>(По материалам зарубежных исследований) .....</b>  | <b>169</b> |
| <br>  |            |
| <b>КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ<br/>ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЛИЧНОСТИ</b>                           |            |
| <i>(в соавт. с Питером Шюлером) .....</i>   | <i>181</i> |
| <br>  |            |
| <b>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ .....</b>   | <b>187</b> |
| <b>Введение .....</b>   | <b>189</b> |
| <b>1. История развития и современные представления о супервизии .....</b>                     | <b>194</b> |
| 1.1. К истории развития супервизии .....  | 194        |
| 1.2. Дефиниции супервизии .....   | 195        |
| <b>2. Супервизия: цели, функции, формы и сферы применения .....</b>                           | <b>201</b> |
| 2.1. Цели и функции супервизии .....  | 201        |
| 2.2. Возможные деструктивные функции супервизии .....   | 203        |
| 2.3. Формы супервизии .....   | 204        |

|   |            |
|---|------------|
| 2.4. Супервизия и родственные формы профессиональной деятельности .....   | 208        |
| 2.5. Области применения супервизии .....  | 210        |
| <b>3. Концепции и модели супервизии .....</b>   | <b>213</b> |
| 3.1. К постановке проблемы .....  | 213        |
| 3.2. Специфически-ориентированные, или «школьные», модели .....   | 214        |
| 3.3. Развивающие модели супервизии .....  | 232        |
| <b>4. Супервизорские роли, стратегии и стили .....</b>  | <b>241</b> |
| 4.1. Супервизорские роли и стратегии .....  | 241        |
| 4.2. Супервизорские стили .....   | 244        |
| <b>5. Основные правила (девизы) супервизии в контексте современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования .....</b> | <b>247</b> |
| <b>6. Личность супервизора и отношения «супервизор – супервизируемый» .....</b>   | <b>262</b> |
| 6.1. Личность супервизора .....   | 262        |
| 6.2. Фиксированные формы профессионального поведения в контексте супервизии .....   | 265        |
| 6.3. Отношения «супервизор – супервизируемый» .....   | 272        |
| 6.3.1. К постановке проблемы .....  | 272        |
| 6.3.2. Факторы, влияющие на супервизорские отношения .....  | 273        |
| 6.3.3. Потребности супервизируемых .....  | 281        |
| <b>7. Супервизия как процесс (шесть шагов супервизии) .....</b>   | <b>282</b> |
| <b>8. Методы психологической супервизии .....</b>   | <b>286</b> |
| 8.1. Общее представление о методах супервизии .....   | 286        |
| 8.2. Методы супервизии в контексте бихевиорально-когнитивной терапии .....  | 286        |
| <b>9. Супервизия: практика в поисках теории .....</b>   | <b>289</b> |
| <b>10. Этические и правовые проблемы супервизорской практики .....</b>  | <b>297</b> |
| 10.1. Этические проблемы супервизии .....   | 297        |
| 10.2. Правовые проблемы супервизии .....  | 308        |
| 10.2.1. Заключение контракта .....  | 308        |
| 10.2.2. Проект закона «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью» .....                      | 309        |
| <b>11. Супервизорская практика (из опыта работы) .....</b>  | <b>314</b> |
| 11.1. Индивидуальная супервизия в групповой форме (работа с индивидуальным случаем) .....   | 314        |
| 11.2. Поиски и формулировка проблем(ы) .....  | 319        |
| <b>Заключение .....</b>   | <b>328</b> |
| <b>Список рекомендуемой литературы (дополнительная) .....</b>   | <b>329</b> |

*Научное издание*

**Г.В. Залевский**

**ИЗБРАННЫЕ ТРУДЫ**

*В шести томах*

**Том четвертый**

**Психологическая практика и супервизия**

Ответственный за издание – К.Г. Шилько  
Оригинал-макет А.И. Лелою  
Дизайн обложки А.В. Бабенко

Подписано к печати 21.01.2013 г. Формат 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Бумага офсетная. Гарнитура Times.  
Усл. печ. л. 19,5.  
Тираж 100 экз. Заказ № 289.

Отпечатано на оборудовании  
редакционно-издательского отдела  
Томского государственного университета  
634050, г. Томск, пр. Ленина, 36. Корп. 4. Оф. 011  
Тел. 8+(382-2)–52-98-49

ISBN 978-5-9462-1386-8



9 785946 213868 >



