

Текст взят с психологического сайта <http://psylib.myword.ru>

На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 3000 книг по психологии.

Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.

Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)

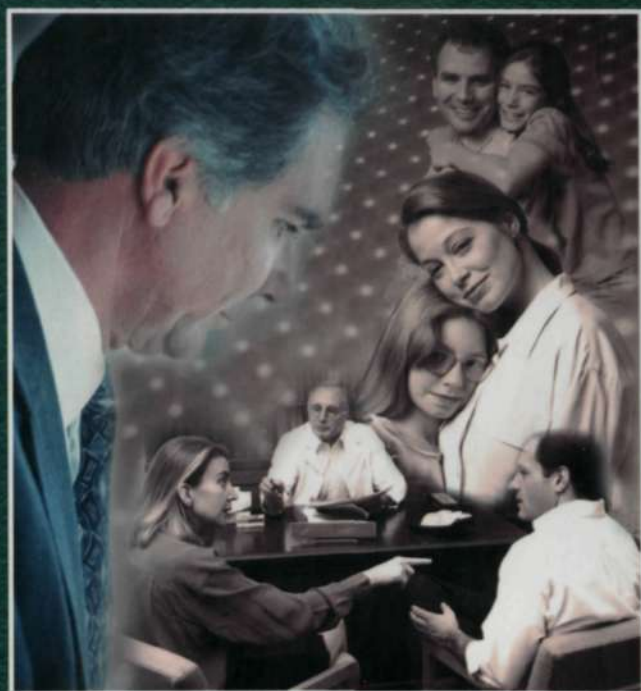
Сайт psylib.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия.



И. Д. Булюбаш

ОСНОВЫ СУПЕРВИЗИИ В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ



И. Д. Булюбаш

**ОСНОВЫ СУПЕРВИЗИИ
В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ**



**Издательство Института Психотерапии
Москва
2003**

Булюбаш И. Д.

Основы супервизии в гештальт-терапии. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. — 223 с.

Интерес к теме супервизии и появление этой книги свидетельствуют о развитии и определенной зрелости российского психотерапевтического сообщества. А также о том, что время «дикой» психотерапии осталось позади и среди ценностей представителей этой сферы на первое место выходят профессионализм и соответствие мировым стандартам.

Книга посвящена особенностям супервизии в гештальт-терапии, однако представляет интерес и для сторонников других подходов, поскольку описывает и основные принципы супервизии, и ее модели, и супервизорские роли и отношения, и фокусы, и стили супервизии, и вопросы сертификации. И прежде всего — авторский алгоритм очной супервизии, процесса, помогающего терапевту осознать свои сильные стороны и ограничения, определить зоны роста и вообще интересно и продуктивно жить в своей профессии.

ISBN 5-89939-096-4

© И. Д. Булюбаш, 2003

© Изд-во Института Психотерапии, 2003

Содержание

| | |
|--|----|
| Предисловие | 7 |
| Глава 1. Современные представления о клинической супервизии | 9 |
| 1.1. Рабочее определение супервизии | 9 |
| 1.2. Этические и юридические принципы супервизии..... | 10 |
| 1.3. Супервизорские роли..... | 12 |
| 1.4. Модели супервизии..... | 15 |
| 1.5. Супервизорские отношения..... | 23 |
| Факторы, влияющие на супервизорские отношения | 25 |
| Соппротивление (тревога) супервизируемого..... | 29 |
| Параллельные процессы в супервизии..... | 33 |
| Потребности супервизируемых терапевтов..... | 35 |
| 1.6. Супервизорские стили..... | 35 |
| 1.7. Фокусы супервизии..... | 37 |
| 1.8. Форматы супервизии..... | 39 |
| Индивидуальная супервизия..... | 40 |
| Групповая супервизия..... | 43 |
| Коллегиальная супервизия..... | 45 |
| 1.9. Рекомендации для работы супервизора..... | 46 |
| 1.10. Самооценка терапевта. Возможности портфолио..... | 48 |
| 1.11. Влияние супервизора на исход терапии..... | 50 |
| Глава 2. Профессиональное развитие супервизора. | |
| Некоторые вопросы оценки и сертификации | 52 |
| 2.1. Что такое хороший супервизор?..... | 51 |
| 2.2. Уровни профессионального развития супервизора. | |
| Вопросы самооценки..... | 53 |
| 2.3. Оценка профессиональной компетенции клинического супервизора. Вопросы сертификации..... | 56 |
| 2.4. Сертификационные курсы и требования к супервизору. Стандарты супервизии..... | 60 |

| | |
|---|----|
| Глава 3. Теоретические основы супервизии в гештальт-терапии | 70 |
| 3.1. Гештальт-подход и супервидение..... | 70 |
| 3.2. Диалогическая основа супервизии в гештальт-терапии. . . | 72 |
| 3.3. Феноменологический подход и теория поля. Фигура и фон в супервидении..... | 74 |
| 3.4. Функции self и модель «Цикл контакта» в супервидении... | 77 |
| 3.5. Клиент, терапевт и терапевтические отношения в супервизии гештальт-терапевтов..... | 79 |
| 3.6. Терапевт, супервизор и супервизорские отношения..... | 80 |
| 3.7. Административные отношения в супервизии гештальт-терапевтов..... | 81 |
| 3.8. Этические аспекты отношений терапевта и супервизора... | 81 |

| | |
|---|-----|
| Глава 4. Алгоритм очной супервизии. Опорные точки супервизорского процесса | 86 |
| 4.1. Сбор материала..... | 88 |
| Оценка предварительных данных..... | 88 |
| Наблюдение за поведением терапевта..... | 89 |
| Заметки супервизора о терапевтической сессии..... | 91 |
| Внутренняя реальность супервизора..... | 93 |
| 4.2. Фокусирование..... | 95 |
| Наиболее важные моменты фокусирования..... | 97 |
| Некоторые особенности фокусирования..... | 98 |
| Четыре основные стадии фокусирования..... | 103 |
| 4.3. Непосредственно супервизия, или рабочая стадия..... | 105 |
| Начальный фокус на клиенте..... | 106 |
| Начальный фокус на терапевте..... | 108 |
| Начальный фокус на терапевтических отношениях..... | 112 |
| Особенности стратегии и позиции супервизора при работе с механизмами прерывания контакта..... | 116 |
| 4.4. Дидактические аспекты супервизии..... | 121 |
| Приложение к главе 4..... | 122 |

| | |
|--|-----|
| Глава 5. Основы супервизии групповой терапии с точки зрения гештальт-подхода | 128 |
| 5.1. Гештальт-подход в работе с групповым процессом как основа фокусирования в супервизоре кой практике_ | 128 |
| Феноменологический подход в групповой гештальт-терапии..... | 129 |

| | |
|--|-------|
| Наблюдение и эксперимент..... | 130 |
| Теория поля в групповой гештальт-терапии и супервизорской практике..... | 131 |
| Теории группового развития и гештальт-терапия..... | 135 |
| 5.2. Сбор материала и области наблюдения супервизора..... | 137 |
| Сведения о группе и групповых терапевтах..... | 137 |
| Общегрупповые феномены..... | 138 |
| Выбор участника для индивидуальной работы в групповом контексте..... | 139 |
| Выбор технического приема или группового упражнения..... | 3 141 |
| Личность и стиль терапевта..... | 142 |
| Наличие у терапевта необходимых терапевтических навыков..... | 143 |
| Проблемы ко-терапевтического взаимодействия..... | 144 |
| 5.3. Особенности динамической супервизии..... | 145 |
| 5.4. Фокусирование..... | 148 |
| 5.5. Рабочая стадия супервизии..... | 151 |
| 5.6. Дидактические аспекты групповой супервизии..... | 154 |

Глава 6. Педагогические и супервизорские аспекты обучения

| | |
|--|------------|
| гештальт-терапевтов..... | 156 |
| 6.1. Основные характеристики образовательных программ по гештальт-терапии в российском гештальт-сообществе..... | 156 |
| Требования к кандидатам на участие в программах по гештальт-терапии..... | 157 |
| Содержание и продолжительность обучающих программ по гештальт-терапии..... | 158 |
| Условия сертификации..... | 158 |
| 6.2. Супервизия внутри обучающих программ по гештальт-терапии..... | 160 |
| 6.3. Методология работы супервизора в супервизорской группе обучающей программы по гештальт-терапии..... | 163 |
| 6.4. Процедура работы супервизорской группы..... | 165 |
| 6.5. Основные педагогические и супервизорские проблемы обучения гештальт-терапевтов..... | 167 |
| 6.6. Экспертная оценка основных навыков и способностей гештальт-терапевта..... | 173 |

| | |
|-------------------------|------------|
| Послесловие..... | 175 |
|-------------------------|------------|

| | |
|--|-----|
| Приложение 1. Некоторые аспекты оценки профессиональной деятельности супервизоров и супервизируемых (опросники)..... | 179 |
| Опросник супервизорских стилей..... | 179 |
| Оценка супервизора консультантом..... | 180 |
| Опросник для супервизируемого..... | 183 |
| Supervisor Emphasis Rating Form..... | 185 |
| Регистрационный лист тревоги консультанта..... | 189 |
| Приложение 2. | 192 |
| Таблица 1. Основные характеристики базовых образовательных программ по гештальт-терапии европейских, американских и австралийских гештальт-институтов и центров (поданным Internet)..... | 192 |
| Таблица 2. Основные характеристики российских базовых образовательных программ по гештальт-терапии (по данным Internet)..... | 208 |
| Литература | 214 |

Предисловие

Как рождается книга? Наверное, по-разному... Мое стремление написать ее возникло от сильного желания создать для себя и других объемную картину того, чем является супервизия в гештальт-терапии. А также от удивления и любопытства в связи с тем, что моделей супервизии в гештальт-терапии не так уж и много — по крайней мере, четко описанных в иноязычных статьях и монографиях (или работах, «лежащих» в интернет-библиотеках).

Все это — и удивление, и любопытство, и желание создать собственную модель супервизии в гештальт-терапии — в значительной степени зависело от участия в моей профессиональной жизни моего учителя и коллеги Олега Владимировича Немиринского. За это щедрое участие, побудившее меня активно исследовать проблему супервизии, я очень ему благодарна. Ну и совсем несправедливо было бы забыть о теплой и ободряющей позиции любимого мужа, который на мои восклицания о том, как мало информации, регулярно повторял: «Вот ты и напиши!»

Мой собственный опыт супервизии не столь продолжителен (впрочем, достаточно интенсивен). Это и неудивительно: до последнего времени института супервизоров в России просто не существовало. Потребность в подобной литературе появилась только сейчас, когда подросло первое поколение гештальт-практиков, понимающих, что супервизор — это не страшный монстр-экзаменатор гештальт-терапевта, а коллега, помогающий терапевту счастливо, интересно и эффективно жить в своей профессии.

И вот я в раздумьях... Какой бы могла быть идеальная книга по клинической супервизии? Том страниц 800 со скрупулезным разбором всех концепций и всех моделей... Описание моделей супервизии в разных подходах и их сравнительная характеристика... Изложение опыта работы в одной модели... Что это даст терапевту и супервизору?

Поразмыслив, я поняла, что хочу написать совсем не идеальную, а просто полезную для гештальт-терапевтов книгу. Книгу, которая дает представления о том, что такое клиническая супервизия, каковы ее составляющие и в чем особенность супервизии в гештальт-терапии. Такую книгу, чтобы, читая ее, и супервизор и терапевт внутренне радовались своим находкам: «Ага, и у меня так было... Вот оно что!..»

И чтобы эта книга рождала не страх перед теорией и новой информацией, а интерес и предвкушение новых профессиональных возможностей. Во многом же эти возможности определяются желанием и умением гештальт-терапевта и гештальт-супервизора постоянно задавать вопросы себе, а не только «старшим и опытным» коллегам.

Еще мне бы очень хотелось, чтобы гештальт-терапевты, обучающиеся супервизии, ощутили тонкий вкус этой необычной работы, гармонично сочетающей в себе такие разные роли терапевта, коллеги и учителя.

Ну, а что из этого вышло, оцените вы, дорогие коллеги...

Глава 1

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КЛИНИЧЕСКОЙ СУПЕРВИЗИИ

1.1. Рабочее определение супервизии

Супервизия — это интервенции, осуществляемые более опытными профессионалами по отношению к менее опытным. Такие отношения имеют определенную временную протяженность, предполагают оценку и ставят своей целью улучшение профессионального функционирования, а кроме того, подразумевают мониторинг качества профессионального обслуживания клиента. При этом супервизор играет роль «привратника на входе в особенную профессию» (Bernard & Goodyear, 1998).

Бернард и Гудеар (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.

Еще одно классическое определение супервизии принадлежит Пауэлу (Powell, 1993): «Клиническая супервизия — это упорядоченный процесс наставничества, в котором принципы трансформируются в практические навыки с четырьмя частично совпадающими фокусами: административным, оценочным, клиническим и поддерживающим». На этом определении базируются три основные задачи супервизора:

- обеспечение профессионального (и личностного) развития терапевта (психолога-консультанта)*;
- стимуляция развития специальных навыков и компетенции для получения измеряемого исхода терапии;
- увеличение ответственности терапевта по отношению к сервису и программам учреждения.

Клиническая супервизия имеет некоторое сходство с терапией, но различий между ними гораздо больше, чем сходства. Процесс супервизии является избирательным и подчинен «чему-то из терапии». Он 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 терапевтов опытными терапевтами, а не опытными клиентами. Прохождение же индивидуальной терапии не является способом научиться проводить ее (Mead, 1990).

Клиническая супервизия — важный элемент качественной терапевтической практики. Она связана с совершенствованием терапевтических навыков после окончания тренинговых программ (Spooner & Stone, 1977) и осознанием уровня своего клинического развития терапевтами, завершившими обучение в рамках тренинговых программ (Reising & Danials, 1983, Wiley & Ray, 1986).

Когда клиническая супервизия осуществляется как целостный процесс, она способствует развитию и терапевта, и супервизора.

1.2. Этические и юридические принципы 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 (Harrar, Vande, Greek & Knapp, 1990). В то же время под таким наблюдением супервизируемый имеет возможность профессионально расти и расширять свой опыт даже в сложных и нестандарт-

* Здесь и далее под клинической супервизией имеется в виду супервизия терапевта или психолога-консультанта. Поскольку используемый в литературе термин «counseling» означает и консультирование как долговременный процесс, и психотерапию, в данной книге будут употребляться слова «психотерапия» или «терапия», а также «терапевт» и «психотерапевт». Тот, кто предпочитает термин «консультирование», может иметь его в виду («за скобками»).

ных 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 личностной готовности взять на себя клиническую ответственность (Kurpius, Gibson, Lewis & Corbet, 1991).

Информированное согласие (Bernard, ERIC Digest). Это средство защиты терапевта и супервизора от судебного преследования со стороны клиента (Woody, 1984). 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):

- супервизор должен быть уверен, что терапевт информировал клиента обо всех особенностях терапии;
- супервизор должен быть уверен, что клиент осознает эти особенности (например, что аудиозаписи будут прослушиваться в супервизорской группе);
- супервизор должен информировать супервизируемого терапевта о критериях оценки супервизорского процесса и других экспертных аспектах ситуации (например о том, что от супервизируемого может потребоваться интервью или навыки описания практической работы и т. п.).

Защита прав клиента и супервизируемого терапевта. 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 (ERIC Digest).

Конфиденциальность. Соблюдая конфиденциальность в рамках терапии, терапевт 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 должен 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 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. Хоукинс, 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».

1.3. Супервизорские роли

Супервизор — это не только терапевт, работающий с другим терапевтом. Выделяются три основные роли — учитель, фасилитатор (терапевт) и консультант (Ellis, Dell, 1986, Borders, Leddick, 1987) и три дополнительные — эксперт, менеджер и администратор (Уильямс, 2001,

Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии, 1998). Каждая из ролей предполагает наличие специфических стратегий. Чтобы лучше понять, как взаимодействуют эти роли, можно воспользоваться понятием «тренер». Тренер не фокусируется только на роли учителя, или на роли терапевта, или на роли консультанта. Тренерская позиция предполагает пропорциональное использование всех трех ролей (Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии).

В специальном руководстве для супервизоров (Ninfeldt, Iversen, Juntunen, 1995) описаны определенные супервизорские стратегии для каждой из этих ролей.

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.

Супервизор в роли терапевта (фасилитатора):

- исследует чувства терапевта во время терапевтической сессии;
- исследует чувства терапевта во время супервизорской сессии;
- исследует чувства терапевта по поводу определенных техник и интервенций;
- побуждает исследование супервизируемым самого себя по поводу его чувства доверия к 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 (Уильяме, 2001):

- контролирует достижение целей, сформулированных в супервизорском контракте;
- проверяет, осуществил ли терапевт интервенцию, обсуждавшуюся на предыдущей сессии;
- отслеживает прогресс клиента;
- дает терапевту обратную связь по поводу знания теории, следования ей и его личностных качеств;
- помогает супервизируемому оценить свои сильные и слабые стороны;
- оценивает прогресс терапевта;
- контролирует соблюдение этических стандартов;
- при необходимости конфронтирует обучаемого с определенным материалом.

Супервизор как менеджер (Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии) осуществляет связь между важными опорными точками лечебного процесса. Это 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.

Очень важно, чтобы клинический супервизор был вовлечен организацией (учреждением) в процесс принятия решений. Кроме того, клинический супервизор дает ответы на трудные вопросы. В частности, клинический супервизор изучает жалобы клиентов и отвечает на них, предоставляя информацию для адекватного рассмотрения ситуа-

ции. В таких случаях он действует 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 более эффективно, обеспечивая более эффективное управление.

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. К его компетенции относятся 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.

1.4. Модели супервизии

Моделью супервизии называется систематический образ действий (метод), с помощью которого проводится супервизия. Знания о существующих моделях и умение в них работать являются основой обучения супервизора.

Классификация супервизорских моделей зависит обычно от предпочтений ее авторов. Так, Г. Р. Леддик (ERIC Digest) предлагает следующую классификацию:

- развивающая модель;
- интегративная модель;
- специфически-ориентированная модель.

Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии рассматривает:

- психодинамическую модель;
- модель развития умений;
- модель семейной терапии;
- модель развития.

Специфически-ориентированные модели (Leddick, ERIC Digest). К ним относят психодинамическую модель, поведенческую модель, модель, сфокусированную на решении, роджерсианскую модель и т. п. Специалисты, работающие в этой модели, полагают, что лучшим видом супервизии будет тот, который ориентирован на анализ практики именно того вида терапии, который они используют. Например, 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.

Модель развития умений (Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии) относится скорее к поведенческой модели супервизии и рассматривает проблемы терапевта как проблемы обучения, а также выбора соответствующих техник обучения. Супервизируемый может участвовать в построении собственной адекватной поведенческой модели и тем самым увеличивать возможности подкрепления для клиента.

Эта модель супервизии представляет собой обучающий процесс для супервизируемого, необходимый для того, чтобы научиться навыкам и повысить уровень терапевтической компетентности для улучшения исхода терапии. Знания и навыки супервизируемого оцениваются супервизором, определяющим направление супервизии на основании трех принципов:

- 1) терапевт должен изучать подходящие навыки и устранять неподходящее поведение;
- 2) супервизор помогает терапевту развить и ассимилировать специфические умения;
- 3) знания терапевта и его навыки должны быть сформулированы в терминах поведения.

Модель супервизии в семейной терапии тяготеет к зависимости от терапевтической модели, используемой в семейной терапии (подходы Минухина, Хейли, Лиддла и др.). Поэтому она не может быть описана как сугубо супервизорская.

Роджерсианская модель супервизии. Наиболее важным аспектом супервизии для роджерсианской терапии является создание необходи-

мых и достаточных состояний эмпатии, естественного и безусловного принятия.

Модель развития (работы Stoltenberg, 1981, Loganbill, Hardy & Delworth, 1982, и частично Powell, 1983, Stoltenberg и 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. Изменение статуса терапевта было разделено на стадии, которые являлись последовательными и иерархичными по отношению друг к другу.

Развитие терапевта может быть условно разделено на три стадии (Stoltenberg & Delworth, 1987): начальную, промежуточную и «продвинутую». Внутри каждой стадии отмечаются две тенденции: (а) действовать по жесткому, поверхностному и имитационному пути и (б) двигаться в направлении большей компетенции, уверенности в себе. Особое внимание на этих стадиях уделяется осознанию себя и других, мотивации и автономии. Типичное развитие супервизируемого терапевта вначале характеризуется относительной зависимостью от супервизора в оценке клиентов и разработке планов терапии. На промежуточном этапе супервизируемый терапевт зависит от супервизора в понимании трудных клиентов, но становится более независимым в оценке остальных. Типичными на этой стадии являются избегание, сопротивление и конфликты. «Продвинутые» супервизируемые терапевты функционируют независимо и ищут помощи, чувствуя ответственность за свои решения. Позже была добавлена еще одна стадия — опытный терапевт. Основной смысл этой модели заключается в том, что терапевт меняется, реагируя на стимулы супервизора, и эти изменения могут быть оценены в поведенческих терминах. Не существует специфического расписания развития, «путешествие» терапевта по этим стадиям проходит в сугубо индивидуальном временном режиме.

Модель развития по Столтенбергу (Stoltenberg, 1981) состоит из четырех уровней развития терапевта.

Первый характеризуется зависимостью терапевта от супервизора, имитативностью, недостатком самоосознания и осознания ситуации, минимальным опытом, категоричными высказываниями, большим знанием теории, чем владением навыками.

Второй характеризуется конфликтом зависимости и автономии, возрастанием самоосознания, флюктуирующей мотивацией, стремлением к независимости и самоутверждению.

Третий характеризуется условной зависимостью, развитием личностной идентичности терапевта с возрастанием количества инсайтов, более устойчивой мотивацией, возрастанием эмпатии и более дифференцированной межличностной ориентацией.

Четвертый характеризуется адекватным осознанием себя и других, знанием своих возможностей и слабостей, удовлетворяющей взаимозависимостью с другими людьми, а также стандартами профессии, интегрированными с личной идентичностью терапевта.

Еще один вариант модели развития (Loganbill, Hardy & Delworth, 1982) состоит из трех специфических стадий (неосознание/стагнация, растерянность и интеграция) и восьми навыков:

- 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. В соответствии с этой моделью на ранней стадии от супервизора требуется большая активизация учительской и поддерживающей роли по отношению к терапевту, на средней стадии — стадии профессионального роста — требуется терапевтическая ориентация, а на последней — применение консультативного фокуса в работе.

Смешанная модель (Powell, 1983) по своей сути также является развивающей моделью, основанной на личностном и профессиональном развитии терапевта. Эта модель предполагает одновременно и супервизорскую оценку навыков и умений терапевта с помощью специаль-

ных шкал. Она была разработана для психотерапевтов военного лечебного центра (военных врачей), работающих с химически зависимыми, врачей, пришедших в психотерапию по назначению (без формального академического тренинга) 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 существования проблем;
- 3) ключ к росту — это смещение 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 развития (Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии) применяется в супервизии при различных теоретических ориентациях. В этой модели описаны три стадии развития терапевта с соответствующими характеристиками каждой стадии, а также три уровня рабочих проблем супервизора, работающего с терапевтами, находящимися на этих стадиях развития.

Первый уровень терапевтических характеристик

Терапевт:

- нуждается в развитии основных навыков;
- мотивирован тревогой, связанной с вопросами компетенции и высоким уровнем энтузиазма;
- подражает чьей-либо ролевой модели (обычно супервизору);
- описывает клиента однозначно;
- хочет найти единственно правильный путь проведения терапии (как рецепт в поваренной книге);
- очень зависим и сфокусирован больше на себе, чем на клиенте;
- испытывает трудности с концептуализацией клиента;
- испытывает недостаток самоосознавания;

не знает то, что не знает;
цепляется за «сверхполезные» технологические модели, применение которых влечет за собой «туннельное видение»;
испытывает трудности с конфронтацией и адекватным самораскрытием;
использует анекдотичные концептуализации, проецирует свой опыт на клиента;
позволяет себе высказывать категоричные, огульные утверждения о клиенте;
характеризуется ограниченными возможностями планирования терапии;
не имеет ясных представлений о практическом применении стандартов (недостаточно интегрированная этика).

Первый уровень рабочих проблем супервизора

Супервизор должен:
познакомить супервизируемого с различными теоретическими ориентациями;
быть сензитивным к тревоге супервизируемого;
способствовать его автономии;
поощрять стремление к риску;
способствовать восприятию многообразия терапевтических моделей;
привносить неопределенность в ситуацию;
следить за балансом поддержки и неопределенности;
использовать ролевые игры и презентации;
помочь терапевту в развитии способности к концептуализации клиента;
обращаться к ресурсам супервизируемого;
не проявлять слишком много контроля;
быть чутким к стилю обучения терапевта (активности/пассивности, локусу контроля, уровню концептуализации, устным и письменным способностям).

Второй уровень терапевтических характеристик

Терапевт:
фокусируется больше на клиенте;
проявляет больше осознанности, фрустрации и смущения;
может показаться менее «продвинутым», чем на первом уровне;
демонстрирует неопределенность и медлительность;

теряет мотивацию после трудных клиентов;
проявляет конфликт между зависимостью от супервизора и автономией;
менее склонен к имитации, больше стремится к самоутверждению;
менее склонен просить рекомендации;
лучше определяет тип клиента;
демонстрирует большее культуральное осознание;
проявляет большую готовность использовать альтернативные подходы к помощи клиенту;
уделяет внимание этическим принципам профессии;
строже относится к этическим стандартам.

Второй уровень рабочих проблем супервизора

Супервизор должен:

понимать, что терапевт уже является не столь техническим ориентированным;
понимать, что терапевт готов к конфронтации и нуждается в изучении альтернатив по отношению к изучаемому подходу;
быть готовым к тому, что его супервизорская компетентность может быть подвергнута сомнению;
уделять больше внимания трансферентным проблемам;
развивать консультативный подход в супервизии;
поощрять независимость терапевта;
понимать, что представления терапевта могут быть неправильными и от этого может зависеть недостаток навыков;
обеспечивать супервизируемому «спектр клиентов» для расширения его терапевтического опыта;
признавать потребности супервизируемого в рациональных объяснениях;
понимать различия между супервизией и терапией.

Третий уровень терапевтических характеристик

Терапевт:

глубоко понимает клиента;
понимает свои ограничения и не обезоружен сомнениями;
постоянно мотивирован в работе;
формирует свой терапевтический стиль;
демонстрирует возрастающую автономию;
является стабильным в шести клинических областях (интимность, стиль, финансовые отношения, личностный рост, интеллектуальные возможности, альтруизм);

- адекватно использует себя в терапии;
- способен к целенаправленному мышлению;
- правильно диагностирует клиентов;
- принимает супервизоров различной ориентации;
- беспрепятственно двигается от оценки ситуации к концептуализации и к интервенции;
- демонстрирует понимание этических принципов.

. Третий уровень рабочих проблем супервизора

Супервизор должен:

- работать с терапевтами третьего уровня развития;
- использовать терапевт-центрированный подход;
- быть поддерживающим, разделяющим опыт коллегой, другом, человеком, тестирующим реальность;
- использовать в качестве проводника свою клиническую мудрость;
- стимулировать и сомневаться;
- использовать каталитические интервенции;
- использовать самораскрытие в тот момент, когда это полезно.

П. Хоукинс и Р. Шохет (2002), используя данные Столтенберга и Делуорта (Stoltenberg & Delworth, 1987), описали четырехуровневую модель развития терапевта. Первый уровень характеризуется ориентацией на себя и зависимостью от супервизора, так как терапевты не имеют собственных критериев для оценки профессионального поведения, им сложно увидеть терапевтический процесс в целом. Для того чтобы справиться с тревогой, супервизор должен обеспечить структурированную обстановку с позитивной обратной связью и побуждением супервизируемого продвигаться к анализу того, что происходило на сессии. Главные в его действиях — дозирование поддержки и неопределенности. Основным вопросом супервизируемого: «Смогу ли я справиться с этой работой?»

Для второго уровня характерна ориентация терапевта на клиента и на свое обучение. Основной вопрос, который задает себе терапевт: «Смогу ли я помочь этому клиенту?» Это сложная стадия, характеризующаяся разочарованием терапевта в волшебных свойствах терапии и собственных силах. В супервизорских отношениях возникает конфликт, и супервизор воспринимается как некомпетентная и неспособная к адекватным действиям фигура. Работая с терапевтом этого уровня, супервизор может быть уже менее дидактичным и структурированным, но более терпеливым к перепадам настроения терапевта, связанным с разочарованием в связи с несовершенством своей работы.

Терапевт третьего уровня способен работать, ориентируясь на процесс, у него появляется навык рассматривать клиента в более широком контексте его жизни и терапевтических отношений. Терапевт спрашивает себя: «Каковы наши взаимоотношения?». Супервизия становится партнерским процессом. Наконец, четвертый уровень — это ориентация на процесс в контексте. Вопрос, на который пытается ответить терапевт: «Как взаимосвязаны процессы жизни клиента и терапии?» Терапевт становится мастером и характеризуется личностной автономией, стабильной мотивацией и пониманием необходимости работать над собственными личностными и профессиональными проблемами.

Среди немногочисленных российских источников по клинической супервизии упоминается функциональная модель супервизии (Долгополов, 2001). Она представлена шестью уровнями супервизорских целей, которые зависят от соответствующих потребностей терапевта: процессуальное осознание, осознание профессиональных трудностей, экспертиза терапевтических действий или квалификации терапевта в целом, осознание личных проблем и ограничений, затрудняющих профессиональную деятельность терапевта, дидактическая функция и развивающая функция. Данным автором разработана еще одна — вспомогательная интеракционная модель супервизии.

1.5. Супервизорские отношения

Исследования супервизорского процесса убедительно доказали, что супервизорский процесс — это центральный и наиболее значимый компонент клинической супервизии (точно так же, как поддержка позитивных терапевтических отношений), а также ключ к успешному исходу терапии. Этот термин определяет манеру, в которой контактируют супервизор и терапевт, а также то, как они работают вместе для достижения личностных и профессиональных целей. Для некоторых супервизоров эти отношения и есть путь супервизии (Rice, 1980, Freeman, 1992), в то время как для других — необходимая, но менее определяющая переменная процесса (Hess, 1980)

Супервизорские отношения начинаются с формирования открытой и поддерживающей среды для супервизии, развиваются далее и в определенный момент приходят к неизбежному в диадных отношениях конфликту, разрешение которого знаменует достижение автономии в личностном и профессиональном развитии терапевта. Это особенно

характерно для терапевта на второй стадии развития. Появление такого конфликта обычно связано с индивидуальными различиями, количеством указаний и похвал, применением техник и т. п. Поскольку проявление силы является неотъемлемой характеристикой роли супервизора, он должен поддерживать свою лидирующую позицию (Bernard, 1992), а кроме того, адекватно обеспечивать удовлетворение потребности неопытных терапевтов в обучении и поддержке (Ronnestad & Skovholt, 1993).

Для супервизорских отношений большое значение имеет формирование супервизорского альянса, который предполагает открытость и ясность относительно методов, используемых в супервизии, причин их выбора, супервизорского стиля, целей супервизии, формы отношений и ответственности участников супервизорского 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 также 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 (Inskipp & Proctor, 1993, цит. по П. Хоукинс и Р. Шохет, 2002) включает:

- 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 стандарта терапии, поддержание рабочих отношений и границ супервизии. Частичную ответственность супервизор несет и за работу супервизируемого с клиентом. Контракт в супервизии предполагает обсуждение ее основ-

ных правил, границ, ответственности каждого участника, ожиданий и отношений, формата сессий, вариантов оценки супервизируемого и т. п. (Page & Wosket, 1994, Carroll, 1996, Хоукинс, Шохет, 2002).

Факторы, влияющие на супервизорские отношения

К числу статических факторов принадлежат: демографические (пол, возраст, раса), ролевая позиция, супервизорский стиль, личностные характеристики (Borders & Leddick, 1987, Leddick & Dye, 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 влияет опыт супервизируемого терапевта (Dye, 1987), практические и технические навыки терапевтических действий, навыки концептуализации клиента, уровень осознания терапевтом его личностных проблем, влияющие на процесс терапии и профессиональное поведение, а также этические и юридические аспекты терапевтического процесса (banning & Freeman, 1994). Большое значение имеет также способность сформировывать 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* (Oik & 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 (контрастной роли 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 — тендерные факторы, раса, а также межкультурные отличия.

Тендерные 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 тендерных факторов на супервизорские отношения.

- 1) Супервизируемые сообщают о закрытости отношений с супервизором того же пола и приписывают большее влияние супервизорам противоположного пола (Worthington & Stern, 1985).
- 2) Мужчины-супервизоры поощряют имитацию и больше осознают свое влияние на супервизируемого терапевта, чем женщины (Borders & Leddick, 1987).
- 3) Женщины-супервизоры поощряют большую автономию, оказывают большую поддержку и реже нарушают границы, чем мужчины (Borders & Leddick, 1987).
- 4) Женщины-клиенты 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.
- 5) Супервизируемые терапевты оценивают начало супервизорских отношений более позитивно, когда имеют дело с супервизором того же пола, и более негативно — когда другого (Nelson & Holloway, 1990, из ERIC Digest, далее они же).
- 6) И супервизоры, и супервизируемые терапевты полагают, что женщины-супервизоры чаще проявляют личностно влияющий стиль в отношении конфликтов внутри супервизии.
- 7) Супервизируемые женщины-терапевты имеют тенденцию вести себя более стереотипно, когда взаимодействуют с женщиной-супервизором.
- 8) Если и терапевт, и супервизор одного и того же пола, то супервизируемый терапевт больше удовлетворен результатами супервизии.
- 9) Супервизируемые женщины-терапевты склонны заострять внимание на аффективных аспектах супервизии, а супервизируемые мужчины — на когнитивных.

- 10) Женщины-супервизоры чаще испытывают сложности с завершением супервизии, в то время как мужчины завершают ее слишком быстро, игнорируя эмоциональные аспекты.
- 11) Женщины-супервизоры дают больше личностной обратной связи своим супервизируемым.
- 12) Женщины и мужчины могут полагаться на различные источники силы в отношении компенсации проблем, связанных с тендерными особенностями (тенденций 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.
- 13) Мужчины и женщины супервизоры редко подкрепляют женщин-супервизируемых в проявлениях ассертивности.
- 14) Женщины-супервизируемые склонны больше уступать авторитету супервизора.

В связи с этим супервизор отвечает за помощь супервизируемым в оценке тендера как фактора, существенно влияющего на концептуализацию случая, самооценку, склонности и пристрастия терапевта, а также выбор терапевтических стратегий. Перед супервизором, таким образом, всегда стоят два основных вопроса: 1. как тендерный фактор влияет на терапевтические отношения и процесс, который он наблюдает, и 2. как тендерный фактор влияет на супервизорские отношения и процесс, в котором он участвует.

Бернард и Гудеар (Bernard and Goodyear, 1992) предложили три области рассмотрения и оценки тендерных влияний:

- проблема, с которой клиент приходит к терапевту;
- взгляды терапевта;
- выбор интервенций.

Супервизор может держать в уме вопросы, которые помогут ему оценить роль тендера в конкретной работе с супервизируемым:

1. Продиктованы ли мои ожидания от супервизируемого терапевта тендерным 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 мужчина супервизируемый 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 тендерным фактором?
9. Являются ли ожидания супервизируемого терапевта отменя, основанными на моем собственном тендере?
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 тендерных 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 (Bartell & Rubin, 1990), 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 (Pope, Levenson & Schover, 1979). 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. Хоукинс 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, характерных 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 предрассудках и контрпереносе, который является реакцией на культуральный материал.
7. Исследование культурных норм и предубеждений в более широком контексте работы — в организационной, социальной и политической сфере.

Сопrotивление (тревога) супервизируемого

Сопrotивлением называется защитное поведение, имеющее цель уменьшить тревогу. Первичной целью сопrotивления (Liddle, 1986) является самозащита, с помощью которой супервизируемый охраняет себя от ощущаемой угрозы. Тревога в супервизии определяется множеством различных факторов: присутствием элементов оценки, необходимостью действовать, различиями в теоретической ориентации, демографическими различиями, различиями в способностях.

Для работы супервизора имеет значение также уровень тревоги супервизируемого. Слишком низкая или очень высокая тревога может снижать продуктивность супервизорского процесса. Высокая тревога обуславливает и высокую степень сопrotивления.

Одна из наиболее распространенных реакций — страх оказаться неадекватным, в то время как супервизируемый хочет добиться успеха. Еще одна причина сопrotивления 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. Сопrotивле-

ние может быть также следствием недоступности супервизора, его недостаточным знакомством с культурными различиями. К факторам сопротивления относится наличие оценочного компонента в супервизии (особенно негативной оценки), различие в возможностях супервизора и супервизируемого, различие в теоретической ориентации и личностно-демографические различия.

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 четыре категории игр.

Существуют игры, в которых супервизируемые терапевты манипулируют уровнем требований, предъявляемых им. Часто они используют лесть, 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 пять типов сопротивления (Bauman, 1972).

Супервизируемый терапевт прибегает к *покорности* — ведет себя так, как если бы супервизор имел ответы на все вопросы. Тактика *отвлечения внимания вопросами* уводит супервизора от навыков супервизируемого терапевта. *Игра «Яплохой»* встречается, когда супервизируемый терапевт демонстрирует свою хрупкость в попытке отвлечь супервизора от своих болезненных проблем. *Игра в беспомощность и зависимость* — супервизируемый терапевт с благодарностью «поглощает» всю информацию от супервизора. *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, 1989; Mueller & Kell, 1972).

Сопротивление супервизируемого терапевта в литературе характеризуется следующим образом:

- сопротивление 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, для того 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 супервизор должен установить контрактные отношения, ожидать ее появления, определить образовательные цели супервизии, проводить групповую супервизию. Лиддл (Liddle, 1986) советует открыто обсуждать конфликт, сосредоточившись на источнике тревоги супервизируемого. 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, так 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 терапевта, 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 продуктивной? Как терапевт ответит на такое изменение реакции супервизора?

Пауэлл (Powell, 1983) выделяет следующие эффективные стратегии обратной связи супервизируемому:

1. «Разламывание» — разбиение информации на отдельные фрагменты, которые легче усвоить.
2. Ссылка на себя — передача своего (или чьего-нибудь) опыта в конкретных терминах.
3. «Сэндвич» — помещение неприятной информации между приятными комментариями работы.

Параллельные процессы в супервизии

Понятие параллельности было введено для обозначения тенденции супервизора, терапевта и клиента соответствовать друг другу. Они воспроизводят свои интерактивные паттерны поведения, перенося их из терапии в супервизию и наоборот. Более «заразными» считаются психические процессы клиента, они бессознательно подхватываются терапевтом и переносятся в ситуацию супервизии (Searls, 1965; Ellis, 1991).

Эта концепция базируется на психоаналитических представлениях о трансференции и контртрансференции. Трансференция происходит, когда терапевт переносит свои чувства и проблемы из терапевтических отношений в супервизорские. Контртрансференция возникает, когда супервизор отвечает терапевту в той же манере, в какой терапевт отвечает клиенту. Это ситуация, в которой взаимодействия в процессе супервизии неосознанно повторяют (или являются *параллельными*) взаимодействиям в терапевтических отношениях. Идентификация параллельных процессов требует постоянного осознания.

Первоначально параллельные процессы именовались отраженными (Searles, 1955, 1965) и считалось, что они инициируются только терапевтом (когда терапевт привносит клиентские проблемы в супервизию). Автор предполагал, что эмоции или их рефлексия, воспринимаемые супервизором, были теми же самыми чувствами, которые испытывал терапевт в терапевтических отношениях.

Существует несколько гипотез о том, что обуславливает подавление рефлексии терапевтом. Во-первых, терапевту приходится обращаться внутрь себя в поисках сходства между собой и клиентом, для того чтобы создать подходящую терапевтическую стратегию. Следовательно, он погружается в те же проблемы, что и клиент. Во-вторых, терапевт может сверхидентифицироваться с клиентом и испытать замешательство по поводу продолжения терапии, ожидая, что супервизор будет испытывать те же чувства, что и он сам по поводу клиента. Таким образом, терапевт неосознанно передает проблему, полученную им от клиента, своему супервизору (Mueller & Kell, 1972). Дорман (Doehrmann, 1976) в своем классическом исследовании обнаружила, что параллельные процессы могут быть двунаправленными, то есть «запускаться» не только от клиента через терапевта к супервизору, но и наоборот.

Как это может происходить?

1. Супервизор может быть убежден, что дискуссия об эмоциях терапевта должна касаться его личной терапии. В то же время он дает неосознанный эмоциональный ответ терапевту, который затем так же неосознанно отвечает клиенту.

2. Супервизор может неосознанно навязать терапевту оценки или значения (смыслы), а тот может сделать то же самое в отношении клиента.
3. Неопытный супервизор, не принимающий своей роли учителя, может перенести свой дискомфорт в этой связи в супервизорские отношения. Терапевт затем воспроизводит дискомфорт в отношениях с клиентом.

Как и когда супервизор должен отвечать на параллельные процессы? Многие авторы убеждены, что исследование параллельных процессов в супервизии стимулирует рост терапевта (Doehrman, 1976; Loganbill, Hardy & Delworth, 1982; Stoltenberg & Delworth, 1987). Только когда параллельные процессы разрешены, клиент начинает поправляться.

Обсуждая параллельные процессы в супервизии, терапевт может научиться лучше осознавать, как он вовлекается в терапевтические и супервизорские отношения. Однако начинающий терапевт еще не обладает опытом и осознанием, необходимым для работы с трансференцией и контртрансференцией. Проработка этих вопросов на начальной стадии может вызвать значительную фрустрацию и нарастание тревоги. Так, Дорман (1976) в своем исследовании обнаружила, что начинающие терапевты были не в состоянии получить инсайты по поводу трансферентных и контртрансферентных аспектов супервизии.

Другие авторы (McNeil & Worthen, 1989) показали, что работа с такими вопросами может быть полезной начинающим терапевтам для понимания терапевтической динамики, однако супервизорские интервенции при этом должны быть простыми и конкретными и фокусироваться преимущественно на самоосознании. Такая специфика уменьшает тревогу терапевта и обеспечивает рамку, объединяющую обучение и осознание.

Более продвинутые терапевты имеют большие возможности интеграции такого опыта. Они уже обладают развитыми навыками и чувствуют себя увереннее в терапии, чем новички. Они реже прибегают к защитам, когда в фокусе супервизии оказываются их собственные проблемы и идентичность, и проявляют большую готовность изучать, как эти вопросы влияют на терапевтические отношения. Интервенции, касающиеся параллельных процессов, являются важными для фасилитации роста и самоосознания терапевта. Тем не менее супервизорам следует быть очень осторожными в дискуссиях о терапевтических отношениях, так как при этом существует опасность перехода от супервизорских отношений к терапевтическим.

Потребности супервизируемых терапевтов

Эти потребности различаются в зависимости от уровня развития супервизируемого терапевта. В начале обучения терапевтам полезнее рекомендации и инструкции супервизора (Stoltenberg, Pierce, McNeill, 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, супервизируемые 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 (Stoltenberg., Pierce, McNeill, 1987).

Супервизорские отношения в значительной степени определяются также эффективными и неэффективными супервизорскими стилями.

1.6. Супервизорские стили

Стиль — это манера, в которой супервизор работает с супервизируемым терапевтом и отвечает ему. Выделяют три основных эффективных стиля работы супервизора (Friedlander & Ward, 1984):

- *ориентированный на решение проблемы* (задачи) стиль фокусируется на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии;
- *межличностно-сензитивный* фокусируется на отношениях между супервизором и супервизируемым терапевтом, поддерживает взаимодействие и обращается к потребностям в отношениях;
- *располагающий* стиль характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением по отношению к супервизируемому терапевту, поддержкой и открытостью.

К числу неэффективных супервизорских стилей принадлежат:

- *аморфный*, характеризующийся недостаточной ясностью в отношении супервизии и с ней связанных надежд терапевта, а также малой структурированностью и руководством. Структура и руководство

обычно позволяют облегчить работу супервизируемых, особенно на первых порах. Не структурирующий 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* — такой стиль работы супервизора 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 (Moskowitz, 1983; Borders, 1987). Это ответственность супервизора;
- *терапевтический* — когда супервизор склонен приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого терапевта. У терапевтов 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, так происходит из-за того, что супервизируемые боятся как правоты супервизора, так и ситуации, когда их несогласие будет расцениваться как сопротивление. Эта ситуация похожа 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 Фридлендера и Варда (Friedlander & Ward, 1984), посвященной основным супервизорским стилям и выделившей такие стили, как ориентированный на решение задачи, межличностно-сензитивный и располагающий (см. приложение).

Ориентированный на решение задачи: целенаправленный, конкретный, ясный, практичный, структурированный, оценивающий, предписывающий, дидактичный, тщательный, сфокусированный — всего 10 пунктов.

Межличностно-сензитивный супервизор опекает, обладает восприимчивостью, интуицией, рефлексией, креативностью, ресурсностью, терапевтичностью, высокой вовлеченностью — всего 8 пунктов.

Располагающий стиль — супервизор приятен в общении, дружелюбен, гибок, открыт, позитивен, внушает доверие, проявляет тепло и поддержку — всего 7 пунктов

Каждая из характеристик оценивается по семибалльной шкале, что позволяет выявить по сумме баллов преобладающий стиль.

Руссель и Теренс называют такие индивидуальные стили, как поддерживающий, директивный, инструктивный, конфронтационный и интерпретационный.

Опросник «Supervisor Rating Form» (Schiavone & 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, и справедливость — поведение, поддерживающее в супервизируемом ощущение правды и реальности.

1.7. Фокусы супервизии

Фокус супервизии определяется в соответствии с той моделью, которую разделяет данный супервизор (Bernard & Goodyear, 1993). Так, при работе в модели развития умений (да и в других моделях тоже) фокус супервизии может определяться набором реалистических целей для супервизируемого, которые ставятся перед терапевтической сессией. Это позволяет снизить ощущение перегруженности информацией путем сведения супервизии к тем интервенциям, которые связаны со специфическими целями. В результате повышается вероятность того, что супервизируемый терапевт будет удовлетворен супервизорской сессией, так как реалистические цели вполне достижимы.

Далее, фокус супервизии может быть направлен на внутренние процессы терапевта, связанные с терапевтическим контекстом сессии. Очень важно на супервизорской сессии обсудить опыт, полученный в ходе терапевтической сессии. Для этого супервизор должен побудить терапевта изложить свое восприятие сессии, прежде чем сам супервизор выскажет собственную точку зрения. Это помогает обозначить и подчеркнуть значимость внутренних процессов терапевта.

Если супервизорская сессия начинается с ее обзора, проведенного супервизором, это может обесценить значение внутренних процессов терапевта.

Авторы Висконсинского тренингового проекта по клинической супервизии считают, что супервизор должен перемещать фокус внимания с клиента на терапевта. Если супервизор концентрируется целиком на клиентском фокусе, из поля зрения исчезает источник опыта терапевта. В таком случае супервизор «забрасывает» терапевта инструкциями по поводу клиента, и терапевт вынужден выполнять план работы, намеченный супервизором (терапия в отсутствие терапевта). Если же супервизор целиком концентрируется на терапевте как на клиенте, это приводит к нарушению личностных границ терапевта и неэтичной супервизии. Таким образом важно соблюдение определенного баланса.

В смешанной модели (Powell, 1983) фокус супервизии должен быть направлен на область (развития), поддающуюся изменениям. Чем более успешным и эффективным становится терапевт как профессионал, тем более избирательным делается фокус. Фокусирование на терапевтическом стиле или сложных навыках может оказаться слишком фрустрирующим и непродуктивным опытом для терапевта-новичка и областью профессионального роста для опытного терапевта.

Р. Резник и Л. Эструп (Resnick & Estrup, 2000) в качестве фокусов супервизии в гештальт-терапии называют: личностное функционирование клиента, терапевта и супервизора, теории развития, теории личности и психотерапии, клиническую теорию, диагноз и лечение, профессиональные, административные и деловые аспекты взаимоотношений. Модель «супервизорского колеса», предложенная авторами, позволяет фасилитировать супервизорский процесс не только в гештальт-подходе, но и в других психотерапевтических подходах.

Э. Уильяме (2001) предложил шестифокусную модель супервизии, основанную на двух системах (терапевтической и супервизорской) и шести фокусах — рассказе терапевта, действиях терапевта, терапевтическом процессе, состоянии супервизируемого терапевта, супервизорском процессе и впечатлениях супервизора. Если в фокусе находится рассказ терапевта о клиенте, супервизор и терапевт сосредоточивают внимание на представлениях терапевта о клиенте и описании клиента. Второй фокус — исследование действий самого терапевта, его гипотез, интервенций, метода и техник. Исследование процесса терапии предполагает фокус (третий по счету) на системе «терапевт — клиент».

В супервизорской системе в фокусе супервидения может оказаться состояние супервизируемого терапевта «здесь и сейчас» на супервизорской сессии (четвертый фокус). Такую фокусировку автор считает полезной, так как в процессе супервизии терапевт репрезентирует терапевтическую систему — взаимодействие терапевта и клиента. Второе преимущество состоит в осознании терапевтом связи его личностных проблем и проблем клиента и того, как это проявляется в терапевтических отношениях. Супервизор держит в фокусе внимания и сам супервизорский процесс (отношения между супервизором и супервизируемым), а также параллельные процессы в двух системах. Шестой фокус — впечатления супервизора — важен для осознания не нашедших выражения аспектов рассказа терапевта или его состояния в процессе супервизии.

П. Хоукинс и Р. Шохет (2002) к этим шести фокусам добавляют седьмой — фокусирование на широком контексте. Здесь супервизор перемещает фокус с клиент-терапевтических и супервизорских отношений на более широкий контекст, в котором проходит и супервизия, и терапия. Супервизор несет ответственность перед организацией, в которой работает он сам и его супервизируемый терапевт. Нужды организации, ее политика и требования к выполнению работы терапевта также должны находиться в фокусе супервизии.

Кроме фокусов выделяют еще четыре области, к которым адресуется супервизор (banning & Freeman, 1994):

1. Личностное осознание — способность терапевта рассматривать себя или свои аффекты как часть терапевтического процесса.
2. Профессиональное поведение — мониторинг юридических и этических аспектов терапевтического процесса.
3. Терапевтические навыки — практические и технические навыки.
4. Концептуализация клиента — умение увидеть широкий контекст происходящего в терапии с клиентом, распознать темы, повторяющиеся из сессии в сессию.

1.8. Форматы супервизии

Различают индивидуальную и групповую супервизию. И та, и другая может проходить в очном (живая супервизия) или заочном формате (записи, аудио- и видеозаписи, сообщение терапевта). Супервизия может проходить в присутствии супервизора или в формате коллегиальной групповой супервизии.

Индивидуальная супервизия

Многие супервизоры предпочитают работать со своими супервизируемым индивидуально. Это предполагает постоянное расписание встреч, обеспечение обратной связи супервизируемому, использование аудио- или видеозаписей терапевтической сессии. Супервизор может попросить терапевта описать причину, по которой он выбрал именно этот отрезок сессии для супервизии. При индивидуальной супервизии у супервизора появляется много возможностей убедиться в широком спектре терапевтических стратегий терапевта, сделать собственную оценку прогресса клиента. Кроме того, он может спросить терапевта о его восприятии своей эффективности, осознании своих возможностей и ограничений.

В «живой», или очной, супервизии (face-to-face supervision, live supervision) метод наблюдения терапевта сочетается с коммуникацией, что позволяет супервизору взаимодействовать и влиять на работу терапевта, пока идет сессия.

Методы «живой» супервизии:

- с помощью телефона и наушников супервизор, наблюдающий сессию через одностороннее зеркало, помогает супервизируемому в трудные моменты. К сожалению, этот подход предполагает слишком явное вторжение в границы терапии;
- прямой мониторинг — супервизор наблюдает сессию и останавливает ее, когда у терапевта возникают трудности. Недостаток тот же;
- супервизор входит в комнату в заранее оговоренный момент и взаимодействует с клиентом и терапевтом;
- консультации по телефону в перерыве сессии;
- письменное послание терапевту.

Сравнительно недавно для супервизии стали использовать компьютеры (Neukrug, 1991). Супервизор, наблюдающий процесс через одностороннее зеркало, посылает супервизируемому сообщение на компьютер, монитор которого находится в зоне его видимости.

Для заочной супервизии (case supervision) супервизор может попросить терапевта сделать наброски записей о терапевтическом процессе (Bernard & Goodyear, 1992). Такое сообщение может носить формализованный характер, например:

- 1) сформулировать цели сессии;
- 2) определить, что в ходе сессии могло изменить цели терапии;
- 3) какова была основная тема сессии;
- 4) описать интерперсональную динамику между терапевтом и клиентом;

- 5) определить, насколько успешной была сессия;
- 6) описать, что нового терапевт узнал о процессе;
- 7) сформулировать планы на будущую сессию;
- 8) написать вопросы к супервизору относительно данной и следующей сессий.

Кроме того, в ходе заочной супервизии супервизируемые терапевты могут предъявлять супервизору видео- и аудиозаписи, сделанные во время терапевтической сессии, в процессе непосредственного контакта на супервизорской сессии и через Интернет. Электронная связь помогает получать необходимую профессиональную помощь на большом расстоянии и обеспечивает чувство связанности, возможность контакта в необходимое супервизируемому терапевту время, облегчает хранение такой информации, а также дает возможность для сотрудничества между коллегами-терапевтами.

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

Для протоколов, предложенных Висконсинским тренинговым проектом по супервизии, терапевтам первого уровня рекомендуется структурирование по темам. Супервизируемому предлагается письменно ответить на вопросы по следующим темам.

Достоинства и недостатки. Терапевту первого уровня развития предлагается оценить и описать свои слабые стороны в терапии и привести конкретные примеры случаев, когда терапевт не справлялся с трудностями, и случаев, когда он добился успеха.

Ориентировка. Является очень важной для начала терапии, а также для терапевта и клиента. Супервизируемому терапевту предлагается задуматься над тем, как он сориентирован по отношению к организации (имеется в виду психотерапевтические учреждения), описать уровень ориентации по отношению к началу процесса (будь он позитивный или негативный), обеспечению ориентировки для клиента.

Конфиденциальность. Терапевту необходимо описать свое впечатление о соблюдении конфиденциальности в организации, где он работает, меры, принимаемые для обеспечения конфиденциальности, и свое мнение по этому поводу.

Философия организации. Терапевту предлагается осознать установки, принятые в организации по поводу соблюдения правил, описать их и свое мнение по этому поводу.

Видение себя. Терапевту необходимо описать себя как терапевта сейчас и в будущем.

Эмпатия. Терапевт должен продемонстрировать свое понимание и принятие борьбы клиента за его выздоровление. Для этого ему необходимо описать две клиентские ситуации, в одной из которых он мог продемонстрировать эмпатию, а в другой нет. Для этого терапевт описывает ситуацию клиента, факторы, мешающие ему проявлять эмпатию, а по отношению к клиенту, к которому он не смог проявлять эмпатию, — план работы по «выращиванию» эмпатии к клиентам такого типа в будущем.

Начало и конец работы. Терапевту предлагается осознать действия, которыми он начинает и заканчивает сессию.

Темы протоколов для терапевтов второго и третьего уровней развития тоже тематически ориентированы, они являются более сложными и несколько менее структурированными. Это трансференция и контртрансференция, ценности, самооценка, восприятие себя и изменение себя. Такие протоколы необходимы для развития осознания себя и терапевтического процесса.

Трансференция. Терапевт должен сориентироваться в процессе, в котором клиент проецирует на терапевта прошлые чувства или позиции по отношению к значимым людям из своего прошлого или настоящего. Терапевт должен описать инцидент, в котором он ощутил трансференцию клиента, понять, что именно клиент перенес на него, осознать свои чувства и разобраться в том, как это было интенсифицировано (или нет) в терапии.

Контртрансференция. Терапевту необходимо описать инцидент, в котором он почувствовал сильную эмоциональную реакцию на клиента, понять, что именно было источником этой реакции, как он себя чувствовал, каким образом он идентифицировал этот феномен как контртрансференцию, и описать, как он может справляться с появлением контртрансференции в эффективной терапии.

Ценности. Ценности и пристрастия терапевта оказывают значительное влияние на терапевтическую работу. Терапевту предлагается описать инцидент, в котором его ценности отличались от ценностей клиента, сформулировать свою позиции и убеждения по поводу клиента, определить, были ли они основаны на актуальной или предполагаемой информации о клиенте. Кроме того, необходимо описать поведение по отношению к клиенту и стратегии, которые терапевт ис-

пользовал в работе с клиентом, чьи ценности отличаются от его собственных.

Самооценка. Необходима для принятия терапевтом ответственности за совершенствование себя как профессионала. Она основана на получаемой обратной связи от супервизора, коллеги клиентов, а также собственном мнении о себе. Терапевт должен описать ситуацию, в которой он получил обратную связь от одного из таких источников, метод, который он использовал в терапевтическом процессе, и изменения в работе, последовавшие заданной обратной связью.

Принятие себя и изменения. Терапевту предлагается оценить изменения в себе и клиенте и описать его способность меняться или не меняться в зависимости от степени принятия себя.

Протоколы для терапевтов более высокого уровня (окончивших основной курс, опытных) требуют меньшей структуры. Темы могут включать сложные случаи, новую информацию и размышления, трудные вопросы к супервизору.

Групповая супервизия

Считается не менее эффективной, чем индивидуальная. Группа создает естественный формат для достижения профессиональной социализации и способствует обучению через непосредственный опыт. В этом формате от супервизора требуются знания групповых процессов и навыки работы с группой. В фокусе групповой супервизии оказываются дидактические презентации, осмысление случаев, индивидуальное развитие, организационные вопросы, отношения между супервизором и супервизируемым терапевтом (Bernard & Goodyear, 1992).

Супервизорская группа (5 — 8 человек) встречается обычно еженедельно на 1,5 — 2 часа, что обеспечивает возможности и для группового развития (Werstlein, из ERIC Digest). В ее состав могут входить супервизируемые терапевты, равные по уровню развития и опыту, а также отличающиеся по этим параметрам. Обычно участники договариваются о процедуре и времени работы, определяют фокус работы и процессуальные вопросы. Процедура может быть модифицирована в соответствии с групповой атмосферой.

Как правило, проводится предварительная сессия с супервизируемыми терапевтами, на которой проясняются ожидания участников и необходимая степень структурирования сессии. Она нужна для формирования групповой нормы ответственности. В работе сессий можно

использовать «лист восприятия» для подведения итогов и отражения того, что проявляется «здесь и сейчас» в групповой работе. Валидизация наблюдений за супервизируемыми терапевтами является полезным процессом. Для группы и супервизора полезно быть активными, отслеживать как можно больше аспектов работы и включать в работу всех членов группы.

Большой опыт супервизируемые терапевты могут получить также в результате профессиональных взаимодействий членов группы, включающих обратную связь, поддержку и поощрение (Benshoff, 1992). Кроме того, члены группы получают опыт профессиональной конкуренции как естественной части любого группового опыта. Они могут признать существование конкуренции и направлять энергию в позитивной манере, стимулирующей креативность и сплоченность.

При подготовке к групповой сессии супервизору рекомендуется проговаривать с супервизируемыми некоторые важные вопросы о том, как использовать групповой процесс с пользой для себя. Рекомендации могут звучать следующим образом.

1. Поскольку групповое обучение увеличивает способность к слушанию и вербальную вовлеченность, рискуйте и высказывайте свои чувства и мысли.
2. Снижайте свою личностную фрустрацию путем обсуждения беспокоящих моментов с членами группы. Вы будете удивлены тому, насколько часто другие чувствуют то же, что и вы.
3. Наблюдайте за похожестью того, как вы воспринимаете отношения с членами группы и с клиентами. Сравните, обсуждайте сходство и различия.
4. Двигайтесь вперед от клиентской динамики к терапевтической динамике, когда представляете свой случай. Формулируйте, что вы хотите сделать фокусом обратной связи, и прямо просите об этом.

Супервизия в группе обеспечивает возможность ощутить взаимную поддержку, обобщить опыт, решить комплексные задачи, попробовать новое поведение, поучаствовать в тренинге навыков, увеличить компетенцию в межличностных отношениях и достичь инсайта. Супервизорская группа позволяет ее членам проявлять различные уровни своих когнитивных процессов. Эти проявления очень важны для супервизируемых терапевтов, которые обучаются через наблюдение так же хорошо, как и через дискуссию. В конечном счете ощущение успеха или фрустрации дает супервизируемым терапевтам возможность построить более реалистическую модель своей работы, в которой они адекватно критикуют себя или доверяют себе (Hillerband, 1989).

Формат групповой супервизии уменьшает зависимость от супервизора и позволяет супервизору рассматривать супервизируемого терапевта с другой точки зрения. Развитие супервизируемого улучшается также за счет вербализации многих процессов его коллегами, члены группы менее склонны персонализировать свои фрустрации, и в этом смысле групповая супервизия является поддерживающим процессом. Члены группы обучаются друг от друга более эффективно, чем от эксперта, в группе легче увидеть перспективу обучения. Члены группы могут демонстрировать ясное видение случая, который докладывает их коллега (Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии).

Коллегиальная супервизия

Коллегиальная супервизия (peer supervision, супервизорская группа терапевтов равного уровня) является разновидностью групповой супервизии. Такая группа коллег не является иерархической, ее участники не имеют ни цели, ни соответствующей квалификации для оценки чьих-либо навыков терапии. Коллегиальная супервизия используется в тех случаях, когда у терапевта нет возможности получить квалифицированную индивидуальную супервизию, но есть возможность получать ее в группе примерно равных по опыту и возможностям коллег.

Одним из вариантов такой группы может стать и коллегиальная консультация, в которой акцентируется поддерживающая и критическая обратная связь, а оценка, наоборот, не приветствуется. Консультация характеризуется тем, что терапевты отвергают или принимают предложения других коллег (Bernard & Goodyear, 1992).

Основное положение коллегиальной супервизии состоит в том, что индивидуум, тренирующий определенные навыки, может помочь другим индивидуумам тренировать те же навыки эффективно (Benshoff & Paislev, 1993). Коллегиальная супервизия полезна тем, что

- уменьшает зависимость от экспертной роли супервизора;
- возрастает ответственность терапевта за оценку собственных терапевтических навыков и навыков коллег и структурирование своего собственного профессионального опыта;
- возрастают доверие к себе, способность управлять собой и независимость;
- развиваются консультационные и супервизорские навыки;
- существует возможность выбирать коллег;
- существует возможность выбирать время;
- используется коллегиальная модель.

Чаще всего модели коллегиальной супервизии описывают работу группы, выбирающей из своих членов лидеров-экспертов или дежурных лидеров (Wagner & Smith, 1979). Спайс и Спайс (Spice & Spice, 1976) предложили триадическую модель коллегиальной супервизии, в которой терапевты работают вместе в триаде, меняясь ролями комментатора, супервизируемого и фасилитатора в течение супервизорской сессии. Эта модель предполагает, что терапевты примут на себя задачи и ответственность, обычно предоставляемые супервизорам.

В отличие от обычной модели супервизии, в коллегиальной акцент делается на помощи друг другу для достижения своих целей, больше чем на оценке чьих-либо терапевтических действий. Отношения, создаваемые коллегами, дают возможность получить разнообразный опыт, который затем может пригодиться в дальнейшей индивидуальной работе и с клиентом и с индивидуальным супервизором. При этом стимулируется и позитивная, и критическая обратная связь. Кроме того, в рамках этой модели терапевты находятся в самостоятельном поиске структуры и направления работы (Benshoff & Paislev, 1993).

Для того чтобы коллегиальная супервизия была успешной, от членов группы требуется большая мотивированность, аккуратное посещение сессий и открытость в получении и предоставлении обратной связи. Коллегиальная супервизия помогает терапевтам повысить уровень эмпатии, рефлексии, естественности и конкретности (Seligman, 1978). Вагнер и Смит (Wagner & Smith, 1979) полагают, что участие в коллегиальной супервизии обеспечивает большее доверие к себе, прояснение целей и направлений для терапевтической сессии, сотрудничество. Оно полезно при моделировании, обучении и освоении навыков и техник. Терапевты, проходившие образовательных программы, позитивно оценивали опыт коллегиальной супервизии и отмечали, что получили от коллег ценную поддержку, новые идеи и помощь в разрешении проблем (Benshoff & Paislev, 1993; Benshoff, 1993).

1.9. Рекомендации для работы супервизора

Для того чтобы супервизор имел возможность проводить мониторинг активности супервизируемого, он может выбрать определенный метод ориентации по отношению к терапевту и организации, в которой работает сам. Авторы Висконсинского тренингового проекта по клинической супервизии предлагают несколько адаптированных ими систем оценок для супервизора.

| Цели | 1-й уровень развития терапевта | 2-й и 3-й уровни развития терапевта | Опытные терапевты |
|-------------------|---|---|---|
| Самооценка | Терапевт в состоянии сделать выводы о своем поведении, когда супервизор указывает на конкретные данные. | Терапевт понимает, когда его действия в данной ситуации являются компетентными или недостаточными. | Терапевт видит свою способность справиться с ситуацией и сделать свои стремления реалистичными. |
| Обратная связь | Терапевт воспринимает оценку его действий как общее подтверждение или принятие его самого. | Терапевт в состоянии отделить эмоциональную реакцию обратной связи от более объективного отношения. | Терапевт ищет конструктивную оценку своей работы и применяет ее в дальнейшей практике. |
| Совершенствование | Терапевт осознает свою потребность в совершенствовании, хочет и пытается улучшить свою работу. | Терапевт думает о том, как усовершенствовать свою работу, он мотивирован желанием достичь ясных критериев эффективной работы. | Терапевт берет инициативу по совершенствованию своей работы на себя. Он ищет помощь и ресурсы для улучшения процесса. |

Рекомендации для работы супервизора включают необходимость проявлять следующие качества.

1. **Ясность.** Супервизору предлагается описать свои критерии оценки супервизируемого, а также предоставить копию оценочных критериев для работы и предоставить ее терапевту.
2. **Непосредственность.** Исследования подтверждают, что личность в состоянии изменять поведение, интегрируя обратную связь. Обратная связь супервизируемому должна предоставляться регулярно, а не ежегодно. Супервизор может и должен установить время и способ для предоставления такой обратной связи (например, страница текста ежемесячно), ничто не должно быть сюрпризом для супервизируемого.
3. **Восприимчивость.** Супервизор должен отслеживать степень сензитивности терапевта и предоставлять обратную связь адекватно.
4. **Подтверждение.** Эффективный супервизор признает усилия терапевта, обсуждает с ним то, что он делает хорошо, фокусируется на действиях, а не на личностях, демонстрирует возможности профессионального совершенствования.
5. **Справедливость.**
6. **Обучение.** Одна из забот супервизора — обучение терапевта. Хорошая оценка работы терапевта ничего не значит, если терапевт так и не узнал о ней. Оценка должна давать терапевту нечто большее, чем

просто чувство «хорошести» или «плохости». Супервизия предполагает руководство.

7. Описание имеет приоритет перед утверждением.

Специальные рекомендации касаются неудовлетворенности супервизора работой терапевта. Такая оценка должна быть основана на фактах, выражена в адекватном виде, должна быть аккуратной, гуманистической и честной.

1. Неудовлетворительная оценка должна описывать больше деталей работы, чем удовлетворительная.
2. К ней желательно приложить копию плана индивидуального развития терапевта и поставленных перед ним целей.
3. Она должна описывать уровень терапевтических навыков в то время, когда идентифицирована проблема.
4. Она должна описывать усилия по изменению ситуации
5. Она должна описывать текущий уровень терапевтических навыков.
6. В ней должна содержаться реакция терапевта на ситуацию (разделяет ли он взгляд супервизора).
7. В ней должны быть выявлены области согласия и несогласия терапевта с данной оценкой.
8. В прилагаемом списке должны быть указаны источники, используемые для оценки работы терапевта.
9. Комментарии супервизора должны быть проиллюстрированы и подтверждены какими-либо примерами.
10. Характеристика терапевта должна базироваться не на ярлыках, а на фактах поведения терапевта.
11. Данную оценку лучше показать какому-либо супервизору и спросить его мнение об этом обзоре.

(Адаптировано из Field instruction techniques from supervision, Wilson, Suanna, 1981)

1.10. Самооценка терапевта.

Возможности портфолио

Портфолио — это собранные терапевтом сведения о своей работе. Они создают возможности и для самооценки терапевта, и для оценки его работы супервизором. Терапевт собирает материал для портфолио постоянно и по мере накопления материала и опыта изымает более ранние материалы и заменяет их более поздними. Портфолио может включать следующие материалы.

Видеозаписи. Терапевт и супервизор могут сравнить более ранние и более поздние видеозаписи и сделать выводы о совершенствовании навыков и умений.

Оценка прогресса клиента. Видео- и аудиозаписи различных терапевтических сессий и фрагментов сессий с одним и тем же клиентом.

Клинические записи. Делаются по образцам письменных сообщений, используемым в данной организации. В портфолио постоянно добавляются новые образцы. Терапевтов инструктируют по поводу методов самооценки, супервизоры также работают с письменными сообщениями.

Образцы вопросов для самооценки

| Цели | Вопросы для оценки |
|--|--|
| Повысить самооценку и улучшить навыки работы | <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите состояние ваших навыков по первоначальной видеозаписи. 2. Какие специфические качества, улучшающие вашу работу, очевидны во второй записи? 3. Как вы оценивали свой потенциал во время первой записи? 4. Каким вы видите свой профессиональный потенциал и навыки сейчас, что вы думаете о своих профессиональных возможностях? 5. Какие достоинства вашей работы вы можете отметить? |
| Выявить и скорректировать ошибки в работе | <ol style="list-style-type: none"> 1. Используя первоначальную видеозапись, выявите и опишите общие ошибки, которые вы допустили на терапевтической сессии. Являются ли они проблемой из-за того, что встречаются постоянно? 2. Опишите уровень осознания ваших ошибок в то время. 3. Посмотрите вторую запись и опишите текущий уровень умений и ваши представления по поводу этих ошибок. 4. Опишите стратегии, которые вы использовали, для того чтобы преодолеть ваши ошибки. |
| Оценка и диагностика | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обратитесь к первоначальной записи и оцените существующие достоинства и недостатки. 2. Было ли это клиент-центрированным интервью? Задавались ли вопросы, оценивающие взаимодействие клиента? 3. Опишите уровень мотивации клиента и вашу роль в фасилитации мотивации. 4. Были ли вопросы, относящиеся к типичным паттернам вашего поведения? 5. В состоянии ли вы были следовать за клиентом и руководить им для получения новой информации? 6. Какие вопросы по поводу постановки диагноза остаются у вас к более опытным коллегам? |

1.11. Влияние супервизора на исход терапии

Исход терапии — это результат лечения и интервенций (Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии). Исход терапии включает *промежуточный* исход (клиентское осознание или согласие с составляющими терапии, удовлетворенность результатом, снижение уровня симптомов, улучшение функционирования в повседневной деятельности) и *конечный* исход (занятость, изменение семейного статуса, социальное и семейное функционирование, обретение легального статуса и т. д.).

В функции супервизора входит отслеживание исхода терапии, если терапия проводится супервизируемым терапевтом в рамках учебной программы. Супервизор несет определенную ответственность перед клиентом, поэтому он должен подстраховать супервизируемого терапевта в точной оценке потребностей клиента (Getz, 1999). В связи с этим выделены факторы (приводится по Висконсинскому тренинговому проекту по клинической супервизии), оказывающие влияние на исход терапии, которые должны быть учтены. Такие индикаторы исхода должны быть валидны и надежны, а их влияние на исход должно рассматриваться как важная цель терапевтического лечения. Среди таких факторов-индикаторов, относящихся к клиенту, выделяют:

- а) клинические или функциональные:
 - диагноз;
 - уровень проблем или симптомов, связанных с диагнозом;
 - клиентские сообщения об изменениях состояния (например, абстиненции или отказ от употребления алкоголя);
 - биологические маркеры;
 - способность клиента справляться с повседневными делами;
 - лечение;
 - профессиональный статус;
 - продолжительность занятости;
 - жизненное устройство;
 - наличие правонарушений и т. п.
- б) перцептивные:
 - восприятие клиентом природы проблем;
 - уровень благополучия клиента;
 - его оптимизм по поводу разрешения проблем.
- в) оценочные:
 - вклад клиента в лечение;
 - согласие клиента с терапевтическими целями и процедурами;

— удовлетворение полученным обслуживанием.

Существуют также инструментальные факторы терапии: оценка случая, уровень возможной помощи, обеспечение соответствующим обслуживанием и т. п.

Модель лечебного процесса предполагает описание того, как терапия может оказать влияние на предполагаемый исход (Finney, 1998). С точки зрения этого автора, необходимо отмечать, как действует лечение и как клиент реагирует на это лечение. Именно эти два фактора будут лучшими предикторами (прогностическими факторами) возможного исхода.

Процесс измерения исхода начинается по трем основным ступеням:

1. Определение метода лечения, целей и желательного результата.
2. Идентификация текущих данных для сбора информации и размышление о том, какие данные должны быть включены и как они соответствуют по содержанию целям лечения:
 - социодемографические данные клиента;
 - клинические переменные (диагноз, симптомы, проблемы, коморбидность);
 - рецептивные варианты (описаны выше);
 - финансовый статус.
3. Создание методологии для сбора данных, включая:
 - решение об инструментах и методах оценки (источники, стиль, форма);
 - идентификация характеристик качества;
 - создание пилотных тестов, отражающих процесс сбора данных, их полноту, аккуратность и валидность результатов;
 - ревизия пилотных процедур и установление постоянных процедур на основании анализа вышеописанных действий.

Таким образом, супервизия в ее современном состоянии - это объемный и многоаспектный процесс, адресованный терапевту для его профессионального роста и развития. Этот процесс имеет общие составляющие, относящиеся ко всем терапевтическим подходам, и специфические характеристики, зависящие от особенностей каждого направления психотерапии. Этим специфическим параметрам супервизии в гештальт-терапии и посвящена основная часть данной книги (главы 3-6).

Глава 2

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ СУПЕРВИЗОРА. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ И СЕРТИФИКАЦИИ

2.1. Что такое хороший супервизор?

Хорошему супервизору важно обладать теми же качествами, что и хорошему учителю и хорошему терапевту. Это эмпатия, открытость, естественность и гибкость. Он воспринимает своих супервизируемых и как личностей, и как профессионалов и очень сензитивен к индивидуальным различиям. У него разрешены проблемы, связанные с авторитетностью и оценочностью, присущие этой роли, он дает достаточно четкие и ясные указания по поводу действий супервизируемого.

Хорошему супервизору действительно нравится супервизия и он рад содействовать профессиональному росту терапевта. Он позитивно относится к супервизируемому и демонстрирует высокую вовлеченность в процесс супервизии. Такой супервизор имеет высокий уровень концептуального функционирования, ясное ощущение своих собственных возможностей и ограничений.

Хороший супервизор понимает, каким образом личностные черты и стиль взаимодействия могут влиять на проведение супервизии. У него есть чувство юмора, которое помогает его супервизируемому пройти через все трудности их совместной работы и достичь здоровой перспективы роста.

Что касается профессиональных навыков, то хороший супервизор — это знающий и компетентный терапевт, имеющий в своем багаже необходимое количество тренинговых часов (достаточное для его сертификации и как терапевта, и как супервизора) и опыт терапии (супервизии), которые помогли ему достичь успеха в сфере своей деятельности. Он может эффективно использовать различные супервизорские интервенции и свободно их выбирать, учитывая актуальные потребности су-

первизируемого и его личностные характеристики. С каждым супервизируемым он может обсуждать и актуальные на данный момент, и долговременные цели профессионального развития.

Он умело сохраняет баланс поддержки и фрустрации в работе и вне ее. Кроме того, он ищет новые возможности собственного профессионального роста в терапии и супервизии, продолжая обучение, оценивая супервизируемых и получая обратную связь от них, а также от других супервизоров и коллег.

Хороший супервизор обладает также профессиональными качествами хорошего учителя (использует теории обучения, оценивает интервенции и знания супервизируемого, ставит цели) и хорошего консультанта (объективно оценивает проблемную ситуацию, обеспечивает альтернативные интервенции, концептуализацию проблемы или клиента, облегчает супервизируемому поиск альтернатив, сотрудничает в развитии стратегий роста и супервизируемого, и клиента). Хороший супервизор эффективно функционирует в обеих этих ролях, осознанно выбирая, какую роль нужно использовать во время работы с супервизируемым.

Хорошего супервизора беспокоит также и динамика клиента. Он ответственен за то, что случается с терапевтом и клиентом, осознает их динамику и анализирует сходство между ними. Он имеет представление о клиентских потребностях и определяет, как может помочь терапевту в них ориентироваться (Borders, из ERIC Digest).

2.2. Уровни профессионального развития супервизора.

Вопросы самооценки

Эффективное использование супервизором всех необходимых ролей тесно связано с реальным уровнем его профессионального развития (приведенные ниже уровни даны по Loganbill, 1981), а также уровнем профессионального развития супервизируемого терапевта.

Уровень 1. Характеристики супервизора

1. Проявляет механистический подход.
2. Играет строго экспертную роль.
3. Испытывает зависимость от собственного супервизора.
4. Является высоко мотивированным.
5. Умеренно или высоко структурирован.

6. Пытается работать, копируя чью-то модель.
7. Испытывает сложности при супервизии терапевта второго уровня развития.

Уровень 2. Характеристики супервизора

1. Проявляет растерянность, затрудняется в решении диадного конфликта.
2. Рассматривает супервизию и терапию более комплексно и неоднозначно (чем при уровне 1).
3. Имеет флуктуирующую мотивацию, особенно когда супервизорские функции не вознаграждаются.
4. Сфокусирован на супервизируемом терапевте.
5. Порой теряет объективность.
6. Обвиняет супервизируемых терапевтов в своих проблемах.
7. Хорошо работает с терапевтами 1-го уровня развития, нормально — с терапевтами 2-го уровня развития.

Уровень 3. Характеристики супервизора

1. Функционирует автономно.
2. Проявляет личное и супервизорское осознание.
3. Различает границы супервизии и свои роли в ней.
4. В состоянии проводить супервизию продолжительное время.
5. Предпочитает работать с терапевтами определенного уровня.

Характеризуя супервизоров-новичков, Л. Д. Бордерс пишет, что они сомневаются в себе, имеют сложности с оценкой терапевта и конфронтацией с ним, склонны оказывать чрезмерную поддержку, дидактичны, конкретны, высоко структурированы и ориентированы на проблему. Кроме того, они не очень гибки в подходах, больше фокусируются на клиенте или клиент-терапевтической динамике и мало — на развитии терапевта. Более опытные супервизоры чаще проявляют учительское и участливое поведение, кроме того, и они сами, и их супервизируемые ведут себя более активно.

Вызывают удивление два факта: новички уже имеют свой стиль супервизии, а супервизируемые терапевты, оценивая опытных и неопытных супервизоров, почти не выявляют разницы между ними. В этой связи существует несколько предположений. Новички начинают супервизировать, выступая прежде всего в хорошо знакомой им роли терапевта-фасилитатора, что позволяет им казаться столь же эффективными, как и их собственный супервизор. Второе: разделение суперви-

зоров на опытных и неопытных в этих исследованиях нерепрезентативно, так как не существует четких критериев подобного разделения (опыт, участие в тренингах и т. п.).

Для собственного эффективного обучения супервизору необходимо также обладать навыками самооценки. П. Хоукинс и Р. Шохет (2002) предлагают вопросы для самооценки супервизора, которые помогут ему определить, на каком уровне развития он находится, и развить необходимые навыки.

1. *Знания*: понимание целей супервизии, ясное представление о ее границах, понимание организационного, образовательного и поддерживающего элементов супервизии, знание различных типов супервизорского контракта.
2. *Навыки организации супервизии*: возможность объяснить супервизируемому цель супервизии, достигать договоренностей при заключении контракта, поддерживать границы отношений. Умение создавать климат, характеризующийся эмпатией, искренностью, конгруэнтностью, доверием, непосредственностью. Возможность сохранять баланс между организационной, образовательной и поддерживающей функциями, возможность закончить сессию вовремя и соответствующим образом.
3. *Навыки супервизорской интервенции*: использование таких типов интервенции, как предписание, информирование, конфронтация, катализирование, катарсис, поддержка. Предоставление обратной связи, характеризующейся ясностью, адресностью, сбалансированностью, конкретностью. Умение сфокусироваться на передаваемом содержании, интервенциях супервизируемого терапевта, отношениях между клиентом и супервизируемым терапевтом, на контрпереносе терапевта, на отношениях в супервизии, на собственном контрпереносе, на более широком контексте. Способность описать свой способ работы, передать собственный опыт, развить в супервизируемом терапевте навыки самосупервизии.
4. *Отличительные особенности*: настроенность на роль супервизора, адекватное использование власти, которую она дает, способность вдохновлять и внушать оптимизм, способность понимать потребности супервизируемых терапевтов, способность осознавать индивидуальные различия (принадлежность к определенному полу, культуре, расе и т. п.), чувство юмора.
5. *Настрой на продолжение собственного развития*: получение супервизии насупервизию, обновление терапевтических и супервизорских навыков. Осознание собственных ограничений. Получение ре-

гулярной обратной связи от коллег, собственного супервизора и супервизируемых терапевтов.

6. *Для групповых супервизоров:* знания динамики работы с группой, использование группового процесса в интересах процесса супервизии, умение справляться с соперничеством в группах.

2.3. Оценка профессиональной компетентности клинического супервизора.

Вопросы сертификации

Эффективная работа супервизора во многом зависит от его умения точно оценивать профессиональные знания и навыки супервизируемого терапевта. Такая адекватная оценка терапевта является «*постоянной переменной супервизии*» и отражает уровень его собственной (супервизора) профессиональной компетентности.

Оценка профессиональной компетентности терапевта (супервизором) производится регулярно с помощью серии формальных и неформальных измерений, по результатам которых делается заключение о том, что индивид готов работать независимо (McGaghic, 1991). Супервизор является также ответственным за суммарную оценку компетентности супервизируемого в соответствии с требованиями университета, требованиями к лицензированию и требованиями администрации организации или учреждения. Для того чтобы достичь высокого уровня профессиональной компетентности, супервизору самому необходимо пройти определенный путь становления.

Яро Старак (Yaro Starak, Brisbane Gestalt Institute) считает, что для становления супервизора (тренера) в области гештальт-терапии кандидату необходимо пройти шесть уровней обучения. *Первый* уровень — индивидуальная терапевтическая работа с гештальт-терапевтом. Ее основной целью является открытие собственной аутентичности. *Второй уровень* начинается с обучения гештальт-терапии в каком-либо гештальт-центре или институте. Окончившие обучение работают гештальт-терапевтами (*третий уровень*) и могут продолжать свое обучение, расширяя представления о гештальт-терапии. Некоторые студенты в дальнейшем приглашаются для сотрудничества в качестве ассистентов тренера или преподавателя (не менее двух лет), и эта работа относится уже к *четвертому уровню* обучения супервизора (тренера) в области гештальт-терапии. Затем под руководством старшего тренера ассистент переходит на самостоятельную работу как тренер (супервизор - *пятый*

уровень). Несмотря на это, он продолжает личную терапию, участвует в супервизорской группе (коллегиальная супервизия), продолжая изучать и развивать новые направления теории и практики гештальт-терапии (не менее пяти лет). Наконец, *шестой уровень* — это позиция старшего тренера гештальт-центра или института. Она предполагает научные исследования и публикации в области гештальт-терапии.

Для того чтобы найти среди сертифицированных терапевтов людей, которые обладают достаточными знаниями, навыками и желанием научиться вести супервизию, существуют специальные учреждения (профессиональные ассоциации), которые устанавливают стандарты в этой области практики (например, Ассоциация обучения терапевтов и супервизоров, Стандарты по клинической супервизии-ACES 1990,1993).

Для того чтобы стать сертифицированным клиническим супервизором, кандидат должен представить свидетельства о том, что он (она) имеет определенные знания и навыки (Connecticut Certification Board, USA). Для супервизора, работающего с терапевтами, специализирующимися на работе с зависимостями, необходимо проявить глубокие знания того, каким образом химическая или алкогольная зависимость связана с физическими, поведенческими, когнитивными, эмоциональными, социокультурными и экономическими аспектами психических и эмоциональных расстройств и приспособительными реакциями. К их числу относятся:

- операциональный опыт в различных терапевтических подходах, используемых в области терапии зависимостей;
- способность эффективно взаимодействовать с психодинамикой супервизируемого терапевта в соответствии с его работой (с клиентом);
- достаточные организационные знания для обеспечения адекватной супервизии в области терапии зависимостей;
- знания потребностей в профессиональном развитии терапевтов, работающих в этой области, и осознание полезных ресурсов для этого.

Другие авторы (G. Getz, 1999) предлагают более дифференцированные системы оценок компетенции обучающихся супервизоров, основанные на доказательстве наличия необходимых профессиональных навыков. Автор утверждает, что супервизируемые терапевты и супервизоры должны ориентироваться на измеряемые цели, касающиеся терапии и терапевта, а также супервизии. Перемещение оценочного фокуса на супервизию автор считает жизненно необходимым.

Оценивая качества обучающихся супервизоров, большинство преподавателей исходят из тех подходов и техник, которые они разделяют. Другие же используют интегративный подход. Бордерс и его коллеги

(Borders et al., 1991) создали специальное руководство, в котором определены стандарты достижений в семи специфических областях: модели супервизии, развитие терапевта, супервизорские методы и техники, этические, юридические и профессиональные аспекты и административные навыки. Авторы предложили также три параметра оценки для каждой из этих областей:

- а) самоосознавание,
- б) теоретические знания и концептуальные навыки,
- в) техники и навыки терапевтической работы.

В результате была сформулирована 21 характеристика целей и составлен перечень более 200 практических навыков, по которым и проводится суммарная оценка компетенции.

На этом основании автор предложил специальный тренинг, в ходе которого будущие супервизоры (для повышения уровня своей компетентности) должны были после дидактических занятий применить знание такой оценки в практике и продемонстрировать это. В каждой из семи областей супервизорской практики должны быть сформулированы конкретные цели. Затем должно быть выявлено практическое действие («ступенька»), необходимое для достижения этой цели на практике. И, наконец, должно быть предъявлено очевидное свидетельство достижения цели (видео- и аудиозаписи, протоколы). Указанная трехступенчатая структура может быть продемонстрирована и обсуждена в группе коллег-супервизоров и оценена супервизором более высокого уровня.

Пример

Навык № 3 из «Перечня практических навыков» (отчет супервизора, проходящего тренинг).

Цель — использовать различные техники взаимодействия с терапевтом для обеспечения более осмысленной и целенаправленной помощи.

Действие — использование ролевой игры, моделирования, рефлексии, конфронтации, техники пустого стула, специальных заданий и материалов для чтения, учитывающие специфические потребности именно этого терапевта и специфические потребности его клиента.

Свидетельство - составленная карта-перечень этих техник, просмотр видеозаписи применения этих методов и техник, записи о процессе терапии и прогрессе клиента.

Рекомендации супервизору для эффективной оценочной практики (Morag B. Colvin, из ERIC Digest).

Супервизору необходимо уметь следующее:

1. Ясно сформировать критерии оценки супервизируемого терапевта и выработать общее соглашение с терапевтом по поводу применения этих критериев в практике (когда и как).
2. Идентифицировать и передать супервизируемым терапевтам информацию о сопротивлении и недостатках в работе. Ассоциация обучения тренеров и супервизоров - ASEG (1993) рекомендует супервизорам своевременно комментировать действия супервизируемых терапевтов. Такая обратная связь поможет супервизируемым терапевтам яснее понимать, что они делают хорошо и какие навыки нужно развивать. Сопротивления и слабые стороны терапевта должны быть определены в терминах процесса, концептуальных, личностных и профессиональных умений (Bernard & Goodyear, 1992).
3. Давать конструктивную обратную связь при оценке действий терапевта. Супервизируемые терапевты бывают больше удовлетворены, когда слышат корректные комментарии, когда негативной оценке их действий предшествует позитивная оценка, касающаяся наблюдаемого поведения.
4. Использовать поведенчески ориентированные характеристики для оценки действий терапевта, избегая таких слов, как «знающий», «понимающий», «оценивающий» и т. п.
5. Использовать процесс воспоминания, для того чтобы супервизируемый лучше осознавал свое личностное развитие. Необструктивная и неугрожающая природа воспоминания о процессе помогает супервизируемому изучить свои чувства и мысли, а также вспомнить поведение и реплики клиента во время сессии.
6. Применять множественные измерения терапевтических навыков супервизируемого. Измерения должны включать разнообразные стандартизированные шкалы оценок, включая комплексные измерения навыков и супервизора, и супервизируемого, оценки клиентов, поведенческие шкалы (Stoltenberg & Delworth, 1987). Дополнительные измерения (фрагменты работы, записанные на аудио- и видеопленку, описания случаев, концептуальные оценки клиентов, протоколы) дают возможность расширить и углубить оценку компетентности супервизируемого.
7. Использовать серию фрагментов работы как портфолио для суммарной оценки. Рассмотрение только одной сессии не позволяет адекватно оценить уровень компетентности терапевта, а портфолио становится объемной и полезной базой для суммарной оценки.
8. Применять развивающий подход, который акцентируется на продвижении супервизируемого к желаемым целям и его готовности к

обучению (Nance, 1990). Такая модель подчеркивает готовность к обучению, базирующуюся на способностях супервизируемого, доверии и старании, оценка которых направляет действия супервизора и обуславливает использование им тех или иных ролей. Целью подобной работы является движение к независимому функционированию.

2.4. Сертификационные учебные курсы и требования к супервизору. Стандарты супервизии

Описания учебных курсов (цели, темы, методы обучения) и *сертификационные требования* (количество часов обучения, необходимые знания, навыки и способы их демонстрации) к специальности «клиническая супервизия» можно найти на сайтах университетов и гештальт-институтов, готовящих таких специалистов, а также на сайтах отдельных супервизоров, приглашающих для работы группы и отдельных терапевтов. Такие требования основаны на квалификационных и этических стандартах, разработанных профессиональными ассоциациями и дополненных требованиями соответствующего университета. Как правило, сертификационные требования содержатся в описаниях соответствующих курсов и построены по принципу набора баллов для окончательной сертификации.

Описания сертификационных курсов обычно содержат *краткую характеристику курса, цели, дидактическую часть*, в которой перечислены необходимые теоретические знания по темам, способы их получения (приведен список литературных источников), и *практическую часть*, которая состоит из перечня необходимых навыков, а также *условия и требования к сертификации* (минимальное количество часов супервизорской работы, ее форматы, требования к демонстрации практических навыков, требования к завершающим письменным работам и т. п.).

Обычные предварительные требования к терапевтам, которые решили продолжить свое образование и стать клиническими супервизорами, предполагают наличие высшего образования в соответствующей области и опыт терапевтической работы. Некоторые учебные заведения, например, Северо-Восточный университет штата Иллинойс, требуют наличия по крайней мере двух супервизируемых терапевтов и участие в уже сформированной супервизорской группе под руководством

инструктора. Другие (Университет штата Дакота) предполагают наличие высшего образования в области практической психологии, сами назначают супервизируемых терапевтов, формируют группы учащихся и прикрепляют к ним преподавателя.

Описания сертификационных курсов содержат дидактические и практические аспекты, характеризуют теоретическую базу и перечисляют обязательную и дополнительную литературу.

Например, описание курса (Course Description) Северо-Восточного университета штата Иллинойс гласит: «В данном курсе изучается супервизорская теория и техники, используемые в современном консультировании и психотерапии, которые вводят студентов в клиническую супервизию как специальность. Фокусируясь на аспектах развития и супервизоров и терапевтов, данный курс предоставляет возможность для изучения методов, которые могут быть использованы для достижения клинической компетенции, и супервизирования различных моделей терапии».

Обычно сертификационные и образовательные учреждения выделяют *темы*, входящие в состав основного курса, обозначая их более или менее подробно. Так, темы, предлагаемые NAADAC (Национальной ассоциацией консультантов по алкоголизму и химическим зависимостям), являются более специфичными (обзор существующих теорий супервизии, а далее отдельные модели). В университетских курсах такие темы обычно обозначены более широко (история супервизии, теория супервизии, исследования по клинической супервизии, сотрудничество в супервизии, практика клинической супервизии, этические и правовые нормы для супервизии (Университет штата Дакота)).

Цели обучения. Для многих сертификационных курсов характерно также четкое выделение целей, достижение которых предполагает сертификацию специалиста. Для сопоставления приведем некоторые цели.

Северо-Восточный университет штата Иллинойс

Цели курса — помочь студентам усвоить знания:

- о трех основных областях клинической супервизии;
- о стадиях развития терапевтов и соответствующих супервизорских методах;
- о стадиях развития клинического супервизора и проблемах, которые можно ожидать на каждой стадии;

- об изоморфных и параллельных процессах в супервизии;
- о навыках и методах, необходимых для супервизии терапевтов, которые используют различные терапевтические методы;
- об этике супервизии и этических стандартах Ассоциации образования терапевтов и супервизоров (ACES);
- об участии супервизора в развитии эффективности и личных возможностей терапевтов;
- о профилактике «выгорания» терапевтов;
- о развитии личного стиля в супервизии.

Университет штата Дакота

Цели курса:

- Познакомиться с подходами в области клинической супервизии не только с точки зрения теории, но и практики.
- Развить эффективно работающую теорию супервизии.
- Развить клиническую компетенцию в супервизии.
- Идентифицировать и выделить связи между теорией и практикой в личном подходе к супервизорскому процессу.
- Продемонстрировать знания и чувствительность к этическим и юридическим аспектам терапии и супервизии.

Lehigh University, Пенсильвания

Цели курса:

- Получить знания о теории и практике супервизии, а также их межкультуральных особенностях.
- Определить свою профессиональную идентичность в качестве супервизора.
- Развить навыки, которые позволяют определять свои ресурсы и ограничения и учитывать их в супервизорской практике.
- Получить навыки в области коллегиальной супервизии.
- Развить навыки концептуализации и наблюдения, которые позволят оценить компетенцию супервизируемого психотерапевта в области терапевтического процесса, супервизорского процесса, а также исхода терапии.
- Научиться профессионально описывать супервизорские случаи.
- Обеспечить возможность для обмена информацией и супервизорским опытом.

Лондонский геитальт-центр (см. приложение 2, таблица 1)

Базируясь на практике, курс фокусируется на следующих *целях*:

- искусстве быть супервизором;
- адекватной клинической оценке клиента;
- этике и этических дилеммах, супервизорской ответственности;
- супервизоре и его связях с учреждением, к которому он относится, по трем основным аспектам супервизии, описанным в пособии по терапии и супервизии (G. Housten, 1996);
- создании каждым участником своей собственной модели супервизии в свете современной литературы и практики.

Сертификат супервизора выдается закончившим курс и представившим описание двух случаев, один из которых демонстрирует пользу супервизии для самого участника, а второй доказывает способность участника быть эффективным супервизором.

Условия и требования к сертификации супервизора также значительно различаются в отдельных учебных заведениях. Обязательным условием сертификации супервизоров во всех образовательных учреждениях является демонстрация практических навыков. Кроме того, некоторые университеты и колледжи, поддерживая требования профессиональных ассоциаций к сертификации супервизоров, предлагают им предоставлять видеозаписи и протоколы своих супервизорских сессий.

Уровень владения навыками может быть продемонстрирован на сертификационном экзамене или по ходу курса (обычно указывается, сколько раз и где обучающийся супервизор может продемонстрировать свою работу). Например: «От каждого студента требуется видеозапись супервизорской сессии и готовность обсудить эту работу во время занятий...» или «...Во время занятий каждый студент должен представить личную модель супервизии. Эта модель будет основным студенческим проектом за время семестра и должна включать статью, описывающую случай супервизии, дополненную размышлениями супервизора и его исследованиями в этой области» (Северо-Восточный университет штата Иллинойс). Требования к сертификации касаются группового обсуждения представляемых случаев, супервизорской работы в групповом формате с демонстрацией соответствующих изменений и роста супервизируемого, разработки и демонстрации часового воркшопа и написания статьи, посвященной личной модели супервизии.

Представим для сопоставления требования нескольких учебных заведений Европы и США.

Индивидуальная супервизия супервизии. 40 минут еженедельной супервизии супервизии для получения супервизорского опыта и развития супервизорской компетентности.

Групповая супервизия супервизии. Необходима для интеграции теории супервизии, исследований в этой области и супервизорской практики. Включает групповые встречи, предполагающие дискуссии о личностных реакциях и обсуждение вопросов, касающихся супервизируемых и их работы с клиентами.

Супервизия психотерапевтов-практиков. Три супервизируемых терапевта в неделю по одному часу супервизии. Супервизор и супервизируемый выбирают двух клиентов, на которых они будут фокусироваться. Одна неделя семестра посвящена обзору видеозаписей супервизии. Каждые три недели проводится обзор видеозаписей работы супервизируемых терапевтов. Кроме того, заполняются формы оценки супервизируемых в середине и в конце семестра.

Для сертификации каждый кандидат в супервизоры должен написать письменную работу (супервизия контролереноса, завершение супервизии, оценка супервизируемого и т. п.), не более 12 страниц со ссылками.

Институт тренинга в области психотерапии, Шервуд (Sherwood Psychotherapy Training Institute, см. приложение 2, табл. 1)

Диплом супервизора выдается профессионалам в области консультирования, психотерапии и других «помогающих профессий», закончившим специальный курс, содержанием которого является теория и практика супервизии.

Программа включает изучение супервизорских отношений, моделей супервизии, типов супервизорских интервенций, трансференции, параллельных процессов, профессиональной этики, использование аудиовизуального оснащения и т. п. в течение 126 учебных часов. 25 учебных часов посвящено супервизирующей супервизии, 50 часов — обычной супервизии терапевтов и консультантов. Для сертификации обучающиеся должны предоставить письменную работу, посвященную связи теории супервизии с практикой, полную стенограмму супервизорской сессии и сдать клинический экзамен, для чего кандидат в супервизоры предоставляет запись супервизорской сессии, которая дополнительно оценивается внешним экзаменатором.

Университет штата Дакота

Для сертификации специалисту необходимо продемонстрировать:

1. Видеозапись индивидуальной супервизорской сессии с супервизируемым терапевтом.
2. «Живую» супервизию под наблюдением преподавателей факультета или инструктора.
3. Супервизию под наблюдением коллег — участников супервизорской группы с обратной связью от них.

Для этого университетом организуется:

1. Групповая супервизорская сессия с супервизируемым терапевтом (а также коллегами — участниками группы и преподавателями факультета в качестве консультантов).
2. Индивидуальная супервизия супервизорской сессии.
3. Групповая супервизия супервизорской сессии с коллегами — участниками группы.

Американская ассоциация супружеских и семейных терапевтов *для сертификации требует:*

1. Супервизирование двух терапевтов (уровень мастера) в течение семестра, 1 час в неделю.
2. Умение проводить супервизию супервизии.
3. Представление во время занятий трех случаев супервизии с использованием видеозаписи или проведение супервизии на супервизию с фокусированием на трех областях:
 - а) области контекстуальных проблем — проявление в супервизии особенностей расы, тендера, этических вопросов, сексуальной ориентации, физических возможностей и т. п.,
 - б) области терапевт-клиентских или супервизор-терапевт-клиентских отношений,
 - в) области личного супервизорского стиля и личной модели супервизии (философии супервизии).

Значительно различается и количество требуемых для сертификации супервизорских часов, например:

Университет штата Дакота:

индивидуальная супервизия супервизии — 12 часов;
индивидуальная супервизия терапевта — 25 часов.

Ассоциация супружеских и семейных терапевтов
индивидуальная супервизия - 30 часов;
супервизия супервизии 18 часов.

Некоторые лицензирующие или сертифицирующие учреждения предъявляют также *специальные требования* к сертификации. Так, Connecticut Certification Board, Inc. для сертификации клинического супервизора в области химической зависимости требует:

- стандартный сертификат консультанта в области химической зависимости;
- восьмилетний опыт консультирования, подтвержденный документами, из них пять лет — в области химической зависимости;
- подтвержденная документами четырехлетняя клиническая супервизия, из них два года — в области лечения химических зависимостей. Восемь лет клинического опыта должны включать 200 часов прямой «живой» супервизии;
- подтвержденный документами 30-часовой дидактический тренинг по клинической супервизии. Тренинг должен включать такие темы, как оценка терапевта, развитие терапевта, управление и профессиональная ответственность;
- три удовлетворительные рецензии о работе кандидата от клинического персонала. Одна из них может быть написана супервизируемым, работа с которым уже закончена.

Программа «Совершенствование в гештальт-терапии» Московского института гештальт-терапии и консультирования (см. приложение 2, табл. 2) включает повышение профессионального мастерства, обучение супервизорам и преподаванию гештальт-терапии (300 часов тренинга). В рамках программы предусмотрено супервизорство для практикующих терапевтов, обучение супервизорам, теоретические и методические дискуссии, мастерские, обсуждения научных и преподавательских проектов участников группы. Для сертификации (сертификат гештальт-терапевта, супервизора и преподавателя гештальт-терапии) от участника требуется предоставить результаты своего научного или преподавательского проекта в виде эссе, научной статьи или методических рекомендаций, а также продемонстрировать свои супервизорские навыки на завершающей обучающей сессии.

Во многих учебных заведениях традиционно используется *комплексная оценка в баллах* (процентах), где каждому действию, демонстрируемому обучающимся супервизором (мастерская или живая супервизия), соответствует определенное число баллов, а для сертификации

необходимо набрать определенную сумму баллов или процентов. В некоторых случаях к такой оценке завершающего обучение супервизора добавляются характеристики от супервизируемых терапевтов, инструктора и членов группы (Университет штата Дакота).

В Lehigh University, Пенсильвания, для получения балла, необходимого для сертификации в качестве супервизора, каждый из кандидатов должен не только участвовать в тренингах по супервизии и иметь трех супервизируемых, но и предоставить аудиозаписи своих супервизии. Он должен быть членом профессиональной ассоциации, предоставить специальную форму для самооценки перед и после курса обучения супервизии, иметь супервизорский архив (с аудио- и видеозаписями и стенограммами сессий, оценочными формами и обзорами записей работы своих супервизируемых). Кроме того, он обязан также предоставить для обсуждения случай супервизорской работы и написать статью, включающую дидактические и экспериментальные аспекты супервизии. При этом каждому из этих требований соответствует определенное число баллов, которые затем суммируются.

Для сертификации используются также *письменные теоретические и практические работы*. В заключение приведем требования к письменной сертификационной работе студента Северо-Восточного университета штата Иллинойс, в которой, на наш взгляд, интегрируются теоретические и практические навыки специалиста по клинической супервизии.

1. *Тренинговый опыт супервизора.* Опишите ваш опыт, который вы получили, становясь супервизором. Опишите вашу подготовку по клинической супервизии: как именно вы пришли к супервизии, ваш прошлый клинический опыт, ваш прошлый опыт супервизии (успешный или неудачный), а также вашу супервизорскую практику и ее содержание.
2. *Перечень изученных источников.* Перечислите все источники литературы, которые вы прочитали, чтобы стать клиническим супервизором.
3. *Личная философская база.* Опишите вашу личную философию супервизии. Засвидетельствуйте ваши изменения и рост как супервизора и отметьте то, что принесло пользу в этом изменении/росте. Обозначьте перспективы своего развития как супервизора и свои ожидания по этому поводу. Опишите вашу нынешнюю модель супервизии, делая акцент на том, как она отражает ваш стиль обучения и убеждения о природе изменений в человеческом бытии, а

также другие модели консультирования или терапии, которые вы сами поддерживаете.

4. *Внешние связи супервизии.* Опишите, как ваша философия связана с теорией терапии и как эта теория влияет на работу ваших супервизируемых, их клиентов, клиентскую культуру. Соответствует ли она тому месту, где вы работаете, и как это связано с вашей моделью проведения супервизии?
5. *Концепция отклонений от норм поведения.* Каким образом ваша модель супервизии отражает то, как люди познают свое существование и как они становятся отклоняющимися от нормы? Как вы пришли к своим убеждениям о том, что позволяет людям меняться и что является причиной отклонений от нормы?
6. *Прагматические аспекты супервизии.* Каковы ваши соображения по поводу организации вашей супервизии — опишите время, место и манеру, в которой она проводится.
7. *Предварительные условия.* Опишите вашу ситуацию и содержание контракта с вашим супервизируемым. Какова ваша роль как супервизора?
8. *Пример супервизии.* Опишите супервизорскую ситуацию, в которой вы работали во время этого курса. Опишите своего супервизируемого терапевта, любые контрактные соглашения, цели и то, как вы работали с ним, добиваясь изменений в процессе терапии.
9. *Оценка.* Оцените вашу работу с супервизируемым терапевтом. Насколько это было хорошо? Как вы оцениваете свою работу: базируясь на определенных критериях или на чьей-то оценке? Что ваши супервизируемые терапевты сказали бы о вашем супервизорском стиле и практике?

Таким образом, для эффективного профессионального роста обучающийся супервизор должен прежде всего быть хорошо знакомым с требованиями к его профессиональной компетентности. Программы обучающих курсов по супервизии имеют целью не только усвоение теории и практических навыков, но и выработку личного супервизорского стиля, а также собственных моделей супервизии. Становление специалиста обычно занимает довольно длительный отрезок времени (от трех и более лет), в течение которых полученные им теоретические знания, опыт наблюдений за другими коллегами-супервизорами и постоянно тренируемые им профессиональные навыки интегрируются в повседневную практику его супервизорской работы.

С нашей точки зрения, очень важным для такого становления является не только формальное число часов, затраченных на тренинг су-

первизорских навыков, но и регулярное изложение теории и практики супервизии в виде эссе, супервизорских случаев, статей с описанием личных моделей супервизии, включающих и дидактические, и экспериментальные аспекты. Такие требования побуждают обучающегося супервизора к структурированию своего личного опыта, выделению для себя опорных точек процесса и дальнейшему совершенствованию своего личного стиля.

Глава 3

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СУПЕРВИЗИИ В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Прочитав две предыдущие главы, читатели, возможно, уже догадались, что причиной появления этой книги стал именно недостаток литературы по супервизии в гештальт-терапии. Автор с удивлением обнаружила, что те немногочисленные источники, которые описывают супервизию в гештальт-терапии, содержат либо слишком широкое описание подхода к супервизии (Y. Starak), либо слишком узкое описание отдельных супервизорских тем (Brier, 1998; Lubbock, 1995), проблем (Clarkson & Gilbert, 1991, Yontef, 1997) и не касаются практических моделей супервизии, как это принято в других психотерапевтических подходах. Поэтому и было решено описать рабочую модель супервизии в гештальт-терапии, которая была бы полезной для терапевтов, интересующихся вопросами индивидуальной и групповой терапии или обучающихся супервидению по специальным программам. При этом нам кажется необходимым вначале обсудить вопросы интеграции теории гештальт-терапии и супервизорской практики в данной области, а затем уже конкретные практические вопросы супервизии.

3.1. Гештальт-подход и супервидение

Клиническая супервизия является существенной частью бытия гештальт-терапевта (Y. Starak). Встроенная в практику, она отражает потребность в непосредственном исследовании процесса и содержания работы.

Известно, что блоки и барьеры появляются в практике, когда терапевт исчерпал навыки и техники, потерял гибкость и креативность, которые ранее существовали в его работе. В то же время он пытается с трудом сохранить статус-кво своей деятельности. Поэтому супервизия оказывается необходимой, когда «после сессии или более длительного отрезка работы терапевт чувствует незавершенность и неудовлетворенность ходом своей работы с клиентом...» (К. Бай-Балаева, 2001).

Супервизия в гештальт-терапии основана на тех же концепциях, принципах и ценностях, что и сама гештальт-терапия. Это феноменологический подход и теория поля, диалогичность, концепция границы контакта и теория self, принцип ответственности, осознание и значение процесса «здесь и сейчас». В этом смысле инструменты, используемые супервизором гештальт-терапевта, аналогичны инструментам, которые использует сам гештальт-терапевт.

Супервизия в гештальт-терапии наиболее часто определяется как фасилитация ответственности терапевта (responsability, то есть возможность дать ответ) в работе с клиентами и группами. Это процесс, происходящий «здесь и сейчас», исследующий границу контакта между терапевтом и клиентом и нацеленный на то, чтобы сделать терапевта более креативным и как можно более живым в терапевтической сессии (Y. Starak). Этот процесс включает также осознание границы контакта между супервизором и супервизируемым, так как то, что происходит в супервизии, имеет свои параллели и в терапевтической сессии.

Метафора фигуры и фона, используемая в гештальт-терапии для обозначения неразрешенной актуальной потребности на фоне жизни, имеет важное значение и для супервизии гештальт-терапевтов. Любой человек — терапевт, консультант или работник социальной сферы — в разные моменты испытывает трудности в работе или попадает в тупики. И если он просит о помощи своего супервизора или руководителя, то его запрос и есть фигура. Супервизор или руководитель получает этот запрос и приступает к созданию процесса, участники которого вовлечены в осознание фона, из которого и возникли проблема, предмет рассмотрения или беспокойства. Делая это, супервизор облегчает поиск новых путей для решений, которые находятся в динамических отношениях между фигурой и фоном.

Если при этом супервизорский процесс оказывается близок к личным жизненным проблемам, он входит в пространство психотерапии. Если же он движется по направлению к месту работы, то входит в область организационного развития, а если двигается к теории, то входит в область продолжающегося обучения. В этой гештальт-гуманистической перспективе не существует понятия о правильности и о том, что *должно* быть сделано. У супервизора есть большой спектр выборов, и конкретный выбор зависит от его личности, отношений, контекста и континуума осознания, из которых появляются условия для изменений.

Поэтому супервизору необходим более высокий уровень гибкости и осознанности, чем аналогичный у терапевта. Ему нужно быть не только более опытным терапевтом, но и более мудрым за пределами

терапии. Опыт супервизора должен быть богаче и в специальных навыках консультирования, и в преподавании, и в фасилитации. Его опыт расширяет также возможности ролевых отношений, делая супервизора способным и поддерживать процесс, и давать оценку происходящему.

3.2. Диалогическая основа супервизии в гештальт-терапии

Многие виды супервизии, ориентированные на приобретение знаний и навыков, изначально не диалогичны — это технические контакты между супервизором и терапевтом (базирующиеся, по Буберу, на состоянии «Я - Оно», предполагающем наличие цели). Принципиальным отличием супервизии в гештальт-терапии являются диалогичность отношений между участниками этого процесса. Как и в гештальт-терапии, в супервизии гештальт-терапевтов диалог является базовым состоянием, внутри которого становится возможным профессиональное развитие терапевта.

Основной принцип диалогически ориентированной гештальт-терапии состоит в том, что сам гештальт-подход, а именно процесс и «цель» психотерапии прежде всего диалогичны. Диалогическая позиция терапевта вовсе не равноценна той форме речи, которую называют диалогом (обмен репликами). В терапии диалогичность (или «Я-Ты»-позиция) также предполагает способность терапевта «расслышать за словами».

Диалог - это открытая встреча двух феноменологии (Resnick R, Estrup L., 2000): феноменологии терапевта и феноменологии клиента. Диалогичность в терапии и в супервизии требует:

- а) присутствия - то есть доступности опыта и феноменологии терапевта (супервизора),
- б) включенности — попытки терапевта (супервизора) принять опыт клиента (терапевта),
- в) способности терапевта (супервизора) *предаться* диалогу, то есть подчиниться межличностному процессу, позволяющему *произойти* чему-то живому между двумя личностями, участвующими в этом процессе.

Рик Хикнер (2002) говорит, что диалогическая позиция терапевта, предполагающая личностную открытость клиента, целительна, а следствием хорошей терапии является диалогическая отзывчивость клиен-

та. В начале терапии в диалогической ситуации нет равновесия, скорее имеется не диалогическая ситуация сама по себе, а ее возможность, открытая со стороны терапевта. И если гештальт-терапевт способен к «Я-Ты»-позиции, он становится также способным открыть ее в клиенте, проблемы взаимоотношений которого с другими людьми во многом являются следствием отношения к себе как к объекту (также, как и к другим людям). Равное участие в диалоге предполагает, что обе его стороны — и терапевт, и клиент — определяют для себя, насколько далеко они готовы в нем продвинуться, максимально возможно присутствуя друг для друга.

Диалогически ориентированный терапевт старается поддерживать как можно более полный контекст для понимания клиента, он внимателен к целостной личности, включающей в себя различные аспекты ее бытия. Способность к диалогичности формируется в процессе обучения гештальт-терапевта и всякий раз должна восстанавливаться в процессе супервизидения, если утрачивается в контакте с клиентом.

Гештальт-терапия рассматривается как контекстуальная терапия (Parlett, 1991) и по большому счету, вопрос супервизора к гештальт-терапевту, который он может реально не задавать, но через призму которого он видит и слышит терапевта на супервизии, звучит так: «Какой именно контекст бытия этой личности определяет или ограничивает «здесь и сейчас» проявления терапевта в терапевтическом процессе? Что мешает этой личности существовать во всей ее полноте?» Так же, как и у клиента, полнота существования всегда является более целостным контекстом по сравнению с профессиональным поведением терапевта, ограниченным рамками теории, нормами и правилами, особенностями данной личности и ее устоявшимися способами жизни среди других людей и вместе с ними.

Основой для супервизорского процесса становится диалог о том, как терапевт в терапевтическом процессе утрачивает способность к соприкосновению с самим собой и тем самым с другим человеком - своим клиентом. Именно клиент определяет способ бытия в терапевтической сессии, что терапевт должен вначале осознанно позволять и к чему должен быть профессионально и личностно чувствителен. Только соприкоснувшись с другим способом жить, он может понять его особенности и рассмотреть вместе с клиентом его возможности, имплицитно содержащиеся в фоне его жизни. Но именно в этот момент и появляется опасность не стать присутствующим в отношениях и утратить способность к диалогу. Эта опасность заключается в принятии терапевтом ограничивающих способов обращаться с собой, свойственных клиенту, и - параллельно — своих собственных ограничивающих

способов обращаться с собой *в контакте с этим человеком*. И Тогда диалог между ними становится невозможным.

Задачей супервизора становится восстановление способности терапевта быть диалогичным, что, по сути, равняется способности как можно полнее личностно присутствовать в отношениях, чего не заменить никакими техниками, приемами и навыками. Впрочем, это совсем не исключает их применения внутри контекста супервизорских (или терапевтических) отношений. И поскольку супервизорская сессия - это тоже встреча двоих, именно на ней может быть восстановлен более полный контекст отношений «терапевт - клиент». Это возможно только в том случае, когда супервизор в ходе сессии поддерживает свое целостное личностное присутствие в контексте отношений «супервизор — терапевт» и побуждает к тому же терапевта.

По существу, супервидение в гештальт-терапии — это общение с терапевтом изнутри его собственного опыта, дающее ему возможность следовать интересу, исходящему из опыта, и профессионально развиваться в том направлении, которое как раз и обеспечит полноту его присутствия в терапевтической сессии. Это присутствие может выражаться у супервизора в самых разных проявлениях — принятии и в то же время удивлении уникальностью этого терапевта, его способом обходиться с собой в терапевтической сессии, радости от похожести в чем-то и разделении его боли по поводу того, что не получается в работе, уважении к его желанию профессионально развиваться, конфронтации с защитным поведением и просто теплом поддерживающем взгляде...

3.3. Феноменологический подход и теория поля.

Фигура и фон в супервидении

Одним из принципиальных отличий метода супервидения в гештальт-терапии от других методов является применение феноменологического подхода. Феноменологическое поле человека включает все, что доступно для осознания, — воспоминания и фантазии, текущий сенсорный опыт из среды и внутри тела, мысли и образы. Все части поля взаимосвязаны и находятся в постоянном движении, при этом организм способен воспринимать себя и окружающую среду, для того чтобы решить, как данная потребность (фигура) может быть удовлетворена в данном контексте (фоне). Гештальт-терапевт внимательно относится к тому, как клиент воспринимает, организует данные (события) и

создает смыслы, то есть как клиент способствует созданию своего собственного опыта и конструирует свою реальность (Resnick, Estrup, 2000).

Если же эта специфическая конфигурация поля между терапевтом и клиентом в силу различных причин остается неосознанной для терапевта, у супервизора есть возможность помочь ему сделать это в процессе очной супервизии (что особенно важно в процессе обучения гештальт-терапевтов). Например, супервизируемый терапевт в течение сессии оставался довольно пассивным по отношению к клиенту, и внезапно на супервизорской сессии супервизор осознает свою пассивность по отношению к терапевту. Здесь-то и можно выяснить, что лежит в основе такой пассивности и «что и как» преграждает путь к осознанию фигуры данного процесса.

Основным инструментом феноменологического подхода в гештальт-терапии является осознание как процесс (*awareness*), помогающий разрушить зафиксированные гештальты клиента и терапевта и построить гештальты, способствующие встрече с новым опытом и адаптивным формам поведения. Осознание дает супервизору возможность исследовать и фигуру, и фон, а затем отношения между ними. При этом супервизор работает с феноменологией терапевта (так же, как тот работает с феноменологией клиента).

На сессии супервизор стимулирует осознание терапевтом широкого спектра опыта, относящегося к терапевтической сессии: ощущений и чувств, мыслей, сравнений и образов, форм поведения, общего и похожего в контекстах «там и тогда», относящихся к терапевтической сессии, и «здесь и теперь» — к супервизорской. Общий смысл такой деятельности в начале супервизорского процесса заключается в возврате к источникам информации о поле «организм — среда», поиск более полной информации и работа, связанная с той ее частью, которая была потеряна терапевтом. По мнению Ю. Джендлина (2000), переживания человека, относящиеся к проблемной ситуации, всегда являются целостной сущностью. Но в результате каких-то причин восприятие целостного переживания утрачивается, и тогда человек реагирует только на часть информации о поле «организм — среда».

Для того чтобы эта часть информации могла выйти на границу контакта и стать доступной, супервизор обращается к функции Ид супервизируемого терапевта (см. модель *self* по Ф. Перлзу), что помогает найти упущенную часть информации и восстановить целостную картину (контекст) происходящего, на основе которой становится возможным осознанный выбор поведения. Апелляция к функции Ид проясняет зоны дискомфорта, испытываемого терапевтом в ходе терапевти-

ческой сессии, выделяет отрезки замешательства и растерянности, действий и чувств, связанных с ощущением «тупика» и отношениями между терапевтом и клиентом, складывающимися на сессии.

Такая проработка фона дает возможность перестроить в поле «организм — среда» соотношения между первоначальной фигурой (которая вначале может быть фиксированной или недостаточно проясненной) и более полным фоном, что позволяет проявиться фигуре потребности, имплицитно присутствующей и в терапевтической, и в супервизорской сессиях. Целью терапевтического и супервизорского процессов является не желаемое «изменение» как таковое, а появление у клиента и у терапевта способности к собственному выбору возможностей для удовлетворения актуальной потребности.*

Эта фигура потребности, содержащаяся в незавершенной для клиента ситуации, фигура, естественным образом присутствующая в терапевтической сессии, может быть легализована и обращена к объекту потребности только в том случае (Немиринский, 2002), если на психотерапевтической сессии терапевт обращает внимание клиента на пересечение контекстов «там и тогда» (отношения клиента с другими людьми) и «здесь и теперь» (отношения клиента и терапевта). Только в этом случае клиент получает возможность завершить для себя незавершенную ситуацию и получить новый опыт проживания жизни. Если же терапевту это не удастся, то ситуация не завершается и эту незавершенность терапевт приносит к супервизору. В его изложении незавершенность принимает разные формы (успокой меня, скажи, как правильно было бы работать, объясни мне, что это было, и т. п.).

Какое отношение это имеет к ситуации супервидения? Если какая-то фигура (потребность, переживание и т. п.) переносится из контекста взаимодействия с клиентом в контекст взаимодействия с супервизором, то она непосредственно указывает на потребности терапевта, которые в его профессиональной жизни оказываются фрустрированными (Немиринский, 2002). Поэтому цель супервидения и состоит в том, чтобы «путешествие фигуры» или незавершенного опыта закончилось в кабинете супервизора. Если данная профессиональная проблема является постоянной для терапевта, то скорее всего она «питается» личной проблемой и должна быть проработана в личной терапии.

* При фиксированной фигуре клиент или терапевт осознает, например, свое неэффективное поведение, но не видит других способов поведения, то есть часть информации о фоне потеряна. При невыделенной фигуре все находится в фоне — клиент или терапевт не выделяют проблему, и эта часть работы должна быть сделана на терапии или на супервизии.

3.4. Функции self и модель «Цикл контакта» в супервидении

Итак, терапевт и супервизор встретились. Что находится на контакт-границе для супервизора? Каковы способы функционирования self терапевта в контакте с клиентом (возможно, супервизор это видел) и в контакте с супервизором?

Для того чтобы контакт с фигурой стал возможен, супервизор побуждает терапевта к осознанию на всех стадиях цикла контакта с актуальной потребностью. Для супервизии это означает то же самое, что и для терапии, — исследование фона и выделение фигуры потребности терапевта в предконтакте, нахождение объекта потребности на стадии контактирования, непосредственное контактирование с фигурой потребности на стадии финального контакта и ассимиляцию опыта в постконтакте.

Предконтакт. «Все в фоне» — супервизируемый терапевт только что закончил сессию. В начале этой фазы общее состояние терапевта может включать в себя все: незавершенные ситуации, непроявленные и невыраженные потребности, неосознанные чувства. Если терапевт проходит заочную супервизию или формулирует предварительный запрос перед очной супервизией, то, возможно, фигура уже частично выделена. Маркерами «проблемное™» часто бывает падение энергии, дискомфорт, растерянность или компульсивное поведение терапевта.

Супервизор просит терапевта рассказать о себе и о своей работе. На контактную границу могут выйти чувства терапевта (удовлетворение от работы или растерянность, тревога или раздражение, страх оценки или желание, чтобы работу высоко или строго оценили...), его мысли, оценки и представления о своей работе («я жесткий» или «я слишком добрый» терапевт, «у меня ничего не получилось, клиент не смог расслабиться», «все в порядке» или «я работал неправильно») или парадоксальное отсутствие чувств, мыслей и оценок («не знаю, что чувствую, не знаю, о чем тебя спросить...»).

Задача супервизора на этой стадии — помощь в формировании фигуры, то есть выделения ее из фона. Это может выражаться в выделении проблемы терапевта, относящейся к тому или иному отрезку сессии или к сессии в целом. Для этого супервизор обращается к функции Ид и функции личности супервизируемого терапевта.

Выделение фигуры происходит параллельно с изучением фона, а стало быть, важно рассмотреть то, что происходило на отрезке сессии или на сессии в целом и как это происходило. Именно для данной

стадии характерно присутствие специфических механизмов избегания контакта, препятствующих выделению фигуры и формированию гештальта. Действуют механизмы слияния и интроекции. У супервизируемого это проявляется в виде специфических игр, присутствующих в супервизорских отношениях («оцени меня хорошо и будь свободен», «пожалей меня убогого», «у меня все есть, мне ничего не нужно», «объясни мне, как я должен работать правильно» и т. п.), перекладывающих ответственность на супервизора. Поэтому задачей супервизора является передача ответственности терапевту за его состояние после сессии — признание определенного состояния, отсутствия завершенности или профессиональных сложностей в сессии. Это возможно на стадии фокусирования супервизорской сессии.

Хорошо сформированный гештальт включает:

- выделение профессиональных трудностей в отношениях с клиентом и чувств терапевта;
- осознание его потребностей в контакте с данным клиентом;
- и собственно сам запрос к супервизору, отражающий область интереса терапевта и цель супервизии.

Контактирование. На стадии контактирования, по словам Ж.-М. Робина, «гештальт должен отделиться от фона и пойти на контакт с окружающей средой», приобретая с помощью супервизора более четкие контуры. Наступает время изучения возможностей, и супервизор побуждает терапевта осознавать возможности, предоставляемые средой для удовлетворения потребности, и выбирать или отвергать их. Это выражается в вопросах, побуждающих терапевта осознавать то, что он делал с клиентом, а также не делал с ним, и побуждении к действиям, с помощью которых терапевт может удовлетворить свою актуальную потребность на сессии или в личной жизни.

Именно в этот момент супервизор может определиться, куда именно (Y. Starak) направлена актуальная потребность терапевта (и что, собственно, мешает ее удовлетворению) — в сторону теории, необходимых профессиональных навыков или в личный план к персональным проблемам, то есть какова «зона роста» терапевта в данный момент времени, без чего невозможно его профессиональное развитие. Здесь супервизор также работает с механизмами прерывания контакта у терапевта, обсуждает с терапевтом способы удовлетворения потребности или выделяет личную проблему, препятствующую ее удовлетворению.

На стадии *финального контакта* происходит некоторое действие, приводящее к удовлетворению потребности. И оно необычно для терапевта. Например, терапевт осознанно обращается к супервизору (за

поддержкой, оценкой, отвергает супервизора, высказывает свою точку зрения, конкурирует в профессиональном плане и т. п.), но это является для него *новым опытом*.

Ассимиляция нового опыта происходит тогда, когда потребность удовлетворена и человек наблюдает за своими изменениями в поле «организм — среда». В *постконтакте* обычно и идет работа по ассимиляции терапевтом нового опыта, его осмысление, для чего супервизор вновь обращается к функции личности терапевта.

3.5. Клиент, терапевт и терапевтические отношения в супервизии гештальт-терапевтов

Личностное функционирование в гештальт-теории может пониматься как синоним характера или характерологического функционирования (Resnick, Estrup, 2000). Характер функционирует в двух сферах (измерениях). Первое измерение — это фиксированная перцептуальная организация, которая чаще всего не осознается. Второе измерение — привычные и предсказуемые паттерны поведения, которые тоже часто не осознаются. Иногда эти паттерны являются здоровыми и вполне успешными и благоприятствуют достижениям. Но порой те же паттерны у других людей (более нарушенный полюс континуума характеров) не способствуют гибкости и ограничивают человеческое существование, то есть препятствуют саморегуляции.

Супервизия, фокусирующаяся на личностном функционировании клиента, рассматривает повторяющиеся способы, с помощью которых клиент создает контакт, организует фигуру, его потребности, интересы, историю развития клиента, диагноз в терминах создания и разрушения гештальта, биохимический дисбаланс, широкое поле проблем (класс, раса, тендер, возраст, экономический статус), а также внутреннюю и внешнюю поддержку (Resnick, Estrup, 2000).

Личностное функционирование терапевта включает те же самые факторы, что и личностное функционирование клиента. Но при этом акцент на личностном функционировании терапевта в супервизии является неуместным. Более подходящим для супервизора и терапевта становится изучение аффективной реакции терапевта на клиента и идентификация относящихся к делу психологических проблем, которые мешают продуктивной профессиональной работе с клиентом. В процессе супервизии терапевту важно также понять, как идентифицировать и оставлять за пределами отношений сте-

реотипные аффективные ответы, связанные с такими личными проблемами.

Очень ценным аспектом супервизии является изучение качества отношений между терапевтом и клиентом. Супервизор может отметить для себя, являются ли такие отношения в основном иерархическими или в основном горизонтальными (в горизонтальных отношениях отсутствует экспертиза чьего-либо опыта). Если терапевт является экспертом в теории, процессе и интервенциях, в то время как клиент — экспертом в отношении своего опыта, то эти отношения горизонтальны и равны. Супервизор также исследует трансферентные проблемы в отношениях терапевта и клиента, обсуждает, насколько в этих отношениях присутствует реальность и что в текущем поведении является репрезентацией прошлого опыта. Важно также то, насколько терапевт диалогичен, присутствует ли он на встрече и может ли отвечать клиенту полно и аутентично.

3.6. Терапевт, супервизор и супервизорские отношения

Супервизорские отношения в значительной мере ориентированы на сотрудничество между терапевтом и супервизором и поэтому формально являются более горизонтальными, чем иерархическими. Оба участника являются экспертами в своем собственном опыте. Супервизия может стать аутентичной встречей, диалогом, творческим процессом, который больше экспериментален, нежели интерпретативен. При этом и терапевт, и супервизор участвуют в совместном исследовательском проекте. Акцент в супервизии может зависеть от уровня опыта и навыков терапевта. Начинающие терапевты могут нуждаться в поддержке, одобрении и обучении, более опытные — в навыках следования за клиентом или в рассмотрении того, что является фигурой, а более продвинутые — в интеграции терапевтических навыков и теоретических концепций.

Очень важно, чтобы супервизорские отношения начинались с четкого контракта, проясняющего желания и взаимные ожидания, с исследования фона терапевта и его предшествующего опыта супервизии. Кроме того, необходимо обсудить проблемы, возникающие у супервизора и терапевта в их совместной работе, а также прийти к согласию в том, *что супервизия не является терапией и что для терапевтических целей супервизируемый терапевт будет обращаться к своему личному терапевту.*

3.7. Административные отношения в супервизии гештальт-терапевтов

Такие отношения включают достижение согласия по поводу целей и задач супервизии, оплаты сессий и тренингов, оформления необходимой документации, касающейся терапевтических и супервизорских сессий, способов и методов оценки работы гештальт-терапевта (для сертификации, выдачи необходимых рекомендаций и т. п.). Достижение согласия заканчивается заключением контракта, который может включать:

- цели и задачи супервизии;
- место и время проведения супервизорских сессий, их количество;
- способы и время оплаты;
- перечень необходимой документации — оформление терапевтом журналов с записями терапевтических сессий, видеозаписи работы, журнал супервизорских сессий и т. п.;
- вопросы конфиденциальности и перечень лиц, которым будет доступна информация о профессиональном развитии терапевта;
- способы информирования терапевта о его профессиональном развитии, необходимости дополнительного обучения, рекомендуемых способах дополнительного обучения;
- критерии, по которым проводится экспертиза его профессионального мастерства: перечень необходимых знаний по теории, а также навыков и умений для успешной работы.

3.8. Этические аспекты отношений терапевта и супервизора

В настоящее время этические аспекты отношений терапевта и супервизора, как и терапевта и клиента, в мировом гештальт-сообществе находятся в стадии обсуждения (Brownell, Levin, O'Neill, поданным Internet). Поэтому, оставляя в стороне проблему формулирования и принятия этического кодекса и соответствующих стандартов работы, ответственности, профессиональных организаций, таких, как Европейская ассоциация гештальт-терапии (Е.А.Г.Т.), нам кажется необходимым обсудить некоторые этические аспекты практической работы супервизора (ясно и давно обозначенные в других профессиональных психотерапевтических сообществах) уже сейчас, в момент

появления и развития супервизорской практики в российском гештальт-сообществе.

Основные этические принципы супервизорской и терапевтической практики касаются безопасности и конфиденциальности, компетентности и эффективности работы супервизора, профессиональной и социальной ответственности и условий организации такой работы. Именно эти принципы обеспечивают достижение основной цели супервизии: «Супервизия предназначена для того, чтобы обращаться к потребностям клиента и отслеживать эффективность терапевтических вмешательств» (Кодекс этики и практики Британской ассоциации консультирования)

Безопасность и конфиденциальность. Во время работы супервизор постоянно сталкивается с конфиденциальной информацией, касающейся личной жизни клиента и профессиональной (а иногда и личной) жизни терапевта. Однако конфиденциальность этой информации не может быть полной из-за наличия социальных и профессиональных ограничений. Социальные ограничения вызваны требованиями правового законодательства, налагающего на членов общества обязанности по даче показаний в суде, или вмешательством правоохранительных органов для предотвращения ущерба или насилия. Профессиональные ограничения касаются предоставления такой информации для определения степени компетентности терапевта при его сертификации или при получении супервизии на супервизию. В этом случае руководитель образовательной программы обсуждает с другим тренером или супервизором уровень профессиональной компетентности каждого участника программы.

Поэтому в начале работы с супервизируемым терапевтом необходимо обсуждать (и отражать в контракте) действия супервизора, которые могут — и будут приводить к нарушению анонимности. К таким действиям могут относиться расследования конфликтных случаев по инициативе профессиональной организации, а также публикации или презентации случаев. Именно супервизор несет ответственность за разъяснение договорных обязательств и обозначение границ своих обязательств. И супервизируемый терапевт, и его клиент должны быть поставлены в известность и подтвердить в контракте свое согласие на это (или не подтверждать, и тогда ситуация меняется). Вполне понятно, что обязанностью супервизора является как подчинение общественным нормам, так и обеспечение безопасности для клиента и терапевта. Супервизор отвечает за такую организацию работы, при которой эти условия выполняются в максимально возможном варианте.

Профессиональная и социальная ответственность в значительной мере касается отношений с супервизируемым, с профессиональным сообществом и обществом в целом. Общепринято, что супервизор не должен проводить супервизию и терапию для одного и того же лица в один и тот же период времени, а также не может использовать супервизируемого в материальном (это не касается оплаты за супервизию), эмоциональном или сексуальном отношении (Кодекс этики и практики Британской ассоциации консультирования, этические принципы Американской психологической ассоциации).

Кроме того, супервизор отвечает за свое личное и профессиональное развитие. Данное требование предполагает индивидуальную терапию при возникновении личных проблем, прохождение тренингов по супервизии и участие в конференциях, деятельности профессиональных организаций, регулярное получение супервизии на супервизию.

Супервизор несет ответственность за соблюдение официальных обязательств перед супервизируемым (расписание супервизии, условия проведения, время, предупреждения об оплате, полнота курса), сообществом или организацией, в которой он работает. Он (она) также ответственен за соблюдение баланса между критичностью взгляда терапевта на свою работу и поддержкой его собственной профессиональной ответственности по отношению к клиенту.

Профессиональная компетентность и эффективность работы. Супервизор должен стремиться поддерживать высокий стандарт работы и развивать свою профессиональную компетентность.

Супервизор, осознающий границы своей профессиональной компетентности:

- берется за работу, в которой (в соответствии со своим уровнем профессионального развития) он может принести максимальную пользу;
- консультируется в своей работе с коллегами;
- посещает тренинги, повышающие его профессиональное мастерство, получая знания и навыки в соответствующей области;
- получает в необходимых случаях супервизию на супервизию;
- соблюдает этические принципы профессиональной организации, к которой он принадлежит;
- толерантен к расовым, тендерным, конфессиональным различиям, сексуальной ориентации, особенностям языка, социоэкономического статуса, физических возможностей и поведения;
- имеет необходимые знания, навыки и опыт для работы (например, при групповой супервизии - знания, навыки и опыт работы с группой).

Организация работы. Терапевт, принадлежащий определенной организации, не может получать супервизию у своего руководителя. В начале работы с супервизируемым супервизор, соблюдая принцип информированного согласия, предоставляет необходимую информацию об условиях работы (время, место, формы оплаты и т. п.), а также способах и методах оценки работы терапевта. Обсуждаются требования к терапевту, касающиеся предоставления аудио- и видеозаписей работы, стенограмм и протоколов сессий, приводятся анонимные протоколы письменной оценки деятельности терапевта, предоставляемые в профессиональную организацию.

Кроме того, терапевт должен иметь возможность получить независимую экспертизу своих знаний и навыков (Кодекс этики и практики Британской ассоциации консультирования). Для этого (в случае конфликта) в профессиональной организации обычно существует экспертный совет, заключение которого об уровне профессиональной компетентности супервизируемого терапевта является окончательным.

Указанные выше принципы профессиональной работы супервизора являются общепринятыми для многих профессиональных психологических организаций и служат руководством для терапевтов, принадлежащих к данным сообществам. В гештальт-сообществе подобные общепринятые принципы пока не существуют.

Вполне возможно, что отсутствие ясных и четких этических принципов для терапии и супервизии, разделяемых многими гештальт-терапевтами, является следствием имеющегося у них неразрешенного противоречия. Это противоречие *между тремя возможными этическими принципами*, близкими гештальт-подходу:

- принципом естественной этики: индивидуум выбирает, как поступать, только на основе своих потребностей,
- принципом ситуационной этики («Существует только одна вещь, которая должна осуществлять контроль, — ситуация» - Ф. Перлз, 1976);
- принципом личной этики, согласно которому индивидуальный выбор поведения осуществляется на основе возрастающего осознания (V.V. De Riet, M.P. Corb, J. Jeffrey, *Philosophical Assumptions of Gestalt Therapy: An Introduction* (1980), и контролем и требованиями общества по отношению к профессиональной деятельности своих членов.

Гештальт-терапевты разделяют положение о том, что «в гештальт-терапии нет никаких «должен» (Г. Йонтеф, 2001), а любой этический кодекс предлагает принять определенную систему долженствования.

Таким образом, проблема заключается в том, что предварительно сформулированное этическое поведение вступает в непримиримое противоречие с основной ценностью гештальт-терапии — приоритетом личного выбора. Этот типично «невротический» вопрос: может ли гештальт-терапевт осознанно принимать некоторые социальные ограничения и правила, противоречащие self-выбору, пока (по факту) гештальт-сообщество не решен, и здесь сообщество находится в некоторой иллюзорной сепаратной позиции по отношению к обществу в целом.

Понятно, что этический кодекс гештальт-терапевта не может быть создан простым суммированием личных, ситуационных или естественных этических принципов. С нашей точки зрения, некоторые сугубо теоретические основания для решения проблемы дает теория поля, акцентирующая фундаментальную связанность организма и среды в своих интеракциях. Индивидуум, признающий ответственность за возрастающее осознание имеющейся у него системы ценностей, может «поддерживать поле», делая выборы в пользу профессионального сообщества или общества в целом (принцип «поддержи поле, поддерживающее тебя»), при этом **ОСОЗНАННО ПРИНИМАЯ ОГРАНИЧЕНИЯ SELF-ВЫБОРА**

Вместе с тем возникают вопросы, которые не имеют пока ясного ответа и требуют обсуждения в среде гештальт-практиков. Могут ли быть сформулированы специфические этические принципы, касающиеся именно терапевтической и супервизорской работы в гештальт-подходе? Например, могут ли быть определены в качестве этического принципа достижения компетентности (или в качестве декларируемых ценностей гештальт-подхода) такие положения, как осознание и эксперимент, включенность и присутствие, готовность к контакту и баланс? Является ли аутентичность гештальт-практика нормой работы, на которую могут ориентироваться обучающиеся гештальт-терапии люди? И, наконец, может ли быть реализован в форме этического кодекса декларируемый гештальт-подходом принцип ответственности по отношению к профессиональному сообществу и обществу в целом?

Глава 4

АЛГОРИТМ ОЧНОЙ СУПЕРВИЗИИ. ОПОРНЫЕ ТОЧКИ СУПЕРВИЗОРСКОГО ПРОЦЕССА

Каковы цели супервизии как института? Во-первых, как уже было сказано, супервизия нужна для того, чтобы терапевт «стал еще более опытным терапевтом». Кроме того, «она предназначена для того, чтобы обращаться к потребностям клиента и отслеживать эффективность терапевтических вмешательств»(Кодекс этики и практики супервизоров Британской ассоциации консультирования, 2000). Целью супервизии может стать повышение профессионального мастерства через углубление осознания себя, формирование профессиональной индивидуальности, профессионального стиля и устойчивой позитивной профессиональной самооценки. Для начинающего терапевта супервизия — это еще и ценная возможность получить профессиональную (да и личностную) поддержку от более опытного коллеги.

Супервизия может быть направлена и на развитие терапевтом способности к эмпатическому переживанию в терапевтической ситуации, умения обходиться со своими уникальными аффективными переживаниями, используя их для целей терапии. Кроме того, она позволяет понять, что же происходит в самом взаимодействии терапевта с клиентом, и это требует от терапевта честности и любопытства к своему внутреннему устройству. Немаловажно также осознание терапевтом и своих ограничений, и своих ресурсных и творческих возможностей.

С нашей точки зрения, ключевым словом, определяющим отношение к цели супервизии в рамках гештальт-терапии, является слово *поиск*. «Одним из неперменных условий творческого процесса является принятие напряжения между знанием и незнанием, образующее заряженное пространство, напряжение, переживаемое как чувство предвосхищения открытия, как волнения и удовольствие» (Калитиевская, 1997). Действительно, в супервизорском процессе имеется значительное количество переменных, а творческий подход, собственно, и состоит в том, как и для чего их использовать.

Эта глава посвящена очной (или *живой*) супервизии, где супервизор — свидетель терапии: наблюдающий, слушающий, чувствующий. При этом существует несколько вариантов развития событий:

- Фокус супервизии заранее выбирает терапевт, он знает, чего хочет, и сообщает об этом супервизору до сессии. Супервизор проясняет запрос до тех пор, пока окончательно не прояснит его, а затем соглашается или не соглашается с ним. Здесь очень важным является момент ответственности терапевта за формулирование запроса на супервизию. С вариантами «скажи мне что-нибудь по поводу моей работы», «останови меня, если я что-то не так сделаю», «вмешайся, если ты увидишь, что я дискомфортно себя чувствую», полностью перекладывающими ответственность за терапевтическую сессию на супервизора, лучше конфронтировать сразу. Если терапевт не может определиться с запросом сразу, к нему можно будет вернуться потом, после сессии.
- Ситуация, возможная только в тренинговой (обучающей) группе. Терапевт просит помощи от супервизора в процессе сессии и договаривается об остановке сессии с клиентом в наиболее трудные для себя моменты. Пример такой супервизорской поддержки в процессе очной супервизии будет приведен в конце данной главы.
- Супервизия после терапевтической сессии.

Для того чтобы ситуация не очень удачной терапии не повторилась в процессе супервизии (уже с другой стороны), супервизор должен получить ответ на следующие основные вопросы:

- *Какие профессиональные навыки терапевта достаточно развиты и продвигают терапевтический процесс, а какие не развиты, не проявлены и требуют внимания супервизора? Каковы особенности терапевтического стиля данного терапевта?*
- *Каким преимущественно способом терапевт прерывает контакт с данным клиентом?* (Имеются в виду традиционное для гештальт-терапии понимание механизмов избегания (прерывания) контакта.)
- *Какая фигура в работе с клиентом может иметь тенденцию к «путешествию» в ситуацию супервидения (Немировский, 2000).* "Терапевтическая работа нередко заходит в тупик в те моменты, когда терапевт идентифицируется с защитными реакциями клиента (Lawner, 1989). Та же идентификация проявится потом и в ходе супервизии — как «параллельный процесс». В этом случае «те переживания, которые мешают продвижению в работе с клиентом, и те способы, которыми терапевт себя блокирует, избегая «проблемных» чувств, воспроизводятся им в работе с супервизором, дело которого — обнару-

жить эти способы и проблемные области, чтобы далее сам терапевт мог обращать на них внимание» (Бай-Балаева, 2000).

Например, фигурой в данной сессии является невыраженное клиентом отвержение (маме, папе, начальнику, терапевту...). Клиентка не знает, о чем говорить с терапевтом, перескакивает с темы на тему, с истории на историю, игнорирует терапевта, не обращаясь к нему за помощью («Я не знаю, зачем нужны терапевты и что они могут сделать»). Терапевт в растерянности следует за клиенткой в каждую ее историю, не конфронтрует с ее поведением, не побуждает к сознанию. На супервизорской сессии фигура отвержения предьявляется супервизору («Я не знаю, о чем тебя спросить»), который, собственно, и должен прервать это «путешествие» и направить осознание терапевта на происходящий между ними процесс.

- Каково было супервизору самому находиться рядом с работающим терапевтом, *какие чувства, фантазии и мысли вызвала эта работа*? Как супервизор сам обходится с тем опытом, с которым столкнулся терапевт в работе с клиентом?

Но для того чтобы ответить на эти вопросы, необходимо что-то увидеть, услышать и почувствовать. Чем же заниматься супервизору во время сессии? Какие шаги помогут ему быть эффективным? Начнем со сбора материала.

4.1. Сбор материала

Оценка предварительных данных

Здесь можно попытаться определить, каким образом терапевт был выбран клиентом (в ситуации тренинговой группы), сколько времени терапевт работает с данным клиентом и какова история их отношений. Возраст, пол, социальный статус терапевта и клиента тоже дают возможность сделать предварительную оценку, которая пока еще будет опираться на некоторые сугубо теоретические конструкции.

Для супервизора также важен профессиональный уровень терапевта и этап его обучения. С точки зрения И. Данилова (2000), на каждом из этапов (соответствующих основным этапам цикла контакта) есть своя основная задача супервизии, соответствующая актуальным проблемам и потребностям обучающегося.

Предварительные данные могут обеспечить супервизору информацию о более широком контексте происходящего на сессии. Так, в ситуации тренинговой группы клиентка выбирает терапевта следующим образом. Сначала она говорит, что ей все равно, кто будет ее терапевтом. Затем, когда один из терапевтов-тренеров говорит о том, что ему не все равно, выбирает его (именно после этих слов). В ходе сессии же выясняется, что клиентка из двух вариантов: быть нужной для другого и выбирать того мужчину, который ей нужен, привычно выбирает первое. Внимание к более широкому контексту помогло супервизору обратить внимание терапевта на возможность пересечения контекстов терапевтической сессии и жизни клиентки и в итоге позволило клиентке сделать осознанный выбор.

Наблюдение за поведением терапевта

Наиболее информативными для супервизора являются состояния тревоги, бессилия и разочарования терапевта, а также уровень энергии терапевта и клиента. Этот уровень определяется по характерным поведенческим маркерам. Высокий уровень энергии характеризуют адекватная двигательная активность, полный грудной голос, живой взгляд и мимика. Низкий уровень энергии — неподвижность, напряженная поза, тихий монотонный голос, отсутствие зрительного контакта, застывшая мимика и т. п.

Удивительно, как часто *поведение терапевта*, до сессии живого, теплого и искрящегося, меняется и начинает походить на поведение строгого профессионального экзаменатора. Что происходит с ним в это время? Какие запреты и правила мешают ему просто улыбнуться клиенту, просто спросить: «Что с тобой? Как прошла неделя?» Осознает ли терапевт эти неожиданные перемены? (Впрочем, существует и другой полюс: терапевт все время улыбается, шутит и смеется, клиент тоже. Им хорошо вместе, и они радостно прощаются, после чего терапевт с испуганным видом смотрит на супервизора...)

Итак, что же происходит с этим терапевтом ?

Еще один вариант, очень важный для последующей супервизии. Терапевт явно тревожен — он суетится, задает бесконечные вопросы, перебивает клиента, не дослушивая его высказывания. Кому адресована эта тревога — клиенту или супервизору? В некоторых случаях терапевт встревожен именно присутствием супервизора, ему очень хочется выглядеть успешным, не делать ошибок и т. п. Прояснение этого воп-

роса существенно помогает понять, какие механизмы прерывания контакта тут задействованы. Супервизорский процесс, в котором не учитываются проблема нарциссической уязвимости терапевта (Якобе и др., 1997), способствует проявлению слишком сильного беспокойства и даже «нарциссической травмы», препятствующей нормальной терапевтической работе.

Тревога терапевта, когда ее можно увидеть со стороны, — вещь очень информативная. Например, спокойное до этого момента течение сессии вдруг прерывается, и терапевт начинает вести себя по-другому: застывает, краснеет, начинает больше двигаться, несколько раз меняет позу. О чем это они разговаривают? Берем на заметку: *что эта тема может значить для самого терапевта? А для супервизора?*

Тревога, связанная с *избеганием замешательства*, может подвигнуть терапевта на проведение эксперимента в тот момент, когда клиент к этому еще не готов. Так, при первых словах клиентки о желании близости и отдалении от мужа и неизменности этой ситуации в семье терапевт предлагает клиентке подвигаться по отношению к нему самому и (!) «что-то почувствовать».

Аналогичный вариант — начинающий терапевт стимулирует переход клиента к отношениям «здесь и сейчас» при не проявившемся еще контексте их собственных отношений. Если такая возможность в супервизии представится, то супервизор, сознающий свое замешательство и справляющийся с ним, может сделать это фокусом своей работы, разбирая с терапевтом вопрос об уместности эксперимента (или перехода к отношениям «терапевт — клиент») в контексте сессии, а также его чувствах, ставших основой выбора этой тактики.

Тревожный терапевт нередко оказывается чрезмерно заботливым (поведение из РОЛИ терапевта), не побуждает клиента формулировать свой запрос, не обменивается с ним ожиданиями относительно цели сессии. В результате клиент мечется в поисках решения неизвестно чего, а терапевт ему «сочувственно помогает» в этом. В последующем супервизору, возможно, придется встретиться с ограниченной *способностью терапевта к конфронтации* с клиентом и быть очень внимательным к поведению терапевта при определении цели супервизии. В какой степени сам супервизор способен позаботиться о терапевте, фрустрируя его безответственность?

Информативным для супервизора при наблюдении оказывается и состояние бессилия (беспомощности) или разочарования терапевта, когда визуальная информация о том, что происходит с ним, минимальна. Иногда терапевт кажется супервизору одновременно и сильным, и разочарованным в клиенте, «который не поддается его тера-

пии». Бывает, что терапевт застывает, не двигается, его энергия падает, голос становится монотонным, он напряженно вглядывается в клиента, не отпуская его ни на минуту... Как правило, такое поведение является маркером ретрофлексии. Поэтому еще один *параметр для наблюдения* — уровень энергии терапевта и клиента. В ком из участников терапевтической сессии ее больше, какие отрезки работы более энергичны, с какими темами или способами взаимодействия связано падение энергии — все это, возможно, станет материалом для дальнейшей работы.

Супервизору важно отметить для себя, в какой момент сессии это произошло, поскольку часто терапевт, как правило, не осознает своего состояния и после сессии утверждает, что чувствует себя прекрасно. (В таком случае лучше оставить его минут на двадцать в покое и потом вернуться к супервизии. Этого времени обычно хватает, чтобы осознать свое раздражение по отношению к клиенту или почувствовать еще что-то, кроме «прекрасного» состояния).

Заметки супервизора о терапевтической сессии

Что и когда стоит записывать?

1. *Заключение контракта по времени.* Обсуждалось ли время работы, его возможные изменения? Сколько времени продолжалась сессия и, если время было превышено, что происходило в последнем отрезке терапевтической работы?

2. Кратко — *рассказ клиента о проблеме* его собственными словами (!), его ожидания от сессии. К ним можно будет вернуться в супервизии, если понадобится поговорить с терапевтом о цели терапевтической сессии.

3. *Удачные реплики терапевта.* У каждого терапевта в работе есть то, что особенно понравилось супервизору. И нет никакого криминала в том, чтобы удовлетворить естественную потребность любого обучающегося терапевта в одобрении (кроме удачных реплик можно отметить и новые формы поведения терапевта, позитивно влияющие на процесс).

4. *Сомнительные реплики терапевта.* К их числу можно, например, отнести противоречивые утверждения и двойные послания клиенту, которые в дальнейшем помогут прояснить чувства терапевта по отношению к клиенту. Например, молодой терапевт-мужчина, работающий с клиенткой, старше по возрасту, обсуждая тему уходящей молодости, отсутствия любящего и заботливого мужчины, *заботливо* задает воп-

рос: «Ты действительно думаешь, что в тебе мало энергии и ты не можешь нравиться?»). Не помню, что ответила клиентка, но терапевт не промедлил со следующей репликой: «Я думаю, что в тебе есть энергия и ты можешь нравиться, **НО Я МОГУ ОШИБАТЬСЯ...**»

5. *Обмен репликами, выявляющий основные способы прерывания контакта.*

6. *Важные моменты сессии.* Например, следующие: клиент закончил изложение проблемы и вопрошающе смотрит на терапевта: «*И что мне делать?*». Любопытно, как терапевт будет обходиться с тревогой незнания... и что он сделает в период своего замешательства. Утешит (замаскировано, потому что явно НЕЛЬЗЯ), расскажет, как НАДО, задаст еще один (21) вопрос, чтобы избежать ответа на неудобный вопрос клиента? Или его растерянность «нажимает на кнопку» проективно-го механизма и подвигает его на интерпретацию?

Во время одной из сессий клиентка, молодая женщина, всей душой желающая, чтобы мужчина позаботился о ней, говорит, что попросить об этом мешает страх и стыд. Она реально чувствует сейчас страх и стыд, так как действие происходит в тренинговой группе, и адресует терапевту свое желание продвинуться именно здесь, что-то сделать. Терапевт теряется... и «находит проективную опору» в трех интерпретациях ее поведения «там и тогда».

Ответ на прямой вопрос клиента: «Что мне делать?» — нередко вызывает вполне обоснованную растерянность терапевта, способность которого к немедленной демонстрации своего волшебства весьма ограничена. Как обходиться с этой растерянностью?

Недавно (2000 г.) в виртуальном «Журнале практической психологии и психоанализа» появилась статья К. В. Ягнюка «Сессия Карла Роджерса с Глорией: анализ вербальных вмешательств». Молодая женщина работает над своей проблемой с Карлом Роджерсом и желает получить от него конкретный ответ «Как быть и куда двигаться?». Мэтр просто отвечает, что тоже хотел бы знать ответ на ее вопрос, сочувственно выдерживая агрессивный наскок клиентки по поводу отсутствия однозначного ответа. И все... Однако сессия продолжается, и клиентка двигается дальше, несмотря на то, что основной вербальной техникой Роджерса является перефразирование (она слышит свои слова от него) и втрое более редкими — поддержка и самораскрытие. И если уж клиент настойчиво продолжает добиваться ответа на основной вопрос, то честная реакция: «Я пока не знаю, но хочу знать» — скорее всего, не вызовет катастрофических последствий.

Ту же роль (прерывание контакта со своим чувством растерянности, страха, тревоги) играют вопросы терапевта к клиенту: «Что ты хочешь

от меня и чем я могу тебе помочь?» — возникающие не в контексте терапевтических отношений, а как *реакция на незнание* (собственную беспомощность), часто возникающая при неосознаваемом убеждении, что на все вопросы существуют ответы и терапевт ответственен за поиск правильного, единственного и совершенного.

Если же такая реакция возникает в ответ на рассказ, полный боли и страдания, то терапевт, добывающийся ответа на вопрос «Чем я могу тебе помочь?», вполне может услышать: «Тяжело ответить на этот вопрос. Не знаю, зачем нужен...», а супервизор может подумать о *способности терапевта быть рядом* с клиентом и разделять его чувства. В супервизии терапевт может обнаружить и прочувствовать, что значит быть психологически близким с клиентом и в то же время поддерживать адекватную профессиональную дистанцию.

Ответы терапевта на прямые и косвенные вопросы клиента очень важны. Некоторые из них можно легко перевести в утверждения, и с ними все понятно. Однако часть вопросов адресованы терапевту в двух его ипостасях — ролевой авторитетной фигуре и именно данному человеку. Терапевт, осознающий это и отвечающий на данный вопрос, удерживает в контакте с клиентом обе линии — символическую и реальную (Немиринский, 1996).

Так, юная клиентка, работающая с проблемой недолговременных отношений с мужчинами, спрашивает старшую по возрасту женщину-терапевта (вполне успешную в личной жизни): «Скажи мне, что женщина может дать мужчине?». Она действительно этого не понимает, и ее вопрос требует искреннего и прямого ответа. Терапевт, *знающий*, что на вопросы клиента отвечать нельзя, в замешательстве. В тот момент у супервизора была возможность дать столь же прямое указание терапевту: «Ты знаешь, о чем она тебя спрашивает!» (вначале был заключен договор о записках по ходу сессии). Случаи ухода терапевта от ответа на такие вопросы могут стать предметом дальнейшей супервизии.

7. *Завершение сессии*. Сколько она длилась, ее соответствие контракту, на чем терапевт расстался с клиентом, последние реплики.

8. *Формулировку (дословную) супервизорского запроса* после сессии.

Внутренняя реальность супервизора

Что же чувствует супервизор во время сессии? Всего не перечислишь: это и желание удавить бесчувственного терапевта, и слезы умиления хо-рошей работой, и трепет прикосновения к чему-то очень нежному и

близкому в происходящем на сессии, когда супервизору хочется «все бросить» и просто жить... и желание «все бросить» и просто спать...

Поговорим о сонливости. *Сонливость* супервизора довольно относительна: когда на сессии начинает что-то реально происходить, то сон как рукой снимает. Тогда что же это за отрезок и про что он? Скорее всего про сдерживание (уже интересно — чего именно?), ведь на проекциях и так не уснешь — действие, как правило, энергичное. Какие чувства сдерживаются? К какой теме (процессу «здесь и теперь») они имеют отношение и как соотносятся с проблемой и жизнью клиента?

Что это — обида при дискредитации работы терапевта (а терапевт *не должен* обижаться), досада, что терапевта игнорируют (а терапевт *не должен* игнорировать клиента), бессилие в описанной клиентом безвыходной ситуации, скрываемое терапевтом под маской заботы и профессионального внимания? Сонливость — явный диагностический маркер, заслуживающий особого внимания супервизора. Полярным маркером может быть *желание супервизора двигаться*, растирать мышцы, потягиваться и часто менять позу, а также *соматические симптомы*, появившиеся в ходе сессии.

Супервизор может быть особенно полезным терапевту еще и в силу того, что, находясь рядом с терапевтом (но в стороне) и работая для него, он имеет большую возможность не быть поглощенным контр-трансферентными чувствами и с большей вероятностью осознавать их. По опыту супервизий, наиболее трудным для осознания терапевтов является раздражение в ситуации беспомощности и бессилия, организованной клиентом и никак не выражаемое терапевтом. Эта довольно стереотипная общечеловеческая реакция на утрату контроля над ситуацией нуждается в особом внимании при обучении психотерапии. Такие чувства гораздо более доступны для осознания супервизора, наблюдающего сессию со стороны.

Что еще? *Фантазии супервизора* по поводу происходящего в образной форме могут довольно точно отражать процесс и служить своего рода подсказкой в диагностике взаимодействия терапевта с клиентом. Карусели, на которых радостный терапевт скачет на лошадке впереди клиента, стерильный разговор через толстое стекло, лишенный прикосновений друг к другу, потасовка в темноте, двое в джунглях... Такую же роль могут играть литературные *ассоциации* («Шел по улице малютка, посинел и весь дрожал», «Плакала Саша, как лес вырубали...»), *жанровая принадлежность* происходящего: мелодрама, трагедия, роман-эпопея, цирк...

Это занятие весьма увлекательно и хорошо «помогает от скуки». Кроме того, оно может стать полезным при фокусировании суперви-

зорского запроса, если терапевта интересуют именно терапевтические отношения.

Итак, после терапевтической сессии у супервизора появляется более или менее ясное представление:

- о стиле терапевта и навыках терапевтической работы;
- о способах прерывания контакта у терапевта и клиента;
- об особенностях терапевтических отношений;
- о своем собственном состоянии.

Контакт же супервизора с терапевтом в ходе супервизорской сессии *условно* можно разделить на две стадии-задачи: фокусирование и непосредственно супервизия — рабочая стадия.

4.2. Фокусирование

Важнейшая тактическая задача супервизии - выбор фокуса, определение той «темы», вокруг которой будет разворачиваться взаимодействие «терапевт - супервизор» (Немиринский, 2002). Оговоримся сразу, что *фокусирование* — это взаимодействие терапевта и клиента, направленное на формирование супервизорского запроса, соответствующего основным задачам и целям супервизии как института (решение о таком соответствии принимает супервизор). Результатом фокусирования является определение фокуса супервизии.

Если рассматривать фокусирование в рамках модели цикла контакта, то определением фокуса и цели данной супервизии завершается стадия предконтакта. Терапевт знает, что он хочет решить в ходе данной супервизорской сессии, то есть выделена первоначальная фигура - неэффективное профессиональное поведение, проблемные чувства и ощущения, обращение с собой, отношения с клиентом — и намечена цель.

Вот тут и начинает действовать ключевое слово супервизии - *поиск*, поскольку в любой момент в супервизорской процессе актуализировано много уровней и фокусов и главный вопрос заключается в том, *кто, что, как и когда выбирает делать на супервизорской сессии*. В литературе, посвященной проблемам супервизии, акцентируется большая, чем в терапевтической сессии, «горизонтальность» отношений участников, но ответа на этот вопрос либо не содержится, либо ответственность за выбор приписывается только супервизору (но при этом не обсуждается основа для данного выбора).

В статье Роберта Резника и Лив Эструп (Resnick, Estrup, 2000), посвященной супервизии в гештальт-терапии, обсуждаются фокусы супервизии: личностное функционирование клиента, терапевта и супервизора, теории развития, личности и психотерапии, клиническая теория, диагноз и лечение, профессиональные, административные и деловые аспекты взаимодействия. Однако при этом не делается акцент на том, как супервизор (или все-таки терапевт?) выбирает, чему посвящать супервизорскую сессию. По Ховкинсу и Шохету (2002), сам «супервизор помещает фокус», а затем движется по фокусам (но как?) в течение одной супервизорской сессии.

С нашей точки зрения, такой подход необоснованно ограничивает ответственность терапевта и противоречит принципу равной ответственности участников процесса. Для того чтобы равная ответственность сторон стала в супервизии возможной, в начале процесса необходимо заключить устный контракт с терапевтом. Контракт свидетельствует о том, что супервизируемый терапевт признает необходимость супервизии как профессиональной помощи по отношению к данной ситуации с клиентом.

Предлагаемая нами модель супервизии

- изначально обеспечивает равную ответственность участников за течение и результат супервизорской сессии (выбор);
- учитывает существующий уровень профессионального развития терапевта;
- рассматривает возможные области его профессионального роста;
- базируется на собственном интересе (энергии) терапевта по отношению к терапевтической сессии.

Итак, супервизору важно побудить супервизируемого терапевта находиться в равной позиции по отношению к ответственности за течение и результат супервизорской сессии. Для этого используется формальная процедура заключения контракта на супервизорскую помощь и неформальная процедура супервизии, по сути, основанная на равной ответственности сторон. Для эффективной супервизии и терапевту, и супервизору важно иметь ответы на два вопроса.

Первый вопрос касается содержания интереса (суть запроса) и направления поиска (клиент, терапевт, терапевтические отношения), то есть фокуса. *Фокус можно определить как содержание интереса терапевта, сориентированное по отношению к участникам терапевтической сессии или терапевтической системе в целом.* Решение о фокусе — это ответственность супервизируемого терапевта. При этом супервизор играет вспомогательную роль — роль профессионала, помогающего организовать пространство, в котором терапевт может сориентироваться в

области своего интереса. После определения фокуса супервизор и терапевт совместно формулируют цель данной супервизии.

Ответ на *второй вопрос* поможет понять, как именно данный фокус будет способствовать профессиональному развитию «здесь и сейчас» данного конкретного терапевта, на данной стадии его обучения или профессиональной жизни, то есть подразумевает нахождение его «зон роста». Этому и посвящена непосредственно супервизия. Осознанное решение супервизора касается выделения тех аспектов супервизии, которые будут максимально полезными для данного терапевта исходя из уровня его профессионального развития на данный момент. Решение об этом является ответственностью супервизора.

Наиболее важные моменты фокусирования

Состояние терапевта. Чаще всего обучающиеся терапевты формулируют запрос уже после сессии, когда их работа с клиентом закончена. Терапевт поворачивается к супервизору и... *что с ним?* Радостен, растерян, подавлен, собран? Пожалуй, стоит расспросить его об этом. Итак, первый вопрос — вопрос о состоянии терапевта.

Контракт. Следующий вопрос, важный для *оформления временного контракта* между терапевтом и супервизором, звучит так: нуждается ли терапевт в супервизии? Если сессия была удачной и терапевт рад своему успеху, супервизор может просто разделить с ним эти чувства.

Работа с запросом. Супервизор может помочь сформулировать супервизорский запрос (используя свои визуальные впечатления и записи), организуя некоторое *пространство для исследования*. Его можно создать с помощью вопросов, чтобы определить *направленность интереса терапевта*: «Как терапевт себя чувствует после сессии?», «Есть ли необходимость в супервизии?» (контракт), «Что именно интересует терапевта и как он это понял?», «Что может стать для терапевта целью данной супервизии?», «На каком отрезке сессии терапевт чувствовал себя наиболее дискомфортно?», «Что происходило в это время?», «Что в это время делал клиент?», «Как терапевт обычно реагирует в такой ситуации?» и т. п. Для супервизора важно *не опережать* терапевта с предложением изучить результаты наблюдений терапевтической сессии.

Следует также иметь в виду, что у супервизора и терапевта всегда намного больше материала, чем они готовы и могут рассмотреть в течение супервизорского часа, поэтому основное *направление* — это ИНТЕРЕС (ЭНЕРГИЯ) ТЕРАПЕВТА.

Интервенции супервизора. Помимо открытых вопросов, которые помогают терапевту сориентироваться в области своего интереса, супервизор может и на стадии фокусирования, и на рабочей стадии использовать следующие интервенции:

- **Прояснение.** Супервизор может спросить, что чувствовал или думал терапевт, в то время как... описывая далее феноменологически поведение терапевта: «Когда ты отклонился назад и сжал руки в ответ на слова клиента...».
- **Одобрение.** Оно помогает справиться со слишком сильной тревогой супервизируемого, относящейся к супервизору или группе, в которой он обучается. Может применяться и в супервизии после сессии, и при супервизорском сопровождении терапевтической сессии. Для этого супервизор, например, может перечислить наиболее удачные интервенции терапевта.
- **Обсуждение контекста.** Включает вопросы, относящиеся к выбору клиентом терапевта, особенностей работы терапевта в учреждении, включая требования и нормы данного учреждения.
- **Поддержка терапевта.** На наш взгляд, супервизорская поддержка терапевта очень важна для его поиска более успешного способа саморегуляции, чем тот, который он использовал в ходе терапевтической сессии (поддержка self). Для этого супервизор поддерживает поиск, а также обсуждает аспекты самоподдержки. Особое внимание уделяется способности терапевта обращаться за поддержкой к окружению (супервизору, группе). Профессиональная поддержка терапевта также может включать дидактическую помощь (см. раздел 4.4.), инструкции и практические советы.
- **Конфронтация.** Включает вопросы передачи ответственности за формирование запроса и работу на супервизорской сессии при типичных способах избегания контакта, играх, стереотипном поведении.

Некоторые особенности фокусирования

То, каким образом терапевт понял, что он нуждается в супервизии, очень важно для формулирования запроса. Сигналом в этом случае может быть дискомфорт или тревога, оставшаяся после сессии и относящаяся к какому-либо отрезку работы. Что это — реакция на дискредитацию его действий клиентом, реакция на отсутствие явного результата или собственная растерянность в ходе сессии? Может быть, терапевт скажет о своих ощущениях и чувствах или сразу сформулирует то,

что ему важно узнать (это самый легкий вариант). Как правило, сессии терапевту все же необходимо некоторое время для того, чтобы определиться в запросе. Порой можно подумать, что терапевт игнорирует супервизора, не высказывая запрос. Такой вариант тоже возможен, особенно если фигура отвержения имела место в ходе сессии, но не была выражена ее участниками. Но чаще всего терапевту просто необходимо время для концентрации.

Если же такого времени нет, то обучающиеся терапевты нередко вместо запроса выдают некие клише, более адекватные для профессионального процесс-анализа: «Расскажи мне о моих способах прерывания контакта», «Не знаю, о чем спросить, скажи, что ты увидела на сессии», «Я не понял, какая фигура была в ходе сессии». В неявной форме запрос может включать просьбу об оценке работы терапевта (хорошо — плохо). И здесь супервизору важно не брать на себя эту ответственность, не опережать терапевта в предложении рассмотреть результаты его наблюдений, а побудить терапевта ИССЛЕДОВАТЬ то, что было интересным, непонятным или дискомфортным в его работе. Впрочем, иногда вопрос об оценке работы тоже может стать фигурой супервизорской сессии. Это происходит тогда, когда потребность клиента в одобрении (оценке) или сопереживании не была проявлена самим клиентом и поддержана терапевтом.

Иногда терапевт формулирует запрос к супервизору заранее, до сессии. Так поступают уже довольно опытные терапевты, способные отследить свою предыдущую работу и найти в ней зоны дискомфорта, свои стереотипные реакции или сложности по отношению к определенным типам клиентов. Супервизор же помогает терапевту обозначить его (терапевта) профессиональный тупик и уточняет свою роль в процессе супервизии.

Пример Г

Супервизор и терапевт формулируют предварительный запрос перед сессией (очная супервизия).

SV: Чем я могу тебе быть полезна?

T: Иногда становлюсь на сессии занудным и не проявляюсь... Мне это не нравится. Просьба к тебе: остановить работу и обсудить происходящее.

* По соображениям конфиденциальности некоторые конкретные сведения о клиентах и терапевтах в приведенных далее стенограммах терапевтической работы специально изменены или не указаны, но это не меняет сути иллюстрации. — *И. Б.*

SV: Я правильно поняла, что когда ты не проявляешься, то становишься занудным?

T: Да...

SV: Тогда что ты имеешь в виду под словом «не проявляюсь»?

T: Я поздно понимаю, что происходит на сессии, и сдерживаю энергию... Я перестаю осознавать, что со мной происходит:

SV: Как же Я узнаю, что ТЫ сдерживаешь энергию?

T: Я чувствую, что теряю тело, остается одна голова. Внешне это очень монотонный голос.

SV: Если я услышу монотонный голос, тебя можно прервать и обсудить это состояние?

T: Да. Ну, и еще одно. Я могу слишком «загрузиться» и долго прояснять содержание. Но в этот момент теряю процесс... не понимаю, что происходит...

SV: Тогда тоже лучше остановить и обсудить?

T: Да.

SV: Итак, я могу остановить тебя и обсудить, что с тобой происходит в тот момент, когда твой голос становится монотонным и ты теряешь энергию или если ты начинаешь долго прояснять содержание.

T: Да.

Пример 2

Супервизор и терапевт формулируют предварительный запрос перед сессией (очная супервизия).

SV(Смотрит на Т., улыбается.)

T(встревожена, говорит быстро): Слиянием мне не надо даже заражаться от кого-либо. Я и сама склонна к этому. Я начинаю верить клиенту все больше и больше... Если я сомневаюсь и хочу его спровоцировать, то сама попадаюсь на провокацию. Иногда... я очень стараюсь помочь... иногда мне не хватает тупости, чтобы уточнять, что клиент говорит, Я КАК БЫ ВСЕ ПОНИМАЮ. Иногда я не знаю, что со мной... *(Пытается продолжить дальше.)*

SV (перебивает): Вот перед тобой клиент. Что тебя будет больше беспокоить в работе именно с этим клиентом?

T: Что буду стараться, что буду бояться, что ничего не получится... Бояться растерянности и бессилия...

SV: Ты будешь бояться быть несостоятельной. И ты будешь бояться быть бессильной...

T: Да.

SV: В чем моя роль?

T: Когда ты увидишь, что я начинаю торопиться, судорожно что-то предпринимать, хвататься то за одну идею, то за другую...

SV: А ты какой хочешь быть в терапии?

T: Не спешить, заботиться о себе. Это когда я спрашиваю, что со мной...

SV: Я тебе в этом могу помочь? Или ты сможешь отлеживать свое состояние сама?

T: Сама, ну и ты меня можешь остановить.

SV: Уточни, в какой момент:

T: Если я не замечаю (*телесно показывает, что сильно придвигается к клиенту*)... что даже сиюж вот так...

SV: Хорошо, а что ты чувствуешь сейчас?

T: Волнение и задор. (*Кивает и разворачивается к клиенту.*)

Запрос на супервизию может в значительной степени зависеть и от представлений терапевта о супервизии, что непременно отразится на формулировке запроса. Она (формулировка) может быть двунаправленной: касаться собственных профессиональных проблем терапевта и относиться непосредственно к клиенту («Я всегда реагирую раздражением на ситуацию беспомощности клиента, как мне с этим обходиться?») или «Я хотел бы понять, что она (клиентка) от меня хочет»).

В этой связи всегда интересно сравнить терапевтический запрос клиента и супервизорский запрос терапевта и определить их сходство и различие для диагностики способов прерывания контакта у клиента и терапевта. Это сходство (например, «Скажи мне, правильно ли я живу?») у клиента и «Правильно ли я выбрал стратегию в работе с клиентом?» у терапевта) отражает одинаковые способы прерывания контакта и может послужить основой для дальнейшей работы.

Сложной ситуацией для супервизора является явный или неявный запрос терапевта на оценку его действий — положительную или отрицательную. Если такой запрос не связан с контекстом терапевтической сессии, где то же самое происходит с клиентом, супервизор должен прояснить для себя, чем такой запрос мотивирован. Довольно часто начинающий терапевт просто не знает, о чем можно спросить супервизора, и действует проторенным еще в школе путем. Толку от такой оценки бывает не больше, чем от тройки за диктант, с помощью которой школьник определяет свой рейтинг в классе. В данном случае супервизию лучше начинать с феноменологии — просьбы к терапевту рассказать, что происходило в ходе сессии, что он видел и слышал и что чув-

ствовал в процессе работы. Затем можно перейти к самооценке: какие шаги терапевта были, по его мнению, важными и эффективными? И, наконец, необходимо выделить те отрезки, где терапевту было трудно и он не знал, что делать, терялся, вел себя стереотипно и т. п. В таких случаях супервизируемый терапевт получает ключ, с помощью которого начинает ориентироваться в своих потребностях по отношению к супервизии.

В супервизорской практике довольно часто возникают моменты, когда запрос терапевта исчерпан (по его словам) при фокусировании. Часто этот факт является своего рода защитным ограничением супервизируемого терапевта, мешающим супервизору в процессе супервизорской сессии завершить то, что не завершено терапевтом в сессии с клиентом (определение фигуры потребности и принятие клиентом решения о ее удовлетворении или сознательный отказ от решения).

На этапе фокусирования это выглядит следующим образом. Супервизируемый останавливается на прояснении для себя какого-то непонятого момента и благодарит супервизора за поддержку и помощь, в то время как у супервизора появляется ощущение преждевременного и неожиданного прерывания контакта (чувство незавершенности). В таких случаях запрос терапевта к супервизору (содержание и процесс) довольно часто повторяет запрос клиента к терапевту, то есть и терапевтические, и супервизорские процессы в чем-то похожи. Супервизор может прояснить для себя, какие чувства терапевта на супервизорской сессии привели к прерыванию контакта с супервизором.

Возможно, что прямого и четкого ответа о том, как следует поступать в таких случаях, просто не существует. Супервизор может взять на себя ответственность за продолжение сессии, обговаривая это с терапевтом, или закончить сессию, сказав о своих чувствах терапевту.

Еще один важный момент фокусирования как начального этапа супервизии, во многом зависящий от позиции, а также личных и профессиональных качеств супервизора, — это *создание коллегиальной атмосферы* и дружеское участие по отношению к терапевту. Нарциссическая ранимость терапевта неизбежно проявляется в супервизорском процессе. «Каждая супервизия должна выработать динамическое равновесие между необходимой нарциссической неуравновешенностью учебного процесса и самооценкой терапевта» (П. Якобе и соавт., 1997). *Супервизия не может быть абсолютно безопасной, но точно должна быть бережной и принимающей человеческое несовершенство и начинающего, и опытного терапевта.*

Четыре основные стадии фокусирования

1. Заключение контракта с терапевтом о необходимости профессиональной помощи.

2. Поиск направленности интереса терапевта, сориентированного по отношению к участникам терапевтической сессии или терапевтической системе в целом, — фокуса (см. табл. 4.1.) и *совместное формулирование цели данной супервизии.*

3. Принятие решения супервизором относительно «зоны профессионального роста» терапевта, то есть навыков и интервенций, которые будут способствовать его профессиональному (и личному) развитию. Это решение принимается на основе наблюдения супервизором за ходом терапевтической сессии и предварительной информации о терапевте. К этому времени супервизор уже может понять, какие профессиональные навыки терапевта достаточно развиты и продвигают терапевтический процесс, а какие нет, каким преимущественно способом терапевт прерывает контакт с данным клиентом, какая фигура в работе с клиентом может иметь тенденцию к «путешествию» в ситуацию супервидения, как он чувствовал себя в ходе терапевтической и чувствует в супервизорской сессии. К вопросам, которые помогут терапевту продвигаться на рабочей стадии супервизии (конечно, не по порядку, а в соответствии с контекстом происходящего), относятся: «Что для тебя происходило на этом отрезке сессии?», «Что делал клиент, чего он хотел от терапевта?», «Чем терапевт отвечал на это и как при этом чувствовал себя?», «Что происходит сейчас на супервизорской сессии?» и т. п.

4. Сравнение супервизором терапевтического запроса на супервизорской сессии и клиентского запроса на терапевтической сессии, что позволяет дополнительно сориентироваться, каким образом прерывается контакт по отношению к фигуре потребности в обеих сессиях.

Проведя фокусирование на рабочей стадии, супервизор сможет удерживать в поле своего внимания и фокус и «зону роста» терапевта. А поскольку он будет двигаться от интереса терапевта (фокуса) в сторону расширения его профессиональных возможностей (в «зону роста»), каждая супервизия может стать процессом, по-настоящему развивающим терапевта.

Таблица 4.1

Возможное соотношение фокусов супервизии
и зон профессионального роста терапевта*

| Направленность интереса (КТО?) | Содержание интереса (ЧТО?) | Основной вопрос рабочей стадии супервизии (КАК?) | Зоны профессионального роста терапевта |
|--------------------------------|---|--|--|
| Клиент | Выделение и понимание проблемы терапевтом, способность к концептуализации случая, особенности поведения клиента, эмоциональные реакции клиента, его механизмы прерывания контакта и т. п. | Каким образом особенности данного клиента препятствуют его контакту с актуальной потребностью, каким образом профессиональные знания и навыки терапевта, а также его особенности препятствуют тому же? | <ul style="list-style-type: none"> • Способность следить за собственным фокусом осознания, осознание чувств, их связь с поведением и реакциями клиента. • Процессуальное осознание, то есть умение видеть феноменологию клиента, внимание к поведенческому и невербальному материалу, способность следовать за осознанием клиента. • Вовлеченность, присутствие, конгруэнтность, открытость. • Профессиональное поведение: подходящие случаю интервенции, стратегии и навыки (способность к поддержке и конфронтации, применение техник и эксперимента в контексте отношений терапевт — клиент, идентификация фигуры, адекватная осмысленная работа с функциями self и т. п., метафорами клиента). • Осознание личностных границ, способность к контакту между Я и Другим, свободное движение в системе «контакт-уход», гибкое функционирование на границе контакта. • Способность поддерживать терапевтический диалог. • Осознание характерных способов прерывания контакта. |

* Строго говоря, супервизия, как правило, не ограничивается только одним фокусом работы, а такое разделение сделано в таблице для удобства обучения супервизию. Очень часто терапевт, фокусирующийся на особенностях клиента, затем начинает интересоваться другим фокусом - своими личными реакциями или особенностями терапевтических отношений.

| | | | |
|---------------------------|--|--|---|
| Терапевт | Профессиональное поведение: подходящие случаи интервенции, стратегии и навыки, реакции и чувства, механизмы прерывания контакта. | Каким образом сам терапевт прерывает контакт с клиентом? | <ul style="list-style-type: none"> • Использование собственных чувств в терапевтических целях, умение делиться личной историей. • Связь профессиональных проблем с личным материалом (умение выделять). • Осознание собственного влияния на терапевтический процесс и терапевтическую систему в целом. • Осознание собственных потребностей и способность позаботиться о себе в ходе терапевтической сессии, а также способность к самоподдержке. |
| Терапевтические отношения | Влияние клиента и терапевта на терапевтический процесс, особенности терапевтической системы. | Каким образом сложившиеся терапевтические отношения препятствуют терапевтическому прогрессу? | <ul style="list-style-type: none"> • Терапевтический стиль. • Осознание сути взаимодействия, ролевых позиций и ожиданий, положения в терапевтической системе в целом. • Альтернативные возможности взаимодействия. • Осознание общей фигуры потребности по отношению к терапевтической сессии у терапевта и клиента (т. н. «параллельные процессы» или «путешествие фигуры»). • Развитие возможности выхода за пределы терапевтической системы, изменение поведения терапевта. |

4.3. Непосредственно супервизия, или рабочая стадия

Определение «зоны роста», по сути, является переходом к следующей стадии супервизорской сессии — рабочей. Работа в «зоне роста» терапевта позволяет проявиться «фигуре потребности терапевта, которая в его профессиональной жизни является фрустрированной» (Не-

миринский, 2002) и дает возможность завершить «путешествие» этой фигуры в ситуации супервидения.

Что же происходит, когда выделен фокус, то есть терапевт сообщает о содержании своего интереса к участникам терапевтической системы или системе в целом?

Начальный фокус на клиенте

В данном случае ведущую роль играет внимание участников к внутренним переживаниям и внутриспсихической динамике клиента. Этот фокус считается полезным для начинающих терапевтов. Он может стать полезным и для развития способности к эмпатическому контакту с клиентом у терапевтов, уклоняющихся от установления такого контакта, и для развития терапевтического мышления. Для этого необходимо большее, чем в других случаях, дидактическое вмешательство супервизора: разбор клинического материала, обучение построению гипотез и терапевтической тактике.

На рабочей стадии могут быть рассмотрены следующие содержания:

1. Анамнестический материал (диагноз, если он есть, история жизни, проблемы клиента в его жизненной ситуации, реакции близких).
2. Представления терапевта о поведенческих и эмоциональных реакциях клиента, его способах прерывания контакта.
3. Способность терапевта к идентификации с переживаниями клиента, возможность взглянуть на ситуацию с его стороны.
4. Гипотеза о способах, с помощью которых клиент создает свои проблемы.
5. Некоторые особенности тактики терапевта в контакте с данным клиентом.

Как это происходит? Супервизор может побудить терапевта рассказать о клиенте, расширяя своими вопросами представление терапевта о клиенте или стимулируя его собрать дополнительную информацию о клиенте. Рассказ супервизируемого терапевта о клиенте помогает ему выйти из слияния со своими уже сформированными представлениями о клиенте и уточнить фокус работы (или детализировать его), проясняет содержание его проекций и интроекций, оживляет его эмоциональные реакции и способствует их осознанию. На этом этапе супервизор имеет возможность наблюдать и стимулировать созна-

вание терапевтом того, как именно он рассказывает о клиенте и о своей терапии, получая еще одну опору для супервизии.

Кроме того, возможный материал для супервизии может появиться после *обсуждения терапевтической гипотезы*, которая существовала у терапевта в период его работы с клиентом. Терапевтическая гипотеза может оказаться и средством продвижения (если она осознана и проверяется), и механизмом пробуксовывания, если терапевт находится у нее в плену. Так, терапевт, не проясняющий «фон», оказывается в плену иллюзии по поводу фигуры отвержения со стороны клиентки и прорабатывает это «отвержение». Другой терапевт оказывается аганжированным гипотезой об экзистенциальном одиночестве (о чем на самом деле речь и не шла), в связи с чем чувствует собственное терапевтическое бессилие и невозможность продвинуться в контакте с клиентом.

Для того чтобы двигаться в сторону расширения возможностей терапевта, супервизор использует различные способы работы.

Так, в ходе одной из супервизии терапевт (конец первого года обучения в рамках программы по гештальт-терапии) определил направление своего интереса как желание понять данного клиента, в значительной степени отличающегося от него самого по содержанию и стилю своей жизни, клиента, вызывающего у него неприятные чувства и антипатию. Так же, как и его клиент, спрашивающий «Что делать?», он сначала пытался пойти в сторону профессионального совета «Как работать с такими типами клиентов?». Терапевту не хотелось продолжать работу с этим клиентом, а ситуация казалась ему тупиковой. Супервизор стал прояснять для себя особенности ситуации и чувств терапевта, сталкиваясь с довольно жесткой позицией терапевта: «Мне нужно совсем не это!».

Обратив внимание терапевта на непродуктивность происходящего на супервизорской сессии (и выразив свою досаду, разочарование и надежду на другие отношения), супервизор поинтересовался, не соответствует ли эта ситуация той, которая сложилась у терапевта с клиентом. *{Это вообще полезный вопрос: «Имеют ли те чувства, которые испытывает супервизор в процессе супервизии, отношение к тому, что сложилось в терапии с клиентом?» — И. Б.}* Терапевт удивленно это признал. В итоге супервизор и терапевт смогли совместно сформулировать цель супервизии (в данном случае заочной) — возможность продуктивной работы с тем, кто «очень другой». К этому времени у супервизора было достаточно информации о «фигуре потребности» терапевта и, с его точки зрения, в «зоне роста» данного терапевта могло находиться осознание своих и клиентских личностных границ и поиск ресурса, обеспечивающего способность к контакту между Я и не-Я, но эта гипотеза требовала исследования.

В связи с этим супервизор поставил второй стул, предложив супервизируемому терапевту занять на нем место клиента и поговорить с терапевтом о своей проблеме. Находясь в позиции клиента, терапевт смог идентифицироваться с его переживаниями, почувствовать «изнутри» его проблему и нашел ресурс «в переживании простых радостей семейной жизни: совместных ужинов, семейных обсуждений и принятия решения вместе», которые прежде *понимались*, но не имели для него *личностной ценности*. В жизни терапевта, выросшего в неполной семье, такого опыта практически не было. Позиция клиента стала для него «немного более своей», а личностные границы стали менее жесткими.

Затем супервизор предложил терапевту занять свой, терапевтический, стул и уже из этой позиции сказать клиенту то, что он узнал о нем. Терапевт обратился к клиенту с рассказом, и то новое, что появилось при этом в отношении к клиенту, терапевт и супервизор назвали чувством восхищения и вдохновения «инакостью». В результате этого терапевт обнаружил, что начал больше поддерживать клиента, клиент стал ему интересен и у него появилось желание продолжить работу с ним. На следующей супервизорской сессии он поделился своей радостью по поводу успешно проведенной терапевтической сессии.

Этот пример демонстрирует возможности работы в направлении от интереса терапевта к возможной зоне его профессионального роста. Способы и техники супервизорской работы имеют в данном случае лишь вспомогательное значение, обеспечивая возможность такого движения в контексте супервизорской сессии. Для появления этой возможности супервизор может попросить терапевта выполнить то или иное упражнение, пофантазировать о клиенте и отыграть эту фантазию, осмыслить взаимодействие и т. п.

Начальный фокус на терапевте

Терапевт хочет разобраться со своими чувствами и реакциями. При этом обычно имеется состояние дискомфорта, связанное с каким-то отрезком терапевтической работы. Здесь могут пригодиться наблюдения и записи супервизора. Основные моменты рабочей стадии:

1. Побуждение к осознанию реакций и чувств терапевта, относящихся к тому или иному отрезку терапевтической работы, клиенту в целом. Сюда может быть включено определение класса эмоций, с которыми встречается терапевт, и возможность использования его чувств для терапевтических целей.

2. Нормализация чувств (некоторые терапевты чрезвычайно тревожатся при осознании своей агрессивности или эротических чувств к клиенту). Супервизор может помочь нормализовать эту реакцию, открывая вместе с терапевтом ее диагностическую и терапевтическую ценность для терапевтического процесса, а также для понимания отношений «терапевт - клиент»: «Это то в поле (*особенности терапевтических отношений*. — И. Б.), что должно быть выражено, но не может быть выражено иначе, как через чувства терапевта» (Калитиевская, 1997).
3. Определение связи чувств терапевта в контексте сессии с его личным материалом, собственными проблемами и ограничениями, которые затем могут быть проработаны в его личной терапии. Очень важным здесь может быть осознание сходства проблем терапевта и клиента.
4. Анализ того, что сам терапевт вносит в терапевтический процесс, — его собственные действия, его «любимые» способы прерывания контакта.
5. Способность терапевта позаботиться о себе в период сессии, ресурсы для сохранения интереса к клиенту, терапии вообще.
6. Способность терапевта ждать изменений от клиента, баланс терпения и побуждения к изменению.
7. Привлечение личного опыта терапевта для расширения его профессиональных возможностей.

То, что происходит на рабочей стадии супервизии, имеет направление от собственных реакций, чувств и профессионального поведения терапевта (фокус) к осознанию связи его профессиональных проблем с личным материалом, его влияния на терапевтический процесс и терапевтическую систему в целом, его собственных потребностей и способности позаботиться о себе в терапевтической сессии (возможные зоны роста). Приведенный ниже пример иллюстрирует такую возможность.

Предварительный запрос. Его суть в том, что терапевт считает себя склонной к чрезмерной поддержке клиентов, и поэтому запутывается в отношениях между ними и не видит возможности выхода из ситуации. Терапевт говорит о том, что в отношениях с клиентами находится на слишком короткой дистанции. Она определяет реальное поведение, по которому супервизор может обнаружить «ее слияние» и остановить ее. Это и есть фокус супервизии, определяемый интересом терапевта. Цель супервизии терапевт и супервизор формулируют так:

прояснение моментов, которые приводят ее к таким отношениям с клиентами, и способов, которыми она это делает.

Терапевтическая сессия. Клиентка плачет и рассказывает о своей несостоятельности в семейной жизни, о неудачных браках, о чувстве вины и стыда, которые возникают в этой связи. Ей очень трудно контактировать с окружающими, особенно с близкими, поскольку они удивляются тому, что она не может справиться со своей жизнью и организовать ее более адекватным для себя образом. Клиентка рассказывает о постыдных для нее ситуациях, когда она не справляется с семейными отношениями, чувствует себя виноватой, испытывая желание вновь развестись. Клиентка испытывает потребность в поддержке, а сама попросить ее не может, так как окружающие стыдят ее и спрашивают, «где ее голова». В результате падает ее самооценка и ситуация давит и ограничивает ее. Она рассказывает о конкретных ситуациях в семье (которые здесь не приводятся по соображениям конфиденциальности, но эти ситуации действительно серьезны и опасны для нее).

Терапевт действует очень рационально, задает много вопросов, пытаясь найти выход из ситуации — такой, чтобы клиентку не мучило чувство вины и стыда. Она спрашивает клиентку о том, чем может быть ей полезной, но клиентка не знает, так как «терапевт не может защитить ее» от насилия в ее семейной ситуации (что уже само по себе говорит о потребности в безопасности). По сути, терапевт делает то же самое, что и окружающие клиентку люди, - спрашивает, «где ее голова». Терапевт выглядит усталым и виноватым за свое бессилие.

Супервизор (по предварительной договоренности) останавливает ее.

SV: Что ты чувствуешь сейчас?

T: Бессилие...

SV: Чье это бессилие?

T: Ее. У меня тоже есть сильное желание помочь, бессилие и раздражение по этому поводу.

SV: А вообще о чем идет речь?

T: О бессилии..

SV: Перед чем?

T: Ну, может быть, не столько о бессилии, сколько об обреченности, стыде, отсутствии поддержки. Но она меня раздражает и делает еще более бессильной.

SV: Ну, а ты кто перед ней и какой она тебя видит? Зачем *ты* ей нужна?

T: Не могу сообразить...

SV: Она сидит и рассказывает тебе о себе. Достаточно ли ты прояснила, о чем идет речь? Ты перечислила много чувств. Насколько они присутствуют здесь?

T: Не прояснила... (*Поворачивается к клиентке.*)

При прояснении чувств, присутствующих к контексте «здесь и сейчас», обнаруживается, что клиентка чувствует себя оставленной терапевтом и обижается на нее. Между тем время терапии заканчивается. Терапевт растерян и вновь обращается к супервизору.

T: Я растерялась. Я плохо представляю, что делаю... Но мне интересно, что это меня так «заклинило»... Что у нас с ней происходит?

SV(*заинтересованно*): И что у вас с ней происходит?

T: Мне трудно в ее горе, в ее тяжелом состоянии приблизиться к ней... У меня есть ощущение, что реально, когда я ее спрашивала, дистанция была слишком далекой.

SV: За чей счет создавалась эта дистанция?

T: Видимо, я создавала...

SV(*улыбается*): Зачем же?

T: Жуть... Разводы, дети... Для меня оказаться в такой ситуации было бы жутко.. Я примерила ее на себя, испугалась и...отодвинулась подальше. И... стала атаковать вопросами. Хотела оказать поддержку, а создала дистанцию... (*Задумчиво.*) Как бы этим не «заражаться»?

Задача, поставленная в предварительном запросе, выполнена. Терапевте помощью супервизора, адекватно использующего инструмент осознания, прояснила для себя чувство (страх), которое побудило ее «покинуть» клиентку, и способ увеличения дистанции (атака вопросами). Она осознала и основу для механизма слияния (клиентка пугает, терапевт пугается, но молчит, продолжая работать на большой дистанции и «вхолостую»). Последний вопрос терапевта к супервизору как раз и относится к «зоне роста» — возможности выхода терапевта за пределы терапевтической системы и способам такого выхода.

Супервизор достаточно четко уловил это направление и в поддерживающей манере начал обсуждать, насколько терапевтичным могло оказаться чувство страха, испытываемое терапевтом, как это могло поддерживать клиентку и какое влияние оказать на терапевтическую ситуацию в целом, на отношения между терапевтом и клиентом. В результате терапевт по-новому оценила возможности выражения этого страха: и как

способа поддержки страха клиентки, попадающей в реально опасные ситуации (страх как сигнал об опасности, позволяющий принять меры для защиты), и как единственной возможности выхода за пределы сформировавшейся и работающей вхолостую терапевтической системы, в которой клиентка неосознанно пугает, а она сама неосознанно пугается. Терапевт предположила, что единственная возможность повлиять на отношения и «продвинуть» их могла бы состоять в том, чтобы «реально испугаться» и обсудить это с клиенткой (реализация возможности получить защиту и поддержку от других через выражение своего страха).

Начальный фокус на терапевтических отношениях

На рабочей стадии супервизор имеет дело с системой «терапевт — клиент». То, с чем не встретился терапевт в клиенте, должно быть вскрыто и легализовано в системе «супервизор — терапевт».

Основная задача состоит в том, чтобы прояснить взаимодействие терапевта и клиента, их взаимное влияние, «фигуру» терапевтического и супервизорского процесса, пересечение контекстов обоих процессов, возможные другие типы взаимодействия терапевта и клиента. Именно супервидение, «центрированное на отношениях», может использовать важнейшее преимущество гештальт-подхода (преимущество, в котором с гештальт-терапией может поспорить лишь психоанализ) - опору на феномены поля (Робин, 1996, Немиринский, 2002). В идеальном случае супервизор «завершает гештальт», не заверченный в ходе терапевтической сессии. Именно этот вариант супервизии находится в непосредственной близости к «терапии терапевта», однако здесь имеется граница - граница профессиональной жизни терапевта. На осознании терапевтом связи своих профессиональных ограничений и своих личных проблем супервидение как вариант профессиональных отношений и заканчивается. Если профессиональные ограничения «питаются» личными проблемами, терапевт может проработать их на сессиях со своим личным терапевтом.

Приводимый ниже пример иллюстрирует случай удачной терапевтической сессии, проведенной в присутствии супервизора — случай, расширяющий возможности не только клиента, но и терапевта. Его особенность в том, что, несмотря на удовлетворенность проведенной сессией, терапевт с интересом пошел дальше в супервизии и ассимилировал то новое, что удалось сделать, прослеживая прогресс

от своих прошлых личных проблем к новому поведению на сессии. Кроме того, хотя первичный запрос и отражал профессиональные проблемы терапевта, но в данной супервизии был использован лишь частично. Это касалось возможности терапевта остановиться самому (и тем самым остановить другого). Сформулированная терапевтом другая его часть, касающаяся склонности к прерыванию контакта с помощью проецирования, помогла самому терапевту быть внимательнее к свободе клиента и своей собственной свободе в терапевтической сессии.

Предварительный запрос

T: (обращаясь к супервизору): Я слишком часто «кормлю» клиента проекциями и отслеживаю это поздно. Клиент «брыкается», и я понимаю, что делаю что-то не то... Я часто не оставляю ему свободы для собственных решений. Я прошу остановить меня, если я буду упорствовать в своем видении ситуации. Я бы хотела понять про альтернативные варианты работы. Еще я бы хотела понять про мои механизмы прерывания контакта...

SV: Итак, ты бы хотела понять, не делаешь ли ты за клиента его работу и каковы твои механизмы прерывания контакта... Мы обсудим это потом, после сессии или...

T: Останови меня и скажи, что я делала...

SV: Ты ни в коем случае не хочешь останавливаться сама?

T: Если захочешь, останови... ну и я, когда захочется посоветоваться... *(кивает)*.

SV: Еще мне не конца понятно, что значит «не оставляю свободы»?

T: Объясняю, интерпретирую, подсовываю свое видение...

Итак, данный терапевт в состоянии начать фокусирование самостоятельно, она определяет изначально область своего интереса и начинает работать. Клиентка рассказывает о том, что в ее отношениях с другими людьми есть проблема. Она «зажигает в себе огонь», но делает это через других людей, привлекая их к себе, так как чувствует опасность в том, чтобы делать это не опосредованно. Опасность заключается в том, что клиентка боится истощиться, утратить силы. Осознанное ею на данный момент поведение приводит к тому, что люди, с которыми она контактирует, в какой-то момент начинают предъявлять ей претензии на большую близость, но это тоже опасно, клиентка начинает отдаляться, и отношения прекращаются.

Клиентка говорит много, быстро, энергично, интересно, но при этом не обращает внимание на терапевта, ее реакции и создается впечатление, что она рассказывает это «никому». Терапевт, слушающий клиентку в течение 10 минут, свободно прерывает ее и говорит о том, что в нем самом сейчас «много энергии и огня» по отношению к клиентке и к ее рассказу, и она не знает, как этой энергией и огнем распорядиться. Клиентка сердится, протестует, ей бы хотелось продолжить свой рассказ... Терапевт замечает, что чувствует растерянность, так как клиентка зовет, «зажигает интерес» и оставляет его с этим. Созданная клиенткой ситуация в контексте «здесь и сейчас» полностью отражает заявленную проблему, терапевт это отмечает и обращает внимание клиентки на пересечение контекстов «здесь и сейчас» и «там и тогда».

Для клиентки эта ситуация носит характер инсайта, она говорит о том, что не дает другим людям решать, насколько близко к ней подойти. При этом она полностью находится в контакте с терапевтом и просит (решается) поделиться чувствами по поводу ее поведения и той дистанции, которую она выстраивает. И у терапевта, и у клиентки в этот момент наблюдается много энергии и интереса друг к другу, на этом сессия завершается.

Супервизорский отрезок после сессии

T (выглядит удовлетворенной): Клиентка заразила меня энергией, я вначале ее сдерживала, так как не представляла, куда ее деть. Я понимала то, что происходит. Я ее не игнорировала. Меня очень подбодрило, что то, о чем мы говорили, было для нее новым опытом.

SV: О чем вы беседовали?

T: Об отношениях здесь и отношениях с другими. Она меня «зажгла» и оставила со всем этим...

SV: Для *тебя* это о чем?

T: О моей значимости. О том, насколько я ей интересна... О пространстве и правах... Знаешь, для меня это важно.

SV: О пространстве и правах... (*Улыбается.*) И что с правами и пространством?

T: Я почувствовала, что она говорит и меня для нее нет... и захотела «отвоевать» для себя время и пространство.

SV: И как, по-твоему, обошлась с этим клиентка?

T: Мне удалось привлечь внимание к себе и нашим отношениям и для нее это был новый опыт. Для меня это тоже ново...

SV: А с твоим первоначальным запросом, как ты считаешь, что происходит?

T: Я все отслеживала. Было несколько тормозящих фраз, ноя отменила и перестала это делать. Спасибо за супервизию.

В последнем отрезке терапевт ассимилирует свое новое поведение и в личном, и в профессиональном планах, в чем ему внимательно и заботливо помогает супервизор. Расширение возможностей терапевта происходит буквально на глазах и классически завершается в фазе постконтакта.

Другой пример свидетельствует о связи того, что происходит в ходе сессии, с личным материалом. Начинаящий терапевт в предварительном запросе просит супервизора посмотреть на работу и сказать, что он видит. Супервизор уточняет запрос, и терапевт просит описать, как она выглядит в процессе сессии, поскольку ей самой это сложно понять, и как то, что она делает, влияет на терапию.

На сессии, посвященной унижающим отношениям клиентки с подругой, терапевт неподвижна, не эмоциональна, у нее практически отсутствует мимика. При этом клиентка выглядит очень живой, свободно переживающей и горечь, и ярость по поводу ситуации, плачет... И только в тот момент, когда клиентка говорит, что в таких отношениях у нее создается впечатление, будто ее нет, на лице терапевта появляется растерянность. Она придвигается к клиентке и гладит ее по колену, повторяя «Как это нет?.. Ты есть! Ты есть!». С этого момента сессия заходит в тупик. Создается впечатление, что терапевт просто тянет время, не зная, что делать, и не обращаясь за помощью.

На супервизорской сессии супервизор просто описывает (см. выше) то, что видел, концентрируясь на моменте растерянности и изменения поведения терапевта. Терапевт говорит, что только сейчас поняла, что фраза клиентки тематически означает для нее смерть, она испугалась, а дальше не знала, что с этим делать. Супервизор задает несколько вопросов об отношениях с этой темой, и терапевт говорит, что это проблема, проработки которой она избегает. Далее супервизор и терапевт договариваются о проработке темы с личным терапевтом.

Особенности стратегии и позиции супервизора при работе с механизмами избегания контакта (попытка интеграции с системным подходом)

И на терапевтической, и на супервизорской сессии клиент и терапевт могут прерывать контакт с актуальной потребностью из-за опасности или неизбежности фрустрации. Такие моменты прерывания контакта, по мнению Ф. Перлза, приводят к потере эго-функции и служат источниками невротического поведения. Это относится не только к организации клиентами «проблемного» поведения, но и к контакту между терапевтом и клиентом, а также между терапевтом и супервизором.

Учитывая, что супервизор имеет дело с двумя системами — «клиент — терапевт» и «супервизор — терапевт», системный подход в психотерапии, описывающий особенности взаимодействия в закрытой системе, может помочь не только в диагностике характера взаимодействия участников системы, но и в разработке эффективной стратегии вмешательства.

Контакт в системе «терапевт — клиент», с нашей точки зрения, может прерываться в двух случаях:

1. Терапевт «заражается» из системы клиента, то есть неосознанно поддерживает механизмы прерывания контакта клиента. В этом случае терапевту может не хватать опыта распознавания или навыков работы с определенными механизмами. На супервизорской сессии он «передает» этот механизм дальше — супервизору.

2. Терапевт и на терапевтической, и на супервизорской сессии прерывает контакт традиционным для себя способом (имеет склонность к проявлению определенного механизма прерывания контакта).

Супервизор, наблюдающий терапевтическую сессию, может помочь выделить оба способа и каким-либо образом обратить на них внимание терапевта на супервизорской сессии. Выделение способов и работа с механизмами прерывания контакта на супервизорской сессии расширяет профессиональные возможности терапевта и тогда, когда непосредственно является фокусом супервизии, и тогда, когда такая работа находится ближе к «зоне роста терапевта». Работа с механизмами прерывания контакта на супервизорской сессии дает возможность проявиться «фигуре потребности» терапевта, присутствующей до этого имплицитно. Для каждого варианта можно предложить определенную супервизорскую позицию и стратегию. *Стратегиями в данном случае будут считаться действия супервизора, направленные на восстановление*

у терапевта способности к контакту. Позиция супервизора включает его собственные способности и навыки, необходимые для этого.

Довольно часто оба механизма являются взаимодополняющими (как отличительная особенность взаимодействия в системе), и тогда трудно выделить, чей именно этот механизм. В таком случае супервизору лучше иметь дело именно с системой «терапевт — клиент».

1. Механизм слияния. «Фигура» потребности не выделена.

1) Клиент не способен выделить «фигуру», не знает, чего хочет, пытается вовлечь терапевта в свою систему, из которой не видит выхода. «Инфицированный терапевт» испытывает бессилие и беспомощность, не понимает, с чем работает, и не помогает клиенту выделять фигуру. В запросе терапевта к супервизору все же звучит «не понял, с чем работал...»

2) Терапевт и сам склонен к слиянию, ему трудно выйти за границы клиентской системы, «посмотреть» на взаимодействие с клиентом со стороны, определить свои границы; нарушено гибкое функционирование контакт-границы («контакт — уход»).

Стратегии супервизора

В первом случае супервизор обращает внимание терапевта на то, что хотел от него клиент, стимулирует способность терапевта распознавать «безграничность» клиента, вырабатывать с ним терапевтический запрос, а также способность выхода за границы клиентской системы отношений.

Во втором случае супервизору стоит акцентироваться на способности терапевта сознавать свои границы и гибко двигаться в системе «контакт — уход». Для этого супервизор должен быть и сам свободен в приближении-отдалении. Кроме того, супервизор стимулирует также развитие способности терапевта к формированию супервизорского запроса, поскольку «безграничный» терапевт, так же как и его клиент, не может его сформулировать.

Особенности позиции супервизора

Супервизор способен поддерживать свои границы в системе «супервизор-терапевт», свободен в сближении и дистанцировании.

2. Механизм интроекции. «Фигура» потребности выделена, неудовлетворение потребности невозможно вследствие правил и обязанностей по отношению к себе и другим.

1) «Фигура» выделена, но клиент не в состоянии выйти за пределы системы правил и долженствований. «Зараженный» терапевт неосознанно действует в пределах интроекта клиента отом, как должно, можно и нельзя в системе клиентских отношений.

2) Терапевт сам склонен к интроецированию, не выходит за рамки профессиональной позиции, стремится быть «хорошим терапевтом», действует в рамках профессиональных правил и интроектов, касающихся используемого подхода, блокирует «нехорошие» чувства, формулирует запрос к супервизору системе «правильно-неправильно».

Стратегии супервизора

В первом случае усилия супервизора могут быть направлены на осознание терапевтом ограничений и правил в клиентской системе отношений, а также чувств, связанных с этими ограничениями.

Во втором случае внимание может быть направлено на собственные профессиональные ограничения терапевта, индивидуальные профессиональные «мифы», поведение, которое не позволяет себе терапевт в отношениях с клиентом, сознание агрессии, отвращения, сексуального возбуждения и т. п., желаний по отношению к клиенту.

Особенности позиции супервизора

Супервизор внимателен к осознанию своих ограничений, убеждений, гибок в применении профессиональных «мифов», является личностью, умеющей выйти за рамки профессиональной позиции.

3. Механизм проекции. «Фигура» потребности выделена, но удовлетворение потребности, с точки зрения клиента, «зависит» от других людей.

1) Клиент склонен к проецированию. «Инфицированный» терапевт увлеченно разбирает с клиентом, например, способы переделки окружающих, их отношение к клиенту и не осознает проекции клиента на себя, не определяет свое отношение к этому. Он принимает на себя проекцию клиента и ведет себя в соответствии с ней.

2) Терапевт склонен к проекции. На сессии он часто использует «излюбленный» способ прерывания контакта — его реплики и интерпретации (порой в виде вопросов клиенту) откровенно проективны. Клиент либо слабо «отбивается» («У меня не так»), либо некритично принимает на себя проекцию терапевта.

Стратегии супервизора

В первом случае супервидение акцентируется на осознании терапевтом клиентской системы отношений, проекций на «участников проблемы», навыке работы с проекциями, а также отношениях в системе «терапевт-клиент», связанных с переносом.

Во втором случае супервизор может побудить терапевта к выделению и осознанию своих собственных проекций на клиента, гипотезы по поводу его поведения, той «задачи», которая неосознанно присутствовала на сессии, связи содержания проекций на клиента и своих собственных жизненных обстоятельств и проблем. При эффективном супервидении может быть выделена «фигура потребности терапевта», скрывающаяся за его проекциями на клиента.

Особенности позиции супервизора

Супервизор внимателен к осознанию и выделению собственных проекций в системе «супервизор — терапевт», чувств к терапевту, проверяет и обсуждает терапевтические и супервизорские гипотезы (как разновидности проекций терапевта и супервизора), возвращает проекции терапевту (обращение проекций) и побуждает его к осознанию чувств к клиенту, распознаванию связи этих чувств с неразрешенными личными проблемами.

4. Механизм ретрофлексии. «Фигура» потребности выделена, но блокируется адресация чувства, имеющего отношение к ее удовлетворению (реальная фигура жизни клиента).

1) Клиент демонстрирует ретрофлексивный механизм, и терапевт «заражается», работая внутри ретрофлексивной системы. Например, в системе «гнев—вина» терапевт попеременно ощущает то раздражение, то вину из-за отсутствия продвижения в сессии. При этом он не фасилитирует выявление адресата этих чувств на сессии или не поддерживает прямое взаимодействие с ним (взаимодействие со спроецированным внутренним объектом), необходимое для удовлетворения потребности клиента.

2) Терапевт ретрофлексивен, остается в ходе сессии замкнутой и неприступной системой, «не чувствует» и не проявляет чувств, отношения, оценок, всего того, что относится к клиенту. Клиент остается в одиночестве. Взаимодействие, чаще всего, носит характер эмоционально сухого обмена рационализациями.

Стратегии супервизора

В первом случае супервизор акцентируется на разборе с терапевтом клиентской системы отношений, чувств клиента к «участникам про-

блемь», адресате этих чувств и решениях клиента о действиях по отношению к адресату, то есть знакомит терапевта с навыком обращения ретрофлексии.

Во втором случае супервизору следует проявить особое внимание к собственным чувствам и действиям по отношению к терапевту, быть доступным, эмоциональным, провокативным и попробовать прояснить связь ретрофлексивной позиции терапевта с его чувствами.

Особенности позиции супервизора

Супервизор доступен, эмоционален, способен быть живым, осознающим свои чувства к терапевту в ходе супервизорской сессии.

5. Механизм дефлексии. «Фигура» потребности не выделяется из-за распыления энергии, высокой тревоги, непереносимости возбуждения, связанного с определенными чувствами.

1) Клиент дефлексивен. Он пытается снять любое минимальное эмоциональное возбуждение, для чего рассказывает массу историй, использует шутки-прибаутки, анекдоты. Терапевт беспомощно следует «в хвосте клиента».

2). Терапевт дефлексивен, не переносит эмоционального напряжения; как только клиент случайно натывается на «фигуру», «заботливо» уводит его в сторону.

Стратегии супервизора

В первом случае супервизор может поделиться опытом настойчивости в выделении проблемы для работы. Во втором — сосредоточиться на той «фигуре», от которой увел клиента терапевт, проясняя, что она значит для терапевта.

Особенности позиции супервизора

Супервизор терпелив, спокоен, способен переносить эмоциональное напряжение, тревогу, связанную с периодом непонимания терапевта, побуждать терапевта к формированию запроса к супервизору.

6. Эгоизм*. «Фигура» потребности выделена, чувства направлены к адресату, но действие, связанное с «финальным контактом», неполно и недостаточно для сближения и удовлетворения потребности.

1) Клиент не «вкладывает» в действие, которое решил выполнить, не доделывает его до конца или делает не в полную силу, с небольшой энергией. Работа продвигается, но как-то вяло. Терапевт действует точ-

* Рассматривается нами не как преувеличенная независимость (по Гудмену), а как неполнота действия, связанного с фазой финального контакта цикла контакта.

но так же, не стимулируя клиента работать в полную силу и не усиливая неделание.

2) Терапевт сам склонен к эгоизму, работает не вполне включенно на протяжении всей сессии или какого-либо ее отрезка, связанного со стадией финального контакта.

Стратегии супервизора

Прояснение того, что не сделал полностью терапевт в контакте с клиентом (а хотел), и того, что не сделал клиент в контакте с терапевтом (или по отношению к своей потребности).

Особенности позиции супервизора

Готовность работать с полной отдачей, готовность «проиграть» и принять поражение.

Параметры взаимодействия «терапевт — клиент», предлагаемые нами для рассмотрения в супервизории, позволяют супервизору сделать это взаимодействие более рельефным для себя, определиться в позиции и супервизорских стратегиях.

4.4. Дидактические аспекты супервизии

Дидактическая помощь в супервизорском процессе также важна, хотя она в большей мере относится к преподавательской (тренерской) ипостаси супервизора и основная ее часть касается периода обучения в тренинговой группе.

Если дидактическая помощь не является результатом особой склонности супервизора к демонстрации своего профессионализма и «гениальности», то в небольшом объеме она может быть полезна для терапевта. «Супервизоры обязаны проводить (*обозначать*. — И. Б.) и сохранять границы между супервизией и другими профессиональными отношениями, например, обучением и руководством» (Кодекс этики и практики супервизоров Британской ассоциации консультирования, 2000). В этом случае они, видимо, «не опасны» для терапевта.

Инструкции и задания. Так, для терапевта, «не слышащего» (не дослушивающего) клиента, очень полезной оказалась инструкция перефразировать высказывания клиентки и концентрироваться на них в течение хотя бы 20 секунд. Дело сразу же пошло, так как терапевт освободил клиентку от своего беспокойства по поводу содержания проблемы и результата терапии, а также от своих проекций, после чего она смогла наконец-то услышать себя со стороны и свободно двигаться дальше.

Для терапевта закрытого, выслушивающего раздраженную клиентку строго и хмуро, было полезно в течение сессии несколько раз отвечать *себе* на вопрос: «В какие моменты он может ее пожалеть или поощрить?». Даже невербальное проявление его человечности смягчило процесс и сделало их отношения более близкими.

Подсказка (информирование). Иногда и прямая подсказка может быть полезна. Чаще же всего работе способствует косвенная подсказка, содержащаяся в обсуждении сессии в тренинговой группе. Сюда же относятся и контекстуально адекватная передача теоретической информации, пока не известной терапевту, разъяснение запутанных данных. Опытные преподаватели при этом всегда оставляют обучающегося «немного голодным», стимулируя познавательную активность.

Обучение построению гипотез. Для пользы дела супервизор может показать терапевту, как строятся терапевтические гипотезы, из каких элементов и стадий состоит этот процесс, каковы основания для тех или иных его выводов. Такое вмешательство обучает терапевта «созданию базы данных» на клиента и оперированию этой информацией в терапевтических целях. Отсюда логично следует и разработка стратегии взаимодействия с клиентом.

Комментарии к работе относятся скорее к профессиональному процесс-анализу и чаще всего используются в тренинговой группе после супервизии. Терапевт тоже их слышит.

Контроль и оценка действий терапевта в российском гештальт-сообществе чаще всего происходят в процессе профессионального экзамена при окончании обучения.

В конце данной главы хочется подчеркнуть, что самые лучшие и полезные супервизорские сессии касаются, как правило, не особенно удачной работы с клиентом. Именно в этом случае терапевт получает максимальную пользу и импульс к профессиональному развитию. Но только тогда, когда он открыт всему тому, что в нем есть...

Приложение к главе 4

Пример 3. Предварительный запрос и супервизорская поддержка в течение терапевтической сессии

(Стенограмма терапевтической сессии в рамках обучающей программы 2-й ступени. Терапевт с клиентом договариваются о времени сессии — 25 -30 мин.)

Предварительный запрос супервизору

- T:* Я хочу, чтобы ты отметила и положительные, и отрицательные стороны сессии.
- SV:* Хорошо (*супервизор соглашается, поскольку для данного терапевта прямая просьба об оценке является новым поведением*). Это все, что ты хочешь от меня?
- T(задумывается):* Еще я хочу, чтобы ты помогла мне в процессе сессии, если я растеряюсь. Я обращаюсь к тебе сама.
- SV:* Хорошо. Это все?
- T:* Еще бывает, что я часто тороплюсь к результату, который не знаю, *но стараюсь накормить клиента своими знаниями...* Это от растерянности. Ничего хорошего из этого не выходит...
- SV:* Ты замечаешь это сама?
- 71 Да.
- SV:* Что мы будем делать в этом случае?
- 71 Я остановлюсь, чтобы обсудить с тобой более эффективные интервенции.
- SV:* Ладно.

Итак, фокусом супервизии является состояние растерянности, которое возникает у терапевта в период «незнания, что делать», а целью данной супервизии — нахождение точек опоры и способов дальнейшего продвижения в терапевтической сессии.

Сессия

- K:* Я боюсь публичных выступлений. Когда я вижу сидящих в зале людей, на меня находит ступор. Я боюсь потерять все мысли в голове.... Не могу оторваться от бумаги... (*Далее еще 3-4 минуты, повторяясь, описывает подробности того, что с ней происходит в это время.*)
- 71 Какие чувства связаны у тебя с публичным выступлением?
- K:* Страх, напряжение, скованность в теле, тревога...
- T(повторяет сказанное клиенткой).*
- K:* Но в глубине души-то я знаю, что я знаю...
- 71 Что знаешь?
- K:* Тему. Но боюсь пауз, в голове творится что-то жуткое... Я не хочу торопиться.
- 71 С чем связан твой страх?

SV: А ты от меня?

T (улыбается): Тоже.

SV: Какой?

T: Я выгляжу по-дурацки?

SV: Нет, ты выглядишь немного скованной, очень-очень внимательно слушаешь и очень-очень внимательно смотришь на клиентку.

T: Это ладно... *(Не много расслабляется, улыбается.)*

SV: А ты поддерживаешь клиентку?

T: Как-то не до конца...

SV: Можешь как-то еще поддержать?

T(задумывается): Да. *(Оборачивается к клиентке.)*

Продолжение сессии

T: Как я еще могу тебя поддержать?

K: Скажи, как я со стороны выгляжу, объективно...

T: Я не вижу особых признаков неуверенности...

K: А что видишь?

T: Что ты ясно излагаешь то, что думаешь... Что ты знаешь обычно, чего хочешь...

K: Боюсь, что я как раз не даю аудитории то, что хочу.

T: А что это?

K (энергично, громко): Хочу давать энергию, заряд бодрости, оптимизм. Не хочу быть сухой!

T: А со мной здесь ты какая?

K: Я напряжена.

T: Как ты вообще со мной себя чувствуешь? Есть ли энергия?

K: Энергия, то есть... но нет естественности, маска какая-то налице...

Перерыв

T(вновь останавливает сессию): Опять то же самое... Что делать?

SV: А как ты себя чувствуешь?

T: Напряжение в руках и ногах... растерянность...

SV: Ну вот, это то, что сейчас реально есть... *(Улыбается.)* Будешь кормить клиента?

T(смеется): Нет. Скажу о своем состоянии. *(Оборачивается к клиентке.)*

Продолжение сессии

T: Ты знаешь теперь, что я тоже чувствую напряжение ... как перед чем-то...

К: Я и тебя боюсь тоже.

Т: С чем для тебя связано это напряжение здесь? Эта маска на лице?

К: Амбивалентные чувства... С одной стороны, хочу *повзаимодействовать*, но боюсь неожиданных ситуаций, неожиданных реакций, энергии, превосходящей мою. Это меня сдерживает...

Т: Давай *повзаимодействуем!*

К: Давай! *(Встает.)*

Т: Как? *(Встает.)*

К: Давай потолкаемся! Только меня здесь сдерживает, что ты недавно болела. Я не хочу причинять тебе боль.

Т*(тепло)*: Это очень трогательно с твоей стороны. Но я готова!

(Встают, толкаются руками, смеются... Терапевт при этом выглядит более вяло, чем клиентка.)

Т: Как твое состояние сейчас?

К: Уже лучше... Нет дрожи в теле... Спасибо. Пожалуй, *такя* готова взаимодействовать с аудиторией. *(Смеется, благодарит, уходит.)*

Итак, в фокусе супервизии — сама терапевт и ее состояние растерянности, связанное с незнанием, а также вопросы оценки ее деятельности. И в первом, и во втором отрезке сессии супервизор поддерживает в терапевте осознание того, что с ней происходит в процессе взаимодействия с клиенткой. И в обоих случаях это дает некую точку опоры, с помощью которой терапевт, испытывающий растерянность в отношении дальнейших действий, обнаруживает в себе способность двигаться дальше, и одновременно поддерживает и клиентку, и процесс терапии.

На данной супервизорской сессии предметом обсуждения были еще несколько моментов. Это вопросы оценки профессиональных навыков терапевта, содержащиеся в первоначальном запросе. Супервизор вместе с терапевтом прояснял ее действия, продвигающие (осознание, обратная связь) или тормозящие терапевтический процесс (механическая адресация к функции Ид, порождаемая растерянностью, без осмысления значения этого состояния или обратной связи от терапевта). Кроме того, обсуждалось то, что мешало терапевту быть более активной в конце сессии, когда проявилась ранее проективно прерываемая потребность клиентки быть энергичной и влиятельной по отношению к терапевту («повзаимодействовать», потолкаться) и авторитетной (умной) по отношению к аудитории... Источник энергии клиентки находился именно в проявившейся «здесь и сейчас» способности открыто и с удовольствием конкурировать. Строго говоря, в первоначальном запросе терапевта к супервизору этого не содержалось.

Однако вопрос супервизора вызвал живой интерес терапевта и оказался в некотором смысле «зоной роста», что позволило терапевту определить свой способ прерывания контакта со своей (такой же) потребностью и наметить планы на личную терапию.

Поскольку работа происходила в супервизорской группе обучающей программы по гештальт-терапии, на следующей сессии участники убедились в достаточной действенности проведенной терапевтической сессии. Клиентка-участница рассказала о том, как прекрасно прошла ее лекция и какое удовольствие она получила от взаимодействия со слушателями. Через несколько месяцев она с благодарностью вновь сказала терапевту, что теперь получает удовольствие от публичных выступлений.

Глава 5

ОСНОВЫ СУПЕРВИЗИИ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ СТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДА

Целью супервизии групповой терапии с точки зрения гештальт-подхода можно считать *достижение такого состояния группового терапевта, при котором он будет мотивирован к работе профессиональным интересом, сможет поддерживать свое творческое состояние и быть полезным для группы и ее развития.* Такая цель реализуется в процессе совместного поиска (исследования) супервизора и терапевта (ов).

Какие же задачи могут решаться в этом совместном процессе?

Долговременной задачей может стать повышение профессионального мастерства, обретение необходимых профессиональных навыков, формирование индивидуального терапевтического стиля. Актуальные для данного момента задачи могут касаться трудностей ко-терапевтического взаимодействия, терапевтических интервенций по отношению к «трудным» участникам группы, ориентации терапевта в групповой ситуации и своем собственном состоянии, чувствах и отношениях, а также собственных действиях, фасилитирующих или блокирующих групповую динамику.

Для удобства супервизора супервизорскую сессию, направленную на решение этих задач, можно структурировать следующим образом:

- 1) сбор материала (сведения о группе и терапевтах, наблюдение в период сессии, а также нескольких сессий подряд);
- 2) фокусирование с определением запроса на супервизию;
- 3) непосредственно супервизия.

5.1. Гештальт-подход в работе с групповым процессом как основа фокусирования в супервизорской практике

Рассматривая отношения индивидуума со средой, Ф. Перлз (1976) писал: «Индивидуум не самодостаточен, он может существовать только в среде и неизбежно в каждый момент времени является частью сре-

ды». Поскольку группа как таковая является первичной социальной реальностью для индивидуума, гештальт-подход адекватно интегрируется с групповой терапией.

С точки зрения гештальт-подхода, основным методологическим аспектом в работе с группами является теория поля и феноменологический метод. Встречаясь с тем, как терапевт использует их в своей работе, супервизор одновременно фокусируется на различных аспектах теории и практики группового развития.

Феноменологический подход в групповой гештальт-терапии

Как структурируется человеческий опыт? Существуют ли элементы, общие для всего человеческого опыта? Ответы на эти вопросы помогают понять, чем определяется поведение человека, что и как он делает основой для своего выбора. Такой подход называется феноменологическим. Широко известно, что практика гештальт-терапии во многом основана на клинической феноменологии.

Главное, что можно сказать о человеческом восприятии, это то, что мы не видим всех вещей равным образом. Для того чтобы понять, как индивидуум организует свое перцептивное поле (*что и как выбирает видеть, слышать, понимать, то есть воспринимать и, соответственно, выбирает делать*), гештальт-психологи и терапевты используют метафору фигуры и фона. Процесс выбора профессионально интересует и терапевта, и его супервизора в групповой ситуации.

В каждый момент жизни индивидуума появляются предметы или явления, занимающие его внимание, и в этот момент они становятся для него фигурой. Затем что-то еще привлекает его, а прежняя фигура уходит в фон. Соотношение фигуры и фона постоянно меняется в зависимости от состояния изменяющегося поля. Происходит естественный организмический сортирующий процесс, который структурирует опыт индивидуума в феноменологическом поле «организм — среда». Это процесс последовательного возникновения и удовлетворения (или не удовлетворения) организмических потребностей. Неудовлетворенные потребности находятся в фоне жизни индивидуума, определяя физическое и эмоциональное состояние, неэффективные способы поведения, смыслы, то есть все то, что клиенты называют своими проблемами, и то, что для них может стать фигурой терапии.

Рассматривая группу как целое, групповой терапевт может выявить, какая неудовлетворенная потребность препятствует дальнейшему развитию группового процесса. Для того чтобы определиться в состоянии «фигура — фон» процесса, групповой терапевт использует наблюдение и эксперимент (упражнения).

Наблюдение и эксперимент

Частью работы гештальт-терапевта в групповом контексте является наблюдение. Несмотря на относительно пассивный смысл слова «наблюдатель» (тот, кто смотрит и... «ничего не делает»), терапевт не может стать в группе сепаратной фигурой. Групповое поле в любом случае включает в себя наблюдателя и тех, кого наблюдение «делает наблюдаемыми», и это активно влияет на групповой процесс. Терапевт в группе является не только наблюдателем, но и человеком, который уже самим своим присутствием влияет на то, что в ней происходит.

Наблюдая, терапевт остается лишь условно сепаратной фигурой (в это время, и в этом месте, и по этому поводу), но ему необходимо держать в поле внимания и то, как его присутствие и интервенции влияют на отдельных участников и групповой процесс в целом. Отсюда следует вывод, касающийся работы и группового терапевта, и супервизора.

Видение группового процесса приходит к терапевту не только через опыт членов группы, но и в процессе осознания себя в группе. Очень важным с этой точки зрения является его способ понимания того, что происходит. Такое понимание довольно часто является синонимом теоретизирования, построения гипотезы, но теоретизирование является довольно ограниченной, хотя и неотъемлемой частью процесса. Акцент на этом нередко приводит к видению терапевтом именно того, что он предварительно уже сформулировал (и что может быть прояснено в ходе супервизорской сессии).

Чтобы избежать такой опасности, терапевту полезно развивать непосредственное восприятие группы и ее членов, *как если бы он впервые увидел их*. Это говорит о том, что групповому терапевту не стоит акцентироваться на каких-либо наблюдениях как на более ценных (точных, полезных), чем другие, пока идет накопление материала. Если все наблюдения терапевта станут для него потенциально ценными, перед ним развернется и более широкий спектр путей понимания происходящего, а большинство вещей, не кажущихся важными или полезны-

ми, могут впоследствии оказаться необходимыми для выделения фигуры потребности в групповой ситуации.

Для того чтобы проверить свои наблюдения и сделать структуру происходящего видимой не только для себя, но и для участников группы, тем самым фасилитируя групповой процесс, терапевт может предложить эксперимент. Такой эксперимент естественно вырастает из структуры происходящего в группе (принцип «здесь и сейчас») и может носить различный характер: групповое упражнение, опробование нового поведения участником группы или монодрама. Одним из фокусов супервизорской работы может стать *осознание* терапевтом того, как именно он принял решение об эксперименте и какое влияние это оказало на групповой процесс (фасилитирующее или тормозящее).

Теория поля в групповой гештальт-терапии и супервизорской практике

В групповом контексте терапевт использует «фигура-фон-процесс» не только для работы с отдельными участниками, но и для исследования структуры и динамики группового поля в целом.

С точки зрения гештальт-подхода — группа может рассматриваться как поле «организм — среда», состоящее из множественных сил, находящихся в функциональных интеркоррелляциях по отношению друг к другу и по отношению к целому. Курт Левин (1952) адаптировал взятую из физики идею поля (электромагнитного или гравитационного) для социального взаимодействия.

Что такое поле? Гештальт-терапевт Гари Йонтеф (2001) определил поле так: «Поле характеризуется целостностью, его части состоят в непосредственных отношениях друг с другом и являются обоюдно ответственными, при этом ни одна из них не остается не вовлеченной во взаимодействие, благодаря этим процессам что-то постоянно продолжает происходить в поле». Это совокупность множества влияющих сил, которые вместе формируют объединенную интерактивную целостность. Такое определение привлекает наше внимание к тому огромному количеству сил, которые действуют в любой социально-психологической ситуации, а также к тому факту, что они динамичны, организованы, взаимосвязаны и действуют в один и тот же момент.

Для гештальт-терапии характерна особая версия теории поля. Ее стартовая точка — поле «организм — среда», которое создано и поддерживается взаимодействиями людей и средой. В таком поле в одно и то

же время действуют множество факторов - физических, биологических, психологических и социальных. Все это части поля, и все они включаются в исследование того, что происходит в терапевтическом процессе. В данном поле нет никаких аспектов чье-либо опыта, которые существовали бы помимо этого поля, сами по себе. Оно вмещает в себя политическую ситуацию в регионе и местоположение психологического центра, стоимость терапии и цены в магазинах, пол и возраст участников группы, их состояние, поведение, взаимодействия, чувства и фантазии — то есть все, что мы рассматриваем как элементы группового процесса. Люди и события в группе (и за ее пределами) постоянно влияют друг на друга, и *не существует событий в групповом поле, изолированных от других событий*.

Групповое поле имеет множество границ, как индивидуальных, так и групповых. В гештальт-теории опыт — это то, что появляется на границе между организмом и средой, обуславливая творческое приспособление организма к условиям постоянно изменяющейся среды. Эта граница называется контактной. Контакт в гештальт-терапии — это простая и первичная реальность.

В классической модели гештальт-подхода созданием опыта индивидуума оперируют три простейшие границы-функции. Первая — это *Ид*. Она включает границы тела вместе с его поверхностью и органы чувств, которые «сканируют» происходящее — образы, шумы, запахи, тактильную чувствительность и т. д. Следующая граница — *Эго*. Это чувство, что я есть и что я хочу. Эго - это функция выбора: Я или не Я, хочу - не хочу. И наконец, граница *Личности*. Это — социальное «Я» (описание себя, осмысление себя как личности).

Группа как целое имеет те же границы, но в более широком контексте поля «организм — среда». Контакт с потребностью становится возможным в тот момент, когда индивидуум или группа не прерывают естественного организмического процесса зарождения и удовлетворения потребности, то есть не прерывают чувствования, осознания, мобилизации энергии, действия, контакта и отступления (осмысления). Наблюдение за проявлениями этих границ-функций позволяет гештальт-терапевту сориентироваться *в индивидуальных и групповых потребностях, способах прерывания контакта с ними и собственных интервенциях, фасилитирующих такой контакт с потребностью (а супервизору — определить в том, как терапевт это делает)*.

И гештальт-терапевт, и члены группы, каждый своим путем, пытаются достичь *осознания структуры и динамики группового поля* (Harris, 2001). *К структуре группового поля* (что есть и что происходит) можно отнести ролевые позиции членов группы, паттерны поведения «здесь

и сейчас», чувства и мысли участников группы, их фантазии и воспоминания, присутствующие в группе и действующие на группу «здесь и сейчас», разнообразные внегрупповые факторы, стиль общения, групповые нормы и уровень энергии и т. п.

Динамика процесса (как происходит) касается стадий групповой жизни, их взаимосвязи, механизмов, препятствующих или способствующих групповому развитию. В групповой ситуации задача терапевта состоит в том, чтобы воспринять и структуру, и динамику группового поля. Для этого он пытается осознать, *что происходит* и *как происходит*, и использует свое осознание для интервенций, полезных членам группы. В терминах теории поля можно сказать, что он пытается понять и оперировать текущей структурой поля, силами, влияющими на структуру и организующими ее. В этом смысле групповое поле можно представить как матрицу взаимодействующих сил, которые могут позволить чему-то произойти в группе, а могут и воспрепятствовать.

И тогда терапевт, например, побуждает участников осознать особенности своего поведения, которые складываются в группе, или групповую атмосферу, то есть исследовать групповой процесс. Иногда таким исследованиям способствуют упражнения, иногда — наблюдения и осознание участниками того, что возможно и что невозможно в данной группе, что в ней можно делать, а что нельзя, что можно говорить, а что нет, и как это влияет на жизнь каждого участника группы. Когда это необходимо для эффективного развития терапевтической группы, терапевт фокусируется на динамике процесса.

Есть три пути для *фокусирования внимания на групповом процессе*, которые представляют особый интерес для группового терапевта. Это три естественных уровня групповой жизни — индивидуальный, межличностный и группа как целое. Если групповой терапевт принимает их во внимание, он определенным образом организует наблюдение и интервенции в групповом контексте и может сконцентрироваться на том, что фасилитирует удовлетворение групповой потребности: на поведении или опыте членов группы как индивидуумов, на взаимодействиях между индивидуумами или на группе в целом, то есть групповой системе. Принимая во внимание эти три уровня, терапевт может начать свои интервенции с одного участника, затем пронаблюдать его взаимодействие с другим участником и посмотреть, как именно это влияет на групповую систему в целом.

То, на чем фокусируется групповой терапевт в своей работе — его интервенции по отношению к отдельному участнику группы, интеракциям или групповой ситуации, — может стать и *фокусом супервизии*. Это происходит в тех случаях, когда терапевту интересно узнать, *каким*

образом его интервенции влияют на групповой процесс и динамику развития терапевтической группы.

Если же терапевту на супервизорской сессии интересно, что из происходящего в группе (и вне ее) влияет на динамику терапевтического процесса, можно рассмотреть факторы, актуализирующие групповую жизнь как особую, «здесь и сейчас» форму. С точки зрения теории поля все эти факторы рассматриваются как действующие «здесь и сейчас». То, что случается на групповой сессии, зависит и от групповой культуры, и от политических событий, и от индивидуальной истории членов группы, и от их воспоминаний о том, что было на предыдущей сессии...

В целом групповую жизнь можно рассматривать как ориентированную на пространство и время. В этом случае в группе можно выделить четыре основных контекста происходящего (Philippson & Harris, 1992, Harris, 2002). Все эти контексты являются частью общего группового контекста во времени и пространстве.

Здесь и сейчас. То, что происходит непосредственно на групповой сессии. Это главный терапевтический фокус. Несколько связанных с полем факторов, образующих групповой процесс, — физическое состояние комнаты (температура, свежий воздух, слышимость звуков вне комнаты ит. п.), участников группы, их чувства, желания и стиль общения, особенности контакта между участниками, уровень энергии и т. п.

Там и сейчас. Включает факторы, связанные с текущим внешним полем, в котором действует группа, — внешняя жизнь между групповыми сессиями, расположение комнаты для групповой работы, события в мире, которые каким-либо образом влияют на группу.

Здесь и тогда. Это групповая история, которая характеризует то, что было на предыдущих сессиях, и воспоминания о том, что случилось, истории о прошлом.

Там и тогда. Жизненные истории участников. К этой зоне относится социальный контекст, в котором росли и живут участники, культура, семья и соседи, класс, пол, раса, типичные образы и способы поведения и т. п.

Все эти факторы влияют как на динамику группового поля, так и на его структуру. Эта структура делает что-то в групповой жизни фигурой, а что-то сохраняет в фоне и для индивидуумов в группе, и для группы в целом. И терапевту, ведущему сессию, и супервизору, наблюдающему эту сессию, важно понять, что (какой контекст) присутствует в групповом поле, а что остается незамеченным, неосознанным в групповой ситуации, какой из четырех контекстов препятствует, а какой способствует развитию группового терапевтического процесса.

Теории группового развития и гештальт-терапия

Как ни странно, гештальт-подход пока не имеет собственной теории группового развития. Гештальт-терапевты, работающие с группами, опираются на различные модели развития группы, пришедшие из психоанализа и теории групп.

Все классические модели группового развития базируются на представлениях о том, что в процессе развития группы существуют различные стадии групповой динамики (от 2 до 15), последовательно связанные друг с другом и представляющие собой движение от менее развитой (зрелой) группы к более развитой (Tuckman, 1965, 1970, Mintz, 1971, Shutz, 1966, Rutan, Stone, 1984, Yalom, 1985). Терапевт в группе воспринимается главным образом как фасилитатор, помогающий группе преодолевать сложности, связанные с переходом от одной стадии к другой.

Такое идеальное описание группового процесса крайне редко отражает реальную жизнь группы. Это может быть связано со значительной проницаемостью, сложностью и неопределенностью групповых границ (Hartis, 2002). Жизнь вне группы существенно влияет на жизнь внутри группы, поэтому группа не изменяется последовательно и неуклонно по всем предписанным ей стадиям, а «флуктуирует», время от времени ненадолго возвращаясь на предыдущую стадию и периодически продвигаясь вперед.

В каждый момент времени терапевтическая группа имеет и социальную, и терапевтическую задачи. «Эти задачи связываются между собой в результате совместного творчества ведущего и группы» (Немиринский, 1999). Именно в этом случае можно говорить о терапевтической эффективности группового процесса. Решение групповой задачи соответствует удовлетворению актуальной групповой потребности. На разных стадиях развития группы достижение групповых целей идентификации и автономии, близости и самоинтеграции способствует также индивидуальному терапевтическому продвижению участников группы.

Кроме того, групповая гештальт-терапия представляет собой исследование изменяющегося личностного пути бытия в мире в контексте группового окружения. Целью каждого участника становятся не изменения сами по себе, а более полное осознание того, как они чувствуют, думают и действуют во взаимодействии с групповым окружением.

Возможности, предоставляемые для этого групповой формой работы, значительно шире, чем в индивидуальной терапии. Во-первых, групповой гештальт-терапевт имеет дело не с представлениями (фиксированный гештальт) участника о своих отношениях (проблемах) с другими людьми, а непосредственно с самими отношениями «здесь и сейчас», что позволя-

ет ему более оперативно работать с процессом индивидуального осознания участников группы. В этом случае участники группы могут понять, как именно они актуализируют себя в группе и вне ее. Такое осознание — это условие успешной терапии. Во-вторых, терапевт направляет осознание участников на групповой процесс и групповую ситуацию, для того чтобы они овладели навыками изменения групповой среды. Эти навыки необходимы им и для изменения своего бытия в мире (вне группы).

Супервизору в групповой терапии приходится сталкиваться с очень разноплановым процессом, имеющим сложную динамику и структуру. Для того чтобы наблюдение супервизора за группой и действиями группового терапевта было полезным, можно выделить две основные области наблюдения:

- 1) работа терапевта со структурой группы,
- 2) работа терапевта с динамикой групповой системы в целом.

Работа с динамикой может быть рассмотрена:

- а) на персональном уровне (влияние терапевта на индивидуальную динамику членов группы);
- б) на интерперсональном уровне (работас интеракциями участников);
- в) на обще групповом уровне (работа с групповой системой).

Особенности работы терапевта *со структурой группы* (как области наблюдения супервизора):

- а) структура любого момента группового процесса характеризуется тем, что происходит в группе «здесь и сейчас» — чувства, мысли, поведение участников, их реакции друг на друга, подгруппы, особенности отношений с терапевтом, стереотипные и новые роли, переносы, физическое состояние и т. п.;
- б) общегрупповые феномены и терапевтические интервенции, связанные с прояснением структуры для участников (фасилитация, конфронтация, поддержка, прояснение и т. п.), выбор заданий и упражнений терапевтом могут стать необходимой областью наблюдения супервизора в групповой терапии.

Кроме того, структура происходящего в группе в значительной мере зависит от того, что происходит за ее пределами, каким образом эта группа была набрана, от ее состава и т. п. Эти сведения должны быть заранее собраны супервизором.

Особенности работы терапевта *с динамикой группового процесса* (как области наблюдения супервизора):

- а) *индивидуальный уровень*: обсуждение особенностей динамики группы в групповой гештальт-терапии имеет терапевтический смысл лишь

постольку, поскольку отвечает на один из центральных вопросов групповой терапии - о механизмах влияния группы на индивидуальные терапевтические достижения участников. Терапевтическая динамика участника представляет собой «развертывание процесса личностного роста в условиях жизни группы, в условиях постоянно развивающегося взаимодействия с другими людьми» (Немиринский, 1999). Область наблюдения супервизора — это действия терапевта по отношению к отдельным участникам (и их личная динамика) и влияние таких действий на групповую систему и ее изменения. Сюда можно отнести индивидуальные фокусировки и выбор терапевтом участника для индивидуальной работы в групповом контексте, а также саму терапевтическую работу и ее влияние на группу;

- б) *межличностный уровень*: в центре внимания супервизора находится работа терапевта с взаимодействиями участников, оказывающая влияние (фасилитирующее или тормозящее) на групповой процесс. Если же в группе работают два ко-терапевта, то же самое относится и к их взаимодействию;
- в) *общегрупповой уровень*: терапевт как групповой лидер может способствовать продвижению группы по пути развития, а может неосознанно блокировать этот процесс. Подобные действия являются еще одной областью наблюдения супервизора в групповой терапии - супервизор изучает вклад терапевта в динамику группового процесса в целом.

5.2. Сбор материала и области наблюдения супервизора

Сведения о группе и групповых терапевтах

Поскольку о групповой супервизии терапевты договариваются с супервизором заранее, у него есть возможность заблаговременно получить информацию о группе и терапевтах.

Информация о группе может включать:

- ее цели, задачи и структуру;
- время, в течение которого она уже работает, и время, на которое рассчитана работа группы;
- подготовку участников к групповой работе;
- мотивы привлечения каждого участника для групповой, а не индивидуальной работы;

- наличие контракта, временных и финансовых «рамочек», знаний о групповых правилах;
- историю развития группы до начала супервизии.

Сведения о ведущих касаются:

- образования;
- теоретических установок;
- опыта работы в групповой терапии;
- опыта ко-терапии.

Но вот группа уже началась... Участники находят темы для разговоров, паузы возникают или отсутствуют, терапевты вмешиваются в происходящее... задают кому-то вопросы, что-то комментируют... Жизнь идет... или не идет... С чего начать супервизору?

В первую очередь стоит прислушаться к себе — насколько захватывает то, что происходит в группе в разные отрезки времени? Интересно это самому супервизору или не очень? Есть ли в нем энергия, когда он наблюдает происходящее в группе? Варианты гипотез, которые естественно появляются у супервизора, лучше обозначить, чтобы потом... держать при себе. Ибо гораздо полезнее побудить терапевта разработать собственную версию происходящего и собственные вопросы к супервизору.

Затем супервизор может сориентироваться в общегрупповых феноменах, присутствующих в группе в данный момент времени.

Общегрупповые феномены

К их числу можно отнести те феномены, которые возникают в процессе группового взаимодействия между терапевтом(ами) и группой и внутри самой группы. Супервизор может попытаться понять следующее.

1. *Что делает терапевт(ы) с группой* — поддерживает взаимодействие в группе или блокирует его? Блокирующие действия могут выражаться в конкурентной позиции по отношению к одному из взаимодействующих участников по принципу «Мама лучше знает» и разговору с его визави (под маской прояснения его позиции). Или сводиться к поддержке одним из терапевтов темы, интересной ему самому, но вовсе не относящейся к потребностям группы. Супервизор может выяснить, *какие групповые темы получают поддержку ведущих* и как это связано с актуальной ситуацией в группе, стадией групповой динамики, личной проблематикой терапевта (это заметка «на потом» для супервизии). Сознает ли свою позицию терапевт? Умеет он вообще фасилитировать процесс взаимодействия между участниками?

2. *Что делает группа (как целое) с терапевтом(ами)?* Игнорирует, конкурирует, поддерживает, конфронтрует или еще как-нибудь ...ирует и ...ает? Чего избегает, делая все это, ведь в один и тот же момент она и что-то делает, и чего-то избегает. Избегание может оказаться очень важным для ее динамики. Указанные особенности относятся к так называемому групповому переносу, то есть «особому виду переноса, который возникает в том случае, если все пациенты разделяют одну фантазию по поводу терапевта» (Куттер, 1998). Этот общегрупповой феномен может в чем-то изменяться в ходе развития группы и в чем-то быть постоянным на всем ее протяжении.

По описанию П. Куттера, пациенты, входящие в одну из его групп, «отчасти утратили собственную идентичность, превратившись в единый психологический механизм, обладающий менталитетом младенца, бессознательно зависящего от всемогущего, как кормящая мать, руководителя группы...» Групповой терапевт, осознающий такие особенности воздействия группы, в состоянии, например, быть для группы «питательным», то есть заботливым, защищающим, и в то же время конфронтировать с отказом от ответственности и регрессивным поведением участников.

3. Существует ли вообще *взаимодействие между участниками* или участники индивидуально «общаются» с терапевтами? Является ли это взаимодействие обще групповым или группа дружно «лечит» или дружно отвергает кого-то одного? Куда и кому адресована энергия группы? Это легко установить методом, похожим на социограмму, используемым гештальт-терапевтом Ириной Захарян. На листке бумаги от имени каждого участника проводятся стрелочки — обращения к другим участникам, после чего структура взаимодействий между участниками (участниками и терапевтами, ко-терапевтами) становится наглядной. Таким же образом можно определить игнорируемых группой участников и участников, которые ни к кому не обращаются сами (и, соответственно, понять, осознают ли это групповые терапевты).

4. Что происходит с группой от сессии к сессии (если супервизия динамическая), как меняется ее структура, групповые события и атмосфера.

Выбор участника для индивидуальной работы в групповом контексте

Один из центральных вопросов групповой терапии - вопрос о терапевтической динамике отдельных участников группы (Немиринс-

кий, 1999). Именно за этим клиент и приходит в группу. Супервизору, наблюдающему работу терапевта, необходимо понять, имеет ли место терапевтическая динамика отдельных членов группы, в чем она заключается и что делает терапевт(ы) в отношении отдельных участников, особенно тех, работа с которыми может способствовать (или препятствовать) развитию группы.

Выбор участника тесно связан с выделением фигуры и фона в групповой работе и понятием групповой темы. В групповой гештальт-терапии фигура отражает перспективную групповую потребность, разрешение которой фасилитирует групповую динамику и способствует большей зрелости группы и личностному росту ее участников (Немиринский, 1999). Если для персональной работы выбирается участник, личная тема которого соответствует перспективной групповой потребности (например, страх оценки *для первых групповых сессий*), группа получает стимул для дальнейшего развития.

В связи с этим супервизор может задуматься о том, каковы мотивы терапевта для выбора именно этого участника (и потом задать данный вопрос). Терапевт может следовать:

- своим собственным интересам (неосознаваемые контртрансферентные тенденции, проективные механизмы) или избегать контакта с «неудобным» участником путем выбора «более удобного». Тем самым он игнорирует материал, с которым чувствует себя неуверенно;
- профессиональным интроектам о так называемой «пользе проблемы» данного участника для группы, личным интроектам о том, что правильно, полезно или справедливо;
- позиции группы, избегающей контакта и вербализации собственных трудностей. В этом случае группа часто «занимается» участниками с выраженными нарциссическими тенденциями, привлекающими к себе всеобщее внимание, или нападает на закрытых, не участвующих в общей работе, а ведущий это поддерживает. При этом терапевт находится в слиянии с группой;
- наибольшему эмоциональному отклику группы на участника;
- соответствии индивидуальной проблемы участника теме, перспективной для групповой работы (Немиринский, 1999);
- интенции участника, направленной на преодоление личного барьера (личной проблемы), мешающего переходу группы на следующую стадию групповой динамики.

Соответственно, первые три позиции могут получить отклик на супервизорской сессии.

Выбор технического приема или группового упражнения

Групповые упражнения могут стать средством выражения чувств и придать групповой динамике значительную энергию. В то же время они могут быть неосознанно использованы для удовлетворения собственных потребностей групповых терапевтов и создать только видимость прогресса в групповой работе. «Было бы совсем неплохо, если бы терапевт, насколько только это возможно, не использовал группу в своих личных целях и не пытался навязать ей свое мнение, а скорее ориентировался бы на идеи самой группы» (Kadis et al., 1963).

Наблюдая за тем, как терапевты используют групповые упражнения, супервизор может попытаться ответить на следующие вопросы.

- Какую основную задачу должна решить именно эта группа?
- Каким образом групповые техники или приемы использованы терапевтами в интересах участников группы?
- Насколько выбранный прием или упражнение соответствует групповой задаче на данной стадии развития группы?

Неуверенный в себе или тревожный групповой терапевт часто применяет групповые упражнения, когда ощущает растерянность — для снижения уровня собственной тревоги (снижая одновременно и рабочее групповое напряжение). Как правило, это относится к «ретрофлексивным периодам» жизни группы, когда группа не выражает чувства, связанные с затруднением, вызванным очередной групповой задачей, или к моментам, когда группа «собирается с силами», чтобы выразить чувства ведущему, но еще не выражает. В такие моменты использование техник и упражнений начинающими групповыми терапевтами часто основано на их собственных страхах. И групповой терапевт, по меткому выражению авторов книги «Техники групповой терапии», может стать «механическим фасилитатором», не дающим группе наконец-то остановиться и задуматься о себе.

Кроме того, применение той или иной техники или упражнения может быть отражением нарциссических потребностей ведущего группы — желания показаться очень профессиональным, поразить группу и вызвать восхищение участников. Использование жестких конфронтационных техник бывает также следствием профессионального интроекта «необходимости групповой агрессии» для продвижения группы, в результате чего терапевт начинает «давить» на группу, вызывая «нужную» реакцию.

На супервизорской сессии весьма существенной может стать стимуляция осознания групповым терапевтом собственных потребное-

теи и своего эмоционального состояния в такие периоды, определение профессионального отношения к этим моментам и развитие способности переносить рабочее напряжение, не используя группу для облегчения своего состояния.

Кроме того, очень важной частью разбора применяемых групповых упражнений может стать соответствие между данной техникой и личностью ведущего, его терапевтическим стилем и готовностью к применению той или иной техники.

Личность и стиль терапевта

Разнообразие групповых ситуаций, высокий уровень неопределенности в групповой терапевтической работе, наличие участников, «не любящих» терапевта или обесценивающих его работу, предъявляют определенные требования к личности ведущего группу. Помимо описанной выше способности переносить групповое напряжение, эффективному групповому терапевту необходимо иметь хорошую опору в собственной личности и личностном стиле.

Супервизор может помочь ему обрести такую опору и обратить внимание на его уникальные личные качества, будь то эмоциональная стабильность или остроумие, терапевтическая нежность* или терапевтическая смелость. «Изюминка» конкретного группового терапевта может оказаться и качеством, не совсем одобряемым, но полезным в групповой работе. Так, осознаваемая сила помогает в трудные моменты удерживаться в терапевтической позиции, внешняя слабость и неуверенность (опять же как личностный стиль) позволяет группе быть сильной, а способность засыпать в периоды «болтовни» и не чувствовать вины по этому поводу способствует развитию ответственности группы за свои действия.

Раздражение супервизора по поводу несовершенства данного терапевта (да и себя самого тоже) может компенсироваться, если его внимание будет направлено на *определение тех личностных особенностей терапевта, которые позволяют ему на данной сессии быть в чем-то эффективным и успешным*. С другой стороны, тот же вопрос «В чем ты был эффективен и что тебе самому понравилось в твоей работе?» может быть адресован самому терапевту и направлен на формирование позитивной профессиональной самооценки.

* Характеристика стиля, не имеющая отношения к неспособности к конфронтации.

Еще одним важным моментом супервизии, ориентированной на осознание терапевтом своего терапевтического стиля и личностных качеств, является *доверие к себе и забота о себе*. Это другая сторона задачи по обретению индивидуального терапевтического стиля.

В связи с этим супервизор, обнаруживший, что терапевт «кидается грудью на амбразуру» и *забывает* о своем состоянии, может позаботиться о своем подопечном, рассматривая вместе с ним вопросы разрешения (или запрещения) интуитивных терапевтических действий, признания факта неудачи в работе (перед самим собой или перед группой) или, наоборот, отстаивания своей определенной позиции в групповой работе. Поскольку фигурой такой супервизорской сессии могут стать доверие и забота, то супервизор должен быть внимателен во время сессии именно к этим своим качествам.

Наличие у терапевта необходимых терапевтических навыков

Навыки групповой работы не только включают в себя навыки индивидуальной работы, но и в значительной степени перекрывают их. Наблюдая за работой группового терапевта, супервизор может отмечать для себя наличие необходимых навыков. Наиболее существенными считаются навыки:

- адресации высказываний участников (вовремя задаваемый участнику вопрос о том, кому может быть направлено безличное или безадресное высказывание);
- фасилитации взаимодействия отдельных участников;
- конфронтации с группой;
- поддержки группы;
- распознавания групповых тем;
- наблюдения за распределением энергии в группе;
- поддерживания групповых «фронт» (время, оплата терапии, неявки, опоздания и т. п.);
- интерпретации групповых процессов;
- работы с «трудными» участниками;
- работы с трудными ситуациями.

Обучение этим навыкам обычно проводится в тренинговых группах, но при недостаточном развитии может стать и частью супервизорской сессии.

Проблемы ко-терапевтического взаимодействия

Многие групповые терапевты предпочитают работать с ко-терапевтом. Преимущества такой работы очевидны: наличие разных углов зрения, возможность разделять функции при работе с группой (один ко-терапевт работает индивидуально, второй следит за групповой динамикой), возможность отдохнуть и привести себя в рабочее состояние, пока второй ко-терапевт работает. Ценной является и возможность обсудить свое реальное поведение в группе и получить обратную связь. «Сотрудничая, терапевты расширяют и спектр возможных реакций переноса. Кроме того, отчетливее проявляется природа и степень выраженности искажений переноса, поскольку пациенты расходятся в своих реакциях как на каждого из ко-терапевтов, так и на отношения между ними» (Ялом, 2000).

Именно поэтому наблюдение за действиями ко-терапевтов по отношению друг к другу и по отношению к группе может дать немало интересного материала для супервизии.

Один только арифметический подсчет вербальных обращений друг к другу, взглядов, брошенных друг на друга, способствует пониманию того, как ко-терапевты взаимодействуют на группе. Вот один из ко-терапевтов в течение часа шесть раз обратился к другому и несколько раз посмотрел на него, не произнося ни слова. В ответ второй ни разу не обратился и один раз искоса взглянул на первого. Любопытно, что же происходит в их взаимных отношениях и чувствах?

Или первый ко-терапевт обращается к группе (участнику), а второй перехватывает взаимодействие, «переводя стрелки» на себя. Или один пытается помешать другому привнести что-то свое в жизнь группы, начиная неожиданно расспрашивать другого участника по другому поводу. Неосознанное соперничество и отсутствие взаимной поддержки, к сожалению, может стать моделью отношений для группы, и тогда разговор об этом на супервизорской сессии становится неизбежным. Важно также отметить и реакцию ко-терапевтов на стремление группы разделить или разрушить их терапевтическое единство.

Еще один интересный момент состоит в том, как ко-терапевты замечают и разрешают свои разногласия по поводу ведения группы. Используют ли они для такого обсуждения перерывы или выясняют открыто, как именно вносят предложения, связанные с техниками, родившимися непосредственно в групповом процессе, — все это (плюс подхватывающие эти же способы поведения участники) можно наблюдать со стороны.

Нередко ко-терапевты в своих чувствах и поведении по отношению друг к другу отражают (но в меньшей степени) динамику участников группы на данной стадии. Так, кризис в группе сопровождается некоторым кризисом в отношениях ко-терапевтов, преобладание проективных тенденций — усилением проекций в адрес ко-терапевта, страх оценки у участников — страхом оценки у одного из терапевтов, в своем бездействии выпадающего из ко-терапевтического и группового взаимодействия. Поэтому при обсуждении взаимных отношений и чувств целесообразно учитывать и стадию групповой динамики, групповую тему и перспективную групповую задачу.

Для лучшего понимания особенностей наблюдаемого взаимодействия ко-терапевтов супервизор может воспользоваться своей фантазией, представив это взаимодействие в образной форме, и поделиться своей метафорой на супервизорской сессии. Интересно сопоставить метафоры ко-терапевтического взаимодействия, предложенные каждым ко-терапевтом. «Конфликт метафор» может и должен закончиться с прояснением отношений и чувств ко-терапевтов.

Итак, сбор материала помогает супервизору составить представление об истории группы, стадии групповой динамики, взаимодействии между терапевтами и группой, взаимодействии участников группы между собой, способах выбора технического приема или упражнения для работы, выборе участника для групповой работы, стиле терапевтов и их взаимоотношениях.

5.3. Особенности динамической супервизии

Динамическая супервизия предполагает последовательное наблюдение за несколькими групповыми сессиями. Она в значительной степени ориентирована на повышение эффективности группового терапевта в управлении групповой динамикой. Супервизор, проводящий подобный мониторинг работы терапевтов, должен в первую очередь обращать внимание на соответствие действий ведущих группу стадиям групповой динамики. В этом он, естественно, будет руководствоваться своими теоретическими установками, касающимися их количества и содержания (по И. Ялому, К. Роджерсу, В. Шутцу, В. Биону и т. д.), а также основной задачей группы данного типа (классическая гештальт-группа по Ф. Перлзу, энкаунтер-группа, Т-группа, терапевтические группы, группа тренинга умений и т. д.).

Дальнейшее описание задач динамической групповой супервизии будет касаться работы группового гештальт-терапевта в терапевтичес-

кой группе. Терапевтическое развитие группы невозможно без «определенной последовательности актуализации и проживания личностных проблем в группе, так что, не пройдя более «ранние» проблемы, группа не в состоянии помочь своим членам решать более «поздние» проблемы (Немиринский, 1999).

Поэтому одной из задач этапа наблюдения на каждой сессии становится *анализ адекватности выбора групповым терапевтом участника для индивидуальной работы в групповом контексте*, связанный с пониманием групповой темы, точным выбором участника для ее проработки и преодолением группового барьера, препятствующего групповой динамике. Так, например, проработка такой проблемы, как боязнь близких отношений, для участника с выраженными нарциссическими тенденциями, становится эффективной и для участника, и для группы лишь на третьей стадии групповой динамики, характеризующейся конфликтом между потребностями в близости с другими людьми и защитными тенденциями доминирования и контроля.

Другая задача — *анализ фасилитирующих или блокирующих действий терапевта по отношению к терапевтической динамике группы*. (Содержание стадий групповой динамики далее приводится по О. Н. Немиринскому, 1999.)

Первая стадия групповой динамики традиционно рассматривается как группообразующая (социальная задача — достижение первичной сплоченности). Эта задача в некоторой степени ограничивает терапевтические действия группового терапевта. Поэтому его действия должны быть направлены как на достижение групповой сплоченности и ее переживание, так и на распознавание тенденций движения ко второй стадии, где желаемым достижением является самораскрытие, а основными внутренними барьерами, препятствующими его достижению, становятся страх негативной оценки, отвержения и деиндивидуализации.

Супервизор, наблюдающий работу в группе на этой стадии, может поставить перед собой следующие вопросы:

1. Какие терапевтические действия терапевта направлены на достижение групповой сплоченности? Способен ли сам терапевт удерживаться в первичной конфлюэнции с группой?
2. Каким образом групповой терапевт поддерживает тенденцию к самораскрытию?
3. Прорабатывается ли в группе страх отвержения и страх негативной оценки или группа «пробуксовывает», не раскрывая собственных страхов?
4. Есть ли подобные страхи у терапевта и что он с ними делает?

На второй стадии важным становится преодоление этих страхов и самораскрытие, выражение своих чувств и проявление индивидуальности. Перспективная групповая задача — проработка темы ответственности за личные изменения и желаемые изменения ситуации в группе. Особенностью данной стадии является высокий уровень конфронтации между членами группы, а также между участниками и ведущим.

При благоприятном течении данной стадии участники переходят от зависимого поведения к контрзависимому, а в отдельных случаях — к самостоятельному и ответственному. В такие моменты групповому терапевту приходится выдерживать значительную групповую агрессию. Если групповой терапевт в состоянии с этим справиться, группа развивается дальше. В случае подавления терапевтом естественного хода групповой динамики ситуация «зависает» и в группе могут появиться козлы отпущения, на которых направлена агрессия, адресованная ведущему.

В связи с этим основные параметры для наблюдения за работой терапевтов могут быть определены следующим образом.

1. Способность группового терапевта к раскрытию своих чувств по отношению к участникам и групповой ситуации.
2. Возможность распознавать, используя свое эмоциональное состояние, групповое напряжение, связанное с невыраженными агрессивными чувствами участников. Способность отвергать группу и отдельных участников и принимать отвержение. Конкретные случаи блокирования конфронтации, допущенные данным терапевтом. Способность объяснить и отстоять свою позицию в группе.
3. Умение поддержать автономные формы поведения участников.

Третья стадия характеризуется возрастанием доверия, поддержки и самораскрытия и выражением всего спектра человеческих чувств, а также конфликтом темы близости и любви с доминированием и контролем. Склонность к контролю является барьером, базирующимся на ценностях власти и иерархического доминирования. Принятие близости с другими участниками группы блокируется страхом подчинения и зависимости, проявлениями гордости. Перспективной групповой задачей является осознание ценности своего существования в мире, собственной уникальности и ценности встречи с другим.

Эта новая ситуация предъявляет к групповому терапевту другие требования. Супервизор может отметить для себя:

1. Способность терапевта снизить контроль за работой группы и «отойти в тень», присутствуя в случае необходимости.
2. Возможность быть близким в отношениях с участниками группы и ко-терапевтом.

3. Доминирующие проявления терапевта, блокирующие динамику.
4. Способность к поддерживающему группую самораскрытию терапевта.

Если группа дошла до четвертой стадии, то, по-видимому, групповая супервизия была более чем успешной, а терапевты профессиональны и довольны своей работой. Так что супервизировать четвертую стадию, скорее всего, не понадобится...

Следующим этапом работы супервизора является фокусирование.

5.4. Фокусирование

Фокусирование — это взаимодействие супервизора и терапевта, направленное на формирование супервизорского запроса, соответствующего основным задачам и целям супервизии. Так же, как и в индивидуальной терапии, фокусирование заканчивается определением фокуса супервизии, который для супервизии можно обозначить как содержание интереса терапевта, сориентированное по отношению к участникам терапевтического процесса (а также их интеракциям) или групповой системе в целом.

Наблюдая за работой терапевтов, супервизор может отметить наиболее характерные (и часто неосознаваемые) особенности внешних реакций терапевта(ов). Например, один из них на протяжении всей сессии мило улыбается, обращаясь к участникам группы, а второй с напряженным видом переводит взгляд то на одного, то на другого члена группы.

Как они выглядят, закончив работу? Есть ли разница в их облике и состоянии во время работы и после нее? Сменяется ли «милое» выражение лица растерянностью, напряженность позы — ее смягчением, некоторая маскообразность мимики — тревогой во взгляде?.. Каковы их чувства по отношению к данному отрезку работы, довольны ли они собой? Это *первая задача*, решаемая в процессе фокусирования.

Следующий шаг супервизора — определение необходимости супервизии (если это не было оговорено ранее) и ее содержания (если было). Если терапевт(ы) доволен своей работой, выглядит вполне счастливым(и), а происходящее в группе понятно и ему, и супервизору, то можно порадоваться вместе или обсудить планы на будущее.

Если же терапевту(ам) происходящее в группе не совсем понятно, работа сопровождалась значительным дискомфортом и супервизия проводилась по запросу терапевта, супервизор и терапевт(ы) должны понять, *к какому отрезку работы это относится и что происходило в группе в этот период*. Для этого необходимо вспомнить ряд конкретных реплик

участников группы, реплики и действия терапевта(ов), определить групповую тему. Если терапевт(ы) затрудняется все это воспроизвести, могут пригодиться записи супервизора, отражающие реакции и действия терапевта(ов) на происходящее в групповом процессе.

Итак, первая фаза фокусирования касается направления поиска (участник группы, группа в целом, сам терапевт, ко-терапевт) и содержания интереса (суть запроса), то есть фокуса. Решение о фокусе — это ответственность супервизируемого терапевта. При этом супервизор играет вспомогательную роль — роль профессионала, помогающего организовать некое пространство, в котором терапевт может сориентироваться в области своего интереса. После определения фокуса супервизор и терапевт вместе формулируют цель данной супервизии.

Во второй фазе супервизору необходимо получить ответ на вопрос, как именно данный фокус будет способствовать профессиональному развитию конкретного терапевта «здесь и сейчас», на данной стадии его обучения или профессиональной жизни, то есть обозначить его «зоны профессионального роста». Этому посвящается рабочая стадия супервизии. Осознанное решение супервизора касается выделения тех аспектов супервизии, которые будут максимально полезными для данного терапевта, учитывая уровень его профессионального развития на данный момент. Решение об этом является ответственностью супервизора. Определением зоны профессионального роста заканчивается фокусирование и начинается рабочая стадия.

При супервизии с двумя ко-терапевтами у супервизора возникает естественный вопрос: «С кем из ко-терапевтов работать дальше?». Варианты решения этого вопроса супервизором могут быть основаны:

- на решении самих ко-терапевтов;
- на определении того, кто из ко-терапевтов больше заинтересован в получении супервизии (в ком больше энергии);
- на прямом обсуждении этого вопроса с ко-терапевтом, действия которого, по мнению супервизора, блокируют групповую динамику.

Если становится ясно, что фокусом супервизии являются отношения между ко-терапевтами, то супервизор может принять решение работать с двумя ко-терапевтами в режиме энкаунтера, позволяющего прояснить отношения и желания ко-терапевтов по отношению друг к другу. *Очень важно, чтобы прояснение чувств и отношений происходило с учетом группового контекста, что позволит выделить и отдельно рассмотреть явления, относящиеся к феноменам группового переноса, то есть реакции и действия группы по отношению к каждому ко-терапевту.*

Повторимся еще раз, что ответственность за формулирование запроса на супервизию принадлежит терапевту(ам), хотя супервизор так-

же может помочь в этом, конфронтируя со стремлением к однозначной оценке работы, бесполезной для супервизии позицией «скажи мне что-нибудь, а я тебя послушаю...») или поддерживая энергию терапевта и двигаясь в направлении его интереса в режиме поиска.

Таблица 5.1

*Особенности фокусирования,
основной вопрос рабочей стадии супервизии
и зоны профессионального роста
группового гештальт-терапевта*

| Область интереса супервизируемого терапевта (КТО?) | Содержание интереса супервизируемого терапевта (ЧТО?) | Основной вопрос рабочей стадии супервизии (КАК?) | Предполагаемые зоны профессионального роста терапевта (расширение возможностей осознания, профессиональные способности, стратегии и навыки интервенции) |
|--|---|--|---|
| Участник группы | Работа с «трудными» участниками, индивидуальная работа в групповом контексте, индивидуальные переносы, личная динамика участника, особенности интеракций. | Каким образом терапевт, выбирая участника для работы в групповом контексте и работая с ним, блокирует групповой процесс? | <ul style="list-style-type: none"> • Осознание собственных чувств, их связь с поведением и реакциями участника. • Использование собственных чувств в терапевтических целях. • Профессиональное поведение — развитие терапевтических навыков, обучение. • Осознание личной проблематики, влияющей на работу с данным участником, проработка проблем. • Осознание механизма выбора участника для групповой работы. |
| Группа как целое | Групповая ситуация (внутригрупповой и внегрупповой контексты) — стадия развития, интеракции, роли, общегрупповые феномены и т. п. | Каким образом терапевт, работая с группой, препятствует ее контакту с актуальной групповой потребностью? | <ul style="list-style-type: none"> • Процессуальное осознание, то есть феноменологическая картина терапевтического процесса. • Знания и умение ориентироваться в групповой структуре и динамике группового процесса. • Навыки работы со способами регулирования границ контакта в группе (Гронский, 2001). |

| | | | |
|--------------|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Навыки работы с парами, группой в целом. • Осознание собственного влияния на терапевтический процесс и терапевтическую систему в целом. • Осознание сути взаимодействия, ролевых позиций и ожиданий, положения в терапевтической системе в целом. • Развитие возможности выхода за пределы терапевтической системы, изменение поведения терапевта. |
| Сам терапевт | Чувства, профессиональное поведение (терапевтические навыки, знания, влияние на группу, индивидуальный стиль). | Как знания, чувства и личная проблематика терапевта влияет на ситуацию в группе и развитие группового процесса. | <ul style="list-style-type: none"> • Осознание чувств в групповой ситуации, их терапевтическое использование. • Осознание связи профессиональных проблем с личным материалом. • Осознание личной проблематики, влияющей на терапевтический процесс, проработка проблем. • Осознание собственных потребностей и способность позаботиться о себе на терапевтической сессии, а также способность к самоподдержке. • Развитие терапевтических навыков, обучение. • Гармонизация терапевтического стиля. |
| Ко-терапевт | Чувства к ко-терапевту, профессиональное взаимодействие и его влияние на групповой процесс. | Как чувства и отношения с ко-терапевтом влияют на групповой процесс. | <ul style="list-style-type: none"> • Осознание чувств к ко-терапевту. • Влияние чувств к ко-терапевту на профессиональное поведение терапевта, ситуацию в группе. |

5.5. Рабочая стадия супервизии

Целью рабочей стадии супервизии, с нашей точки зрения, может считаться ответ на вопрос: «Каким образом терапевт, работая с группой, отдельным участником или ко-терапевтом, препятствует

контакту группы с актуальной групповой потребностью и как он в дальнейшем может способствовать групповому развитию?». *Основная задача супервизии и состоит в том, чтобы терапевт получил ответ на этот вопрос не от супервизора, а в контакте с супервизором.* Если на супервизорской сессии супервизор поддерживает контакт терапевта с его собственной актуальной потребностью, утраченный в групповой ситуации, то и терапевт восстанавливает свою способность фасилитировать групповое развитие, быть живым и творческим.

Блокирующие действия терапевта могут быть обусловлены недостатком знаний, профессиональных навыков, а также личной проблематикой (которую терапевт может проработать со своим личным терапевтом). Ответ на этот вопрос способствует его профессиональному и личностному росту. На рабочей стадии может быть актуализировано несколько фокусов. Рабочая стадия супервизии может акцентироваться на следующих моментах.

1. На ситуации в группе и отношениях с отдельными участниками.

Такая работа в первую очередь адресована начинающим групповым терапевтам. Она опирается на внутригрупповой контекст — интеракции участников, комментарии и интервенции терапевта, адресуемые отдельным участникам и ситуациям. Данный вид супервизии в большей степени ориентирован на работу с групповой структурой и характеризуется относительно большим объемом дидактических вмешательств. При этом следует помнить, что «супервизоры обязаны провести и сохранять границы между супервизией и другими профессиональными отношениями, например, обучением и руководством» (Кодекс этики и практики супервизоров Британской ассоциации консультирования, 2000).

Супервизия, ориентированная на ситуацию в группе и отношения терапевта с отдельными участниками, может также включать:

- обучение построению терапевтических гипотез;
- исследование внутренней структуры группы, которая определяется положением отдельных участников на определенной стадии терапевтического процесса;
- отслеживание и анализ феноменов группового взаимодействия и ролевой структуры группы;
- изучение личностных особенностей участников группы, определяющих «своеобразную групповую атмосферу, типичные для нее модели взаимодействий и стоящие за ними внутриличностные конфликты» (Пуртова, Трепалина, 2001);

- обсуждение проблем отдельных участников в связи с их реальным поведением в фупповом контексте, а также их способов прерывания контакта;
- особенности работы с определенными категориями участников: молчаливыми на фуппе, монополизирующими время фуппы, «агрессорами», «спасателями» и т. п.;
- особенности тактики терапевта в определенных фупповых ситуациях: открытого конфликта между участниками, конфронтации с терапевтом, молчания, нежелания работать и т. п.;
- обсуждение с терапевтом его удачных и эффективных терапевтических вмешательств.

Результатом работы может стать прояснение для терапевта фупповой сфуктуры, совершенствование навыков работы с фуппой и отдельными ее участниками, осознание личных и профессиональных проблем, а также собственных ресурсных возможностей.

2. На работе с групповой динамикой (для более опытных терапевтов). Терапевт хочет «разобраться» со своими реакциями в фуппе. Супервизия ценфирована на том, *что происходит с терапевтом в контексте группы и его профессиональных действиях в связи с этим:*

- на отношениях и чувствах терапевта в фупповом процессе;
- на отношениях и чувствах терапевта к отдельным участникам фуппы в контексте их реального поведения, проекций на терапевта;
- на определении стадии терапевтической динамики фуппы и эффективной стратегии работы с фуппой;
- на определении фупповой темы и перспективной групповой задачи (потребности);
- на осознании чувств и мыслей терапевта, являющихся основой для выбора профессионального поведения в фуппе в связи с особенностями данного фуппового процесса;
- на действиях терапевта, блокирующих или фасилитирующих фупповую динамику.

Результатом супервизии может стать определение связи чувств терапевта на сессии с его личным материалом, собственными проблемами и офанечениями, «любимыми» способами прерывания контакта, а также определение ресурсов и творческих возможностей.

3. На особенностях терапевтических отношений с группой как целым (особенностях реакций и действий фуппы как целого по отношению к фупповому терапевту, реакциях и действиях фуппового терапевта по

отношению к группе, особенностях группового переноса, работе с данными факторами в долговременной групповой терапии). Групповой терапевт является частью групповой системы и в то же время должен оставаться способным выйти за ее пределы и проводить осознанные терапевтические интервенции.

В данном случае результатом супервизии может стать способность терапевта полнее осознавать действия системных факторов и возможность эффективнее работать с групповой системой.

4. На ко-терапевтическом взаимодействии. Супервизия ориентирована на *прояснение взаимоотношений и чувств ко-терапевтов*. При обсуждении отношений и чувств друг к другу супервизору необходимо учитывать и стадию групповой динамики, и перспективную групповую задачу.

Хорошим результатом может быть достижение согласия относительно стратегий работы, распределения ролей, способов взаимной поддержки и обсуждения разногласий.

5.6. Дидактические аспекты групповой супервизии

Обучение группового терапевта проходит преимущественно в тренинговом режиме. Однако в небольшом объеме (и при осознанном отношении супервизора к нарциссическим тенденциям своего поведения) дидактическая помощь может быть полезной для начинающего терапевта и во время супервизии его работы.

Дидактическая помощь может быть оказана в следующих формах:

- *Подсказка (информирование)*. Затрагивает те области групповой работы, в которых начинающий групповой терапевт еще не имеет достаточной теоретической осведомленности. Подсказка может быть предложена в виде цитаты (если супервизору не лень и хочется выглядеть мудрым) или рекомендации «почитать то-то» (если лень и не хочется).
- *Обучение навыкам групповой работы*. К ним относится побуждение участников к адресным высказываниям («Кому бы ты могла сказать это здесь?»), фасилитация взаимодействия участников, формы конфронтации с группой и отдельными участниками, формы поддержки группы и отдельных участников, умение наблюдать за распределением энергии в группе, сохранение групповых «рамок» (время, оплата терапии, неявки, опоздания, конфиденциальность и другие нормы), тактика работы с «трудными» участниками и т. п.

- *Обучение навыкам анализа групповой ситуации и построения гипотез.* Включает развитие способности к воспроизведению отрезка групповой работы, интерпретации групповых событий, выделение групповой темы, определение стадии развития группы, а также способность к оперированию этой информацией в терапевтических целях. Сюда же относится развитие умения обоснованно и с пользой для группы применять техники и групповые упражнения.
- *Инструкции и задания* могут касаться формы совершенствования какого-либо навыка групповой работы, осознания своих чувств и реакций в групповой ситуации, осознания стереотипов восприятия и действий. Терапевт может получать их как во время работы группы (по договоренности), так и после — для реализации наследующей групповой сессии.
- *Комментарии к работе группового терапевта* относятся больше к профессиональному процесс-анализу и чаще всего используются в тренинговой группе после супервизии.
- *Контроль и оценка действий группового терапевта.* В концентрированном виде осуществляются в ходе профессионального экзамена по окончании обучения.

В конечном счете эффективная групповая супервизия, также как и индивидуальная, должна закончиться обозначением личной проблемы, проработать которую групповой терапевт может на индивидуальной терапевтической сессии, и восстановлением его личных и творческих ресурсов и желания работать с группой, получая от этого большое профессиональное и человеческое удовольствие.

Глава 6

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И СУПЕРВИЗОРСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПЕВТОВ

6.1. Основные характеристики образовательных программ по гештальт-терапии в российском гештальт-сообществе

Как правило, российские образовательные программы по гештальт-терапии ориентированы на соответствующие минимальные тренинговые стандарты E.A.G.T. — Европейской ассоциации гештальт-терапии (Московский гештальт-институт, Московский институт гештальт-терапии и консультирования, Северо-Западный гештальт-центр), FORGE - Международной федерации организаций, обучающих гештальт-терапии (Санкт-Петербургский гештальт-институт) или, как Институт гештальта и психодрамы, проводят образовательные программы под эгидой и с участием тренеров из GATLA — Лос-Анджелесского объединения тренеров по гештальт-терапии. Такие программы состоят из нескольких разделов: условия участия и требования к кандидатам (образование, опыт работы), содержание и продолжительность (темы разделов, семинаров-тренингов, количество учебных часов, посвященных той или иной теме, личной терапии и супервизии) и условия сертификации специалиста.

Требования к кандидатам на участие в учебных программах по гештальт-терапии

Обычно одним из основных требований считается наличие диплома о высшем образовании (как исключение принимаются студенты старших курсов) в области психологии или смежных специальностей: медицины и педагогики (Московский гештальт-институт, Московский институт гештальт-терапии и консультирования, Московский инсти-

тут гештальта и психодрамы, Северо-Западный гештальт-центр). Санкт-Петербургский институт гештальта требует наличие диплома о высшем образовании в области психологии, психотерапии и психиатрии, а участникам программ второго цикла необходим стаж практической деятельности не менее двух лет, а также 200 часов личной терапии, пройденной в течение двух лет.

Содержание и продолжительность обучающих программ по гештальт-терапии

Как правило, такие программы делятся на три основных уровня (ступени): введение в гештальт-терапию, теория и практика гештальт-терапии или совершенствование в гештальт-терапии. Программы третьей ступени обычно ориентированы на формирование знаний и умений в области супервизии и преподавания гештальт-терапии. Минимальный тренинговый стандарт Европейской ассоциации гештальт-терапии составляет 1450 учебных часов, из которых 600 часов посвящены теории и методологии гештальт-терапии. Эти 600 часов не включают чтение соответствующей литературы и тренировочные групповые встречи. Для сравнения: тренинговый стандарт Гештальт-центра в Сиднее (Австралия) предполагает 560-часовую тренинговую программу, рассчитанную на четыре года, 50 часов личной терапии и по крайней мере 25 часов индивидуальной супервизии (см. приложение 2, табл. 1).

Программа первого уровня (ступени) предполагает знакомство с основными понятиями гештальт-терапии, личный опыт знакомства с гештальтом, а также первоначальные навыки в практике консультирования (Московский гештальт-институт, Московский институт гештальт-терапии и консультирования — 120 учебных часов в течение одного года). Знакомство с теорией гештальт-терапии обычно включает основные понятия и принципы гештальт-терапии: поле — организм/среда, феноменологический подход в гештальт-терапии, диалог в гештальт-терапии, осознание, фигура и фон, контакт, граница контакта, цикл опыта, творческое приспособление, теория и функции self, динамика self, утрату эго-функции и основные типы прерывания контакта, парадоксальную теорию изменений, работу с полярностями, творческие методы, работу с рисунком, метафорой, сновидениями, основные стратегии работы гештальт-терапевта, понятие о терапевтической позиции. Кроме того, сюда включена работа с внутренней феноменологией кли-

ента и работа на границе контакта (Московский институт гештальт-терапии и консультирования, Московский гештальт-институт, см. приложение 2, табл. 2).

В некоторых случаях программа первого года обучения (Санкт-Петербургский институт гештальта, Институт групповой и семейной психологии и психотерапии) усилена психотерапевтическими группами (дополняемыми методическим анализом), ее продолжительность составляет до 200 учебных часов в течение года.

Программа второго уровня (ступени) — «Теория и практика гештальт-терапии» (Московский гештальт-институт — 600 учебных часов, вместе с программой первого уровня; Санкт-Петербургский институт гештальта — 400 часов в течение двух лет) — знакомит участников с теоретическими и клиническими аспектами работы гештальт-терапевта. В нее обычно включены клинические аспекты работы — гештальт-терапия невротозов, психосоматических расстройств, депрессий и пограничных расстройств, терапевтические отношения, динамическая концепция личности, стратегии работы гештальт-терапевта с эндогенными расстройствами, семейная и групповая гештальт-терапия, индивидуальный стиль гештальт-терапевта (более подробную информацию о программах вы можете найти на соответствующих сайтах). В дополнение к программе обучающиеся могут участвовать в программах специализации по детской, семейной, групповой терапии и оргконсультированию. На этой ступени проводят терапевтическую работу под супервизией, получают индивидуальную терапию у сертифицированных гештальт-терапевтов и сдают квалификационный экзамен.

Наконец, *программа третьего уровня (ступени)* — «Совершенство в гештальт-терапии» — ориентирована на получение практических навыков тренера, супервизора и преподавателя гештальт-терапии. Иногда программа третьей ступени бывает посвящена специализации в различных областях практического применения гештальт-терапии и гештальт-консультирования (семейная терапия, групповая терапия, оргконсультирование и т. п.).

УСЛОВИЯ сертификации

В качестве примера приведем условия сертификации гештальт-терапевтов Московского гештальт-института и Московского института гештальт-терапии и консультирования.

Московский гештальт-институт:

1. Теоретическая подготовка — 600 часов, в том числе: 14 тематических сессий (420 часов), спецкурсы, специализации, лекции (100 часов), тематическая работа на интенсиве (80 часов).
2. Личная терапия — 135 часов, в том числе: 60 часов групповой терапии, две терапевтические сессии, включенные в программу, 75 часов индивидуальной, из них 50 часов работы с личным терапевтом, 10 часов индивидуальной терапии на интенсиве, 15 часов терапии под супервизией в малых супервизорских группах на 3-м году обучения и далее.
3. Супервизия — 140 часов, в том числе: 4 супервизорские сессии, включенные в программу, из них 1 сертификационная — 120 часов, индивидуальная супервизия в малых группах (тройках) — 15 часов. Супервизия осуществляется преподавателями и участниками программ 3-й степени. Индивидуальная супервизия на интенсиве — 5 часов.
4. Практикум — 200 часов, в том числе: работа в малых группах (тройках) — 100 часов, из них 50 часов - практикум на первом-втором году обучения, 50 часов — под супервизией с 3-го года обучения, описание трех случаев продолжительной работы с клиентами — 100 часов.
5. Написание реферата по клиническому применению гештальт-терапии в своей профессиональной практике (включая теоретическое обоснование).
6. Наличие диплома о высшем образовании в области психологии или смежных специальностей.
7. Демонстрация работы на сертификационной сессии с приглашением независимого тренера.
8. Участие в летнем интенсиве и конференциях.
9. Рекомендация руководителя программы.

При успешном завершении программы и выполнении условий сертификации выдается сертификат Московского гештальт-института, соответствующий стандартам Е.А.Г.Т. (Европейской ассоциации гештальт-терапии) с присвоением квалификации гештальт-терапевта. Промежуточная квалификация гештальт-консультанта (МГИ) предполагает:

- теоретическую подготовку (основы гештальт-терапии, методология практики, профессиональное самосознание) — не менее 200 часов,
- специализацию — 100 часов.

Московский институт гештальт-терапии и консультирования:

1. Участие во всех циклах программы (полное обучение с сертификацией специалиста как гештальт-терапевта, гештальт-супервизора и преподавателя гештальт-терапии составляет 600 часов).
2. Описание трех случаев практической работы с клиентами (в гештальт-подходе). Случаи представляются в виде письменных работ, один из случаев — долговременная работа с клиентом (8-12 страниц), два случая (сессия или консультирование) по 3-5 страниц.
3. Личная терапия — всего 130 часов (из них на 2-й ступени — 80 часов, на 3-й — 50 часов).
4. Работа под супервизией — всего 130 часов (из них 60 часов на 2-й ступени, 70 часов на 3-й).
5. Демонстрация своей терапевтической работы в рамках сертификационной сессии.
6. Протоколы работы в учебных малых группах.
7. Предоставление неофициальной автобиографии.
8. Два года профессиональной практики.
9. Наличие диплома о высшем образовании в области психологии, медицины или смежных областях.
10. Рекомендация руководителя программы.

При успешном завершении программы выдается сертификат «Гештальт-терапевт».

Сертификат Санкт-Петербургского института гештальта (гештальт-терапевт для врачей и специалист в области гештальт-подхода для других специальностей) соответствует продолжительности обучения 600 учебных часов с защитой дипломной работы (объемом 40 — 60 стр.).

6. 2. Супервизия внутри обучающих программ по гештальт-терапии

Включает супервизию пробной терапевтической работы в рамках семинара-тренинга, которая обычно начинается на второй ступени обучения, работу в супервизорской группе обучающей программы под руководством прикрепленного супервизора и индивидуальную супервизию (в том числе на интенсивах по гештальт-терапии).

В данном разделе мы остановимся на супервизии пробной терапевтической работы в рамках тематических семинаров-тренингов второй ступени обучения. Ее целью является развитие терапевтических

навыков гештальт-терапевта, а также интеграция полученных теоретических знаний с практикой терапии.

Наиболее важными навыками терапевта (и гештальт-терапевта в частности) можно считать навыки, относящиеся к «принципу вневходимости терапевта»:

- возможность идентификации с переживаниями клиента;
- осознание чувств и процессов, относящихся к внутренней жизни терапевта в контакте с данным клиентом;
- возможность наблюдения за процессом терапии, включающая навыки осознания своего положения в терапевтической системе, влияния терапевта и клиента друг на друга, распознавания характера терапевтических отношений и ролевой структуры.

Эффективный терапевт путешествует «от одной точки обзора к другой», что создает объемное видение происходящего на терапевтической сессии.

«...Психотерапевты должны научиться оставаться в непосредственной близости с тем, что переживает пациент, для того чтобы это могло оказать на него чувственное воздействие, и в то же время держаться на достаточном расстоянии, в пределах которого терапевт еще может почувствовать, чего же хочет от него пациент. Терапевт должен обнаружить и понять, как быть психологически близким пациенту и в то же время достаточно отдаленным от него, отдаленным и все-таки близким», — пишет аналитик Патрик Кейсмент (1995). И добавляет: «Поддержка от супервизора или аналитика может помочь *«задним числом»* увидеть то, что было упущено на предыдущем сеансе, она также может помочь в предвидении того, с чем еще, возможно, придется столкнуться. Но главное, психотерапевтам нужно развивать способность работать, используя непосредственный (но не мгновенный) *инсайт* в ходе самого анализа».

Поэтому развитие навыков, относящихся к распознаванию параметров терапевтического процесса, должно происходить в обучающей программе в позиции наблюдателя при выполнении специальных упражнений, иллюстрирующих те или иные понятия гештальт-терапии, а также в позиции терапевта, клиента и наблюдателя в тренировочных сессиях в малых группах (по 3-4 человека). Участие в работе такой малой группы помогает уловить разницу в данных позициях и постепенно развить необходимые навыки идентификации, осознания и наблюдения уже в терапевтической позиции. В российском гештальт-сообществе этому обычно посвящены тренинги — семинары первой степени обучения гештальт-терапии.

На второй ступени тренер-супервизор программы предлагает обучающимся участвовать в терапевтических сессиях (внутри группы) в качестве терапевта с последующей супервизией такой работы и обсуждением ее профессиональных аспектов с группой. Как правило, на это сначала решаются неформальные лидеры групп и участники программ с хорошо интегрированной личной и профессиональной самооценкой, а затем к терапевтической работе подключаются остальные. В течение программы каждый из них должен провести не менее двух пробных сессий в группе, что специально отслеживается руководителем программы для оценки профессиональной пригодности кандидата в гештальт-терапевты.

Основные проблемы, касающиеся супервизии терапевтической работы в группе, связаны со страхом оценки терапевтической работы со стороны тренера-супервизора и членов группы, нанесением психологического ущерба клиенту, собственной терапевтической неэффективностью, а также нарциссической ранимостью будущих терапевтов. Учитывая эти тенденции, при супервизии внутри группы (особенно в начале обучения) рекомендуется обращать внимание на позитивные аспекты работы терапевта, а также уделять особое внимание феноменологии терапевтической сессии — как со стороны клиента, так и со стороны терапевта, делая акцент на том, что в ней происходило и каковы возможные особенности ее развития в дальнейшем. Акцентируется способность следить за собственным фокусом осознания и следовать за осознанием клиента, осознание чувств, их связь с поведением и реакциями клиента, внимание к невербальному поведенческому материалу.

После демонстрационных сессий программы первой ступени тренер вместе с участниками группы обсуждает подходящие для данного случая интервенции, стратегии и навыки работы гештальт-терапевта. В дальнейшем, на второй ступени образовательной программы, в ходе супервизорской сессии с участниками программы содержанием работы (по запросу) становится способность к поддержке и конфронтации, применение техник и эксперимента в контексте отношений «терапевт - клиент», идентификация фигуры терапевтической сессии, адекватная осмысленная работа с функциями self и механизмами прерывания контакта, метафорами клиента, способность поддерживать терапевтический диалог.

Ценным дополнением к такой супервизорской работе становится проведение эмоционального шеринга и профессионального процесс-анализа в группе. Такое сочетание позволяет участникам программы устанавливать связи между своими эмоциональными реакциями и те-

рапевтическим процессом, разделять чувства, относящиеся к содержанию проблемы клиента, его реальному поведению на сессии, а также чувства, связанные с работой терапевта и его положением в терапевтической системе. Для супервизора же и шеринг чувств, и процесс-анализ могут стать ценным подспорьем в работе и базой для собственного профессионального развития.

Последние семинары-тренинги образовательной программы по гештальт-терапии нередко посвящаются терапевтическим отношениям, трансференции и контртрансференции, ролевой структуре терапевтической сессии. В связи с этим супервизируемые терапевты проявляют интерес к своему положению в терапевтической системе и бесосознательно принимаемым на себя ролям. Поэтому групповые упражнения, демонстрационные сессии и их последующий разбор в группе, а также супервизорская работа строятся тренером-супервизором с учетом такого интереса.

6.3. Методология работы супервизора в супервизорской группе обучающей программы по гештальт-терапии

Сертификационные требования по гештальт-терапии, предъявляемые к обучающемуся психологу или психотерапевту, включают прохождение им супервидения. Российские программы (Московский институт гештальт-терапии и консультирования, Московский гештальт-институт, Московский институт гештальта и психодрамы) допускают не только в индивидуальное, но и в групповое супервидение. Групповые формы, как правило, характерны для обучающих программ, проводимых в нестоличных городах, что связано с отсутствием института супервизоров и традицией супервизии в российской практической психологии и психотерапии.

Как и индивидуальная супервизорская практика, работа супервизорской группы (проходящая между семинарами-тренингами обучающей программы) нацелена на достижение профессиональной компетентности и профессиональной идентичности гештальт-терапевта. Преимущества групповой супервизии заключаются в экономии времени и денег на обучение (что немаловажно для российской действительности), создании коллегиальной атмосферы, обеспечивающей профессиональную поддержку между обучающимися семинарами-тренингами, получении обратной связи от коллег по группе, получении широкого

спектра профессионального и личного опыта, а для супервизора, работающего в такой группе, — в облегчении наблюдения, так как в данном случае легче отслеживать и сопоставлять собственные реакции на материал сессии и реакции участников группы.

Кроме того, супервизия «...предназначена для того, чтобы обращаться к потребностям клиента и отслеживать эффективность терапевтических вмешательств» (Кодекс этики и практики супервизоров Британской ассоциации консультирования, 2000). Для начинающего терапевта супервизия — это еще и ценная возможность получить профессиональную (да и личностную) поддержку от более опытного коллеги, сформировать устойчивую позитивную профессиональную самооценку. Супервизия также может быть направлена на развитие терапевтом способности к эмпатическому переживанию в терапевтической ситуации, умение обнаруживать свои чувства в контакте с определенным клиентом, используя их для целей терапии. Немаловажно и осознание как ограничений терапевта, так и его ресурсных возможностей.

В целом контекст происходящего в успешном обучении каждого гештальт-терапевта должен сместиться от теоретического знания к практическому, который не сводится только к освоению конкретных практических навыков. Такое знание-делание может быть следствием усвоения гештальт-подхода непосредственно в опыте терапевтической работы и ориентировано на исследование процессов, участником которых является гештальт-терапевт, приобретение навыков анализа терапевтической ситуации, обучение построению терапевтических гипотез и обоснованию интервенций. По разным данным, для сертификации кандидату необходимо набрать от 40 до 130 учебных часов супервизорской практики (включая индивидуальную и групповую супервизию).

Поэтому супервизор, обеспечивающий работу супервизорской группы в обучающей программе по гештальт-терапии, может столкнуться с некоторыми проблемами-задачами:

1. Динамические процессы в супервизорской группе, работающей между фупповыми сессиями, естественным образом продолжаются. В связи с этим для эффективной работы фуппы супервизор должен заботиться об установлении доверительной эмпатической атмосферы, обеспечивая проведение шеринга, прояснения чувств.
2. В связи с теми же динамическими процессами супервизор должен поддерживать приоритет супервизорского формата работы в фуппе. Групповая динамика не должна мешать основной цели работы супервизорской фуппы.

3. И конечно же выполнить основную задачу — провести супервидение с одним из участников группы по поводу случая (при заочной форме) или супервизировать сессию, проведенную в его присутствии (при очной форме).
4. Пользу от супервидения может получить не только непосредственно супервизируемый. Супервизор может побудить группу к процесс-анализу, то есть исследованию процессов, происходящих на терапевтической сессии (очно), давая задания участникам (по желанию) для анализа различных аспектов происходящего.
5. Супервизор может показать участникам группы, как теоретические знания прилагаются к конкретным аспектам работы терапевта.
6. Участники группы на начальном этапе обучения нуждаются в более структурированных супервизорских интервенциях, а на продвинутом — в профессиональном консультировании, обучении обоснованию интервенций, концептуализации опыта.
7. Очень важно, чтобы в такой группе присутствовала атмосфера эмоционального и интеллектуального любопытства, интереса, в которой вопросов может быть больше, чем ясных или однозначных ответов.

Профессиональные требования к супервизору, работающему с группой, включают теоретическую и клиническую *компетентность, опыт* индивидуальной и групповой терапевтической работы, *интерес* к преподаванию и супервидению, опыт супервидения, приобретаемый в обучающей программе по супервидению, а также *способность* сохранять рамки отношений «супервизор — терапевт» в своей работе.

6.4. Процедура работы супервизорской группы

Предлагаемый вариант работы опробован нами в двух обучающих программах по гештальт-терапии. Супервизорская практика для участников программ 2 ступени включает 30 встреч по 2 учебных часа (Московский институт гештальт-терапии и консультирования). Каждый из участников программы должен стать супервизируемым терапевтом в группе не менее двух раз (не исключаются, и даже поощряются, индивидуальные варианты супервидения в другое время).

Правила и рамки работы такой группы обсуждаются каждым супервизором в начале своей работы. С группой заключается *устный контракт*, оговаривающий:

- постоянство состава;
- конфиденциальность;
- различные аспекты ответственности супервизора и участников группы;
- цели работы группы;
- постоянный день работы, регулярность встреч;
- ориентацию на сотрудничество, открытость, отказ от защитной позиции.

Двухчасовая работа в подобной группе включает разогревающую стадию, работу терапевта с клиентом, непосредственно супервизию (очную или заочную), эмоциональный шеринг, профессиональный процесс-анализ.

Начинать работу такой группы можно с прояснения потребностей и ожиданий, обсуждения профессиональной мотивации и профессиональных трудностей, страхов, незавершенных ситуаций, связанных с прошлой работой группы, или фокусирования на вопросах, вызывающих профессиональный интерес. Разогревающая стадия дает возможность терапевту приступить к работе (если работа заранее не планировалась) без обычного в таких случаях защитного напряжения и молчания-страха, адресованного супервизору или членам группы и связанного с ожиданием негативной оценки работы.

Перед сессией участники группы (по желанию) могут получить задания на отслеживание определенных аспектов сессии, стимулирующих терапевтическое видение и навыки профессионального анализа. Например, наблюдать за невербальными параметрами сессии, распределением во времени энергии терапевта и клиента, пересечением контекстов происходящего в жизни клиента и в течение сессии, отслеживать двойные послания клиенту, послания клиента группе, удачные реплики и интервенции, приводящие к продвижению в процессе терапии.

Такие задания, как наблюдение за механизмами прерывания контакта у терапевта и клиента, сопоставление «фасадной» потребности и фигуры-потребности в ходе сессии, определение скрытого послания клиента терапевту, ответ терапевта на это послание, формулирование терапевтической гипотезы (с чем связана проблема клиента), отслеживание ролевой структуры сессии и других особенностей терапевтических отношений, могут стимулировать активное развитие навыков профессионального анализа. Участники могут также сформировать представление о фазах контакта, стадиях сессии, проясненности контекста клиента и терапевтического запроса.

Использование процесс-анализа рассматривается нами как процесс, ведущий к интеграции теоретического и практического опыта,

осознаванию и анализу участниками группы собственных терапевтических вмешательств.

После терапевтической сессии для поддержки клиента и фасилитации осознания участниками группы своих эмоциональных реакций и поведения небольшой и заранее оговоренный отрезок времени отводится эмоциональному шерингу.

Следующий отрезок отводится непосредственно супервиздению. Эта часть работы (описана в главе 3) продолжается по договоренности от 20 до 30 минут.

В завершение работы супервизорской группы ее участники имеют возможность высказать свое мнение о происходящем, предложить свою интерпретацию групповых событий, оценить альтернативные возможности супервиздения или еще каким-либо образом интегрировать полученный в группе опыт.

6.5. Основные педагогические и супервизорские проблемы обучения гештальт-терапевтов

В российском гештальт-сообществе исторически сложилось так, что большинство участников образовательных программ по гештальт-терапии составляют психологи. Именно им в отличие от врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов (у которых всегда имеется возможность (и соблазн) помочь пациенту хотя бы медикаментозно) после окончания вуза не хватает практических навыков психотерапии, именно они чаще всего сталкиваются с тем, что одно лишь знание тех или иных разделов психологии не помогает эффективно работать с реальным клиентом. Кроме того, им не приходится преодолевать стереотипы медицинского (и в целом нозоцентрического и патерналистского) подхода к пациенту или клиенту как к больному. Психологический подход в психотерапии является для них прямым продолжением психологического образования в вузе.

В отличие от психологов врачам, участвующим в образовательных программах по гештальт-терапии, приходится вначале сталкиваться с противоречиями между медицинским и психологическим подходами к терапии (Зелексон, 2002). Собственный опыт автора также свидетельствует о том, что медицинские знания в начале обучения являются для врача барьером, который нужно преодолевать, и лишь после этого

становятся опорой в работе с пациентами, имеющими пограничные личностные расстройства, депрессивные состояния, разного рода зависимости и психотические расстройства.

По свидетельствам врачей, участвующих в образовательных программах по гештальт-терапии, основными трудностями при обучении гештальт-терапии являются:

- стереотипы, связанные с обязательностью постановки диагноза при обращении за помощью, склонность к «игре в диагнозы» даже по отношению к здоровым людям;
- стереотипы, определяющиеся авторитарной позицией врача, который «обязан знать» и назначать лечение;
- трудности при переживании бессилия, обусловленные с профессиональной позицией «спасателя»;
- трудности, связанные с периодом неопределенности и незнания в работе с каждым клиентом, собственными личностными ограничениями в терапевтической работе, ранее преодолеваемые путем выписывания препаратов и медицинских советов;
- трудности с профессиональной самоидентификацией в рамках лично-стно развивающих терапевтических подходов (не ориентированных на применение технологий).

Перечисленные трудности нередко становятся осознаваемой или неосознаваемой причиной ухода из образовательной программы (в последнем случае в качестве объяснения чаще всего ссылаются на недостаток материальных средств или разочарование в методе). К сожалению, в некоторых случаях для интеграции теоретических знаний в области гештальт-терапии недостаточно одной только трехлетней образовательной программы, и даже врачи, сдавшие сертификационный экзамен, со временем возвращаются «на рельсы технологической ориентированности».

В связи с этим существует необходимость индивидуальной динамической оценки профессионального продвижения специалистов с медицинским образованием (а также других специалистов с аналогичными проблемами) в рамках образовательной программы по гештальт-терапии. Руководитель программы может рекомендовать дополнительные супервизорские сессии, посещение определенных тематических тренингов-семинаров и мастерских, не входящих в обязательную программу (например, «Терапевтическое бессилие», «Терапевтические игры», «Ресурсы творческого несовершенства» и т. п.).

Существенную роль в становлении гештальт-терапевта играет мотивация к обучению. По мнению Е. Косыревой (гештальт-терапевта,

тренера Московского института гештальт-терапии и консультирования), наиболее эффективно обучаются участники профамм, имеющие как профессиональную («хочу стать психотерапевтом»), так и личную мотивацию («справиться со своими личными проблемами»). Участники, имеющие только личную мотивацию (чаще всего врачи других специальностей или не психологи) заканчивают образовательную профамму «для себя», не занимаясь реальной терапевтической работой и не меняя специфику своей профессии в дальнейшем. Одна только профессиональная мотивация, при отсутствии личной, нередко приводит к разочарованию в новом методе, поиску «более эффективного» и уходу из образовательной профаммы. Такие участники не получают сертификат гештальт-терапевта и в связи с отсутствием личной терапии или супервизорского сопровождения их терапевтической работы.

Еще одной проблемой обучения гештальт-терапии являются участники с неглубокими пофаничными личностными расстройствами (как правило, нарциссическими, паранойяльными или шизоидными). Личный педагогический и супервизорский опыт автора свидетельствует о том, что неглубокие шизоидные расстройства чаще всего компенсируются регулярной личной терапией (в рамках профаммы), тогда как участники профамм с пофаничной нарциссической или паранойяльной структурой личности становятся настоящей «головной болью» тренера. Они обычно не уходят из профаммы по собственной инициативе (высокомотивированы), но к моменту ее окончания не могут достичь достаточного уровня профессиональной и личной компетентности. Личная терапия и супервизия в объеме, соответствующем требованиям профаммы, не в состоянии обеспечить необходимой компенсации личностных расстройств. В связи с этим возникает необходимость заключать контракты с участниками образовательных профамм, которым руководитель программы может или рекомендовать завершить обучение на первой ступени, или оговорить право увеличить обязательное количество часов личной терапии и супервизии.

Необходимость в таких мерах отпадает при более тщательном отборе участников профаммы. Так, кандидаты в профамму Института гештальт-тренинга в Сиднее (Gestalt Training Institute Sydney, приложение 2, табл. 1) в течение предварительного фуппового тренинга должны продемонстрировать наличие некоторых фундаментальных личностных способностей независимо от профессионального уровня и академической успеваемости:

- способность к размышлению и обучению посредством опыта;
- отношения с другими людьми, основанные на уважении и взаимности;

- понимание того, как влияют собственные поступки на других людей;
- любознательность и готовность к изменению существующих убеждений и верований по отношению к себе и другим;
- открытость к обратной связи от других людей по поводу своих достоинств и недостатков;
- принятие позиции ответственности во время тренингов;
- способность справляться с различными требованиями, включая выполнение финансовых обязательств, полноту выполнения требований обучающей программы, активное участие в экспериментальном образовательном процессе;
- понимание и демонстрацию этичного поведения: конфиденциальность, уважение к другим и т. п.

Препятствием к обучению и получению супервизии нередко бывают и личностные проблемы участников, связанные с неспособностью принимать профессиональную и личную поддержку, а также проблемы, обусловленные сиблинговым соперничеством или необоснованными ожиданиями от супервизора. В некоторых случаях препятствием становится предыдущий опыт супервизии в других терапевтических подходах, ориентированных не на супервизорский запрос терапевта, а на передачу супервизором собственного впечатления и своих представлений о терапевтической сессии. В целом же участникам образовательной программы очень важно понять, что супервизия - это важная часть заботы терапевта о самом себе (Ховкинс, Шохет, 2002).

Одной из главных целей супервизорского сопровождения образовательной программы по гештальт-терапии является формирование устойчивой профессиональной самооценки, базирующейся на интеграции полученных теоретических знаний и практического опыта терапии. Это становится возможным только при условии прохождения участниками программы личной терапии (приобретение собственного клиентского опыта) и ведения терапевтической работы или консультирования. Двухлетний опыт практической работы гештальт-терапевта (необходимый для сертификации) с обязательной супервизией, работа с клиентами, ориентированными, помимо решения конкретных проблем, на собственное личностное развитие, помогают начинающему гештальт-терапевту благополучно пройти все необходимые стадии становления от «Я не терапевт...», через «Терапевт ли я?» к «Я — терапевт!» и «Я — хороший терапевт!».

Конечно, такое профессиональное развитие не происходит линейно и имеет свои сложности, обусловленные личностными особенностями участника программы, условиями их жизни и наличием достаточно-

го количества клиентов (или клиентских групп). В сертификационных требованиях российских образовательных программ по гештальт-терапии не определено необходимое для сертификации число клиентов. В результате сертифицированным терапевтом может стать участник программы, за два года работавший только с тремя клиентами и написавший требуемое число (3) клинических рефератов. На наш взгляд, для получения сертификата терапевт за два года должен провести не менее 100 терапевтических сессий с 20-25 клиентами, отразив в индивидуальном дневнике их даты, темы и краткое описание работы. Обязательная программа и сертификационные требования также должны быть скорректированы в сторону увеличения количества супервизорских часов (как минимум 20 часов индивидуальной супервизии и не менее 45-50 учебных часов групповой супервизии в течение двух лет).

Личную терапию участник программы, с нашей точки зрения, должен проходить только с одним терапевтом (рекомендованным руководителем программы по гештальт-терапии). Несоблюдение этого условия приводит к тому, что участники программ с такими проблемами, как проблемы отношений с авторитетными фигурами или страх выражения агрессии, на пике развития терапевтических отношений уходят к другому терапевту. В итоге основной конфликт остается не проработанным, так как для его развития и проявления в отношениях с другим терапевтом вновь необходим определенный период времени.

Сравнивая образовательные программы по гештальт-терапии в российском гештальт-сообществе (см. приложение 2, табл. 1 и 2) с программами европейских, американских и австралийских гештальт-институтов и центров (приложение 2, табл. 1 и 2), можно сделать некоторые выводы и дать рекомендации по оптимизации структуры и содержания образовательных программ.

1. Продолжительность базовой образовательной программы по гештальт-терапии в российских и нероссийских программах примерно одинакова и составляет 3-4 года (первая ступень — «Основы гештальт-терапии», вторая ступень — «Совершенствование в гештальт-терапии»). В некоторых программах второй ступени (Gestalt Institute of Cleveland, Gestalt Institute of the Rockies) основной упор делается на специализацию (работа с семьями, детьми, группами или оргконсультирование). Тренинговая часть программ также примерно одинакова по продолжительности и составляет в среднем от 300 до 600 учебных часов.

2. С нашей точки зрения, несомненным позитивным фактором является фокусирование многих образовательных программ на получении личного клиентского опыта и личной терапии в течение первого года обучения (Sydney Gestalt Centre, The Center for Humanistic Psychology &

Counselling at Exeter College, Gestalt Therapy & Training Centre Gestalt Association of Queensland Inc., Санкт-Петербургский институт гештальта, Институт групповой и семейной психотерапии). Это позволяет отбирать на вторую ступень обучения, во-первых, более подготовленных и мотивированных участников, а во-вторых, и более перспективных в плане развития личной и профессиональной компетенции.

3. Во всех западных образовательных программах обязательным элементом обучения является индивидуальная и групповая супервизия (от 20 до 200 часов). Кроме того, эти программы предоставляют участникам возможность получения супервизии в режиме Internet, а также в режиме разбора аудио- или видеозаписи терапевтической сессии. Такие записи составляют часть портфолио терапевта и дают возможность последовательно оценивать динамику его терапевтических навыков и сосредоточиться на развитии необходимых умений. Только при этом важнейшем для становления гештальт-терапевта условии возможна его сертификация. Отсутствие института супервизии в российской психотерапии, связанное с особенностями развития российской психотерапии, приводит к тому, что сертификация терапевтов проводится только на основе участия в супервизорской группе (коллегальная супервизия или супервизия под руководством сертифицированного супервизора). В связи с этим дальнейшая структура образовательной программы по гештальт-терапии должна изменяться в сторону появления и увеличения продолжительности индивидуальной супервизии (очной или заочной).

4. Многие образовательные программы фокусируются на интеграции теоретических знаний по гештальт-терапии с практикой работы гештальт-терапевта. Обязательным для сертификации является предоставление личного дневника с описанием своего опыта личного и профессионального развития (Gestalt Training Institute Sydney), письменных эссе, интегрирующих теоретические знания с практикой работы в избранной области гештальт-терапии (Gestalt Training Institute Sydney, Sydney Gestalt Centre), теоретического реферата, посвященного исследованию какой-либо темы (Московский институт гештальт-терапии и консультирования), резюме прочитанной литературы по гештальт-терапии от 500 до 1000 слов (Gestalt Training Institute Sydney), письменных работ, в которых с позиций гештальт-подхода описывается работа с 3 — 5 клиентами (почти все российские программы), диссертации (Gestalt Therapy & Training Centre, Gestalt Association of Queensland, Inc.).

Вместе с тем наш опыт супервизии в рамках образовательных программ по гештальт-терапии свидетельствует о недостаточной способности участников к концептуализации терапевтического опыта к концу

обучения. Для ее повышения нам кажется необходимым дополнительно ввести обязательные для сертификации специалиста ежегодные резюме прочитанной литературы по гештальт-терапии и другим разделам психотерапии, а для участников второго и третьего года обучения еще и эссе, посвященное тому или иному разделу гештальт-теории с практическими иллюстрациями из своего терапевтического опыта.

5. Некоторые базовые образовательные программы обращают внимание на формирование индивидуального терапевтического стиля гештальт-терапевта (Московский институт гештальта и психодрамы, Gestalt Institute of Melbourne). Для его становления необходимо, чтобы участники программ имели возможность видеть различные стили работы других терапевтов. Например, некоторые циклы образовательной программы могут вести другие тренеры (Московский институт гештальт-терапии и консультирования); кроме того, в перечень обязательных требований для сертификации может быть включено участие в конференциях и интенсивах по гештальт-терапии (Московский гештальт-институт, Институт гештальта и психодрамы). Терапевтическому стилю может быть посвящен также отдельный цикл в конце обучающей программы по гештальт-терапии.

6.6. Экспертная оценка основных навыков и способностей гештальт-терапевта

Такая оценка производится обычно в процессе сертификационного экзамена. Терапевт работает с клиентом (1-2 сессии по 30 минут) в условиях очной супервизии, а затем супервизор проводит 30-минутную супервизорскую сессию, в течение которой выясняет заинтересованность терапевта в супервизии, способность сформулировать супервизорский запрос, выделив свои трудности в работе, способность быть открытым для супервизии и получать от нее пользу.

В качестве основных параметров для профессиональной оценки готовности участника программы к самостоятельной работе на сертификационном экзамене могут рассматриваться следующие:

- умение терапевта побудить клиента к выявлению и формулированию терапевтического запроса;
- способность сохранять терапевтическую позицию в течение сессии;
- осознание терапевтом собственных чувств, их связи с поведением и реакциями клиента;

- профессиональное поведение: использование соответствующих случаю интервенций, стратегий и навыков. Это адекватные представления о поддержке в гештальт-терапии, способность к поддержке и конфронтации, своевременное применение техник и эксперимента в соответствии с содержанием сессии, умение работать в контексте отношений «терапевт — клиент», умение распознавать пересечение контекстов «там и тогда» (особенности поведения клиента в определенной жизненной ситуации) и «здесь и сейчас» (особенности поведения клиента на сессии), адекватная осмысленная работа с функциями self и т. п.;
- осознание своих личностных границ, свободное движение в системе «контакт — уход»;
- осознание характерных способов прерывания контакта у клиента и себя самого;
- использование собственных чувств в терапевтических целях;
- способность к феноменологическому описанию терапевтического процесса при работе с супервизором;
- осознание связи профессиональных проблем с личным материалом;
- осознание собственного влияния на терапевтический процесс и терапевтическую систему в целом;
- осознание собственных потребностей и способность позаботиться о себе в ходе терапевтической сессии;
- осознание сути взаимодействия, ролевых позиций и ожиданий, своего положения в терапевтической системе в целом;
- осознание альтернативных возможностей взаимодействия и вариантов работы в терапевтической и супервизорской сессии;
- возможность выхода за пределы сложившейся терапевтической системы, гибкость поведения терапевта;
- умение описать терапевтический процесс с позиции гештальт-подхода (используя понятия гештальт-теории), сформулировать терапевтическую гипотезу.

Разумеется, мало кто из начинающих терапевтов в состоянии продемонстрировать все указанные навыки и умения в течение тридцатиминутной терапевтической и супервизорской сессии. Поэтому в данной ситуации супервизору-экзаменатору очень важно иметь свою систему приоритетов и допущений, помнить об обстоятельствах собственного сертификационного экзамена и о том, что его супервизия — это *работа для психотерапевта* и ее основной смысл — это *служение терапевтическому пространству* (Шохет, 2000).

ПОСЛЕСЛОВИЕ

«Нейтральной книги по супервидению быть не может. Как терапия, так и супервидение погружают нас в мир ценностей, идей и страстей», — пишет Энтони Уильяме в своей книге «Вы — супервизор...» (2001, с. 9).

Это, конечно, касается и прочитанной вами книги. Она рассказывает и о супервизии, и о моей профессиональной жизни, и об опыте работы... Я пытаюсь осмыслить этот опыт и описать его так, чтобы гештальт-терапевты могли его использовать. Для меня, профессионального преподавателя и тренера, образовательный контекст супервизии очень важен.

Но еще больше интересуют меня поддержание психологического здоровья, полноты жизни, профессионального интереса и получение удовольствия от своей работы. Как и другие мои коллеги, обучающиеся «гештальту» через собственный опыт, я честно прохожу через все «положенные» профессиональные трудности: мои надежды и стремление «к грандиозным свершениям» сменяются вполне обоснованными сомнениями в профессиональном совершенстве, порой я испытываю серьезные физические перегрузки и просто плохо себя чувствую, накапливаются домашние проблемы, которые настоятельно требуют своего разрешения... Как жить в этой обычной профессиональной жизни по возможности полно и счастливо?

На мой взгляд, высокое качество профессиональной жизни обеспечивают безопасность, умение обращаться со своим несовершенством, а также профессиональная поддержка, способность видеть очевидное и удивляться. Кроме того, в жизни супервизора есть масса профессиональных радостей - радость от появления чего-то нового в своей работе или работе терапевта, способность юмористически воспринимать терапевтическую или супервизорскую ситуацию, азарт поиска и удовольствие восприятия эстетических или творческих моментов терапии или супервизии, радость игры и встречи с кем-то совсем иным, чем ты сам.

В самом начале супервизору следует выстроить безопасные отношения со своей организацией (права и обязанности, содержание отчетов и т. п.), а потом и с супервизируемыми терапевтами. Основой теплых и доверительных отношений будет эмоциональная открытость супервизора, его личная теплота и доступность. В таком случае супервизируемый терапевт на своем опыте, а не в теории понимает, что его

откровенность полезна для обучения. Все это базируется на таком фундаменте отношений, как контракт, описывающий правила взаимодействия терапевта и супервизора.

Еще одна большая проблема профессиональной жизни - умение обходиться со своими нарциссическими тенденциями. Практически в любой книге, посвященной супервизии, мы можем найти длинный список профессиональных качеств супервизора. Это эмпатия, открытость, естественность, гибкость, сензитивность, ясность в высказываниях, интерес к работе и людям, чувство юмора, знания и компетентность, умение сотрудничать, ответственность, этичность действий, многоплановость восприятия терапевтической и супервизорской ситуации, способность работать транскультурально, умение управляться со своей тревогой, чувствительность к более широкому контексту, адекватное использование власти, экологичность, терпение, безусловное позитивное принятие, искренность, конгруэнтность, забота о терапевте...

И это далеко не все! Наверное, где-нибудь, в какой-нибудь дальней стране, такие чудесные супервизоры существуют. Но постоянное сравнение себя с этим идеальным образом особого вдохновения не приносит. Уже неполный список этих качеств наводит нас на грустные мысли о своем несовершенстве. А может быть, это и есть тот самый грандиозный идеализированный образ, дважды отчужденный, по словам Карен Хорни, «от реального Я и от реального мира», живущий только в нас и наших книгах?.. В существовании этого идеального образа есть своя хитрость — быть хорошим терапевтом или супервизором означает постоянно осознавать и по-доброму относиться к своему несовершенству, неудачам в работе, ошибкам... А значит, особенно важно, чтобы все эти переживания компенсировались удовольствием от своей работы, включающим и разные чувства, и умение замечать смешные стороны многих ситуаций, и азарт поиска, и тепло человеческих отношений.

Умелое обращение со своим нарциссизмом предполагает исследование собственной профессиональной мотивации. Как именно вы захотели стать супервизором? Насколько эта мотивация определяется вашими неразрешенными конфликтами и неосознанными потребностями? Или так легче поддерживать высокую самооценку, вызывая зависть и восхищение супервизируемых терапевтов? Административные и педагогические аспекты работы супервизора «цепляют» неразрешенные проблемы власти и всемогущества («Я могу многое дать вам, дети мои...»).

А может быть, супервизором быть безопаснее, чем терапевтом? Или таким образом проявляется наше желание быть нужным?.. Это жела-

ние, к счастью, не всегда является серьезной психологической проблемой, если оно проработано в личной терапии и имеет осознаваемые границы: использовать накопленный опыт так, чтобы терапевту было полезно, получать от этого удовольствие и радоваться совместной работе. Поддержка других в их профессиональном росте - один из источников самоподдержки супервизора.

Но и сам супервизор нуждается в поддержке других профессионалов. Кто позаботится о супервизоре и как супервизору позаботится о себе, любимом? Можно, конечно, долго и бесплодно ругать несовершенство существующей системы профессиональной поддержки в психотерапии и тех, кто ее нам до сих пор не обеспечивает. Но супервизор, ответственно относящийся к профессиональной поддержке и самоподдержке, в состоянии обеспечить ее себе сам.

Во-первых, он может проводить мониторинг своей профессиональной работы, например, делать записи супервизорских сессий. Даже прослушивание аудиозаписей дает возможность по-новому услышать себя и терапевта, заметить упущенные возможности, осознать свои чувства и мысли, вспомнить забытые реплики. Просмотр же видеозаписей предоставляет несравнимо более богатый материал для улучшения собственной работы, осознания собственного супервизорского стиля, основных тенденций и стереотипов. Аудио- или видеозаписи, как и очная супервизия супервизии (при отсутствии официального супервизора — просто с коллегой, «имеющим глаза и уши»), помогут сохранить в себе профессиональный исследовательский интерес, а встреча с супервизором еще и удовлетворит потребность в присутствии другого человека, его ободрении и ином взгляде на ситуацию.

Во-вторых, любой профессионал может организовать группу взаимной поддержки, состоящую из коллег-супервизоров или терапевтов с большим опытом работы. И тогда практикующий гештальт-супервизор получит реальную возможность не только услышать одного коллегу, дающего ему обратную связь, но и создать для себя объемную (с множеством мнений, идей, оценок и реакций) интеллектуальную и эмоционально заряженную ситуацию профессионального обсуждения.

В-третьих, каждый из нас может прийти за помощью к своему личному терапевту, профессионально-бережно обращаясь со своим душевным состоянием и здоровьем. Ну и конечно, никто не отменял эмоциональной поддержки друзей и близких, совершенно непрофессионально, но уверенно заявляющих: «Ты это все себе придумал!» или «Увидишь, завтра все будет по-другому!»

Так в чем радости моей профессиональной жизни? Не буду рассуждать! Интереснее, какая у меня на этот счет имеется визуальная мета-

фора. Какая же будет первой?.. Я ее еще не вижу, но пытаюсь найти... Сейчас, сейчас... Ага, вот она!

Я вспоминаю белый песок Онежского озера в 1985 году... скальные острова и сосны, чудом цепляющиеся за камень, золотистый закат, на фоне которого все это становится волшеббно-графическим... Наша туристская компания увлеченно играет в волейбол (вы же понимаете, что все при этом стоят кружочком и внимательно смотрят друг на друга). Смех, звонкие удары мяча, возгласы досады из-за пропущенной подачи (надо было по-другому!), комментарии (обратная связь!), дружеские советы «а ты делай вот так!» и жесты поддержки, мелкое жульничество (сопротивление!) и падения на песок (опора на реальность...). Ну, чем не супервизорская группа?.. Теперь я точно знаю, что мне нравится в супервизии больше всего. (Интересно, а какие метафоры у других супервизоров и терапевтов? Обязательно спрошу участников супервизорской группы...)

Терапевтическая работа, особенно в гештальт-терапии, сама по себе развивает любопытство и интерес к процессу, который *происходит*. В этом смысле супервизорская практика вдвойне интересна, потому что сочетает в себе два процесса, которые связаны между собой... А чем — вот это и любопытно найти! Акцент на *поиске*, а не на результате помогает получать еще и интеллектуальное удовольствие...

В супервизорской практике всегда есть масса интересных вопросов. Насколько я свободен или чем ограничен в своей профессиональной жизни? Каковы мои профессиональные ожидания и надежды? Позволяю ли я себе заранее ничего не знать, не торопиться и дать проявиться чему-то, пока неясному и неотчетливому?

«Неведомое, — тихо звучал в лесу голос Фейкса, — непредсказанное, недоказанное — вот на чем основана жизнь. Лишь неведение пробуждает мысль. Недосказанность — вот основа для любого действия» (Урсула Ле Гуин «Левая рука тьмы»).

Найти ответы на вопросы конечно же важно. Но, может быть, самое главное для супервизора — научиться ставить эти вопросы самостоятельно... Возможно, в этом и состоит то самое настоящее профессиональное развитие.

Ирина Булюбаи

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУПЕРВИЗОРОВ И СУПЕРВИЗИРУЕМЫХ* (ОПРОСНИКИ)

Опросник супервизорских стилей (Friedlander & Ward, 1984)

Следующие слова описывают черты и стили супервизоров. Пожалуйста, оцените свое восприятие супервизора. Поставьте ваш ответ в пустую ячейку справа от каждого слова, используя шкалу от 1 до 7 баллов.

| | Не очень | | | | | | Очень |
|-----------------------|-------------|----|---|---|---|----|-------|
| Баллы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Целенаправленный | О | | | | | О | |
| Восприимчивый | | МС | | | | О | |
| Конкретный | О | | | | | О | |
| Ясный | О | | | | | МС | |
| Энтузиаст своего дела | | Р | | | | Р | |
| Практичный | О | | | | | Р | |
| | | | | | | О | |
| | | | | | | О | |
| | | | | | | О | |
| | | | | | | МС | |
| | | | | | | Р | |
| | | | | | | Р | |

* Текст опросников приводится по Висконсинскому тренинговому проекту по клинической супервизии, 1998.

Указанные здесь опросники приводятся для знакомства с системами оценки профессиональных качеств супервизора и супервизируемого, но при их практическом использовании необходимо разрешение авторов. В связи с этим конкретные методики (нормы, коэффициенты и т. п.) оценки по каждому из опросников здесь не изложены. Кроме того, работа с данными опросниками предполагает несколько этапов языковой и культурной адаптации каждого (см. А. А. Новик, Т. И. Ионова (2002) Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб: Издательский дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС: Звездный мир).

| | | |
|-------------------|----|--|
| Интуитивный | МС | |
| Рефлексивный | МС | |
| Структурированный | О | |
| Дружественный | Р | |
| Гибкий | Р | |
| Оценивающий | О | |
| Предписывающий | О | |

| | |
|-----------------|----|
| Ресурсный | МС |
| Вкладывающийся | МС |
| Терапевтический | МС |
| Уверенный | Р |
| Внушает доверие | Р |
| Теплый | Р |

Супервизорские стили

Ориентированный на решение задачи (О): целенаправленный, конкретный, ясный, практичный, структурированный, оценивающий, предписывающий, дидактичный, тщательный, фокусирующийся — всего 10 пунктов.

Межличностно-сензитивный (МС): супервизор опекает, обладает восприимчивостью, интуицией, рефлексией, креативностью, ресурсностью, терапевтичностью, высокой способностью вкладываться в процесс — всего 8 пунктов.

Располагающий стиль (Р): супервизор приятен в общении, дружелюбен, гибок, открыт, уверен, внушает доверие, проявляет теплоту и поддержку — всего 7 пунктов.

Оценка супервизора консультантом (Bernard, 1976, 1981)

Обведите кружочком балл, соответствующий вашему мнению о вашем супервизоре.

Мой супервизор:

| | Полностью согласен (1) | | | Полностью не согласен (7) | | | |
|--|------------------------|---|---|---------------------------|---|---|---|
| Обеспечивает мне полезную обратную связь относительно моего поведения во время работы. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Делает супервизию конструктивным обучающим процессом. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | |
|---|---------------|
| Оказывает мне конкретную помощь в тех областях, которые требуют доработки. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Обращает внимание на вопросы, связанные с моим беспокойством о себе как о профессионале. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Помогает мне сфокусироваться на новых альтернативных стратегиях консультирования, которые я могу использовать со своими клиентами. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Помогает мне обратить внимание на то, как мое поведение во время консультирования влияет на клиента. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Поощряет меня применять альтернативные навыки консультирования. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Адекватно структурирует супервизию. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Акцентируется на развитии моих сильных сторон и способностей. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Побуждает меня находить решения, ответы на вопросы и техники, которые в будущем могли бы стать полезными в процессе консультирования. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Побуждает меня активно включаться в супервизорский процесс. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Принимает и уважает меня как личность. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Адекватно рассматривает вопрос об аффекте в моих консультационных сессиях. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Адекватно рассматривает вопросы содержания моих консультационных сессий. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Мотивирует меня оценивать мое собственное поведение во время консультирования. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Делится опытом. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Полезен при анализе письменных сообщений (о сессии). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Может воспринять обратную связь от консультанта. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Помогает мне уменьшить защитное поведение в супервизии. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Соответствующим образом подготавливает меня к следующей супервизорской сессии. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Помогает мне прояснить цели консультирования. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Дает мне возможность обсуждать основные трудности, которые встречаются в работе с клиентами. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| Поощряет меня к новым способам концептуализации в работе с клиентами. | 1 2 3 4 5 6 7 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Мотивирует и поощряет меня. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Побуждает меня к точному различению мыслей, чувств и целей у меня и у клиента во время консультирования. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Дает мне возможность обсуждать личные вопросы, связанные с консультированием. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Является достаточно гибким, позволяя мне быть спонтанным и креативным. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Обращает внимание на значение и последствия определенных типов поведения в моем подходе к консультированию. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Дает рекомендации для развития моих консультационных навыков. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Поддерживает меня в использовании новых и разнообразных приемов, соответствующих ситуации. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Помогает мне обозначать и достигать собственных конкретных целей во время стажировки (практики). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Дает мне полезную обратную связь. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Помогает мне собрать относящиеся к делу данные о «случае» для планирования целей и стратегий в работе с клиентом. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Помогает мне развивать навыки обсуждения и достижения инсайта с помощью записей (аудио) консультационных сессий. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Позволяет и поощряет меня оценивать самого себя (как консультанта). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Помогает мне чувствовать себя свободно в супервизорском процессе. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Адекватно обращается с межличностной динамикой между ним и мной (консультантом). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Побуждает меня выражать мнения, вопросы и интерес, связанный с моим консультированием. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Объясняет критерии оценки ясно и в поведенческих терминах. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Справедлив в оценке моих действий как консультанта. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Опросник для супервизируемого (Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии, 1998)

Обведите кружочком цифру ответа, соответствующую вашим представлениям о супервизии, которую вы получаете.

1. Как Вы оцениваете качество супервизии, которую Вы получаете?

| | | | |
|----------|---------|--------------------|--------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Отличное | Хорошее | Удовлетворительное | Плохое |

2. Получается ли супервизия такой, как Вы хотите?

| | | | |
|-----------------|-----------|------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Определенно нет | Не совсем | В целом да | Определенно да |

3. В какой степени супервизия соответствует Вашим потребностям?

| | | | |
|---|---|--|--|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Почти все мои потребности удовлетворяются | Большинство моих потребностей удовлетворяется | Только некоторые мои потребности удовлетворяются | Никакие мои потребности не удовлетворяются |

4. Если бы Ваш друг нуждался в супервизии, рекомендовали ли бы Вы ему своего супервизора?

| | | | |
|-----------------|---------------|--------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Определенно нет | Наверное, нет | Наверное, да | Определенно да |

5. Насколько Вы удовлетворены количеством супервизии, которую Вы получили?

| | | | |
|--------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Очень удовлетворен | В основном удовлетворен | В основном не удовлетворен | Не удовлетворен |

6. Насколько эффективно супервизия, которую Вы получаете, помогает Вам справляться с ролью консультанта или терапевта?

| | | | |
|------------------------------|------------|-----------|----------------------------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Определенно да (помогает) | В целом да | Не совсем | Определенно нет (не помогает) |

7. В целом, по общему ощущению, насколько Вы удовлетворены той супервизией, которую получаете?

| | | | |
|--------------------|----------------------------|---|-----------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Очень удовлетворен | В основном удовлетворен | Безразличен или слегка неудовлетворен | Не удовлетворен |

8. Если Вы снова будете искать супервизора, вернетесь ли Вы к прежнему?

| | | | |
|-----------------|------------------|--------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Определенно нет | Наверное, нет | Наверное, да | Определенно да |

9. Чувствуете ли Вы, что Ваш супервизор помогает Вам чувствовать себя более свободно в супервизорском процессе?

| | | | |
|-----------------|------------------|--------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Определенно нет | Наверное, нет | Наверное, да | Определенно, да. |

10. Чувствуете ли Вы, что Ваш супервизор способствует тому, чтобы процесс супервизии был для Вас конструктивным и обучающим?

| | | | |
|-----------------|------------------|--------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Определенно нет | Наверное, нет | Наверное, да | Определенно да |

11. Дает ли Вам супервизор возможность обсуждать личные вопросы, которые могут быть связаны с консультированием?

| | | | |
|-----------------|------------------|--------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Определенно нет | Наверное, нет | Наверное, да | Определенно да |

12. Ощущаете ли Вы конкретную помощь супервизора в развитии Ваших навыков консультирования?

| | | | |
|-----------------|---------------|--------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Определенно нет | Наверное, нет | Наверное, да | Определенно да |

13. Замечали ли Вы изменения в проведении супервизии в течение последних 3-4 месяцев?

Нет - 1 Да — 2

Опишите их коротко, пожалуйста _____

14. В какой области, на Ваш взгляд, он должен улучшить свою работу?

15. Что Вы думаете о достоинствах Вашего супервизора?

Supervisor Emphasis Rating Form (Lanning&Freeman, 1994)

Ниже перечислены сферы компетенции, которые многие супервизоры считают важными для консультантов. Сферы компетенции собраны в блоки по 4 характеристики. Оцените, пожалуйста, каждую из областей компетенции по каждому блоку отдельно от 1 до 4 в зависимости от того, какая из них акцентирована у супервизируемого в наибольшей степени (пример оценки смотрите в первом блоке). Поставь-

те цифру 1 около наиболее выраженной и цифру 4 для наименее выраженной области компетенций супервизируемого терапевта. Пожалуйста, проранжируйте все области компетенции по каждому блоку.

| | |
|----|---|
| 1. | <p>А. Консультант ведет себя адекватно в личных отношениях с клиентом. (3)</p> <p>Б. Консультант адекватно отражает чувства клиента. (1)</p> <p>В. Консультант поддерживает неосуждающую позицию по отношению к клиенту, несмотря на различия в ценностях. (4)</p> <p>Г. Консультант в состоянии поддерживать приоритетность проблем клиента. (2)</p> |
| 2. | <p>А. Консультант знает об этичных способах поведения.</p> <p>Б. Консультант в состоянии идентифицировать темы клиента.</p> <p>В. Консультант распознает свои личностные ограничения.</p> <p>Г. Консультант использует в работе так называемые «открытые» вопросы.</p> |
| 3. | <p>А. Консультант осознает социоэкономические и культурные факторы, которые могут повлиять на консультационную сессию.</p> <p>Б. Консультант использует вопросы с открытой возможностью ответа и предоставляет клиенту максимальную свободу выражения.</p> <p>В. Консультант осознает свои собственные потребности и конфликты.</p> <p>Г. Консультант проводит регулярные встречи с клиентом.</p> |
| 4. | <p>А. Консультант в состоянии использовать дополнительную информацию, полученную из профессиональных источников.</p> <p>Б. Консультант способен идти на риск (в отношении себя) в процессе консультирования клиента.</p> <p>В. Консультант общается с клиентом естественно и искренне.</p> <p>Г. Консультант придерживается принципа конфиденциальности в отношении информации от клиента.</p> |
| 5. | <p>А. Консультант осознает свою собственную тревогу в консультационном процессе.</p> <p>Б. Консультант вступает в конфронтацию с клиентом, когда это необходимо.</p> <p>В. Консультант распознает случаи, когда он нуждается в помощи другого профессионала.</p> <p>Г. Консультант в состоянии поставить достижимые цели, соответствующие готовности клиента.</p> |
| 6. | <p>А. Консультант демонстрирует стремление к личностному росту.</p> <p>Б. Консультант подготавливает клиента к окончанию консультирования.</p> <p>В. Консультант откликается на невербальное поведение клиента.</p> <p>Г. Консультант понимает, что с теми же самыми людьми можно работать по-разному.</p> |
| 7. | <p>А. Консультант в состоянии поставить и ближайшие, и отдаленные цели в работе с клиентом.</p> <p>Б. Консультант позволяет себе быть свободным и «неправильным» в ходе консультационной сессии.</p> <p>В. Консультант демонстрирует уважение и позитивное отношение к клиенту.</p> <p>Г. Консультант активно участвует в работе профессиональных организаций.</p> |

| | |
|-----|---|
| 8. | <p>А. Консультант формулирует определенные планы и стратегии для изменения поведения клиента.</p> <p>Б. Консультант дает адекватные рекомендации клиенту.</p> <p>В. Консультант способен удерживать свои личные проблемы за пределами консультационной сессии.</p> <p>Г. Консультант аккуратно отражает содержание речи клиента.</p> |
| 9. | <p>А. Консультант в состоянии справляться с проявлением сильных чувств у клиента.</p> <p>Б. Консультант встречается с клиентом в назначенное время.</p> <p>В. Консультант принимает обратную связь в незащитной манере.</p> <p>Г. Консультант осознает потенциальные возможности клиента, способствующие прогрессу в ходе консультирования.</p> |
| 10. | <p>А. Консультант распознает, когда клиент нуждается в помощи, для того чтобы справиться с чем-либо.</p> <p>Б. Консультант с энтузиазмом воспринимает возможности для дополнительного тренинга.</p> <p>В. Консультант в состоянии распознавать и управлять личными чувствами, которые возникают в процессе консультирования.</p> <p>Г. Консультант во время сессии принимает и сохраняет позу, соответствующую моменту и свидетельствующую о том, что он воспринимает происходящее.</p> |
| 11. | <p>А. Консультант осознает, когда вступает в борьбу за власть с клиентом, и признает это.</p> <p>Б. Консультант адекватно резюмирует утверждения клиента.</p> <p>В. Консультант одет в соответствии с требованиями момента.</p> <p>Г. Консультант умеет концептуализировать случай точно в соответствии с теоретической моделью.</p> |
| 12. | <p>А. Консультант идентифицирует актуальные потребности и использует это соответствующим образом.</p> <p>Б. Консультант делает необходимые записи о клиенте в соответствии с требованиями.</p> <p>В. Консультант в состоянии выбирать и применять техники (приемы) соответствующим образом.</p> <p>Г. Консультант толерантен к неопределенности в терапевтической сессии.</p> |
| 13. | <p>А. Консультант поддерживает нормальные отношения с коллегами.</p> <p>Б. Консультант в состоянии интерпретировать особенности поведения клиента в соответствии с теоретической концепцией.</p> <p>В. Консультант в состоянии эффективно справляться с фрустрацией при недостатке прогресса у клиента.</p> <p>Г. Консультант проявляет уместную невербальную экспрессию.</p> |
| 14. | <p>А. Консультант поддерживает адекватный зрительный контакт с клиентом.</p> <p>Б. Консультант понимает, какие техники совместимы с разделяемой им теоретической моделью.</p> <p>В. Консультант осознает свою личную потребность в одобрении клиента.</p> <p>Г. Консультант адекватно готовится к каждой консультационной сессии.</p> |

15. А. Консультант осознает, в какой степени его привлекательность для клиента влияет на процесс консультирования.
 Б. Консультант поддерживает порядок и чистоту в своем офисе.
 В. Консультант подкрепляет уместное поведение клиента.
 Г. Консультант в состоянии предсказать эффект техники, применяемой при консультировании.

| Блоки | ПП | ТН | ЛО | КК |
|--------------|----|----|----|----|
| 1 | А- | Б- | в- | г- |
| 2 | А- | Г- | в- | Б- |
| 3 | Г- | Б- | в- | А- |
| 4 | Г- | В- | Б- | А- |
| 5 | В- | Б- | А- | Г- |
| 6 | Б- | В- | А- | Г- |
| 7 | Г- | В- | Б- | А- |
| 8 | Б- | г- | В- | А- |
| 9 | Б- | А- | В- | Г- |
| 10 | Б- | Г- | В- | А- |
| 11 | В- | Б- | А- | Г- |
| 12 | Б- | А- | Г- | В- |
| 13 | А- | Г- | в- | Б- |
| 14 | Г- | А- | в- | Б- |
| 15 | Б- | В- | А- | Г- |
| Всего баллов | | | | |

Оценивается:

1. Личностное осознание (ЛО) — способность терапевта рассматривать себя или свои аффекты как часть терапевтического процесса.
2. Профессиональное поведение (ПП) - мониторинг юридических и этических аспектов терапевтического процесса.
3. Терапевтические навыки (ТН) — практические и технические навыки, навыки фокусирования.
4. Концептуализация клиента (КК) - умение увидеть широкий контекст происходящего в терапии с клиентом, распознать темы, путешествующие из сессии в сессию.

**Регистрационный лист тревоги консультанта
(Висконсинский тренинговый проект по клинической
супервизии, 1998)**

Ф.И.О. консультанта

1. Какие проявления тревоги заметны у консультанта?
2. Каковы, на Ваш взгляд, возможные причины или источники тревоги?
3. Как это влияет на процесс супервизии и супервизорские отношения?
4. Каков Ваш (супервизора) обычный ответ на эту тревогу?
5. Каковы возможные причины такого ответа?
6. Как именно Ваш ответ влияет на супервизорский процесс и супервизорские отношения?

7. Что может стать лучшим или более продуктивным ответом супервизора на тревогу консультанта (основываясь на информации, полученной на воркшопе)?

8. Как Вы думаете, чем консультант ответит на изменение Вашего ответа на его тревогу?

9. Какие другие идеи были высказаны в малой группе для помощи консультанту в преодолении его тревоги?

*Основные характеристики базовых образовательных
и австралийских гештальт-институтов*

| Образовательное учреждение, адрес web-страницы с программой обучения | Количество уровней или ступеней обучения, продолжительность обучения | Продолжительность образовательной программы, количество учебных часов | Дополнительные требования к сертификации гештальт-терапевта (индивидуальная терапия, супервизия, письменные работы и т. п.) |
|--|--|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| The European Association for Gestalt Therapy - http://eaBt.org | Три ступени | Рекомендовано минимально 1450 часов (стандарт 1995 года). | Из 1450 часов: 600 часов — теория и методология в тренинговом формате, 130 часов — супервизия; 120 часов - личная терапия; 400 часов — клиническая практика. Остальные 200 часов могут быть добавлены в соответствии с локальными требованиями. Для сертификации — устный и письменный экзамен, внешняя оценка терапевтической работы. |

Приложение 2

Таблица 1

программ по гештальт-терапии европейских, американских и центров (по данным Internet на июль 2002 г.)

| Краткая информация о методах обучения, модулях | Краткое содержание программы, обозначенные темы семинаров и тренингов |
|--|--|
| 5 | 6 |
| | <p>Природа человеческого бытия; теории личности и личностного развития; история и источники гештальт-терапии (философия, антропология, психоанализ, экзистенциализм, феноменология). Гештальт-теория (поле «организм — среда», «фигура — фон» соотношения, контакт, теория self, осознание, полярности, сопротивление). Человеческий организм и среда (теории личности, здоровья и болезни, развитие ребенка, личности в обществе). Методы гештальт-терапии (эксперимент, монодрама, работа со сновидениями и т. п.). Диагностика (дифференциальный диагноз, DSM-4, аналитический диагноз, феноменологический диагноз, гештальт-диагноз). Различные клинические приложения - неврозы, психозы, пограничные состояния, психосоматика, зависимости. Области и стратегии применения — индивидуальные, пары, семьи, группы, терапевтические сообщества, организации. Гештальт-терапевт в терапевтических отношениях - трансференция и контр-трансференция, диалог, самоограничение и т. п. Этические принципы и их применение.</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|---|
| <p>The Instituto di Gestalt (Italy) - http://www.gestalt.it/inglese/home-e.htm</p> | <p>Четыре года</p> | <p>2000 часов, из них: 200 часов - общая академическая программа, 280 часов — теория гештальт-терапии, 600 часов -тренинга, 520 часов клинической практики в учреждениях мед. и соц. помощи.</p> | <p>400 часов супервизии.</p> |
| <p>Sherwood Psychotherapy Training Institute - http://www.sDti.net/gestalt.asD</p> | <p>Предварительная годовичная подготовка и четырехлетняя тренинговая программа.</p> | <p>Не указано.</p> | <p>Для получения диплома - супервизия, индивидуальная терапия, клиническая практика, 4-й год - написание диссертации, исследование клинического случая.</p> |
| <p>The Center for Humanistic Psychology & Counselling at Exeter College - http://www.wwwspace.co.uk/~centre/col8.html</p> | <p>Три годовичных модуля.</p> | <p>Не указано.</p> | <p>Восемь групповых сессий (с коллегами) для поддержки личного и профессионального развития.</p> |
| <p>Gestalt Psychotherapy Training Institute, Manchester Gestalt Centre - http://www.maestaltcforce9.co.uk/accredited_training.htm</p> | <p>Трехгодовичный курс обучения с выдачей диплома по гештальт-терапии.</p> | <p>5 трехневных тренинговых групп (90 часов), всего 120 часов тренинга в год, а также участие в мастерских.</p> | <p>Малые тренинговые группы, групповая супервизорская встреча один день в месяц, начиная со 2-го года обучения.</p> |

| 5 | 6 |
|--|--|
| | 1 |
| <p>Подготовительный год включает 4 модуля: основы гештальт-терапии, сравнительные подходы к психотерапии, этика и клиническая практика, работа со сновидениями.</p> <p>Сертификационная стадия: методы исследования, соматизация, проекция и проективная идентификация, развитие человека.</p> <p>Дипломная стадия: методы исследования, стыц, диалогическая встреча, роль терапевта.</p> <p>Постдипломная стадия - написание диссертации.</p> | <p>Гештальт-теория личности: поле «организм — среда», регуляция контактной границы, организмическая саморегуляция, осознание, парадоксальная природа изменений. Теории психотерапии: цели психотерапии, роль терапевта, стили и модальности гештальт-терапии, техники, ценности гештальт-терапии, болезнь и здоровье.</p> |
| <p>Первый модуль: основы гештальта - ориентирован на личностное развитие внутри и вне группы (личная терапия, ведение личного дневника, опыт работы в группе, работа со снами, движением, творческие методы).</p> <p>Второй модуль ориентирован на практику: фокус на профессиональном развитии, обучение путем наблюдения и обсуждения работы терапевта с коллегами, теоретические дискуссии.</p> <p>Третий модуль: фокус на углублении компетенций в длительной работе с клиентом.</p> | <p>Не указаны</p> |
| <p>200 часов супервизии; письменная работа после каждого тренинга, суммирующая личный опыт с точки зрения теории гештальт-терапии; чтение литературы; описание случая, демонстрирующее собственный подход к психотерапии; устный экзамен по теории гештальт-терапии; презентация работы (видео- или аудиозапись).</p> | <p>Осознание и контактная граница; проекция; интроекция, ретрофлексия и работа с телом; конфлюэнция и изоляция; сексуальность; начальное интервью и планирование лечения; развитие ребенка; работа со сновидениями; групповой процесс; психопатология и планирование лечения; практический менеджмент; пары и семьи; утрата и смерть; соотношение гештальт-терапии и других подходов психотерапии.</p> |

| ! | 2 | 3 | 4 |
|--|---------------------------------------|-------------------|--|
| <p>Sydney Gestalt Centre - http://www.uestaltsvdnev.com/Trainins.html</p> | <p>Четыре уровня в течение 4 лет.</p> | <p>560 часов.</p> | <p>50 часов индивидуальной терапии и 25 часов супервизии, обзоры литературы, эссе по темам, презентации случаев на семинаре, участие в групповых дискуссиях.</p> |

| 5 | 6 |
|--|---|
| <p>Первый уровень «Основные принципы гештальт-подхода» акцентирован на личностном росте.</p> <p>Второй - применение усвоенных принципов в работе с клиентами в тренинговом контексте.</p> <p>Третий - работа с клиентами под внешней супервизией.</p> <p>Четвертый — совершенствование терапевтических навыков и сдача теоретического и практического экзамена.</p> <p style="text-align: center;">с</p> | <p>6 разделов: развитие личности, феноменология, диалог в терапевтических отношениях, теория поля, методы интервенции и эксперимента, клиническое применение гештальт-терапии, включая этику и оценку.</p> <p><i>Феноменология</i>- осознание и присутствующее внимание, язык. Тело и невербальные послания, дыхание, зоны осознания, «фигура-фон» процесс, философия очевидного, мудрость организма, саморегуляция, парадоксальная теория изменений, ощущения и состояние.</p> <p>Теория поля.</p> <p><i>Диалог</i>: принципы и практика диалогической терапии, контакт и расстройств контакта, Я—Ты—диалог, модели контакта, цикл контакта, истории в терапии, включение и использование self терапевта в процессе терапии.</p> <p><i>Методология и эксперимент</i>: структура интервенций, полярности, связи с циклом опыта, работа с тупиком, предписания, развитие темы, искусство эксперимента и креативность, работа со сновидениями и т. п.</p> <p><i>Клинические исследования</i>: рассмотрение категорий DSM-4 в гештальт-подходе, работа с горем, суицид и терапевтические отношения, сексуальность, стыд, трансференция и контртрансференция, сравнение гештальт-подхода с другими методами.</p> <p><i>Этика и оценка</i>: собственные границы, профессиональные ограничения, осознание своих незавершенных дел и ситуаций.</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|----------------------------------|--|
| <p>Gestalt Training Institute Sydney — http://www.gestalttherapov.com.au/thework/training/training_3year.html</p> | <p>Три ступени в течение трех лет.</p> | <p>180 часов тренинга в год.</p> | <p>Работа под супервизией, 30 часов индивидуальной терапии, чтение литературы и письменные сообщения по темам.</p> |
| <p>Gestalt Therapy & Training Centre (Gestalt Association of Queensland Inc.) — http://homeDage.com.au/~gagi/page3.html</p> | <p>Трехлетняя образовательная программа.</p> | <p>Не указано.</p> | <p>Диссертация или сообщение о собственном проекте исследования в области гештальт-терапии.</p> |

| 5 | 6 |
|--|-------------|
| <p>Обучение построено на балансе концептуального и экспериментального знания: теоретические дискуссии, структурированные упражнения, работа в групповом процессе, индивидуальная работа и супервизорская практика.</p> <p>1-й год — ведение личного дневника, резюме по теории (от 500 слов), обзор литературы по гештальт-терапии (от 1000 слов), письменный экзамен и письменная самооценка в конце года.</p> <p>2-й год - ведение личного дневника со структурированием своего опыта с использованием гештальт-терминологии, резюме по теории (от 500 слов), обзор литературы по гештальт-терапии (от 1000 слов), эссе с осмыслением гештальт-теории и метода из личной перспективы (от 3000 слов), письменная самооценка в конце года.</p> <p>3-й год — дипломный: ведение личного дневника, обзор литературы, эссе (от 8000 слов, с осмыслением ключевых концепций гештальт-терапии по предпочитаемой теме), видеозаписи терапевтических и супервизорских сессий, очная супервизия.</p> | Не указано. |
| <p>Регулярная работа тренера с участником программы в режиме терапевтических сессий (6 мес), тренинговая программа, дидактические сообщения и демонстрация работы, участие в терапевтической группе, индивидуальная терапия.</p> <p>1-й год - фокусирование на понимании личного развития с точки зрения гештальт-подхода.</p> <p>2-й год - применение гештальт-терапии.</p> <p>3-й год - фокусирование на развитии гештальт-терапевта (работа с клиентами, семьями и группами под супервизией).</p> | Не указано. |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| <p>Brisbane Gestalt Institute http://gestaltinstitute.com.au/</p> | <p>Трехлетняя программа.</p> | <p>1-й год - «Введение в гештальт-терапию» - 150 часов. 2-й год - 210 часов, включая групповые сессии и индивидуальную супервизию, 3-й год - 210 часов, включая групповые сессии, 10 часов индивидуальных сессий с сотрудниками института, 3 часа супервизии, 6 часов очной супервизии, 3 часа теоретических дискуссий в Интернете.</p> | |
| <p>Gestalt Institute of Melbourne — http://www.swin.edu.au/sbs/pub/gestalt/programs/gcertsdip.htm</p> | <p>Двухлетняя программа. Диплом может быть получен по клиническому разделу (для психотерапевтов и психологов) и практическому разделу (для педагогов, социальных работников, специалистов по управлению персоналом).</p> | <p>Теория: Основы гештальт-терапии - 65 часов, основные концепции гештальт-терапии - 70 часов, практические занятия - 156 часов в год (всего 312 часов).</p> | <p>1 час супервизии в неделю в течение 2-го года обучения (примерно 52 часа).</p> |

| 5 | 6 |
|---|--|
| <p>Цели программы: фундаментальные знания и понимание гештальт-теории. Гештальт-теория в практике с развитием личностного осознания и осознания группового процесса, индивидуальные и групповые методы терапевтической интервенции, совершенствование терапевтических навыков и личной компетентности как релевантных для терапевтического процесса, профессиональная поддержка.</p> | <p>Не указано.</p> |
| <p>Тренинг по гештальт-терапии в личностном и профессиональном аспектах, поддержка развития необходимых навыков и компетенций в практике гештальт-терапии, тренинги, включающие личностный рост, опыт и дидактическое обучение, формирование уникального терапевтического стиля, участие в профессиональном сообществе для обмена идеями и дискуссий, возможность дальнейшего профессионального развития за пределами завершенного курса.</p> | <p>1-й год - теория гештальт-терапии (феноменология, диалог, цикл опыта, контактная граница). Терапевтические интервенции (фигура процесса, эксперимент, полярности), использование осознания терапевта в понимании терапевтических отношений, этика в профессиональной практике (законодательство, профессиональные границы, конфиденциальность, дуальные отношения). 2-й год - развитие терапевтических навыков (презентации случаев, чтение литературы, живая супервизия, записи, роль клиента и наблюдателя в упражнениях и внутригрупповых сессиях, гештальт-теория и практика в профессиональном сеттинге). Методы оценки психического здоровья в гештальт-терапии (техники оценки, диагноз, социокультурные проблемы, работа с клиентами и группами в условиях очной супервизии).</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--------------------|---|
| <p>Gestalt Institute of the Rockies - http://gestaltoftherockies.com/trainine/intro.htm</p> | <p>28-месячная основная программа и годовичная программа продолжения.</p> | <p>Не указано.</p> | <p>10 часов индивидуальной супервизии, 10 часов индивидуальной терапии в год.</p> |
| <p>Gestalt Institute of Atlanta - http://pages.prodiav.net/nlpatlanta/Gestaltinstitute.htm</p> | <p>Две ступени: 1. Primary/Intermediate - 70 часов. 2. Advanced - 50 часов.</p> | <p>120 часов.</p> | <p>Условия сертификации: 1. Демонстрация компетенции и мастерства владения техниками гештальт-терапии. 2. Участие в тренингах.</p> |
| <p>Gestalt Training Institute Sydney—http://www.gestaltassociates.com/</p> | <p>Четырехуровневая базовая программа; годовичная программа для практикующих гештальт-терапевтов; годовичная программа совершенствования в гештальт-терапии.</p> | <p>Не указано.</p> | <p>96 часов практики, 106 часов лекций и семинаров, 40 часов супервизии в год, начиная со второго года обучения, написание работы по какой-либо теме (второй год), исследование по теме (третий год).</p> |

| 5 | 6 |
|--|-------------|
| <p>До начала обучения в рамках программы кандидаты проходят индивидуальную терапию (10 часов) у сотрудников института. Базовая программа фокусируется на основных теоретических концепциях и экспериментальном процессе. Программа продолжения фокусируется на применении гештальт-терапии в детской и семейной терапии, терапии зависимостей, работе с проблемами насилия по отношению к женщинам, геям и лесбиянкам, кросскультурными проблемами и работе с телом.</p> | 1 |
| <p>Сочетание теории, экспериментальной работы и практического применения гештальт-терапии. Гештальт-подход реализуется через личное осознание, осознание тела, работу с полярностями и конфликтами, психодраматические техники, исследование контактной границы, групповые интеракции, практику с индивидуальными клиентами (под супервизией) для развития уникального личностного и профессионального стиля.</p> | Не указано. |
| <p>Четырехуровневая базовая программа состоит из практикума по гештальт-терапии (тренинги, семинары и групповые дискуссии) — 30 часов, мастерских - 12 часов, посещения демонстрационных часов (работа гештальт-терапевта с клиентами) - 10 часов, четырехдневного интенсивного тренинга в год для 1-го и 2-го годов обучения, тренинга по выходным для 3-го и 4-го годов обучения, групповых супервизий в малых группах (40 сессий в год).</p> | Не указано. |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| <p>Gestalt Institute of Cleveland— http://gestaltcleveland.org/DtDs/a41-gto.html</p> | <p>Два уровня: 1. Базовый - клиническая программа по гештальт-терапии. 2. Совершенствование в гештальт-терапии (работа с семьями, телом, фуппами и т. п.).</p> | <p>Базовый курс «Клиническая программа по гештальт-терапии» включает 10 четырехдневных сессий за 18 месяцев.</p> | <p>35 часов индивидуальной терапии с гештальт-терапевтом, работа в малых фуппах в ролях клиента, терапевта и наблюдателя.</p> |
| <p>Gestalt Institute of San Francisco - http://www.gestaltinstitute.com/bava.html</p> | <p>Базовая программа - 400 часов.</p> | | <p>Мастерские — 1 уик-энд в месяц - 24 часа, групповые встречи 2 часа еженедельно; всего 72 часа в квартал. Супервизия.</p> |
| <p>Gestalt Institute of New Mexico — http://www.genm.nm.org/training-Drof.html</p> | <p>6 модулей — всего 300 часов.</p> | <p>50 часов каждый модуль.</p> | <p>Не указано.</p> |

| 5 | 6 |
|--|--|
| <p>Программа ориентирована на личностный рост, развитие и изменение людей и сообществ. Включает лекции, эксперимент, групповой тренинг.</p> | <p>Базовая программа включает 6 разделов опыта: интеллектуальный, эмоциональный, духовный, физический, связанный с отношениями и креативный. Рассматривается феноменология и субъективный опыт, осознание и осознанность, терапевтический подход, центрированный на присутствии, основные теории и методы гештальт-терапии, познание и изменение человека, интимные и интерперсональные взаимодействия внутри поля.</p> <p>Программа совершенствования рассматривает системы оценки, обучение клиента работе в терапии, использование эксперимента, работу с трансференцией и контртрансференцией, профессиональную этику.</p> |
| <p>Программа фокусируется на обучении практическим аспектам современной процесс-ориентированной терапии.</p> <p>Разделы программы: личностное и профессиональное развитие, клиническая гештальт-терапия и консультирование, человек и коммуникация, групповое лидерство, арттерапия.</p> | <p>Не указано.</p> |
| <p>Групповой тренинг, супервизия.</p> | <p>1-й модуль - введение: основные теории и техники гештальт-подхода.</p> <p>2-й модуль: контакт и прерывание контакта у терапевта и клиента.</p> <p>3-й модуль: эксперимент как техника интервенции.</p> <p>4-й модуль: групповой процесс, групповой опыт, уровень групповых взаимодействий, групповая динамика и схемы группового развития.</p> <p>5-й модуль: пары и семьи, теория и практика интимных систем, работа с детьми и взрослыми.</p> <p>6-й модуль: отдельные проблемы психотерапии - стыд, вина, гнев, сексуальность, аддикции, патология.</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|--|
| <p>Gestalt Institute of Toronto - http://www.gestalt.on.ca/one_year_for_Drofessionals.html</p> | <p>Профессиональная тренинговая программа для психотерапевтов-практиков - 1 год, 150 часов.</p> | <p>Не указано.</p> | <p>Не указано.</p> |
| <p>Рижский гештальт-институт - http://www.sestalt.lv/</p> | <p>Три ступени — 1430 а.ч. Программа соответствует стандартам FORGE.</p> | <p>Первая ступень 1-й год - 230 а.ч. за 2 года. Вторая ступень — 500 а.ч. за 2 года. Третья ступень — 500 часов за два года. 200 часов — другие программы.</p> | <p>Супервизия на второй ступени — 250 часов, на третьей — 220 часов. Участие в научных конференциях и интенсивах - на второй ступени 100 часов, на третьей ступени мастер-классы и выступления на конференциях — 70 часов. Для сертификации должна быть представлена работа: описание трех пролонгированных случаев из собственной практики, с теоретическими комментариями с позиции гештальт-терапии. Или описание собственного подхода в какой-либо отрасли практической работы (в психологии, педагогике, бизнес-консультировании, медицине), с теоретическими комментариями и практическими приемами, списком литературы. Кроме того, демонстрационная терапевтическая сессия с супервизией работы. Третья ступень завершается публикацией в профессиональном психотерапевтическом издании статьи об исследовании какого-либо психологического феномена и/или случая из реальной психотерапевтической практики в гештальт-направлении.</p> |

| 5 | 6 |
|--|--|
| <p>Цели программы: превращение фрустрации в информацию и энергию, развитие креативного подхода к клиентам и группам, умение работать с трансференцией, изучение основных теорий гештальт-терапии и их практическое применение.</p> | <p>Не указано.</p> |
| | <p>Первая ступень: История развития гештальт-терапии; введение в теоретические основы гештальт-терапии: основные понятия и принципы гештальт-теории. Вторая ступень. Темы циклов: теоретические основы гештальт-терапии, методы и техники групповой и индивидуальной психотерапии, гештальт-терапии, использование вспомогательных средств в гештальт-терапии, гештальт и телесно-ориентированные методы, терапевтические взаимоотношения в гештальт-терапии. Экзистенциальный подход в гештальт-терапии, уровень осознанности гештальт-терапевта, тренинг навыков психотерапевтического консультирования, динамическая концепция личности в гештальт-терапии, техники работы с кризисными состояниями, психопатология, методы детского и семейного консультирования, гештальт-терапия психосоматических проблем, использование методов гештальт-терапии в бизнес-консультировании, супервизия. Третья ступень - темы не описаны.</p> |

Основные характеристики базовых образов в российском гештальт-сообществе

| Образовательное учреждение, адрес web-страницы с программой обучения | Количество уровней или ступеней обучения, продолжительность обучения | Продолжительность образовательной программы, количество учебных часов | Дополнительные требования к сертификации гештальт-терапевта (индивидуальная терапия, супервизия, письменные работы и т. п.) |
|--|--|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| <p>Московский гештальт-институт и Северо-Западный гештальт-центр (имеется ссылка на программу МГИ) http://www.gcstalt.ru/mgi_Dro.htm</p> | <p>Трехлетний базовый курс (2 ступени) 3-ступень - образовательная программа «Совершенствование в гештальт-терапии».</p> | <p>Программа составлена в соответствии с требованиями Европейской ассоциации гештальт-терапии. Всего часов 1450, из них тренинговых - 600 часов.</p> | <p>Теоретическая подготовка — 600 часов (групповые сессии, спецкурсы, лекции, работа на интенсиве). Личная терапия 135 часов. Супервизия - 140 часов. Практикум - 200 часов. Письменная работа по клиническому применению гештальт-терапии в практике, демонстрация работы на сертификационной сессии.</p> |
| <p>Московский институт гештальт-терапии и консультирования http://migtik.narod.ru</p> | <p>Гештальт-терапия в клинической практике: 1. Основы гештальт-терапии. 2. Теория и практика гештальт-терапии. 3. Совершенствование в гештальт-терапии. Три ступени - всего 600 часов.</p> | <p>Базовая программа с выдачей сертификата «гештальт-терапевт» включает две ступени. 1-я ступень - 100-120 часов в течение первого года обучения. 2-я ступень — 200 часов в течение двух лет. 3-я ступень - 300 часов в течение трех лет (сертификат «Гештальт-терапевт, гештальт-супервизор, преподаватель гештальт-терапии»).</p> | <p>Групповая супервизия - 45 часов. 3 реферата о применении гештальт-терапии в практической работе, личная терапия: 40 часов индивидуальной плюс 2 терапевтические группы (60 часов), сертификационная сессия.</p> |

ательных программ по гештальт-терапии
по ссылкам в Internet на июль 2002 г.)

| Краткая информация о методах обучения | Краткое содержание программы, обозначенные темы семинаров и тренингов |
|--|--|
| 5 | 6 |
| <p>Тренинговые группы, лекции, семинары, интенсивы, конференции, супервизия, практикум в малых группах, терапевтические группы, индивидуальная терапия.</p> <p style="text-align: center;">с</p> | <p>Основы гештальт-терапии (поле «организм—среда», феноменологический подход, диалог, осознание, фигура и фон, контакт, цикл контакта, теория и функции self, механизмы утраты эго-функции, творческие методы в гештальт-терапии, гештальт и телесно-ориентированный подход), основные стратегии работы гештальт-терапевта (работа с внутренней феноменологией клиента, работа на границе контакта), терапевтические отношения, экзистенциальный подход, гештальт-терапия в клинической практике, динамическая концепция личности в гештальт-терапии, гештальт-терапия с детьми и родителями, семейная гештальт-терапия, работа с парами и малыми системами, групповая гештальт-терапия, гештальт-подход в оргконсультировании.</p> |
| <p>Тренинговые группы, лекции, семинары, интенсивы, конференции, супервизия, практикум в малых группах, терапевтические группы, индивидуальная терапия.</p> | <p><i>Темы программы</i> философские, биологические и психологические предпосылки гештальт-терапии, теория контакта в гештальт-терапии, интегративный характер гештальт-терапии, структура и динамика терапевтической сессии, отношения гештальт-терапии с другими подходами, проблемы теории гештальт-терапии, терапия как творчество, принципы клинического применения гештальт-терапии, работа с невротическими расстройствами, гештальт-терапия психосоматических расстройств, функционирование тела в жизни и в психотерапии, психология и психотерапия зависимого поведения, психологическая помощь при аффективных и психотических расстройствах, терапевтические отношения, групповая психотерапия, работа с детьми и семьями в гештальт-терапии, работа с организационными системами, супервизия в гештальт-терапии, техники терапевтической интервенции.</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|--|
| <p>Санкт-Петербургский институт гештальта — http://psycholoav.SDb.ru/faculties/sob./pie.htm</p> | <p>Два последовательных цикла обучения:</p> <p>1. Психотерапевтический - 1 год.</p> <p>2. Дидактический - 2 года.</p> | <p>1. Психотерапевтический цикл — 200 часов тренинга (пять 5-дневных семинаров по 40 часов), теоретические аспекты гештальт-терапии и серия психотерапевтических групп с методическим анализом.</p> <p>2. Дидактический цикл - 400 часов (пять 40-часовых семинаров ежегодно, теоретический курс, супервизия).</p> | <p>Дипломная работа объемом 40-60 стр. с защитой в группе.</p> <p>Личная терапия (индивидуальная или групповая) не менее 200 часов в течение двух лет.</p> |
| <p>Институт групповой и семейной психологии и психотерапии - http://www.ieisD.ru/ieisD/catalog/Gestalt_oodrobno.shtml</p> | <p>Две ступени за 3 года.</p> <p>1-й год - основы гештальт-терапии. 2-й и 3-й годы обучения - теория и практика гештальт-терапии.</p> | <p>1-й год - три первых цикла: групповая психотерапия, самостоятельная работа в малых группах, чтение литературы.</p> <p>2-й год - тренинговая группа (270 часов), работа в малых группах (160 часов), супервизорская группа (48 часов), индивидуальная психотерапия (20 часов).</p> | <p>Супервизия в группе — 48 часов, личная терапия - 20 часов, письменная работа с описанием трех случаев индивидуальной или пяти случаев групповой работы.</p> |

| 5 | 6 |
|---|---|
| <p>Психотерапевтические группы, воркшопы, теоретический курс, супервизия, личная терапия.</p> | <p>Историко-философские корни гештальта, методология гештальта, базовые понятия, трансфер и контртрансфер, нейрофизиологические аспекты функционирования мозга, работа со сновидениями, мечтами, фантазиями в гештальте, телесно-ориентированная работа, работа с сексуальными проблемами, клиническая психопатология, сферы приложения гештальт-подхода: клиническая психология, менеджмент, педагогика, работа с парами и семьями, работа с детьми.</p> |
| <p>Психотерапевтические группы, практикум в малых группах, тренинговые группы, супервизорская группа, индивидуальная терапия.</p> | <p>Темы первого года: что такое гештальт, как организованы проблемы, близкие отношения, психосоматика. Темы второго года: теоретические основы гештальт-терапии, терапевтические отношения в гештальт-подходе, методы гештальт-терапии. Темы третьего года: работа с группой, семьей, кризисными состояниями в гештальт-терапии.</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| <p>Московский институт гештальта и психодрамы — http://www.migiD.ore.ru/struct.shtml</p> | <p>Первая и вторая ступень — всего 2,5 года (сертификат гештальт-консультанта, гештальт-терапевта). Третья ступень — трехгодичная образовательная программа (сертификат гештальт-тренера).</p> | <p>Первая ступень (от 60 до 100 часов) - личный клиентский опыт и краткое знакомство с теорией, историей и методами гештальт-терапии. Вторая ступень (10 тематических циклов по 30 часов; всего 300 часов) — работа в малых группах (не менее 15 часов за каждый цикл), чтение литературы (не менее 15 часов за каждый цикл), практика с клиентами (не менее 20 часов, начиная со второго года), супервизия (50 часов), участие в летнем интенсиве (70 часов), участие в гештальт-конференции (30 часов).</p> | <p>Супервизия - 50 часов, личная терапия - не менее 25 часов, групповая терапия - не менее 50 часов, письменная работа в конце обучения.</p> |

| 5 | 6 |
|---|--|
| <p>Тренинговые группы, лекции, семинары, конференции, супервизия, практикум в малых группах, терапевтические группы, индивидуальная терапия.</p> <p style="text-align: center;">с</p> | <p>Основные темы: организм и среда, контакт, творческое приспособление, защитные механизмы, структура «Я» в гештальт-подходе, граница контакта, структура гештальт-работы, семейные модели, работа с детьми, терапевтические отношения, психосоматика, работа с зависимостями, работа с организацией, индивидуальный стиль гештальт-терапевта.</p> |

ЛИТЕРАТУРА

- Бурцева Е. Размышляя о супервизии // Гештальт-2000. Сб. мат-в Московского Гештальт-Института, 2000. С. 59-70.
- Данилов И. Размышления на тему... // Гештальт-2000. Сб. мат-в Московского Гештальт-Института, 2000. С. 71-74.
- Джендлин Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. - М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
- Витакер Д.С. Группа как инструмент психологической помощи. М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
- Долгополов Н.Б. Функциональная модель супервизии в гештальт-терапии // Российский гештальт. М. - Новосибирск, 2001. С. 22-44.
- Гронский А., Пушкина Т. Дидактическая модель работы с групповым процессом // Российский гештальт. Новосибирск, 2001. С. 57-79.
- Гронский А. Классическая гештальт-группа // Российский гештальт. Вып. 3. Новосибирск, 2001. С. 62-69.
- Йонтеф Г. Гештальт-терапия: Введение // Гештальт-2001. Сб. мат-в Московского Гештальт-Института, 2001. С. 15-24.
- Йонтеф Г. Гештальт-терапия: Введение // Гештальт-2002: Сб. мат-в Московского Гештальт Института, 2002. С. 18-27.
- Калитиевская Е. Супервидение. О профессиональном самосознании терапевта // Гештальт-96. Сб. мат-в Московского Гештальт-Института, 1996. С. 63-70.
- Калитиевская Е. Ресурсы творческого несовершенства // Гештальт-97. Сб. мат-в Московского Гештальт-Института, 1997. С. 41-49.
- Кейсмент П. Обучаясь у пациента. — Воронеж: МОДЭК, 1995.
- Кеннард Д, Роберте Дж., Уинтер Д. Групп-аналитическая психотерапия. — С-Пб: Питер, 2002.
- Кодекс этики и практики супервизоров Британской ассоциации консультирования // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 4.
- Кори Дж. и др. Техники групповой психотерапии. — С-Пб: Питер, 2001.
- Куттер П. Элементы групповой терапии. — С-Пб: Питер, 1998.
- Ле Гуин У. Ожерелье планет Экумены. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2001.
- Левченко А. Супервизорство. Не много ли солнца в холодной воде? // Гештальт 2000. Сб. мат-в Московского Гештальт-Института, 2000. С. 76-79.
- Немировский О.В.(1996) Я хочу, чтобы ты стукнул меня по спине, или микродинамика переноса. // Гештальт-96. Сб. мат-в Московского Гештальт-Института. М., 1996. С. 52-62.
- Немировский О.В. Личностный рост в терапевтической группе. М.: Смысл, 1999.
- Немировский О.В. О супервидении. // Гештальт-терапия и консультирование. Сб. материалов Московского института гештальт-терапии и консультирования. М., 2002. С. 45-47.
- Ормонт Л. Групповая психотерапия: от теории к практике. Ч. 2. — С-Пб: Изд-во РАН, 1998.
- Перлз Ф., Хефферлин Р., Гудмэн П. (1993) Опыты психологии самопознания. — М.: Гиль-Эстель, 1993.
- Пургова Е.А., Трепалина Н.Ю. Динамические группы в обучении психотерапии: поле без флажков // Журнал практической психологии и психоанализа. 2001. №1-2.

- Робин Ж.-М. Гештальт-терапия. - М.: Эйдос, 1996.
- Уильяме Э. Вы - супервизор: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. - М.: Независимая фирма «Класс», 2001.
- Федорус И. Идеи теории поля и динамическая концепция личности // Гештальт-97. Сб. мат-в Московского Гештальт-Института. М., 1997. С. 29-34.
- Хломов Д. Динамическая концепция личности в гештальт-терапии // Гештальт-96. Сб. мат-в Московского Гештальт-Института. М., 1996. С. 46-52.
- Хоукинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. — С-Пб: Речь, 2002.
- Якобе Д. и др. Супервизорство. — С-Пб: Б.С.К., 1997.
- Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. — С-Пб: Питер, 2000.

- Alonso A.A. (1983) Developmental theory of psychodynamic supervision. *The Clinical Supervisor*, 1(3): 23-36.
- Association for Counselor Education and Supervision (1990). Standards for Counselor Supervision. *Journal of Counseling and Development*, 69(1):30-32.
- Bartell R.A., Rubin L.G. (1990) Dangerous liaisons: Sexual intimacies in supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(6):442-450.
- Bauman W.F. (1972) Games counselor trainees play: Dealing with trainee resistance, *Counselor Education and Supervision*, 11 (3):251-256.
- Benshoff T.J.B. (1992) Peer consultation for professional counselors. Ann Arbor, MA: Clearinghouse of Counseling and Personnel Services.
- Bernard J. M., Goodyear R. K. (1992) Fundamentals of clinical supervision. Boston: Allyn&Bakon.
- Bernard J. M., Goodyear R. K. (1998) Fundamentals of clinical supervision (2nd ed.) Needham Heights, MA: Allyn&Bakon.
- Blocher D.Y. (1983) Toward a cognitive developmental approach to counseling supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1): 27-34.
- Borders L.D. (1989) A pragmatic agenda for developmental supervision research. *Counselor Education and Supervision*, 29(1):16-24.
- Borders L.D. (1991) A systematic approach to peer group supervision. *Journal of Counseling and Development*, 69(3):248-252.
- Borders L.D. (1992) Learning to think like a supervisor. *The Clinical Supervisor*, 10(2): 135-148.
- Borders L.D., Leddick G. (1987) Handbook of clinical supervision. Alexandria, VA: Association for Counselor Education and Supervision.
- Bradley L. G. (1989) Counselor supervision: Principles, process, and practice (2nd ed.). Muncie: IN: Accelerated Development.
- Carifo M.S., Hess A.K. (1987) Who is the ideal supervisor? *Professional Psychology*, 18(3):244-250.
- Carroll M. (1996) Counseling Supervision: Theory, Skills and Practice. London: Cassell.
- Clarson P., Gilbert M. (1991) The training of counselor trainers and supervisors. In: Training and Supervision for Counseling in Action. London: Sage Publications Ltd: 143-169.
- Cook D.A., Helms J.E. (1988) Visible racial/ethnic group supervisees satisfaction with cross-cultural supervision as predicted by relationship characteristics. *Journal of Counseling Psychology*, 35(3):268-274.
- Cople R. (1978) The sequential stages of group development. *Small Group Behavior*, 9:415-438.
- Doehman M.J. (1976) Parallel Processes In Supervision And Psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40 (1):1-104.

- Dye H.A. *Aces attitudes: Supervisor competencies and a national certification program* ERIC/CAPS Recourses in Education, Document N ED 283 098.
- Dye H.A., Borders L.D. (1990) Counseling supervisors: Standards for preparation and practice, *Journal of Counseling and Development*, 69(1):27-32.
- Ekstein R., Wallerstein R.S. (1972) *The Teaching And Learning Of Psychotherapy*(2nd Ed.), New York: International Universities.
- Ellis M. (1991) Critical incidents in clinical supervision and supervisor supervision; Assessing supervisory issues. *Journal of Counseling Psychology*, 38(3):342-349.
- Ellis M., Dell D.(1986) Dimensionality of supervision roles; Supervisee s perception of supervision., *Journal of Counseling Psychology*, 33(3):282-291.
- Ellis M.V., Douce L.A. (1994) Group supervision of novice clinical supervisors: Eight recurring issues. *Journal of Counseling and Development*, 72(5):520-525.
- Freeman E.M. (1988) Role/conflicts for supervisors in alcoholism treatment programs. *The Clinical Supervisor*, 6(1): 33-48.
- Freeman S.C., C.H. (1992) Patterson on client-centered supervision: An interview. *Counselor Education and Supervision*, 31(3):219-226.
- Friedlander M.L., Seigel S.M., Brenock K. (1989) Parallel processes in counseling and supervision: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2): 149-157.
- Friedlander M.L., Ward L.G. (1984) Development and validation of the Supervisory Styles Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 31:541 -557.
- Getz G.H. (1999) Assesrment of clinical supervisor competencies. *Journal of Counseling and Development*, 77(4):491-497.
- Harrar W.R., VandeCreek I, Knapp S. (1990) Ethical and legal aspects of clinical supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(1):37-41.
- Hart G.M. (1982) *The process of clinical supervision*, Baltimore: University Press.
- Haley J. (1988) Reflections on supervision. In: *Handbook of family therapy training and supervision: 358-367*.
- Harmon R., Tarleton K. (1983) Gestalt-therapy supervision. *Gestalt J.*, 6:29-37.
- Hess A.K.(ed) (1980) *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice*, New York: Wiley.
- Hess A.K. (1986) Growth in supervision. Stages of supervisee and supervisor development. *The Clinical supervisor*, 4(1-2): 51-67.
- Hill C.E., Charles D., Reed K. G. (1981) A longitudinal analysis of changes in counseling skills during doctoral training. *Journal of Counseling Psychology*, 28(5):428-436.
- Hillerband E. (1989) Cognitive Differences between experts and novices: Implications for group supervision . *Journal of Counseling and Development*, 67(3):293-296.
- Holloway E.L. (1995) *Clinical supervision: A system approach*. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Holloway E.L., Johnston R. (1985) Group supervision: Widely practiced but poorly understood. *Counselor Education and Supervision*, 24(4):332-340.
- Hunt P. (1986) *Supervision. Marriage Guidance*, Spring: 15-22.
- Hycner R. (1991) *Between Person and Person: Toward a Dialogical Psychotherapy*, Hyghland, NY, Gestalt Journal Press (electronic publication).
- Hycner R., Jacobs S.L. (1995) *The Healing Relationship in Gestalt Therapy*.New York: The Gestalt Journal Press(electronic publication).
- Inskipp F., Proctor B. (1993) *The Art, Craft&Tasks of Counseling Supervision.*, Part 1, Twickenham: Cascade Publications.
- Kadis A.L., Krasner J.D. et all. (1963) *Practicum of group psychotherapy*. N.Y.
- Kagan N. (1975) Influencing Human interaction — Eighteen years with IPR. In A.K. Hess (Ed.) *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice*, New York: Wiley: 262-283.

- Kadushin A. (1993) What s wrong, what s right, with social work supervision. *The Clinical Supervisor*, 10(1): 3-19.
- Kadushin A. (1968) Games people play in supervision, *Social Work*, 13(3): 23-32.
- Korb M.P., Gorrell J., Van De Riet (1989) *Gestalt Therapy Practice and Theory*. New York: Pergamon Press.
- Kurpius D., Gibson G. et al. (1991) Ethical issues in supervising counseling practitioners. *Counselor Education and Supervision*, 31(1):58-67.
- banning W.L. (1986) Development of the Supervisor Emphasis Rating Form. *Counselor Education and Supervision*, 25(3): 191-196
- banning W.L., Whiston S. (1994) Carey Factor structure of the Supervisor Emphasis Rating Form. *Counselor Education and Supervision*, 34(1): 41-51.
- Lanning W.L., Freeman B. (1994) The supervisor Emphasis Rating Form-Revised. *Counselor Education and Supervision*, 33: 294-304.
- Lawner P. (1985) Counter identification, therapeutic impasse, and supervisory process, *Contemporary Psychoanalysis* 25:592-607.
- Leddick G.R., Bernard J.M. (1980) The History of supervision. A critical review, *Counselor Education and Supervision*, 19 (3): 186-196.
- Liddle B. (1986) Resistance in supervision: A response to perceived threat, *Counselor Education and Supervision*, 25(3): 117-127.
- Lewin K. (1952) *Field Theory in Social Science*, London: Tavistock.
- Longanbill C., Hardy E., Delworth U. (1982) Supervision: A conceptual model, *The Counseling Psychologist*, 10(1): 3-42.
- Lubbock P. (1995) When does supervision become therapy? *Br. Gestalt J.*, 4(2):64-66.
- McGaghie W.C. (1991) Professional competence evaluation, *Educational Researcher*, 20(1): 3-9.
- MacKenzie K.R. (1990) *Introduction to time-limited group therapy*. Washington: DS: American Psychiatric Press.
- Masters M. A. (1992) The use of positive reframing in the context of supervision. *Journal of Counseling and Development*, 70(4): 387-390.
- Mead E. (1990) *Effective supervision: A task — oriented model for the mental health professions*. New York: Brunner-Mazel.
- McBriede, M. C. (1998) The use of process in supervision: A gestalt approach. *Guidans&Counseling*. 13:41-48.
- McNeill B.W., Worthen V. (1989) The parallel processes in psychotherapy supervision. *Professional Psychology*, 20(5): 329-333.
- Mintz E. E. (1983) Gestalt Approaches to supervision. *Gestalt J.*, 6:17-27.
- Mintz E. E. (1971) *Marathon Groups: Reality and Symbol*, New York: Appleton-Century Crofts.
- Montalvo B., (1973) Aspects of live supervision, *Family Process*, 12: 343-359.
- Moskowitz, S.A., Rupert P.A. (1983) Conflict resolution within the supervisory relationship. *Professional Psychology*, 14(6): 632-641.
- Mueller W.G., Kell B.L. (1972) Coping with conflict. *Supervising counselors and psychotherapists*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Nance D.W (1990) ACES Workshop on Counselor Supervision. Presented at the annual convention of American Association for Counseling and Development, Cincinnati.
- Neufeldt S.A. (1994) Use of a manual to train supervisors. *Counselor Education and Supervision*, 33: 327-336.
- Neufeldt S.A. Iverson J.N., Juntunen C. L. (1990) *Supervision strategies for the first practicum*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Neukrug E. (1991) Computer assisted live supervision in counselor skills training. *Counselor Education and Supervision*, 31(2): 132-138.

- Oik M.E., Friedlander M.L. (1992) Trainees experiences of role conflicted role ambiquity in supervisory relationships, *Journal of Counseling Psychology*, .39(3): 389-397.
- Page S., Wosket, V. (1994) *Supervising the Counsellor: A Cyclical Model.*, London: Routledge.
- Parlett M. (1991) Reflections on Field Theory, *British Gestalt Journal*, 1(2): 68-91.
- Perls F. (1976) *The Gestalt Approach*: Bantam Books.
- Philippon P, Harris J.B. (1992) *Gestalt: Working with Groups*, Manchester Gestalt Centre, electronic publication.
- Piersy F.P. (ed.) (1986) *Family therapy education and supervision*. New York: The Haworth Press.
- Pope K.S., Levenson H., Schover I.R. (1979) Sexual intimacy in psychology training. Results and implications of national survey. *American Psychologist*, 34:682-689.
- Powell D.J. (1980) *Clinical supervision: Skills for substance abuse counselors*, New York: Human Services Press.
- Powell D.J. (1988) Clinical supervision: The missing puzzle piece. *The Counselor*, 1:20-22.
- Powell D.J. (1989) Clinical supervision: A ten year perspective. *The Clinical Supervisor*, 7(2/3): 139-147.
- Powell D.J. (1991) Supervision: Profile of a clinical supervisor, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8: 69-86.
- Powell D.J. (1993) *Clinical supervision in alcohol and drug abuse counseling*, New York: Lexington Books.
- Protinsky H., Preli R. (1987) Intervention in strategic supervision.. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 6(1): 18-23.
- Rice L.N. (1980) A client-centered approach to the supervision of psychotherapy. In Hess A.K. (Ed.), *Psychotherapy Supervision: Theory, Research and Practice*, New York: Wiley: 136-147.
- Reeves D., Gulbreth J.R., Green A. (1997) Effect of age, gender, and education level on the supervisory styles of substance abuse counselor supervisors, *Journal of Alcohol and Drug Education*, 43: 76-86.
- Reising G. N., Danials M.H. (1983) A study of Hogan s model of counselor development and supervision. *Journal of Counseling Psychology*, .30(2): 235-244.
- Resnick R. R, Estrup L. (2000) Supervision: A Collaborative Endeavor, *Gestalt Review*, 4(2): 121-137.
- Roback H.B., Shelton M. (1995) Effects of confidentiality limitations on the psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4(3): 185-193.
- Roberts J. (1983) Two models of live supervision: Collaborative team and supervisor guided. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 2(2): 68-84.
- Ronnestad M.H., Skovholt T.M. (1993) Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, 71(4):396-405.
- Rutan J. S, Stone W N. (1984) *Psychodynamic Group Psychotherapy*. New York: Macmillan.
- Schiavone C.D., Jessell J.C (1988) Influence of attributed expertness and gender in counselor supervision. *Counselor Education and Supervision*, 28(1): 29-42.
- Searles H.F. (1955) The Informational Value Of The Supervisor s Emotional Experience, *Psychiatry*. 18: 135-146.
- Searls H. (1965) The informational value of the supervisors emotional experience. In *Collected Papers on schizophrenia and related subjects*. New York: IUP.
- Seligman L. (1978) The relationship of facilitative functioning to effective peer supervision. *Counselor Education and Supervision*, 17(3): 254-260.
- Shutz (1966) W. *FIRO-B: Interpersonal Underworld*. Palo Alto: Science and Behavior Books/

- Spice C.G.J., Spice W.H.(1976) A triadic method of supervision in the training of counselors and counseling supervisors, *Counselor Education and Supervision*, 15(4): 251-280.
- Spooner S.E., Stone S.G. (1977) Maintenance of specific counseling skills overtime, *Journal of Counseling Psychology*^ 24 (1), P. 66-71.
- Stoltenberg C.(1981) Approaching supervision from a developmental perspective; the counselor complexity model, *Journal of Counseling Psychology*, 28(1): 59-65.
- Stoltenberg C, Delworth U., (1987) *Supervising counselors and therapists*, San-Francisko: Jossey-Bass.
- Stoltenberg C, Pierce R., McNeill B. (1987) Effects of experience on counselor training needs. *The Clinical Supervisor*, 5(1):23-32.
- Storm C, Heath A. (1991) Problem-focused supervision: Rational, exemplification and limitations. *Journal of Family Psychotherapy*, 2(1): 55-70.
- Taibbi R. (1995) *Clinical supervision: a four-stages process of growth and discovery*, Milwaukee: WI: Families International, Inc.
- Tuckman B.W. (1965) Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63(6): 384-399.
- Wagner C.A., Smith J.P. Ir. (1979) Peer supervision: Toward more effective training. *Counselor Education and Supervision*, 18(3): 288-293.
- West J.D., Bubenzer D.L. et al. (1993) Three supervision modalities For training marital and family counselors, *Counselor Education and Supervision*, 33(2): 127-138.
- Wiley M.O., Ray P.B. (1986) Counseling supervision by developmental level. *Journal of Counseling Psychology*, 33(4): 439-445.
- Woody R.H. (1984) *The law and the practice of human services*. San Francisco: Jossey Bass.
- Worthington E.L., Stern A. (1985) Effects of supervisor and supervisee degree level and gender on the supervisory relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 32(2): 252-262.
- Worthington E.L. (1987) Changes in supervision as counselors and supervisors gain experience: A review, *Professional Psychology*, 18(3): 189-208.
- Yalom I. D. (1985) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yontef, G. (1997) Supervision from a Gestalt-therapy perspective, In: *Handbook of Psychotherapy Supervision*, ed. by C.E. Watkins, Jr. New York: John Wiley&Sons, Inc.: 147-163.
- Zucker P., Worthington E. (1986) Supervision of interns and post-doctoral applicants for licensure in university counseling, *Journal of Counseling Psychology*, 33(1): 87-89.

Интернет-ресурсы: электронные адреса сайтов (web-страниц), посвященных проблемам гештальт-терапии и супервизии

Журнал практической психологии и психоанализа -
<http://www.psychol.ras.ru/ippp-pfr/journal/index.htm>.
 ERIC-Digest Supervision: Exploring the Effective Components -
www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/index.html.

Включает

Leddick G.R. *Models of Clinical Supervision*;

Hart G.M. Strategies and Methods of Effective Supervision;
 Cashwell C.S. Interpersonal Process Recall;
 Dye A. The Supervisory Relationship;
 Bradly L.J., Gould L.J. Supervisee Resistance;
 Paisley P.O. Gender Issues in Supervision;
 Sumerel M.B. Parallel Process in Supervision;
 Colvin Harris M.B. Supervisory Evaluation and Feedback;
 Bernard J.M. Ethical and Legal Dimensions of Supervision;
 Borders L. D. The Good Supervisor;
 Werstlein P.O. Fostering Counselors Development in Group Supervision;
 Benschoff J.M. Peer Consultation as a form a Supervision;
 Casey J.A , Bloom J.W, .Moan E.R. Use of Technology in Counseling Supervision;
 Henderson P. Administrative Skills in Counseling Supervision.

About the Clinical Supervisor Certification Process, Connecticut Certification Board —
www.ccb-inc.org/ccs.html.

Advanced Practitioner Program Gestalt Associates for Psychotherapy (New York) -
<http://www.gestallassociates.com/advl.html>.

Short Courses At the Gestalt Centre London -
<http://dSPACE.dial.pipex.com/gestaltc/cont01.htm>.

Course Syllabus for supervision of marriage and family therapy -
www.ulm.edu/~mft/maft730.html.

COU 680: Family Therapy Supervision and Consultation -
<http://omega.cc.umb.edu/~family/SyllabusCOU6802001.html>.

Course of Counseling 499: Clinical supervision, Northeastern Illinois University, Department
 of Counselor Education — www.neiu.edu/~ikedward/supervision.htm.

Course Syllabus, Theories of Clinical Supervision (approved by National Association of
 Alcoholism and Drug Abuse Counselors-NAADAC —
www.mid-atts.org/courses/svll_clin.htm.

Course of Practicum Supervision (The University of South Dakota) -
www.usd.edu/ed/programs/syllabi/CGPS_890.html.

COU 680: Family Therapy Supervision and Consultation (University of Massachusetts Boston,
 Graduate College of Education) -
http://www.umb.edu/academic_programs/e.coe.html.

Diploma in Supervision Sherwood Psychotherapy Training Institute -
<http://www.spti.net/supervis.asp>.

De Riet V.V. Korb M.P., Jeffrey J. Philosophical Assumptions of Gestalt Therapy (1980) -
<http://www.afn.org/~gestalt/etics.htm>.

Harris G.B. (2001) How Group Therapy Works -
<http://www.editmanager.co.uc./user/index.php?user=mgc&pn=10731>.

Harris G.B. (2001) A Gestalt Approach to Working with Group Process -
<http://www.editmanager.co.uc./user/index.php?user=mgc&pn=10737>.

Harris G.B. (2001) Gestalt Group Development Theory -
<http://www.editmanager.co.uc./user/index.php?user=mgc&pn=10706>.

Hycner R. Die Ich-Du-Beziehung. Martin Buber und die Gestalttherapie -
<http://gestalt.de/gestaltkritik.html>.

Ginger S., Ginger A. Gestalt Therapy Groups: Why? -
<http://www.g-g.org/gev/4-1/ginger1.html>.

Ogles B.M. Using Data in Supervision to Enhanced Consumer Outcomes —
<http://imp.nlm.nih.gov/RM/A/A/0/R/ /rmaoor.pdf>.

- Starak Y. (2001) Clinical supervision: A gestalt-humanistic framework — www.g-g.org/gej/5-1/supervisioneng.html.
- Starak Y. A position paper for training gestalt therapy trainers - <http://www.g-g.org/gej/1-3/training.html>.
- Supervision in Gestalt Therapy, Clinical Fellowship Program, Gestalt Associates for Psychotherapy — <http://www.gestaltassociates.com/fellow1.html>.
- Supervision of Counseling, Counseling Psychology 476, Lehigh University, Pennsylvania - <http://www.lehigh.edu/~ineduc/CP/Cpsy476.html>.
- Sydney Gestalt Center, The Training Course for Gestalt Therapy - <http://www.gestaltsydney.com/Training.html>.
- Wisconsin clinical supervisor training Project, Participant Manual — www.fare-wi.org/FARERtoPWICInSupTrngModelSummary.htm.

Электронные адреса гештальт-институтов, центров и ассоциаций (web-страницы, посвященные программам обучения)

- Brisbane Gestalt Institute — <http://gestaltinstitute.com.au/>.
- The European Association for Gestalt Therapy — <http://eagt.org>.
- Gestalt Institute of Melbourne — <http://www.swin.edu.au/sbs/pub/gestalt/programs/gcertgdip.htm>.
- Gestalt Institute of the Rockies - <http://gestaltoftherockies.com/training/intro.htm>.
- Gestalt Institute of Atlanta - <http://pages.prodigy.net/nlpatlanta/Gestaltinstitute.htm>.
- Gestalt Training Institute Sydney — <http://www.gestaltassociates.com/>.
- Gestalt Institute of Cleveland — <http://gestaltcleveland.org/pts/g41-gtp.html>.
- Gestalt Institute of San Francisco — <http://www.gestaltinstitute.com/bava.html>.
- Gestalt Institute of New Mexico — <http://www.genm.nm.org/training-prof.html>.
- Gestalt Institute of Toronto — http://www.gestalt.on.ca/one_year_for_professionals.html.
- Gestalt Training Institute Sydney - http://www.gestalttherapy.com.au/thework/training/training_3year.html.
- Gestalt Therapy & Training Centre (Gestalt Association of Queensland Inc.) - <http://homepage.com.au/~gagi/page3.html>.
- Sherwood Psychotherapy Training Institute - <http://www.spti.net/gestalt.asp>.
- Sydney Gestalt Centre — <http://www.gestaltsydney.com/Training.html>.
- The Istituto di Gestalt (Italy) - <http://www.gestalt.it/inglese/home-e.htm>.
- The Center for Humanistic Psychology & Counseling at Exeter College - <http://www.wwwspace.co.uk/~centre/col8.html>.
- Рижский гештальт-институт — <http://www.gestalt.lv/rus/Latvija/programmi/index.htm>.
- Gestalt Psychotherapy Training Institute, Manchester Gestalt Centre — http://www.mgestaltc.force9.co.uk/accredited_training.htm.

Электронные адреса российских гештальт-институтов (web-страницы, посвященные программам обучения)

Московский гештальт-институт - http://www.gestalt.ru/mgi_pro.htm.

Московский институт гештальт-терапии и консультирования —
<http://www.migtik.narod.ru>.

Санкт-Петербургский институт гештальта —

<http://psvchologv.spb.ru/faculties/spb./pig.htm>.

Институт групповой и семейной психологии и психотерапии -

http://www.igisp.ru/igisp/catalog/Gestalt_podrobno.shtml.

Московский Институт гештальта и психодрамы — <http://www.migip.org.ru/struct.shtml>.

И. Д. БУЛЮБАШ

ОСНОВЫ СУПЕРВИЗИИ В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Рецензии, замечания и впечатления о книге
можно направить автору по адресу:
bulubash@bk.ru

Директор издательства М. Г. Бурняшев
Редактор И. В. Тепикина
Компьютерная верстка
и техническое редактирование О. Ю. Протасова
Художник А. П. Куцин
Корректор М. В. Зыкова

Сдано в набор 10.11 2002. Подписано в печать 15.01 2003.
Формат 60 x 90 №6. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Печ. л. 14. Тираж 3000 экз.
Заказ № 2844.

Лицензия ЛР № 065485 от 31.10.97 г.
ЗАО «ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ»
123336, Москва, ул. Таежная, 1.

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных диапозитивов
в ФГУП ордена «Знак Почета» Смоленской областной
типографии им. В. И. Смирнова.
214000, г. Смоленск, пр-т им. Ю. Гагарина, 2.

БУЛЮБАШ ИРИНА ДМИТРИЕВНА — кандидат мед. наук, врач-психотерапевт, тренер и супервизор. Ведет образовательные программы по гештальт-терапии в Московском институте гештальт-терапии и консультирования. Автор и ведущая программ «Арт + гештальт», «Техники терапевтической интервенции» (для начинающих терапевтов), «Как стать лидером», «Гештальт-подход: работа с метафорой клиента» и др.

Области профессиональных интересов: индивидуальная и групповая гештальт-терапия, семейная терапия, теория поля в гештальт-терапии, супервизия и обучение гештальт-терапевтов, психология и психотерапия в реабилитации.

В соавторстве с коллегами выпустила три руководства для врачей: «Нейрореабилитация», «Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями», «Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации».

Интерес к теме супервизии и появление этой книги свидетельствует о развитии и определенной зрелости российского психотерапевтического сообщества. А также о том, что время «дикой» психотерапии осталось позади и среди ценностей представителей этой сферы на первое место выходят профессионализм и соответствие мировым стандартам.

Книга посвящена особенностям супервизии в гештальт-терапии, однако представляет интерес и для сторонников других подходов, поскольку описывает и основные принципы супервизии, и ее модели, и супервизорские роли и отношения, и фокусы, и стили супервизии, и вопросы сертификации. И прежде всего — авторский алгоритм очной супервизии, процесса, помогающего терапевту осознать свои сильные стороны и ограничения, определить зоны роста и вообще интересно и продуктивно жить в своей профессии.

ISBN 5-89939-096-4



Институт Психотерапии

✉ 123060 Москва-60, а/я 67

☎/факс: (095) 474-2541,

(095) 474-1101, (095) 474-3987

