

С.А.Кулаков

Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии

Санкт-Петербург- Москва, 2002

Предисловие

ГЛАВА 1 СУПЕРВИЗИЯ И СУПЕРВИЗОРСТВО

Определения супервизии

- Задачи супервизии в консультировании
- Супервизия как лечение
- Супервизия как образование
- Единое определение супервизии

Основные модели супервизии

- Эволюционные модели
- Модели специфичной ориентации
- Балинтовские группы
 - Технология работы балинтовской группы*
- Супервизия в семейной психотерапии
- Интегративные модели

Условия супервизии

- Подготовка к супервизии
- Процесс супервизии

Уровни супервизии

Формы супервизии

Варианты супервизии

Дебрифинг

ГЛАВА 2. ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Ошибки присоединения

Ошибки диагностики

Тактические ошибки

ГЛАВА 3. ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ В НАРКОЛОГИИ

ГЛАВА 4. ТРУДНОСТИ, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЕТСЯ ПСИХОТЕРАПЕВТ

Сопротивление лечению

Особенности консультационных отношений

Полезный и препятствующий контр-перенос

Препятствующий контр-перенос

Полезный контр-перенос

ГЛАВА 5. ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ В ПСИХОТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ

Заключение

Предисловие

Супервизия с каждым днем все больше становится неотъемлемой частью повседневной деятельности лиц помогающих профессий. Супервизия — один из наиболее эффективных методов обучения психотерапии и консультирования, отражающий ее «ремесленный аспект» Приказом Минздрава РФ от 30.01.1995 г «О психиатрической и психотерапевтической помощи» супервизия обрела статус обязательной (не менее 75 часов) части образования психотерапевта. В новом образовательном стандарте подготовки психологов ей уже отводится не менее 100 часов. Преподаватели медицинских вузов и университетов испытывают наряду со специалистами дефицит в учебном пособии, где были бы отражены основополагающие принципы супервизии, представлены алгоритмы ее проведения. С момента опубликования первого учебного пособия по проведению балинтовских групп и супервизии (Винокур В.А., Кремлева О.В., Кулаков С.А., 1998) прошло 4 года, и оно стало библиографической редкостью. Вот почему я взял на себя смелость, обобщив опыт моих коллег, свой собственный и зарубежный супервизорский опыт, предложить совершить путешествие преподавателям и специалистам «помогающих профессий» по труднопроходимым дорогам консультирования и психотерапии.

Сергей Кулаков, профессор, супервизор Российской Психотерапевтической Ассоциации

Глава 1 СУПЕРВИЗИЯ И СУПЕРВИЗОРСТВО

Определения супервизии

Термин *супервизор* происходит от латинских корней и означает «смотреть поверх». В оригинале он относился к мастеру среди группы ремесленников. Сто лет назад в руках мастера в магазинах Новой Англии, как правило, сосредотачивалась почти полная власть над рабочей силой. Мастер мог предлагать работу, нанимать людей, использовать их в работе по своему усмотрению и существовать за счет разницы между продажной ценой и зарплатой для рабочих.

Супервизия — это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, социальной работы и др., в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии. Супервизия — это процесс, во время которого супервизор и супервизируемый вместе узнают что-то новое о клиенте, друг о друге, о себе.

Супервизия позволяет специалистам акцентировать внимание на цели и направлении своей работы, формировать системные подходы к стратегии и тактике проводимого лечения, планировать и прогнозировать эффекты терапии и вмешательств, а также осознавать свои ошибки и корректировать индивидуальные планы коррекции поведения клиента и его лечения.

Задачи супервизии в консультировании

Супервизия в консультировании имеет три основных задачи:

1. Профессиональное (и, соответственно, личностное) развитие консультанта.
2. Развитие особых навыков и умений, возможность оценить результаты.
3. Подъем уровня ответственности в службах и программах консультирования.

Эти три необходимых компонента помещают развитие навыков в более широкий контекст профессионального развития. В свете этого, супервизия помогает консультанту (как главному фактору в консультировании) понять себя и процесс консультирования, а также — в совершенстве овладеть знаниями и навыками, необходимыми для выполнения рабочих задач. Этот широкий взгляд на развитие консультанта связывает воедино самые разные представления о супервизии, показывая, как ориентированная на терапию концепция супервизии сочетается с концепцией, ориентированной на тренировку навыков.

Клиническая супервизия заботится о реальной работе супервизируемых в таких областях, как терапевтические отношения, благо клиента (*client welfare*), допуск на клиническую работу и приемлемость вмешательств, клинические навыки и прогноз. Другими словами, клиническая супервизия уделяет внимание слабым профессиональным и личностным сторонам супервизируемого, напрямую влияющими на благо клиента.

Супервизия как лечение

Ряд источников определяют супервизию как форму терапии, или, по крайней мере, как терапевтический процесс. Например, Abroms (1977) рассматривает супервизию и терапию как отдельные, но параллельные процессы. Различие состоит в том, что супервизия — это лечение лечения (а не врача). Abroms считает, что хотя супервизор не должен лечить супервизируемого, в супервизии могут и должны решаться терапевтические проблемы. Если консультируемый испытывает проблемы, мешающие клиническому функционированию, они должны стать «зернами» для супервизорской «мельницы». Атмосфера супервизии должна быть надежным убежищем супервизируемому, где он мог бы исследовать личностные проблемы и проблемы профессионального роста. В такой среде поведение супервизора устойчиво соответствует модели, в какой следовало бы проводить терапевтический сеанс.

ЦИТАТА ИЗ КНИГИ «ГАРМОНИИ» (И ССЫЛКУ В СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ — СОЛОВЕЙЧИК)

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

Супервизор — участник супервизорского процесса, а не посторонний наблюдатель. Так же как фокус психотерапевта смещается от пациента к диаде пациент-терапевт, так в супервизию включается триада пациент-супервизируемый-супервизор. Супервизия не является чистой терапией, но отношения между супервизором и супервизируемым имеют и терапевтический аспект. Психотерапия дает возможность пациенту отреагировать значимые переживания на приеме у специалиста, а супервизия позволяет супервизируемому предоставить на сеанс выборочный материал психотерапии. Супервизируемый нередко приносит фрагмент занятия, зависящий и от его «бессознательного».

Важность неосознаваемого процесса у супервизируемого и супервизора было описано 50 лет назад в литературе по социальной работе. В 1955 году Searls внедрил концепцию «отражающего процесса», который вскоре стал известен как «параллельный процесс». Под ним подразумевались отношения в супервизии, которые повторяли поведение или интеракцию в терапии, подчеркивая взаимосвязь терапевтической и супервизорской ситуации. Baudry показал, что параллельный процесс может начаться с конфликта в любой из трех частей: супервизор, терапевт или пациент — соответственно возникать и в терапии и в супервизии. Примером параллельного процесса может служить следующая иллюстрация. Новый пациент пропускает встречи, но звонит между сеансами, требуя, чтобы психотерапевт определил его проблему. Последний, не распознав его реакции, затем злится на супервизора за отсутствие помощи в понимании пациента. Присутствуют параллельная нетерпимость, опоздания, тревога и гнев.

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

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

Поддерживающие функции консультирования порождают крайне важную проблему границ: до какой точки (если таковая есть) будет адекватно консультировать супервизируемого? Особенно это касается консультантов по зависимостям,

пришедшим в эту область после собственного выздоровления или из семьи с родителями-алкоголиками (таким образом, так или иначе, их собственная жизнь затронута алкоголизмом или злоупотреблением веществами). Их личностный рост и выздоровление частично зависят от работы в должности консультанта этих больных. Если супервизор не сможет разрешить проблему личностного роста консультанта, эта проблема может помешать консультанту в клинической работе.

Как правило, центральной точкой супервизии должен быть клинический материал. Однако, если консультант обнаруживает личностную проблему, мешающую клиническому процессу, супервизор должен видеть, что консультант хочет поддержки для выхода из тупика. Проблема границы здесь в том, где, когда и как следует провести консультирование. Однако, как в общем руководстве, применимом к большинству клинических супервизорских ситуаций (особенно к тем, где супервизор является начальником консультанта), можно с уверенностью сказать, что клинический супервизор не обязан и обычно не должен проводить личностное консультирование супервизируемых. Тем не менее, адекватной будет адресация к программе помощи работникам или к внешнему терапевту. Я лично даю рекомендации пройти супервизируемому терапию и — сразу координаты психотерапевтов.

Такая адресация необходима во избежание двойственности отношений (интерролевого конфликта), что компрометирует супервизорские отношения. В особенности — терапевтические отношения, которым в целом присуща некоторая доля зависимости, должны быть вне супервизии.

Супервизия как образование

Другие авторы рассматривают супервизию в большей степени как образовательный процесс — своего рода обучение навыкам и развитие профессиональной компетенции. Bartlett (1983) давал такое определение консультационной супервизии: «Опытный консультант помогает начинающему студенту или менее опытному врачу научиться разнообразным видам консультирования». Согласно Blocher (1983), супервизия — «специализированный инструктаж», в котором супервизор пытается облегчить развитие готовящемуся консультанту. Супервизор выступает в роли посредника-преподавателя во взаимоотношениях студента с реальными клиентами, за чье благополучие студент несет определенную долю профессиональной, этической и моральной ответственности».

Вот еще несколько вариаций этих идей:

- «Супервизия — это задача опытного специалиста помочь начинающему студенту научиться консультированию на собственном материале студента»
- Супервизия в семейной терапии — это «специфичное развитие терапевтических возможностей супервизируемого в контексте лечения семей».
- «Интенсивные, межличностно — ориентированные взаимоотношения двух людей, в которых один человек способствует развитию терапевтической компетенции другого человека».
- «Длительный учебный процесс, в котором исполняющий роль супервизора путем исследования профессиональной деятельности супервизируемого помогает ему освоить соответствующее профессиональное поведение».

Разные школы терапии и консультирования отличаются в степени желаемого изменения поведения или даже личности в соответствии с требованиями супервизора или организации. Некоторые школы отрицают намерения «клонировать» супервизора, видя в супервизии консультативный процесс, по природе своей обучающий.

Тем не менее, все согласны, что никто не научится практической терапии или консультированию, не подвергнувшись терапии или консультированию. Это все равно,

что научиться хирургии, будучи прооперированным. С другой стороны, супервизия — это что-то большее, чем просто обучение консультанта. Супервизия является клинической подготовкой консультанта к практической лечебной работе. Таким образом, она внедряет в практику трансформированные принципы. В супервизии квалифицированный консультант способствует профессиональному росту супервизируемого через вербальное клиническое осмысление и обсуждение, а значит — супервизируемый приобретает необходимые навыки и учится действовать независимо. Супервизор помогает консультанту сконструировать терапевтический стиль с вовлечением своей личности, что поддержит консультанта в его профессии.

Единое определение супервизии

Ниже следующее определение, охватывающее многочисленные аспекты клинической супервизии, — основа построения единой модели супервизии.

Клиническая супервизия — организованный, обучающий процесс, имеющий четыре пересекающиеся цели (административную, оценочную, клиническую и поддерживающую), в котором принципы трансформируются в практические навыки.

Давайте проанализируем ключевые слова этого определения. Во-первых, супервизия — *организованный* процесс. Он имеет график работы и временной лимит, определенную повестку дня и ожидания. Эти требования заработали печальную славу часто нарушаемых правил. Большая часть того, что зовется супервизией — это разнообразные варианты «подошел в коридоре и сказал...», возникающие в кризисных ситуациях и случайно.

На вопрос: «Как много времени еженедельно вы уделяете супервизии?», клинические супервизоры часто отвечают: «Сорок часов в неделю». Этот ответ — суть провала на первом экзамене супервизии. Тот, кто так отвечает, скорее всего, проводит неструктурированную, неорганизованную супервизию. Наоборот, эффективная клиническая супервизия упорядочена. Консультанты должны подготовить к сеансу презентацию случаев и принести клинический материал (заметки, аудио/видеозаписи). От супервизора ожидается просмотр случаев, подготовленных к сеансу.

Во-вторых, супервизия — *обучающий* процесс. В отличие от занятий по другим предметам, супервизия не может решить отдельные проблемы каждого студента в отдельности. Она включает в себя оценку прогресса и индивидуализированный учебный план, который включает в себя знания консультанта о действиях в особых клинических ситуациях.

В-третьих, супервизия — это *процесс*, основанный на отношениях доверия и уважения, установленных по обоюдному согласию. В свете этого, супервизор является инструктором, поддержкой, наставником, другом, руководителем, преподавателем и коллегой. Необходимо, чтобы это было когнитивным согласием между супервизором и супервизируемым (эта позиция, особенно касательно начинающих консультантов, принимает особую значимость в отношении прогрессивного движения в супервизии).

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

Эти специалисты нуждаются в концепциях или принципах, к которым они смогут привязать свои практические навыки. Они должны научиться выдвигать гипотезы и проверять их. Это важно, чтобы обучение проходило как у взрослых, а не

как у школьников. Они пытаются провести вмешательство, которое либо работает, либо не работает. Затем они возвращаются назад и задаются вопросом: «Почему этот прием «сработал»? Что было правильно?» или «Почему это "не прошло?" Что было не так?» Здесь супервизор заставляет задуматься о концепции, теории, принципе (законе) вмешательства, что дает консультанту новую перспективу в этой ситуации. Консультант проверяет принцип, и в следующий раз он работает. С опытом это переходит в навык.

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

Мировой опыт свидетельствует, что супервизия — необходимое условие культурной психотерапии и консультирования. Институт супервизии выработан первоначально в практике глубинной психотерапии в виде анализа переноса/контрпереноса в терапевтическом контакте, сопровождающемся специфическим анализом биографии, структурным анализом личности и пациента, и самого психотерапевта, проходящего супервизию. Последующее развитие различных направлений психотерапии было сопряжено с одновременным созданием специфических моделей супервизии каждой школой психотерапии с целью обучения профессионалов и анализа качества их работы.

Основные модели супервизии

Систематический метод, в котором проводится супервизия, называется «моделью». Модели супервизии отражают концептуальную и методологическую базу супервизора, его подходы к практике психотерапии в русле избранного им направления или школы. Чаще всего имеют место: (1) эволюционные модели, (2) модели специфичной ориентации и (3) интегративные модели.

Эволюционные модели

В основе эволюционных моделей супервизии лежит представление, что все мы продолжаем расти: растут наши желания, начинания и усилия, меняются паттерны поведения. Сочетая наш опыт и наследственные склонности, мы развиваем в себе сильные стороны и ищем новые сферы для роста. Задачей является выявление и максимальное усиление прогресса, необходимого в будущем. Ворсингтон (1987) провел обзор эволюционных моделей супервизии и выявил общие закономерности. Исследования показали, что с ростом опыта супервизируемого менялось поведение супервизора и их взаимоотношения. Так появилась научная основа эволюционных тенденций и паттернов в супервизии.

В литературе подчеркивается значение восьми зон развития для каждого супервизируемого: вмешательство, компетентность в навыках, приемы и методы оценки, межличностные характеристики, концептуализация происхождения проблем клиента, индивидуальные различия, теоретическая ориентация, цели и план лечения, профессиональная этика. Помощь супервизируемым в осознании их сильных сторон и зон развития, делает нас ответственными за их дальнейшее развитие и как специалистов помогающих профессий, и как супервизоров.

Модели специфичной ориентации

Консультанты, принявшие на вооружение определенный вид терапии (например, психоаналитический, проблем-разрешающий, поведенческий, позитивной) часто считают, что наилучшей «супервизией» является анализ практики истинным приверженцем данной терапии. Ситуация аналогична таковой в спорте, где энтузиасты верят, что лучшим инструктором будет лидер в том же виде спорта. Модель специфичной ориентации соответствует теории и методологии какого-либо отдельного направления или школы психотерапии. Она требует, чтобы супервизор не только обучался, но и практиковал в русле данного направления/школы и прошел соответствующую супервизорскую подготовку, подтвержденную сертификатом.

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

1.Наблюдение:психотерапевт рассказывает о случае психотерапии, получает поддержку и возможность за счетобратной связи увидеть ситуацию (в том числе и дисбаланс модели реакций на конфликт («тело», «достижения», «контакты», «фантазии»)\будущее) со стороны.

2.Инвентаризация: определяется дисбаланс развития каких именно актуальных способностей составляет содержание затруднений психотерапевта, выясняется базовый конфликт — источник сопутствующего аффекта (дифференциальный анализ). при необходимости дифференциальному анализу подвергается и проблема пациента.

3.Ситуативное поощрение: поощрение проявленных качеств закрепляет у супервизируемого уверенность в его способности справиться с ситуацией с помощью нового взгляда не не, осознанного использования актуальных способностей и альтернативного опыта поведения в подобных ситуациях, предоставленного в обратной связи супервизором и участниками группы.

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

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

Динамика изменений внутри описанной схемы осуществляется за счет развития переноса у супервизируемого, которое является неотъемлемой частью ожидаемого развития процесса супервизии. Таким образом, отношение супервизора к супервизируемому становится «активной моделью» взаимодействия, которое психотерапевт позже строит с пациентом, чтобы помочь ему установить более

аутентичные и эффективные отношения с самим собой и окружающим миром.

Балинтовские группы

Целью и задачами балинтовских групп являются повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе, в противовес «апостольским» установкам врача; психопрофилактика «синдрома сгорания» участников группы, основанная на возможности проработки «неудачных случаев» в ситуации коллегиальной поддержки.

В состав указанной группы входят врачи и психологи, работающие в одном или в различных медицинских учреждениях. Нежелательно включение в одну группу

специалистов, связанных служебно-иерархическими отношениями (начальник и подчиненные). Половозрастных ограничений нет. Группа может объединять людей с различным стажем работы, наиболее эффективно участие их при стаже более трех лет. В группу могут входить 6—15 человек, оптимально — 8—10.

Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и «апостольских» установок, заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи.

Участники группы встречаются 1—2 раза в месяц при организации обычной пролонгированной группы, рассчитанной на совместную работу в течение 2—3 лет. Балинтовская группа может формироваться и из слушателей краткосрочного учебного семинара, в этом случае занятия группы могут проводиться ежедневно или с интервалом в несколько дней, общее количество занятий соответствует количеству участников. Продолжительность одного занятия, посвященного анализу одного случая, 2-2,5 часа с 10-минутным перерывом перед «завершающими» шагами. Эти цифры являются рекомендацией, основанной на опыте конструктивной работы в различных группах, частота перерывов и встреч, время окончания работы определяются самими участниками группы. Для занятий используется помещение, позволяющее расположить в круг стулья или кресла по числу участников семинара. Дополнительное техническое обеспечение не требуется, но по желанию группы занятия могут фиксироваться с помощью видеокамеры или магнитофона, либо ведется стенограмма занятий.

Руководитель группы избирается участниками, либо специально приглашается для этой работы. Ведущий должен быть опытным специалистом в области консультирования и психотерапии, знать технологию балинтовской группы, принципы групповой динамики, уметь управлять группой, следить за состоянием рассказчика и блокировать опасные обратные связи в случае неготовности «протагониста» принимать их.

Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики участников. Это могут быть «трудные» или «неудачные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача, вызывающие у него дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятными». Либо это могут быть текущие случаи, вызывающие у врача беспокойство. Это могут быть и так называемые «фантастические» терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых волнует врача. Для обсуждения могут предлагаться и случаи из практики психотерапевта, и эпизоды, центрированные на фармакотерапии конкретного пациента. В зависимости от состава и интересов участников обсуждаться могут однотипные случаи в нозологическом (наркологи, гастроэнтерологи) или терапевтическом (групповые психотерапевты) плане. Но чаще всего в балинтовской группе обсуждается опыт лечения разнообразных пациентов различными методами.

Технология работы балинтовской группы

Занятия балинтовской группы достаточно подробно структурированы и проводятся в несколько этапов или "шагов". Опишем их коротко и остановимся на специфических моментах каждого этапа. "Этапность" работы балинтовской группы отработывалась отечественными психотерапевтами (Лебедева Н.М, Палей А. И. (1995); Винокур В.А.,1988.

Первый "шаг" может быть условно назван "определение заказчика" из числа участников балинтовской группы. Каждое занятие традиционно начинается с вопроса ведущего: "Кто хотел бы представить на рассмотрение свой случай, проблему, создающие состояние дискомфорта?". Обычно после небольшой, а иногда и продолжительной паузы определяется один или несколько желающих. Каждого из претендентов на "заказ" ведущий просит описать в течение 1-2 минут свой случай в

произвольной, но лаконичной форме. После непродолжительной дискуссии и выбора группа отдает предпочтение одному из "заказчиков". При голосовании может возникнуть ситуация, когда два "заказчика" получают равное количество голосов. Тогда право выбора предоставляется обоим путем переговоров или руководитель берет инициативу на себя.

Второй "шаг" работы группы предполагает рассказ "заказчика" о своем трудном случае из практики своей профессиональной деятельности. Устанавливаются "мягкие" ограничения по времени. Руководитель и члены группы внимательно слушают и наблюдают за его поведением и поведением друг друга. Их наблюдения могут оказаться очень полезными для последующего анализа коммуникативных затруднений докладчика.

Третий "шаг" — формулирование "заказчиком" вопросов к группе по своему случаю, вынесенному на обсуждение. На этом этапе ведущий помогает "заказчику" сформулировать запросы (вопросы и пожелания) группе, в которых заложено желание получить новые знания и (или) групповую поддержку. Целесообразно записать вопросы на доске или планшете, т.к. все участники группы постоянно обращаются к ним, сохраняя точность их содержания.

Четвертый "шаг" — вопросы группы к участнику, представившему случай. Этот этап может проводиться по-разному в зависимости от состава участников, опыта и предпочтений ведущего. В классической балинтовской группе поведение на данном этапе жестко не регламентировано. В этом случае все спонтанные реакции участников, их поведение и эмоциональные проявления фиксируются ведущим и могут явиться в дальнейшем объектом динамического анализа (в классической группе это не используется, т.к. групповая динамика в ней не является предметом анализа). Другой вариант, напротив, жестко структурированный. Все участники задают по кругу "заказчику" по одному вопросу. Таких кругов может быть несколько. Кто-то из участников, не желающий задавать вопрос для прояснения ситуации или проблемы при соответствующей очередности, может ее пропустить. Это не исключает для него возможность задать возникший позже вопрос на следующем "круге".

Еще один вариант, который может использоваться, является промежуточным. Каждому участнику также по кругу предоставляется возможность задать определенное количество вопросов. При этом кто-то может задать их меньше или пропустить свою очередь, вновь воспользовавшись своим правом на новом круге. Отсутствие какой-либо регламентации на этапе вопросов "заказчику" допустимо и может дать интересный материал для последующего обсуждения. Руководитель может также, начав с вопросов по кругу и заметив, что все большее число участников пропускает свою очередь или вопросы по сути повторяются, предложить перейти к неформализованному варианту. В этом случае уместно прямо предложить участникам отказаться от очередности и задавать вопросы "в свободном режиме" тем, у кого они еще остались. На этом этапе "заказчик" часто с удивлением обнаруживает, что почему-то забыл или не учел весьма важные аспекты своего случая. Тогда "заказчик" дополняет свой рассказ на третьем этапе, многие неосознаваемые моменты проясняются для него.

Пятый "шаг" — окончательное формулирование "заказчиком" вопросов, которые он хотел бы вынести на обсуждение. Иногда формулировки вопросов сохраняются в первоначальном виде. Чаще, однако, они претерпевают изменения. Некоторые из ранее поставленных вопросов могут вообще потерять свою актуальность для "заказчика", благодаря осознанию им ряда моментов на предыдущем этапе. Список вопросов "заказчика" может быть и расширен, если какие-то из вопросов, заданных ранее группой, кажутся ему существенными для прояснения случая. Руководителю полезно предложить группе сформулировать дополнительные вопросы, ответы на которые, как им представляется, принесут пользу "заказчику". Но право конструирования

окончательного списка вопросов остается за заказчиком случая. Заметим, что часто таким дополнительным вопросом, принимаемым "заказчиком", является вопрос о том, какие аспекты в предложенном случае он недостаточно осознает, с точки зрения группы. Обычно окончательный список включает 3-5, но может быть и всего один вопрос.

Шестой "шаг" — ответы группы на запросы "заказчика" и свободная дискуссия. Начало этапа может быть формализовано.

Все участники по кругу отвечают на поставленные перед ними опросы. При этом "заказчик" может предпочесть услышать ответы на все вопросы поочередно от каждого члена группы или предложить, чтобы участники по кругу ответили сначала на первый вопрос, затем на второй и т.д. Если некоторые вопросы представляются ему тесно связанными, то возможно, чтобы каждый ответил по кругу на первую группу вопросов, а потом также по кругу на следующую из них. Ответы могут отражать чувства участников группы: "В этом случае я чувствую себя ...".

В отличие от 4-го "шага" задавать или не задавать вопросы участнику, представившему случай, на шестом "шаге" ответы на вопросы являются, как правило, обязательными для всех участников группы. Не меньшее значение, чем определенные суждения и "советы", для "заказчика" и остальных участников могут иметь ответы типа: "У меня тоже была подобная ситуация, и я нашел выход ...". В начинающей работу балинтовской группе участники на этом этапе могут стремиться к разнообразию ответов. Важно не допускать выражений типа: "Я тоже так думаю, как и ..." или "Я не знаю, что говорить, все уже было сказано". В таких случаях руководителю приходится напоминать, что ответы являются "обязанностью" всех членов группы и высказывание точки зрения, даже аналогичной прозвучавшей ранее, весьма важно для представившего случай. В эмоционально окрашенной атмосфере "заказчик" может не понять смысл однократно высказанного кем-то суждения. Самостоятельное значение имеет для него и сам факт, что многие члены группы предлагают идентичное или близкое видение его ситуации, но группа не стремится ничего навязывать, понимая, что докладчик может заблокировать принятие информации.

Поощряются на этом этапе и свободные ассоциации на тему: "Аналогичная проблема". После высказывания любого члена группы "заказчик" может задать ему уточняющие вопросы, если что-то осталось неясным. Может быть, что в балинтовской группе один участник осознанно или неосознанно идентифицирует себя с "заказчиком" или его "партнером" по обсуждаемой ситуации. Высказывания последних могут быть, например, такими: "Знаешь, я представил себя на месте ... когда ты произносил что-то в его адрес, воспроизводя ситуацию, и при этом заикался, я почувствовал себя напряженно". Подобные высказывания имеют особую ценность для представляющего случай, да и для остальных участников также. В хорошо работающей балинтовской группе отдельные реплики провоцируют продолжение обсуждения в виде дальнейших его кругов или свободной, но корректно управляемой дискуссии. Это приводит к более глубокому пониманию проблем, творческому коллективному развитию прозвучавших точек зрения, неожиданных ракурсов видения обсуждаемой ситуации. Будучи эмоционально значимым для представляющего случай, такое обсуждение позволяет воспользоваться полученной обратной связью участников балинтовской группы, как корректирующей, так и психологически поддерживающей.

Обратная связь от руководителя группы к "заказчику" осуществляется на **седьмом "шаге"**. Ведущий обобщает ответы группы, высказывает собственное видение ситуации, представленной "заказчиком" на обсуждение, предположений о причинах возникших у "заказчика" трудностей и т.д. (Заметим, что в различных видах социально-психологического тренинга ведущие, как правило, интерпретацию не дают).

В конце работы ведущий благодарит "заказчика" за предоставленный случай и смелость при его разборе, а участников группы — за поддержку сотрудника.

На восьмом "шаге" "заказчик" дает информацию о своих ощущениях. Его высказывания могут касаться собственного эмоционального состояния и впечатлений о работе группы. Он может также представить обратную связь конкретным участникам, содержащую его мнение об эффективности их деятельности, поблагодарить за поддержку или высказаться о своем состоянии словами "как стало легко и многое понятно" и т.п. Балинтовская сессия может заканчиваться высказываниями отдельных членов группы о своих ощущениях и впечатлениях. Решаются также организационные вопросы, принимаются предложения.

Рассказ строится в абсолютно свободной форме. Рассказчика не ограничивают во времени, а ведущий следит за тем, чтобы его не перебивали. Обычно, кратко рассказав о предистории взаимоотношений с пациентом, специалист более подробно останавливается на собственно тревожащей его конфликтной или кризисной ситуации в процессе лечения. Нередко возникает вопрос о том, надо ли готовить предлагаемый случай накануне, восстанавливать и документировать детали обследования и лечения пациента. Для балинтовской группы это не существенно, и более продуктивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто приносит ценную информацию и, в любом случае, поскольку речь идет о «непонятной» для рассказчика ситуации, группа может выявлять его субъективные «слепые пятна», благодаря или вопреки его «тщательной подготовке». На этом этапе ведущий и члены группы внимательно наблюдают за поведением и эмоциональными реакциями участников, сопровождающими рассказ, могут делать записи для предстоящего обсуждения. В заключение рассказа ведущий помогает сформулировать вопросы рассказчика по предлагаемому случаю таким образом, чтобы они были центрированы на взаимоотношениях врача и данного пациента, а не на технических деталях.

Классическая балинтовская группа была центрирована именно на взаимоотношениях «врач—больной», а не на технических деталях лечебного процесса (клинический разбор) или личностных особенностях данного специалиста (личностный тренинг). Можно сказать, что основная задача ведущего — удержать группу от «сползания» к личностно безопасному клиническому разбору с его центральным вопросом «Что надо делать с подобными пациентами?», а с другой стороны, от «сползания» к групповой терапии участников, ориентированной на проработку личностной проблематики врачей. И клинический разбор, и личностный тренинг — чрезвычайно важные формы практической подготовки врачей и психологов, но... это не балинтовская группа. Основным условием продуктивной работы балинтовской группы является создание атмосферы доверия, эмоциональной заинтересованности, сочетающейся с ощущением «безопасности открытости», балансирование между «холодной» атмосферой клинического разбора и излишне «горячей» ситуацией личностного тренинга. В любой группе ведущему придется столкнуться с защитными уклонениями в разные стороны, и его задача — терпеливо возвращать группу «на путь истинный». Поэтому уже на этапе формулировки вопроса рассказчика важно удержать его от клинического подхода: «Что делать?», или личностного вопроса: «Что во мне самом могло мешать?» и помочь ему сформулировать вопрос, центрированный на взаимоотношениях «врач—больной». «Почему именно с этим пациентом у меня не сложилось конструктивных отношений?». «Почему он прервал лечение?» и т. п. Подобные вопросы тем более уместны, так как чаще речь идет о терапевтических стереотипах: «Во многих случаях такой подход к пациентам помогал мне, но только с этим что-то не получилось». Решение задачи «балансирования» становится еще более важным и трудным для ведущего на последующих стадиях групповой работы.

В классической балинтовской группе поведение участников жестко не регламентировано, все спонтанные реакции, эмоциональные и поведенческие,

фиксируются ведущим и могут быть объектом динамического анализа. Но наш опыт работы с отечественными специалистами, которые своей эмоциональностью и тенденциями к «дискуссионности» создают ситуацию деструкции при отсутствии формализованного контроля, подсказал вариант балинтовской работы со структурируемыми этапами. В частности, на этапе задавания вопросов рассказчику всем участникам по кругу предлагается возможность задать ему уточняющие вопросы. Ведущий следит за тем, чтобы вопросы не подменялись советами, перерастающими в групповую дискуссию. Нередко уже на этом этапе рассказчик с удивлением отмечает, что почему-то забыл или не учел весьма важные аспекты. В ряде случаев рассказчик соглашается с тем, что вопросы, поставленные членами группы, могут быть более существенными, чем его собственные, для прояснения рассказанной им ситуации

На следующем этапе обсуждения всем участникам по кругу предлагается дать свои ответы на все поставленные рассказчиком вопросы. В отличие от «права» задавать вопросы рассказчику на предыдущем этапе, ответы на его вопросы являются «обязанностью» всех членов группы. Ответы типа: «Я тоже не знаю, что надо было бы делать в твоей ситуации...» — могут иметь для рассказчика и группы не меньшее значение, чем определенные суждения и «советы». Ведущий внимательно следит за сохранением центрированности обсуждения на взаимоотношениях «врач—больной», предотвращая «терапию рассказчика группой», фиксацию на технических деталях и подмену балинтовской работы «клиническим разбором». Поощряются свободные ассоциации «аналогичного случая». Важной функцией ведущего является и эмоциональная поддержка рассказчика, помогающая ему выдержать критические высказывания, не прерывая выступающих и предлагающих свое видение ситуации, зачастую окрашенное проекцией. Особую ценность приобретают высказывания коллег, которые сознательно или неосознанно идентифицируют себя с пациентом. Для предотвращения блокирующих дискуссий в процессе обсуждения ведущему неоднократно приходится напоминать группе и рассказчику следующий факт: «независимо от нашего согласия или несогласия с данной точкой зрения, ситуацию подобным образом мог видеть и наш пациент». В процессе обсуждения в случае выступления «советчика и критика, обладающего истинной в последней инстанции» (а таковые встречаются почти во всех группах), целесообразно предложить «советчику» реализовать свои советы в психодраматическом этюде. Роль пациента предлагается рассказчику. Это обычно снижает критическую установку группы и эмоционально поддерживает рассказчика, в ряде случаев ролевая игра может провоцировать конструктивный инсайт у членов группы. Реже ролевая игра используется на этапе группового опроса рассказчика, способствуя пониманию группой предложенной ситуации. Балинтовская группа помимо прочего ценна предоставлением возможности коллективного творчества. В хорошо работающей группе высказывания отдельных участников провоцируют продолжение дискуссии в виде второго, третьего кругов обсуждения, предметом которого становится творческое коллективное развитие предложенных неожиданных точек зрения, развитие от редукционизма к плюрализму, от поверхностности к углублению видения проблемы. В группах, где критический радикал значительно превышает эмоциональную поддержку рассказчику, ведущий может предложить всем участникам отмечать и положительные аспекты представленного случая. Для купирования эмоционального шока рассказчика, мешающего восприятию конструктивной информации в критических высказываниях, ведущим может быть предложено ему выбрать среди участников группы своего «полномочного представителя», своеобразного «переводчика» шоковой информации в эмоционально нейтральную. В конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для обратной связи. Необходимо отметить, что задачей балинтовской группы является не создание некоего конечного продукта, абсолютно истинного видения предложенной ситуации, но расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания.

Динамика балинтовской группы значительно отличается от динамики психотерапевтической группы. В частности, для предотвращения обычной групповой динамики запрещается критика ведущего. Не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуациях «там и тогда». Динамический подход в балинтовской группе позволяет делать предположения о том, что наблюдаемые «здесь и теперь» эмоциональные и поведенческие реакции рассказчика и членов группы соответствуют эмоциональным и поведенческим реакциям самого врача и его пациента в предлагаемой для обсуждения ситуации. Именно наблюдаемые реакции могут анализироваться достаточно глубоко и многосторонне. С высокой долей вероятности можно предполагать, что переживание скуки у некоторых членов группы во время рассказа о случае соответствует скуке самого врача при выслушивании жалоб и анамнеза пациента, а раздражение других членов группы в ответ на определенное поведение рассказчика повторяет чувства его пациента.

Наблюдение 1. В качестве иллюстрации можно привести случай, когда два котерапевта, врач и психолог, предложили группе историю совместного ведения пациентки. Они долго не могли решить, кто из них будет «основным докладчиком», в дальнейшем постоянно перебивали друг друга, «дополняя важными деталями», чем изрядно затянули рассказ и оставили группе очень мало времени для обсуждения. В итоге, участники группы вполне обоснованно сделали заключение о том, что нечто подобное происходило и в обсуждаемом лечебном процессе: никто из двух специалистов так и не взял ответственность за лечение пациентки на себя, и вместо согласованных действий возникло «соревнование двух терапевтических концепций». Возникло предположение, что «так же, как и в группе», в лечебном процессе очень много времени уделялось самим психотерапевтам, их техническим приемам и мало — самой пациентке, ее потребностям, сомнениям и тревогам, что, естественно, негативно повлияло и на целенаправленность, и на эффективность терапии. В данном случае дефицит времени позволил лишь наметить путь к пониманию мотивации «соревновательного» поведения котерапевтов. В большинстве случаев значительная часть балинтовского занятия и посвящается подобному «исследовательскому поиску», помогая участникам лучше понимать свою собственную мотивацию и переживания пациента, которые могут способствовать или препятствовать эффективности лечебного процесса (Бараш Б.А. и др., 1992).

При экзистенциальном варианте ведения балинтовской группы (Норберт Гюнцель Перевод фрагмента статьи из Баварской медицинской газеты, N5,2000, с 240-241) после доклада участники БГ имеют обыкновение задавать вопросы, для лучшего понимания и дополнения картины. Затем докладчика просят выйти из круга, в котором продолжится дискуссия; ему предлагают занять наблюдательную позицию. Позже в определенный момент времени или же в конце он будет иметь возможность вернуться к работе в группе и высказать результаты своего наблюдения. До этого момента он лишь следует процессу обсуждения так, как будто это мультимедийные события, инициированные им. Психодинамические процессы, критические и спорные замечания при этом ограничиваются и не интерпретируются в качестве критики докладчика.

Остальные участники приглашаются к сообщению своих свободных ассоциаций (мыслей), возникших во время сообщения. Это могут быть теоретические рассуждения, касающиеся дальнейшей диагностики или дифференциальной диагностики. Это могут быть ассоциации в отношении к пациенту (пациент напоминает мне моего пациента), воспоминания о случаях из собственной жизни, эмоции (аффекты, чувство принятия или отвержения), ощущения, которые не находятся в видимой связи с докладом (мысли об уклонении, напряженность, скука, внутренняя пустота, любопытство), телесные ощущения (сердцебиение, мышечное напряжение, усталость, расслабление). А также фантазии и внутренние картины (например, из области криминалистики или карточных

игр и т.д.). В результате всех этих наблюдений возникает воображаемая многогранная картина взаимоотношений между пациентом и врачом, которую можно сравнить с зеркальным отражением и содержащую при дальнейшем рассмотрении озадачивающее сходство с действительно имевшими место событиями, даже с фактами, которые во время доклада были представлены в неявной форме.

Во время группового обсуждения присутствуют процессы групповой динамики на эмоциональном и когнитивном уровнях: поляризация, различные позиции «за» и «против». Докладчик при этом имеет возможность следить за групповой динамикой и сравнивать происходящее со своими ощущениями без опасения вызвать непосредственную критику. Специалисты в области психического здоровья, не воспринимающие своих чувств в отношении к клиенту или же не придающие им значения, первоначально раздражены в таких группах, пытаются привести этому рациональные объяснения («до того времени, как не уточнен диагноз, нет смысла дальше дискутировать об отношениях»). Нередко они не могут воспользоваться работой балинтовской группы, так как очень рано обрывают свое участие в ней, считая все происходящее чепухой. В том случае, если они остаются, они могут к своему удивлению постепенно снять свою защиту и использовать свои наблюдения в терапевтических целях.

Наблюдение 2.

Доклад врача — психотерапевта Александра К. Участник долгосрочной балинтовской группы, который намеривался ее покинуть после нескольких встреч, но все же остался. (стенограмма заседания балинтовской группы).

Представляю для разбора проблему работы с подростком, который внезапно прервал групповую психотерапию. В дальнейшем произошел развал их семьи, болезнь отца. Этот случай вспоминается периодически с чувством какой-то необоснованной тревоги. Предыстория такова. Два года назад по совету коллег с Дальнего Востока приехал парень, звать его Константин, 17 лет, вместе с матерью для прохождения групповой психотерапии. Костя — единственный ребёнок в семье. Отец — бывший партийный работник. Мать — инженер. Со стороны матери отмечалась гиперопека, одно из запомнившихся мне ее правил было: «не высывайся — убьют». Отец не оказывал мальчику поддержки, использовал жесткие методы воспитания. В школе был тревожным, несколько отстраненным, друзей было мало. Увлекался сбором машинок, иногда помогал приятелям в ремонте машин. После 9 класса поступил в колледж. На первом году обучения услышал от однокурсников в свой адрес фразу неприятного содержания. Через 1-2 месяца появилась тревога и недовольство своим внешним видом, походкой и т.д. Был госпитализирован, симптомы расценили как проявления шизофрении. После выписки летом чувствовал себя хорошо, общался со сверстниками за городом, играл на гитаре. Осенью отказался идти в техникум. Был вновь госпитализирован в связи с депрессивным состоянием, прошел курс медикаментозной терапии, курс аутотренинга без особого эффекта. Психиатр, который его курировал, три года назад учился на курсах повышения квалификации в нашем городе, был наблюдателем психотерапевтической группы, поэтому посчитал, что этот метод поможет его пациенту. В документах, которые он привез с собой, был краткий эпикриз его состояний и просьба прислать заключение нашего учреждения в связи с необходимостью проведения военно-врачебной экспертизы. Отсылать обратно, не разобравшись с его состоянием, было невозможно.

Была проведена предгрупповая подготовка в течение 2 недель, состоявшая в индивидуальных сеансах когнитивно-поведенческой психотерапии, занятиями с матерью по поводу ее избыточной опеки. Состояние подростка было стабильным. Затем последовала короткая поездка на Украину к родственникам отца, после которой

самочувствие Кости ухудшилось. Первое занятие прошло хорошо. В конце занятия сообщил ребятам, что испытывает интерес. От второго занятия внезапно отказался, тем не менее приехал вместе с матерью в институт, сидел в коридоре в эмбриональной позе. Отказ мотивировал резким усилением тревоги. Было проведено патопсихологическое исследование, оформлены медицинские документы, и они уехали домой. Через 6 месяцев прислали первое письмо. Юноша продолжал болеть, они оформили академический отпуск, основная жалоба состояла в том, что «ему не нравится своя рожа». Ответ психотерапевта матери носил раздражительный характер, содержал назидания матери. В скором времени коллега сообщил, что у юноши наступила адаптация, вернулся в колледж, но «развалился» отец: у него появилась «странная» (психотическая?) симптоматика. Вчера я вновь получил письмо от этой семьи, где отмечено, что мальчик работает в гараже, несет ответственность за семью, много помогает. Ее пугает состояние мужа: выраженная ипохондрия, не работает, постоянно требует внимания, раздражителен.

У психотерапевта следующие вопросы к группе.

1. Какие возможности упущены при работе с этим клиентом?
2. Что происходило в этой семье?
3. Была ли шизофрения у этого парня?

Первый круг вопросов и ответы на них.

Вопрос: Был прием лекарств?

Ответ: Он приехал на поддерживающей терапии, я только уменьшил дозы, в дальнейшем знаю, что также принимал лекарства.

Вопрос: Была ли попытка вместе с Костей разделить его восприятие реальности?

Ответ: Критика к его состоянию частично была сохранена. Его симптоматика приближалась к сверхценным идеям.

Вопрос: Чем занимался юноша, когда не учился

Ответ: просто сидел дома, выполнял отдельные поручения.

Вопрос: Принимала ли мать какое-либо участие в психотерапии?

Ответ: Мы работали с ней по «расчерчиванию границ»

Вопрос: Какова реакция отца на заболевания сына?

Ответ: Знаю только, что он несколько ослабил свою критику сына. Прошло несколько лет после распада государства. Предлагаемые работы его не устраивали. Думаю, он переживал свой собственный кризис внутри.

Вопрос: Считал ли подросток себя больным?

Ответ: Да, и хотел от этого избавиться, делал шаги к выздоровлению. Периодически топтался при этом на месте, иногда возвращался назад.

Вопрос: В каком возрасте родителей он родился и есть ли у него брат или сестра?

Ответ: Он единственный ребенок. Родителям было по 28 лет.

Вопрос: Можно было предположить его уход из группы в первый день занятий?

Ответ: Нет.

Вопрос: родители были согласны с диагнозом психиатров и считали ли больным?

Ответ: Им сообщили предполагаемый диагноз, и его поведение в те два года они считали болезненным.

Вопрос: Отягощена ли наследственность?

Ответ: Нет

Вопрос: Предпринимались ли подростком какие-либо попытки изменить лицо и походку?

Ответ: нет

Вопрос: Кроме тревоги и замкнутости, какими еще чертами можно наделить подростка?

Ответ: подросток с детства очень трудно принимал решения, был чувствителен к обидам, любил все делать хорошо.

Вопрос: Что способствовало в семье снижению мужской ответственности?

Ответ: Мать многие вещи делала за своих мужчин. Это было принято в ее семье.

Вопрос: Какими были отношения родителей во время болезни сына?

Ответ: По описанию матери — хорошие, а точно сказать трудно, отца я не видел.

Вопрос: Какие события произошли на Украине?

Ответ: Мне неизвестно.

Вопрос: Почему этот случай запал в душу? Что в нем самое трудное?

Ответ: Симптоматика не вписывалась в известные регистры. Трудно было понять семейные отношения. Я испытывал раздражение к матери, когда она игнорировала мои рекомендации.

Второй круг вопросов.

Вопрос: Было ли впечатление, что Костя в психозе?

Ответ: Проводилась дифференциальная диагностика между шизофренией и расстройством личности мозаичной структуры.

Вопрос: Чем он занимался дома?

Ответ: Смотрел телевизор.

Вопрос: Насколько родители были заинтересованы в поступлении сына в колледж?

Ответ: Этот колледж выбрали родители.

Вопрос: Что происходило с тобой во время отказа Кости посещать психотерапевтическую группу?

Ответ: Возникла тревога, что коллеги, возможно, были правы, что подозревали психоз. Я мог подвергнуть подростка необоснованной опасности.

Вопрос: Не произошла ли идентификация тебя с отцом?

Ответ: Затрудняюсь ответить

Вопрос: Костю заставили поехать на группу?

Ответ: Нет, он сам хотел вначале.

Вопрос: Готова ли была мать к передаче ответственности? знала ли она чем сможет занять освободившееся время?

Ответ: Мы работали с этой проблемой.

Вопрос: Были ли у подростка затруднения в учебе?

Ответ: нет

Вопрос: Что значит «отец развалился»?

Ответ: Резко ограничил контакты с друзьями, длительно находился на больничных листах. Жаловался на тупые боли в желудке и неприятный запах, исходящий из его кишечника, был угрюм и раздражителен. Парадоксально: ухудшение его состояния произошло, когда его избрали депутатом.

Вопрос: Что вызвало улучшение состояния у подростка?

Ответ: Не могу сказать.

Вопрос: В жалобах звучало неудовольствие лицом и походкой. Работал ли ты с метафорическим значением симптомов: «лицо семьи», «опора семьи»

Ответ: нет

Вопрос: Что удалось узнать об отклонениях в более раннем возрасте?

Ответ: Присутствовали ранее описанные особенности личности, больше нет информации.

Вопрос: Были ли друзья среди юношей и девушек?

Ответ: Было 2-3 приятеля, с девушками не дружил.

Вопрос: Считал ли Костя, что у него есть проблемы с родителями?

Ответ: Сам он эту проблему не поднимал.

Психотерапевт не стал переформулировать вопросы, и группа перешла к ответам на них.

1-й участник: Мне трудно ответить, Я – психолог. Могу только посочувствовать в семье и сказать, что мать самая сильная в семье.

2-й участник: У меня нет медицинского образования. Семья определила такой тип поведения у юноши.

3-й участник: Возможно, надо было настоять на продолжении посещения группы. Мать в семье несет большую нагрузку, это усиливает ее тревогу. Возможно, она привязала к себе мальчика из-за того, что не «звучала» фигура отца. После ослабления отца из-за болезни юноша взял на себя роль сильного мужчины в семье. Сверхценные идеи, возникшие у парня скорее всего связаны с проблемой мужской роли. Указанные жалобы я скорее бы расценила как проявления расстройства личности.

4-й участник: Мне кажется, в этом случае семейная психотерапия могла бы привести к положительным результатам, так как налицо выраженная дисфункция семьи. Подросток своей болезнью достиг того, чего не мог добиться здоровым (выбор желанной профессии). Теперь семья сохранена за счет болезни отца. Я придерживаюсь точки зрения коллег за расстройство личности.

5-й участник: Необходимо отделить сына от матери. Мать нейтрализует свою тревогу через болезни близких. Скорее всего у юноши личностная проблема, вряд сразу нужно ставить «столь грозный» диагноз.

6-й участник: Подросток, возможно, столкнулся с директивным стилем у психотерапевта и побоялся отрыва от матери. Симбиотические отношения очень выраженные, и времени для подготовки к группе было недостаточно по объективным причинам. Юноше трудно было принимать мужскую роль в колледже, так он не «интроецировал» образ отца. О диагностике ничего не могу сказать, так как я психолог.

7-й участник: Необходимо больше работать с матерью, так как у нее есть личностная проблема.

8-й участник: Надо было настоять на группе, не отпускать в период подготовки на Украину. Не решенные проблемы супружеской подсистемы переносятся на ребенка.

9-й участник: Конечно, в первую очередь необходимо работать с семьей. Мать тревожная, опекала отца. Отец сбрасывал агрессию на сына. Возможно, мать виноватила отца: «Ты был строг, поэтому заболел сын». Агрессия вовне перешла в аутоагрессию: отец заболел. В рассказе не прозвучало присутствие депрессивных симптомов. Возможно назначение антидепрессантов было бы полезным.

10-й участник: Обращают на себя внимание три момента: определение значения симптоматики «лицо-ноги», раздражительность матери, эмбриональная поза при отказе от группы. Мальчик болезнью как бы хотел сказать: «в нашей семье слишком много показного». Походка: «Я — неустойчив в этой жизни». Поза эмбриона: «Мир угрожающий и страшный, мама, «роди меня обратно». В матке было так спокойно». Здесь уже выдвигали гипотезу о расстройстве личности. Если уровень организации личности у юноши — был пограничным, то в момент жизненных кризисов (декомпенсаций) особенно подростки могут давать психотическую симптоматику.

11-й участник: Больше нужно было работать с внешностью и то, что она значит для семьи. Разобраться с гиперопекой матери, что для нее сын. Отец заболевает для того, чтобы обратить на себя внимание. Заболевание желудка у отца — сигнал агрессии. О диагнозах я не могу судить, я не врач.

12-й участник: На ребенка сгружали проблемы отец и мать, помогая этим себе. Уход из колледжа — это протест. При улучшении состояния сына исчез источник компенсации у отца, он заболевает. Убедительных данных за шизофрению нет.

Ведущий: В семье двое мужчин, в период прохождения психотерапии эта ситуация повторилась, и еще раз повторилась дома, приведя в конечном итоге к парадоксальному эффекту. Психотерапия в подростковой группе не получилась. Тем

не менее, парень вроде как бы вышел из болезненного состояния. Успехи на работе станут его ресурсом. Если бы не «развалился» отец, распалась семья. В семье пробовали публично утвердиться то отец, то сын — им это не удавалось. То, что это не невроз — это точно. Необходима работа с семьей как с группой. Предполагать шизофрению были основания. Но каким бы ни был диагноз, вся семья в целом и каждый ее член нуждается в поддержке. То, что мать написала несколько писем, несмотря на некоторый раздраженный тон первого письма психотерапевта, свидетельствует об установлении между специалистом и семьей хорошего контакта. Возможно, результаты семейной психотерапии налицо с отсроченным эффектом.

Заключение «рассказчика». Для меня очень важным было услышать метафору, отражающую проблему «лицо — ноги». Если бы я начал с ней работать, возможно, прояснились многие скрытые интеракции в семье. Понял, что нужно было больше внимания уделить супружескому уровню и работе с матерью в плане отношений с мужчиной-отцом и мужчиной —сыном. Кроме того, Надя задавала вопрос об идентификации с отцом. Я осознал, что действительно она была. За год до этого случая у нас с женой были схожие разногласия по поводу воспитания нашего сына. Я считал, что не стоит баловать парня, она его слишком сильно опекала. Он потом заболел, не смог учиться в гимназии. Долго не могли поставить диагноз. Потом все наладилось. Возможно, по этой причине этот случай запомнился и вызвал у меня тревогу.

Использование технологии балинтовской группы в супервизорском процессе приближает ее к модели групповой супервизии. Несущественные отличия этих двух форм заключаются в том, что акцент балинтовской группы делается на взаимоотношениях «специалист-клиент», а в супервизорской группе определяется запросом супервизируемого.

С другой стороны чрезмерно критичные врачи, которым нередко угрожает «синдром сгорания», могут научиться чувствовать каким образом терапевтический процесс пересекается с их личностными нарушениями.

Еще раз подчеркнем основные принципы работы балинтовской группы. Это: добровольность участия, запрет на критику ведущего, свобода ассоциаций, идентификация с диадой «врач—больной», плюрализм, использование групповой ситуации «здесь и теперь» для понимания затруднений в практике специалиста помогающей профессии.

Супервизия в семейной психотерапии

С точки зрения теории, отличительным признаком семейной супервизии на протяжении всей ее короткой истории была системная ориентация. Другой характерной ее чертой был акцент на очные формы супервизии и рассмотрение этических вопросов в более широком семейном, культуральном и общественном контексте.

Семейная система часто описывается как постоянно эволюционирующая и саморегулируемая. В процессе консультирования системные изменения проявляются во взаимодействиях между членами семьи и во взаимодействиях с другими системами (такими, как супервизор, группа консультантов, службы социальной помощи, правовые системы и т.д.). Более того, каждая семья-клиент может восприниматься как особая группа людей, имеющих общую и уникальную историю, присущие лишь им внутренние правила и социальное поведение.

Вследствие этого, супервизируемые семейного консультирования встречаются с особенно сложной и сильно изменчивой ситуацией, в которой они могут испытывать выраженную тревогу. Используемые в супервизии подходы могут считаться методами эффективного совладания как со сложностью и силой семейной системы, так и со вторичной тревогой супервизируемых.

Тревога также может возникнуть тогда, когда супервизируемые сталкиваются в работе с ситуацией, сходной с их собственной обстановкой в семье. Обычно супервизоры семейного консультирования обращают больше внимания на развитие клинических навыков супервизируемых, нежели на помощь последним в разрешении семейных проблем. Среди этих супервизоров принято проводить супервизию, основанную на компетентности и четко отграниченную от личной психотерапии. Эта практика свидетельствует об общем убеждении, что имея солидный репертуар клинических целей и навыков, супервизируемые смогут справиться с эмоциями и проблемами, как со своими, так и с принадлежащими консультируемым семьям.

Супервизоры семейного консультирования считают очную супервизию особенно эффективной, так как супервизор может помогать и супервизируемому, и семье, изменяя ход консультирования в процессе наблюдения. Модальности включают в себя телефонные вмешательства, перерывы в консультации с учеником, и супервизора как ко-консультанта. К другим общепринятым методам супервизии относят просмотр видео- или аудиозаписей и устный отчет.

Одна из целей просмотра видеозаписи — помочь тренируемым улучшить их навыки восприятия и концептуализации. После просмотра части отснятого сеанса

супервизируемого можно попросить, например, описать "лейтмотивы" или взаимодействия членов семьи; наметить тип вмешательства, которое было бы эффективно в сходных ситуациях в дальнейшем; рассказать, что нового они узнали о семейном консультировании после этого сеанса. Практика устных отчетов супервизируемого также способствует клиническому росту. Устный отчет благоприятствует процессу взаимного задавания вопросов между супервизируемым и супервизором, что помогает супервизируемому организовать информацию о семьях-клиентах в удобную для анализа систему.

С изменениями в обществе, меняется и супервизия семейного консультирования. Так как супервизоры этого направления рассматривают семьи в более широком социальном контексте, то все поле их деятельности реагирует на изменения в социальной структуре быстрее, чем в других, смежных дисциплинах. Среди новых сил, влияющих на семейное консультирование и супервизию, можно назвать эволюцию идей социального конструкционизма, накал критики феминизма, растущее осознание и определение культуральных различий, а также ассимиляция данных новых исследований в тренинг.

Многие идеи, изменившие супервизию семейного консультирования, порождены точкой зрения социальных конструкционистов. Это — мнение, что "реальность формируется нашим видением мира". Сюда же входит предположение, что единственной "правильной" реальности не существует; поэтому может существовать много адекватных точек зрения о том, как жить и как смотреть на мир. В консультативных вмешательствах, учитывающих социальный конструкционизм, часто используются последовательности вопросов, проливающие свет на новые взгляды на жизнь и на новые возможности жизни. Вместе с тем, несмотря на эти весьма кооперативные подходы в супервизии, остается истиной и то, что супервизоры наблюдают за работой супервизируемых и "должны осознавать свою правовую ответственность за случаи, с которыми столкнулись их супервизируемые".

Один из конструктивистских методов супервизии использует рефлексивную группу равных. Такой процесс часто начинается с интервью, в котором некто предлагает супервизируемому решить случай, связанный с консультированием, или дилемму, в то время как группа молча наблюдает. Затем члены группы делятся разнообразными наблюдениями и мыслями, которые, по их мнению, могут помочь супервизируемому в работе с семьями. В задачи рефлексивной группы входит: а) активное участие супервизируемых в совместном конструировании реальности путем изоморфного процесса, отражающего вторичность формы по отношению к функции; б) создание атмосферы сотрудничества и поддержки; в) поощрение обмена альтернативными мнениями, которые могут помочь супервизируемым решить тупики и дилеммы, возникающие в консультировании. Члены команды обмениваются мыслями с супервизируемым в демократичной манере и часто используют вопросительные утверждения типа: "Интересно, что было бы, если...", "Может ли быть так, что..." или "Что изменилось бы, если...".

Другая конструктивистская концепция, часто используемая в супервизии семейного консультирования, делает акцент на самоопределяющую природу нарратива. Эта точка зрения получила наиболее полное развитие благодаря Уайту (1992), который считал, что созданные нами нарративы отражают и формируют нашу реальность и наш образ жизни. В процессе супервизии Уайт выделял конструктивные нарративы супервизируемых об их "жизни в качестве терапевта" (White, 1992, p. 86). Супервизор (или рефлексивная группа) помогают супервизируемому найти и развить "уникальные выходы" в сеансах консультирования — те случаи, когда он сделал что-то решающее, что помогло семье-клиенту. Супервизор помогает супервизируемому "соткать" из таких случаев усовершенствованный нарратив о "предпочтительном стиле консультанта" последнего. Вот примеры возможных вопросов: "Что говорит этот

[уникальный результат] о Вас, как о консультанте?", "Что, по-Вашему, рассказали бы мне члены этой семьи о том, как Вы помогли им?", "О чем это говорит, в плане направления Вашей дальнейшей работы?"

Влияние нарративных идей на семейную терапию привело к трансформации некоторых принципов проведения групповой супервизии в этой области. Остановимся на некоторых из них.

1. Члены группы наблюдателей вместе участвуют в беседе. Преимущество реальной беседы состоит в том, что идеи рождаются и развиваются во взаимодействии членов группы.

2. Консультанты пытаются не инструктировать и не направлять семью. Вместо этого необходимо выявить многообразие восприятий и конструкций так, чтобы члены семьи могли выбрать то, что им интересно или полезно. Комментарии следует давать безоценочно.

3. Основой комментариев становится то, что действительно происходит в помещении, где проводится консультация. Важно следовать за клиентами, наблюдать, что происходит во время интервью. Если у кого-то есть идея, но он не знает, какой ключ дала ему семья, супервизор в этом случае предлагает поразмышлять о том, что в ходе терапии могло вывести на эту идею.

4. Консультанты пытаются реагировать на каждого члена семьи.

5. Краткость- сестра таланта. Комментарии должны быть краткими, интересными и содержательными, особенно если в семье присутствуют маленькие дети.

Системные терапевты считают, что супервизия должна быть основана на терапии и согласована теоретически. Отсюда следует, что если консультирование структурно, супервизия должна проводить четкие границы между супервизором и терапевтом. Супервизорам-стратегам сначала следует манипулировать супервизируемыми с целью изменения их поведения, а затем, как только оно изменилось, начинать дискуссию, нацеленную на внутренний прогресс супервизируемого.

Bernard и Gudear (1992) обобщили преимущества и недостатки моделей супервизии, базирующихся на психотерапии. Если супервизируемый и супервизор имеют сходную ориентацию, изменение по ходу обучения максимально, а теория в большей степени интегрирована в тренинг. Если их ориентации противоречивы, может преобладать конфликт или обсуждение второстепенных вопросов.

Являются ли модели супервизии взаимоисключающими, или они могут уживаться? Модели систематично уделяют внимание благоприятным супервизорским отношениям, целенаправленной структуре, методам, включающим разнообразие стилей обучения, множественности супервизорских ролей и улучшению навыков коммуникации (слушание, анализ, уточнение). Специфическая модель реализуется преимущественно через вариант индивидуальной супервизии, но не исключает группового варианта (например, психодраматическая или психоаналитически-ориентированная групповая супервизия).

Интегративные модели

Интегративная модель базируется на подходе к психотерапии как к стратегии и тактике терапевтического контакта, независимо от выбора стратегии воздействия. Интегративная модель супервизии в таком случае становится универсальной и концентрируется на следующих моментах:

- процессе терапевтического контакта (вербальная и невербальная коммуникация, глубина, эмоциональность и др.);
- информированном согласии;
- структурировании сессии и курса;

- процессе концептуализации психосоциогенеза заболевания или симптомов;
- избранных мишенях для работы (например, симптом, личность, уровень организации личности, когнитивные, эмоциональные, мотивационные процессы, межличностные отношения и др.);
- соответствии выбора целей и средств вмешательства;
- целенаправленности и результативности психотерапевтического процесса в целом.

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

В качестве иллюстрации приводим оценочную супервизорскую форму, проверяющую интегративные психотерапевтические навыки (табл. 1)

Оценочная форма психотерапевтической компетенции Таблица 1

Перечень умений	Умение не проявляется	Умение проявляется	Умение свойственно	Умение хорошо развито	Не применимо
ОБЩАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ					
Границы					
* Способность устанавливать и придерживаться определенных рамок в лечении (времени, места, внешних деятельности/отношений, установленного плана; ориентированность на время)					
* Способность устанавливать и поддерживать профессиональные отношения					
* Способность понимать и предохранять пациента от излишних вмешательств в личное пространство; конфиденциальность					
* Способность заключать с пациентом финансовые договора, согласованные с контекстом лечения					
Терапевтический альянс					
* Способность устанавливать взаимопонимание					
* Способность понимать и развивать терапевтический альянс с пациентом					
* Способность распознавать разные формы терапевтических альянсов, включая негативные					
* Способность предоставить пациенту возможность активно участвовать в лечении					
* Способность распознавать и пытаться исправить затруднения в альянсе					
* Способность установить фокусировку на лечении					
* Способность обеспечить благоприятную обстановку					
Слушание					
* Способность слушать					

открыто и без суждений					
* Способность к содействию пациенту в свободном и открытом разговоре					
Эмоции					
* Способность распознавать и специфично описывать аффекты					
* Толерантность к прямым проявлениям враждебности, аффективности, сексуальности и других сильных эмоций					
* Способность распознавать и описать (супервизору) свои собственные аффективные реакции на пациента					
* Способность распознавать и преодолевать неуверенность ученика при обучении психотерапии					
Понимание					
* Способность к эмпатии состоянию пациента					
* Способность к выражению эмпатического понимания					
Использование супервизии					
* Способность устанавливать педагогический альянс с супервизором					
* Способность к внедрению в психотерапию материала, после работы с супервизором					
Устойчивость/защиты					
* Способность идентифицировать проблемы в сотрудничестве с лечащим врачом					
* Способность выявлять защиты в клинических проявлениях					
* Способность выявлять затруднения к изменению и понимание возможных способов управления ими					
Техники вмешательств (воздействий)					
* Способность удерживать фокус на лечении, когда это необходимо					
* Способность к					

конфронтации					
* Способность определять готовность к лечению и обеспечивать его окончание					
* Способность определять готовность пациента к определенным вмешательствам					
* Способность оценивать реакцию пациента на определенные вмешательства					
НАВЫКИ ДЛЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ					
* Способность идентифицировать и эффективно начинать лечение подходящего для психодинамической психотерапии пациента					
* Способность идентифицировать аспекты текущего случая в понятиях теорий драйвов и защиты, интернализированных объектных отношений и компенсации личного опыта пациента					
* Способность связывать настоящее с прошлым. Это может продемонстрировать пониманием текущих паттернов мышления, чувств, действий и взаимоотношений пациента в ключе его или ее прошлого личного опыта					
* Способность определять, гибко и должным образом реагировать на разнообразные защиты в клинической картине					
* Способность противостоять, прояснять и интерпретировать прежде неосознанный и полу-осознанный материал в терапевтическом сеттинге					
* Способность содействовать выявлению скрытого значения клинического материала (такого как сны,					

ассоциации, трансферентный материал и т.д.)					
* Способность выявлять перенос и использовать его в терапии					
* Способность распознавать, сдерживать и использовать (в целях терапии) контрперенос					
* Способность поддерживать терапевтический альянс перед лицом переноса, путем использования концепций нейтралитета, абстиненции, эмпатии и поддержки, оказанной соответствующим образом					
* Способность обеспечивать окончание лечения в контексте психодинамической психотерапии					
НАВЫКИ ДЛЯ КРАТКОСРОЧНЫХ И КРИЗИСНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ					
* Способность быстро установить терапевтический альянс с пациентом					
* Способность определять травмирующее событие (стрессор) и реакцию пациента на него					
* Способность вычислять историю типичных копинг-механизмов пациента					
* Способность помогать пациенту в проявлении эмоций					
* Способность при необходимости нормализовать эмоциональные реакции пациента на события в кризисной обстановке					
* Способность ориентировать терапию на травмирующий кризис					
* Способность предоставлять поддержку пациенту					
* Способность активно слушать пациента с целью лучшего понимания					

* Способность обеспечивать психообразовательный подход к кризису					
* Способность помочь пациенту развить адаптивные копинг-механизмы и выявлять дополнительные источники поддержки					
* Способность устанавливать достижимые терапевтические цели совместно с пациентом					
* Способность быстро собирать коллатеральную информацию, когда это необходимо					
* Знание ресурсов общества и способность произвести своевременную и безопасную диспозицию					
НАВЫКИ ДЛЯ СОЧЕТАННОЙ ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ					
* Способность интегрировать биологический и психологический аспекты истории болезни пациента					
* Способность обеспечить психообразовательный подход к психическим заболеваниям и риску/пользе обычно назначаемых психотропных лекарств					
* Способность понимать, как эффект медикаментозной терапии может оказать значительное влияние на деятельность пациента; способность научиться определять, какие лекарства нужны для пациента					
* Способность использовать эффект плацебо для более эффективного назначения лекарств					
* Базовое понимание диагноза и специфической психотерапии и медикаментозной поддержки					
* Базовое понимание медико-					

правовых и психотерапевтических вопросов в контексте, когда один специалист назначает лекарства, а другой — проводит психотерапию: конфиденциальность, информированное согласие и сотрудничество					
* Способность использовать в лечебных целях концепцию переноса и контрпереноса при назначении лекарств					
* Понимание того, как назначение лекарств может помочь или помешать психотерапии, и как психотерапия может помочь или помешать медикаментозному лечению					
* Выявление психологических аспектов несоблюдения терапии					
НАВЫКИ ДЛЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ					
* Способность установить когнитивную модель происхождения проблем пациента					
* Способность включить пациента в когнитивную модель					
* Способность использовать структурную когнитивно-поведенческую модель, включая поправку на настроение, ссылку на предыдущий сеанс, повестку дня сессии, обсуждение домашнего задания, резюме и обратную связь от пациента					
* Способность идентифицировать и выявлять автоматические мысли					
* Способность устанавливать и применять знание когнитивной триады депрессии					

* Способность использовать запись дисфункциональных мыслей как инструмент в лечении					
* Способность использовать активный график как средство терапии					
* Способность идентифицировать общие когнитивные ошибки в мышлении					
* Способность использовать поведенческие техники в качестве лечебного инструмента					
* Способность по окончании активной терапии должным образом и совместно с пациентом планировать сеансы поддержки, самопомощи и контрольные сеансы					

Условия супервизии

Супервизор — квалифицированный специалист-психотерапевт, проводящий супервизию путем профессионального консультирования психотерапевта, обратившегося за супервизией. Консультирование проводится им на основе наблюдения и специфического анализа зафиксированных фрагментов практической работы психотерапевта с последующим или одновременным обсуждением с коллегой особенностей терапевтического контакта, текущей и планируемой лечебной стратегии и тактики. Обсуждение проводится в форме диалога и обратной связи супервизора, завершается его устными рекомендациями и письменным заключением.

Супервизируемый (объект супервизии) — это практикующий психотерапевт или специалист, проходящий стажировку по психотерапии и обратившийся за супервизией. Его потребность в супервизии определяется как собственным запросом с целью профессионального и личностно-профессионального роста, так и необходимостью в получении сертификата психотерапевта с зачетом не менее 50 часов супервизии. Предварительная подготовка психотерапевта к процессу супервизии заключается в фиксации необходимых фрагментов практической работы с пациентом /пациентами (разные фазы психотерапии: от интервью и формулирования диагноза, выделения психологических мишеней и заключения психотерапевтического контракта, информирования пациента о целях и последовательности избранных методов терапевтической интервенции до выполнения собственно психотерапевтических методов и подведения итогов работы). Кроме того, супервизируемый должен предусматривать концептуальное обоснование медицинского диагноза, психосоциогенеза заболевания и отдельных симптомов, а также избранной им стратегии и тактики лечебной помощи. Личностные проблемы супервизируемого являются предметом обсуждения с супервизором при наличии тесной связи первых с ошибками терапевтического контакта и терапевтической интервенции. В некоторых случаях заявка супервизируемого может содержать анализ причин сопротивления пациентов процессу лечения или "выпадения" (drop out) пациентов из лечебного процесса.

Наблюдение 3. Супервизируемый Виктор С., врач-психотерапевт с 10-летним стажем обратился за супервизией в связи с тем, что пациентка, с которой он проработал 1,5 месяца, отказалась с ним работать. Испытывает растерянность и тревогу. Приводим супервизорский разбор данной ситуации.

Галина К., 22 года

Жалобы

1. Субъективные проявления болезни, которые беспокоят клиента или родителя при обращении: головокружения, возникающие в покое и усиливающиеся при движении и зрительной стимуляции; раздражительность; чувствительность и ранимость; плаксивость; резкая смена настроения в течение коротких промежутков времени и в течение суток; невозможность концентрации внимания и чтения книг из-за трудности сосредоточения внимания; снижение краткосрочной памяти; повышенная утомляемость и истощаемость; требовательность к окружающим; трудности установления контактов с ровесниками, особенно с девочками, и конфликты с ними; отсутствие месячных.
2. Проявления болезни, которые на момент беседы со специалистом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически возникают в течение дня, недели или месяца: тошнота, расстройства стула и пищеварения в ответ на стрессовые состояния.
3. Симптомы болезни, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы: расстройство сна при перемене места в детстве; реагирование различными болезнями и агрессивностью на изменение ситуации (помещение в детский сад, школу); суицидная попытка в анамнезе; суицидные мысли при фрустрации реализации потребностей.

Анамнез жизни и болезни

Семейный анамнез

Дед по линии матери, умер рано. Бабушка не вышла повторно замуж, умерла от рака в 1992 году. У матери в детстве всегда было желание иметь рядом мужчину («Мама, купи папу»). Бабушка по линии отца страдала астмой. Родная сестра отца страдала болезнью Паркинсона. Мать отца до своей смерти контролировала сына и ненавидела невестку. У отца до вступления в брак с матерью Галины уже было две семьи. От первого брака — взрослый здоровый сын. Вторая жена ушла от мужа, будучи беременной. Возраст при вступлении в брак родителей Галины: отцу — 45 лет, матери — 34 года. Зарегистрирован брак только после смерти свекрови.

Анамнез жизни. Галина родилась через год после начала совместной жизни родителей. Обсуждения беременности у матери шли, в основном, со свекровью, так как в этот период муж много работал и редко бывал дома. Мать находилась в подавленном состоянии, часто плакала, душевного комфорта не испытывала. Во второй половине беременности была зарегистрирована прибавка в весе, потребовавшая соблюдения диеты. Кроме того, матерью была перенесена вирусная инфекция, которую она ретроспективно рассматривает как психосоматическое расстройство. Ожидания пола ребенка были неопределенными.

Роды — в срок, при родах применялись стимуляторы и легкий эфирный наркоз. Вес ребенка при рождении — 3700 г, оценки по Апгар мать не помнит, но физической патологии у ребенка не обнаружено. Муж жену с ребенком встретил при выписке из роддома, но вскоре по совету свекрови уехал отдыхать в санаторий.

Буквально в первые недели у матери пропало молоко, брали донорское у другой женщины, кормили ребенка с ложки. Девочка много плакала, мать рассматривала это явление как нехватку молока. С 5 месяцев ребенка перевели на искусственное вскармливание. Режим строго соблюдался, возникали противоречия между ухаживающими за ребенком женщинами. Девочка требовала ночного кормления и до сих пор встает ночью «пожевать» что-нибудь. Мать не помнит, когда дочь начала

ползать и сидеть. В 5 месяцев ребенок попадает в больницу с высокой температурой непонятного происхождения. В течение недели пребывания ребенка в стационаре матери не разрешали там ночевать, ночью ребенка не кормили, наказывали за плач, стали давать каши, что послужило причиной расстройства пищеварения, сопровождающегося поносами. После выписки у ребенка отмечался кашель и насморк. Был назначен гаммаглобулин и антибиотики. Девочка стала заторможенной, просыпала кормления. К году состояние выровнялось, начала ходить. В этот период мать вышла на работу, ребенка стала опекать бабушка по линии матери. На прорезывание коренных зубов у девочки вновь развилась реакция со стороны желудочно-кишечного тракта. Затем проблемы со стулом стали менее актуальными.

Первый переезд на дачу на втором году жизни девочки стал причиной срыва сна, и с тех пор проблемы со сном держались до школы: самостоятельно не засыпала, звала мать перед сном почитать книжку. Первые слоги — в 7—8 месяцев, после года внезапно перестала разговаривать, после двух лет стала говорить фразами. Когда дочери было 2,5 года, мать находилась в клинике по поводу аборта, а клиентка заболела гриппом. Незадолго до этого произошел отказ от соски. Вскоре родственники обратили внимание на появление раскачиваний во время сна. Обратились в отделение детских неврозов, было рекомендовано наблюдение и лечение, которое мать не проводила. Единственная рекомендация, которую мать выполнила, — отмена дневного сна.

Круг общения ребенка был ограничен. К самообслуживанию приобщали всегда, но сама девочка такого желания не проявляла. Мать мало хвалила ребенка за достижения. Девочка привыкла играть одна, так как у матери не было времени. Акцент делался на развивающих играх. Рано начали читать книги, девочка хорошо узнавала их обложки. Сама рифмовала слова, а с трех лет начала шутить. Мать не играла с ребенком в сюжетные игры, предпочитая дидактические игры и книги. Способность к сюжетной игре у девочки была, иногда самостоятельно играла в куклы, к этому ее приобщила бабушка. Бабушка по линии отца редко общалась с девочкой.

В 4,5 года стала посещать детский сад, где столкнулась с воспитательницей («садисткой»), которая детей заставляла есть, завязывала им руки. Замечаний у персонала насчет поведения Галины не было. Ребенок продолжал часто болеть. Отец в воспитании не участвовал, в качестве ритуала перед сном читал ей книжки. Он много работал, кроме того, должен был навещать свекровь, ревновавшую сына к невестке.

Желание играть в одиночестве у девочки сохранялось. Она росла неловким ребенком, с трудом освоила трехколесный велосипед. По рекомендации педиатров занималась хореографией, ритмикой. Быстро уставала, начинала баловаться, отключалась на этих дополнительных занятиях. Мать нервничала, однажды по дороге домой не дала обещанный сухарик. Ребенок плакал, кричал, и вместо утешения мать ее побила.

Рисовать девочка практически не умела, в основном раскрашивала картинки. На фотографии в возрасте 6 лет выглядела грустной. Моторика к моменту поступления в школу под влиянием упражнений улучшилась.

Контакты с отцом у девочки были редкими, она готова была играть с ним в подвижные игры, чтобы завоевать его внимание.

Общению с ребенком в семье по-прежнему не уделялось достаточно внимания. После контактов с ровесниками она приходила часто обиженной. К школе знала все буквы, но читать не хотела.

Перед поступлением девочки в школу стал болеть отец. Мать занялась обменом. Первый год жили у свекрови, Свекровь упрекала мать в неправильном воспитании ребенка, мать срывалась, кричала на мать мужа, иногда их «разборки» слышала девочка.

В конце 1-го класса (апрель—май) девочка тяжело заболела: зарегистрирована высокая температура, около 40°, сопровождавшаяся отказами от еды, выглядела ослабленной, бледной.

В течение трех-четырех недель после болезни держался период сильной слабости. Назначенные по этому поводу антибиотики послужили причиной выраженной аллергии организма. Анализы показали чувствительность на многие вещества.

В этот же период у отца ухудшилось состояние здоровья. Когда он должен был делать операцию на позвоночнике, умерла его мать. Когда девочка училась во 2 классе, отец стал непрерывно проживать в семье (в семье стало два «носителя симптома»). По поведению в школе Галя характеризовалась как неусидчивая. Подруг не было. Отношения с ровесниками были неровными. В начальной школе ее побил ученик из соседнего класса.

В 12 лет перешла в другой класс, куда брали только сильных учеников. Первый год обучения прошел гладко — занималась охотно, писала стихи. В 13 лет девочку стали отвергать и унижать ровесники. Одноклассница постоянно ее со всеми ссорила. Соученица имела имидж «экстрасенса», занималась парапсихологическими феноменами. Так она внушала Галине, что та как-нибудь бросится в пролет лестницы. При самостоятельной игре-анкетировании, проведенном в классе, Галя по рейтингу оказалась на последнем месте. Девочка очень расстроилась, переживание отверженности усилилось.

У бабки по линии матери обнаружен рак. Мать «отсоединилась» от проблем отца и дочери, испытывая чувство вины перед собственной матерью, так как считала, что причина ее болезни — в истощения внутренних резервов.

Со слов матери, у Галины в возрасте 14 лет появился «друг», очень своеобразный подросток. Он был необыкновенно красив, остроумен. Галина начала активно с ним общаться. У нее появились взгляды, которые не совпадали с моралью семьи: например стала с сочувствием интересоваться жизнью «маргиналов» и представителей сексуальных меньшинств. Юноша стал играть значительную роль в ее жизни.

Мать в это время увлеклась парапсихологией. Эти увлечения несколько снизили ее внутреннюю тревогу: перестала думать о разводе, о своей неудачной жизни. Рассказывая о жизни девочки, мать считает, что эти увлечения привели ее «не туда»: молодым умер отец, ее мать неизлечимо больна, муж тоже болен и получил инвалидность, хотя был спортсменом в молодости, дочь не оправдала ее надежд. Обращение к целителям и экстрасенсам только привели к появлению страхов у девочки. В этот период у Галины пришли первые месячные.

При окончании 9 класса она сообщила, что ее друг помог ей на экзаменах. Когда мать спросила классного руководителя про этого подростка, оказалось, что в их школе такой не учится. Мать побежала к психотерапевту, встревожившись, что у дочери возникли какие-то фантазии, был назначен галоперидол как средство лечения патологического фантазирования. Дочка плохо ела, похудела, перестала расти.

В 10 классе ушла из класса «травившая» ее одноклассница». Появился новый классный руководитель. Галине стало легче учиться. Некоторые учителя стали стимулировать ее закончить школу на медаль. Однако учительница математики возмутилась, поставила ей четверку на контрольной — в ответ на это все каникулы девушка пролежала в постели: «не было сил встать». Ее обследовали у врачей — какой-либо органической патологии не было найдено.

В конце года мать пришла к директору поговорить по поводу аттестации дочери, но руководитель школы сказала, что Галина часто прогуливает, хотя это не соответствовало действительности. Утром следующего дня клиентка ощутила тошноту. На другой день пошла погулять, не вернулась вовремя домой: в этот вечер «была попытка изнасилования» (на самом деле парень просто крепко прижал к себе девушку, но та считала, что таким способом можно забеременеть). Боялась сообщить об этом матери, так как та могла подвергнуть ее жесткой критике, но потом все-таки рассказала — из-за страха беременности. При проведении ультразвукового обследования через месяц признаков беременности не выявлено.

Летом у девушки усугубились проблемы с желудком, участились состояния тошноты. В июне того же года — пришлось обратиться в детское отделение неврозов. Был назначен циннаризин, рекомендовано давать неуплепил в каплях без ведома больной. Мать самостоятельно провела курс лечения amitriptилином и реланиумом в течение одного месяца. Улучшился контакт с дочерью (до этого проколота шина у велосипеда была поводом к рыданиям). В августе девочка уже не принимала лекарства, готовились ко дню рождения, и вдруг опять возобновились состояния тошноты. Принимала желчегонные.

Перед занятиями в 11 классе школы стала бегать по утрам для укрепления здоровья. После очередной пробежки возобновилась тошнота, которая не покидала клиентку длительное время, сопровождаясь болями в желудке. При обследовании методом фиброгастроскопии патологии не выявлено. Установка «не отрывать от коллектива» привела к тому, что ухудшилась успеваемость. Обратились в кризисную службу. Там было рекомендовано клиентку госпитализировать. По поводу своего заболевания прошла курс НЛП в стационаре, кроме этого принимала антидепрессанты, на фоне длительного приема которых стала пытаться водить машину.

В этот период произошло знакомство с мужчиной старше ее по возрасту на 10 лет. Он был высокого роста, в его круг входили обеспеченные друзья. Галина ему понравилась. Он побил мальчика, который пытался ее изнасиловать. (У нее была обида на отца, который не наказал ее обидчика в свое время). Однажды в ссоре он ударил ее, после чего девушка выпила 20 таблеток димедрола (реакция на ссору). Испугалась, сама побежала к соседке, провели промывание желудка, все обошлось без последствий.

В 11 классе была освобождена от обучения и экзаменов. Проявился ее «старший друг», но встречаться с ним не захотела, ушла в болезнь. Была зачислена в вечернюю школу. Ее продолжало часто тошнить, она с трудом вставала с постели, нередко перед уходом в школу возникал понос. Заканчивала 11 класс на фоне плохого самочувствия. К тошноте присоединился «гипервентиляционный синдром». Лекарственная терапия продолжалась амбулаторно в сочетании с поведенческой и рациональной психотерапией. Получала трилофон, мелипрамин (против аллергии), никотиновую кислоту (против аллергии). Прошла курс гипнотерапии (12 сеансов). Ожидаемого результата от психотерапии не было, кроме уменьшения тошноты и возможности чаще ездить в метро.

Через год было рекомендовано госпитализировать клиентку в клинику неврозов. В клинике пробыла две недели. На необходимость проведения утреннего занятия по функциональной тренировке поведения прореагировала рвотой и поносом, была выписана на амбулаторное лечение. Последующая госпитализация в клинику ВМА также не принесла желаемых результатов. Сменила нескольких психотерапевтов, продолжая предъявлять те же жалобы.

Врач, проводившей ей в основном медикаментозную терапию обратился с просьбой позаниматься с клиенткой и ее семьей, мотивируя тем, что в основном все предыдущие коллеги с ней работали индивидуально. Семейная терапия с родителями не получалась из-за их сопротивления и акцента внимания на проблемах девушки. Отец девушки растерян, не понимает, почему она с ним так груба: он платит деньги за ее лечение. С девушкой психотерапия носила в основном когнитивно-поведенческий характер.

Очная групповая супервизия была проведена в виде клинико-психотерапевтической консультации. Был отмечен следующий факт: девушка отказалась ее проводить в присутствии отца.

Литературная справка. Попытка клиента повлиять на психотерапевта с тем, чтобы он принял эти роли, называется проективной идентификацией. Проективная идентификация оказывает возрастающее давление на терапевта и нацелена на уступку клиенту в исполнении соответствующей роли. Если терапевт с легкостью поддается

такому влиянию, то это называется интроективной идентификацией. Давление может быть таким же интенсивным, как и гипнотическое воздействие, а после того как терапевт поддается этому влиянию и отреагирует нужную роль, он, преимущественно, чувствует себя очень смущенно, словно перенес постгипнотическое внушение. Если клиент постоянно обвиняет терапевта, что он клиента не любит и враждебно к нему настроен, напряжение у терапевта, в конечном счете возрастет, и он начнет обращаться с клиентом таким же образом.

Клиент относится к терапевту как к более мудрому и старшему человеку, знающему мир лучше клиента, чьи советы и мнения являются чрезвычайно ценными. Вряд ли нужно говорить о том, насколько искушающей может быть такая позиция.

Заключение супервизора.

Клиентка выглядит моложе своих лет. В связи с болезнью контакты ограничились единичными лицами. С прежним окружением связи прерваны («как я пойду в гости такая больная, люди будут веселиться, а мне не встать»). Иногда посещает собрания «маргиналов», любит их подразнить. Речь приближена к монологу, нередко контакт проходит без учета реакции собеседника и требования ситуации. Не может провести четкую грань между желаемым и действительным, воображаемым и реальным. Сообщения о близких людях обычно формальны, сохраняется обида на мать за принуждение учиться и за строгость по отношению к ней. На любое проявление отвержения или критики в свой адрес реагирует плачем и слезами. К матери испытывает полярное эмоциональное отношение: любовь и обиду одновременно (подробно рассказывает об обидах, нанесенных матерью, и одновременно может к ней приласкаться). Обнаруживает недостаток сопереживания и в контактах с ровесниками при непосредственном общении, но может оценить их ретроспективно. Настроение во время сеанса колебалось ежеминутно от бурного смеха до рыданий со слезами. Иногда трудно было определить, какие эмоции присутствовали в данный момент вообще.

Мышление по темпу не изменено. Плохо понимает значение длинных фраз. Любая мысль становится эквивалентной реальности, несмотря на ее очевидное несоответствие с фактами (так постоянно делаются ложные выводы из «обратной связи» психотерапевта). Обсуждение альтернатив, не соответствующих ее внутреннему видению проблемы, прерывается слезами и рыданиями, суицидными высказываниями («тогда лучше покончить с собой»). Фиксирована на своих переживаниях и симптомах. Критика к своему заболеванию частичная. Обнаруживает двойственное отношение к своему заболеванию — одновременно признает и отрицает его (слышала, что больна истерической психопатией на органическом фоне, нет сил даже приехать на прием, но в то же время строит далеко идущие планы на будущее, обнаруживает повышенную самооценку и идеи самоуменьшения одновременно). Личность инфантильная, эгоцентрическая с высоким уровнем претензий и отсутствием возможностей для их удовлетворения.

Копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом) развиты слабо. Выявляет психологические защиты в виде регрессии, соматизации, отрицания («последний бастион»), проекции.

Ресурсы и положительные черты. Писала стихи, которые принесла с собой. Отношения с последним психотерапевтом описывает как сложные: часто раздражается на него.

Комментарий супервизора. Большинство оценочных форм в медицинских учреждениях требует постановки диагноза, основанного на МКБ-10. Это самая большая классификационная система «психических и поведенческих расстройств», используемая во многих странах. Многие психотерапевты находят МКБ-10

ограниченным для использования при анализе проблем детей, семей и планировании психотерапии. Тем не менее, диагноз дисциплинирует мышление специалиста, предохраняет от ошибок назначения неадекватных методов психотерапии.

У клиентки имеется расстройство личности с длительным течением и частыми обострениями (декомпенсациями), малыми светлыми промежутками. Диагноз клинический: мозаичное расстройство личности (комбинация нарциссических и инфантильных черт), пограничный подтип (F 60.8 по МКБ-10). Убедительных данных за эндогенное происхождение имеющихся жалоб нет. Темп и выбор стратегии психотерапии неадекватен. Лечащий врач встретился с вариантом контрпереноса — проективной идентификации: он испытывал то же самое, что отец клиентки.

Дифференциальный диагноз поводился с шизофренией, соматоформной вегетативной дисфункцией, органическим поражением ЦНС. Убедительных данных об эндогенном происхождении проблем нет. Тем не менее, уровень развития личности приближается к психотическому, поэтому девушка нуждается в длительной индивидуальной аналитической психотерапии. Прием медикаментозных средств необходимо согласовать с психиатром.

Катамнез через три года. Пациентка была направлена к психотерапевту, имеющему психоаналитическую подготовку. Полугодичная работа с ним значительно улучшила состояние Галины.

Комментарий супервизора. Традиционно исследование психического состояния клиента организовывалось примерно в такой последовательности: определение жалоб или проблемы, история жизни, история заболевания, состояние в настоящий момент, клиническое описание состояния здоровья, психический статус, заключение и диагноз. Начав с выявления жалоб и проблем, специалист затем возвращался к анализу истории жизни, ее влияния на появление проблем. После обработки медицинской информации оценивались факторы риска и описывался психический статус. Наконец, составлялось заключение, в основе которого лежала формулировка определенного диагноза.

Многолетний опыт использования такой схемы показал ее положительные свойства и выявил ряд ограничений. Первоначальный акцент на жалобах и проблеме, ее составных частях и истории жизни фиксирует наше мышление в проблемном фокусе. Он заключается в избирательном внимании на патологии и дисфункции и игнорировании здоровья и компетенции клиента. Такой подход организует мышление специалиста вокруг поиска причин болезни, ограничивает видение проблемы вокруг клиента (линейный подход). При этом межличностные отношения в их социокультуральном контексте полностью выпадают из поля зрения специалиста.

В практике работы детских клиник Запада принято больше внимания уделять родителям и значительно меньше — ребенку. Приводятся следующие аргументы: родители воспитывают ребенка, очень важное значение имеет их отношение к собственному ребенку, ребенок является частью семейной системы, его поведение является симптомом дисфункции семьи, обследование детей — процесс сложный и требующий много времени. Положительным моментом традиционной схемы служит умение ставить первичные гипотезы происхождения проблем уже при анализе жалоб.

Российские традиции придают значение тщательному клиническому обследованию клиента, не отвергая и изучение его микросоциального окружения. Таким образом, создается стереоскопическая картина видения клиента.

Супервизорский контракт — документ, составленный в форме единовременного или долгосрочного договора между супервизором и супервизируемым (в случае групповой супервизии — между супервизором и каждым участником групповой супервизии). В супервизорском контракте оговорены следующие условия супервизии:

- предварительно обсужденные цели супервизии, исходящие из заявки супервизируемого и требований супервизора;
- количество представляемых на супервизию случаев (пациентов);
- фиксированное место, количество и время встреч;
- модель, уровень, форма и вариант супервизии;
- форма и объем материала, представляемого супервизируемым;
- количество рабочих (оплачиваемых) часов супервизора;
- количество зачетных часов супервизии;
- форма заключения супервизора и сроки его представления;
- гонорар супервизора (сумма, форма и сроки оплаты). Контракт скрепляется личными подписями супервизора и супервизируемого.

Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого.

В большинстве случаев постановка цели автоматически определяет уровень, форму и вариант супервизии, форму и объем представляемого материала, а также форму заключения. Однако, как и в психотерапевтическом контракте, уровень супервизии будет зависеть не только от запроса супервизируемого (группы супервизируемых), но также и от опытности супервизора. Указанная ниже форма отражает возможный анализ психотерапевтических навыков супервизируемого

Таблица 2 Табелъ оценки психотерапевтических навыков

Дата:				
Стажер:		Супервизор:		
Подпись:		Подпись:		
Категории оцениваемых навыков				
Рейтинг	Н/П — не применима	Н — неуд.	У — удовлетв.	О — отлично
1) Диагностика и цели				
а) оценка клиента		б) формулировка (диагноза)		
в) цели		г) интеграция с другими методами лечения		
д) записи				
2) Психотерапевтические взаимоотношения				
а) исходная позиция		б) гибкость позиции		
в) распознавание ценностей		г) эмпатия		
д) терапевтический контракт		е) реальные взаимоотношения — события		
3) Вербализация раздражения				
4) Активное слушание				
а) адекватный обмен эмоциями		б) налаживание прямых связей		
в) идентификация аффектов и защит		г) облегчение самораскрытия		
д) выявление переживаний		е) протяженность и сосредоточенность		
5) Распознавание паттернов				
а) эмпатия		б) распознавание паттернов		
в) понимание многозначительности сообщений, символов		г) терпимость к отвлечениям от тем		

6) Создание индивидуализированной модели			
а) индивидуализированная модель		б) использование интеграции модели	
в) результат модификации модели		г) структурирование тем	
7) Вмешательства:			
а) гибкость применения		б) направленность на цели	
в) направленность на процесс		г) готовность пациента	
8) Наблюдение реакции (динамики) в ответ на вмешательство			
9) Контрперенос			
а) используется в качестве информации		б) не распознается	
10) Совладание с общими проблемами			
11) Прогресс в оценках			
12) Умение справляться с проблемами, связанными с завершением:			
а) показания к психотерапии		б) техничность, контракты	
в) предвосхищение реакций		г) принцип информированного согласия	

Подготовка к супервизии

Предварительная подготовка к процессу супервизии заключается в фиксации необходимых фрагментов практической работы с клиентами (пациентом, пациентами): от интервью и формулирования диагноза, выделения психологических мишеней и заключения психотерапевтического контракта, информирования клиента о целях и последовательности избранных методов психотерапевтического вмешательства или коррекции до выполнения собственно психотерапевтических методов и подведения итогов работы

Между психотерапевтом и супервизором заключается супервизорский контракт — документ, составленный в форме единовременного или долгосрочного договора между супервизором и супервизируемым (в случае групповой супервизии — между супервизором и каждым участником групповой супервизии). Контракт скрепляется личными подписями супервизора и супервизируемого. Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого.

В предварительном супервизорском контракте необходимо оговаривать все рабочее (оплачиваемое время супервизора: анализ представленных супервизору материалов обычно занимает 1,5 часа, продолжительность обсуждения с супервизируемым — 1 час при индивидуальной работе, 2 часа — при групповой работе, оформление заключения — 0,5 часа).

В большинстве случаев постановка цели автоматически определяет уровень, форму и вариант супервизии, форму и объем представляемого материала, а также форму заключения. Однако, как и в психотерапевтическом контракте, уровень супервизии будет зависеть не только от запроса супервизируемого (группы супервизируемых), но также и от опытности супервизора.

При планировании формы и объема материала супервизор имеет право запрашивать для супервизии материалы сессий с разными пациентами (не менее 3-х) или психотерапевтические занятия с одним и тем же пациентом в динамике психотерапии (не мене трех фрагментов сеансов, отражающих начало, середину и завершение психотерапевтического процесса).

Преподаватель обязан подготовить и провести супервизию таким образом, чтобы не возникало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд вопросов учащемуся по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторонами его обучения. Сталкивался ли он ранее с супервизорской консультацией или работой в балинтовской группе, и оправдала ли она его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества как психотерапевта? Проходил ли он сам курс индивидуальной или групповой психотерапии? ***Информация об учащих в начале цикла обучения помогает преподавателю сориентироваться и выбрать форму и вариант проведения супервизии.*** В случае проведения супервизии в рамках образовательной программы супервизорские занятия вносятся в расписание, и учащиеся заранее знают, кто из них будет участвовать в той или иной форме супервизии. Супервизия служит как метод обучения и контроля над учебной деятельностью. Кроме того, супервизируемый должен иметь представление о современных классификационных системах, многоосевой диагностике, а также аргументировать выбранные им стратегию и тактику психотерапевтической помощи.

Результаты работы, представленные психотерапевтом на супервизию, должны быть зафиксированы в виде аудиозаписи, видеозаписи или подробного письменного отчета о проведении психотерапевтических сессий с приложением отдельных фрагментов стенографических записей, достаточных, по мнению супервизора, для достижения цели супервизии.

Рабочие часы супервизора включают время, затраченное им на предварительное знакомство с представленными материалами, обсуждение условий контракта совместный просмотр /прослушивание материалов, их анализ и обсуждение, устные рекомендации супервизируемому и составление заключения. Зачетные часы супервизируемого, учитываемые в образовательном стандарте, — это время непосредственного профессионального консультирования и составления заключения.

Обычное соотношение рабочих часов супервизора при индивидуальной супервизии и зачетных часов супервизируемого- 2/1 (при групповой супервизии зачетными часами каждого супервизируемого считается 1 час за каждую группу, на которой им был представлен устный доклад).

Форма оплаты работы супервизора. Наилучший вариант — почасовая оплата (рабочие часы) по прейскуранту, устанавливаемому для каждого региона профессиональной ассоциацией. Оплачивает супервизию или сам супервизируемый, или то учреждение, в котором он работает.

Процесс супервизии

Супервизор осуществляет поддерживающие, нормализующие и сдерживающие вмешательства с целью создания в процессе обучения атмосферы доверия. Наряду с этим супервизор помогает учащемуся справиться с нападками на его чувство собственного достоинства с помощью дистанцирования и побуждения взглянуть на свой опыт другими глазами, так как основная задача супервизии состоит в обучении практиканта смотреть на проблему по-новому. Проблемы пациента, возможности психотерапевта, требования к психотерапии и другие факторы нуждаются в переоценке. Представления психотерапевта о пациенте, о себе и психотерапевтическом процессе зависят от его желаний, страхов, фантазий и бессознательных конфликтов. Супервизию можно рассматривать как пространство, в котором супервизируемый и супервизор совместными усилиями осуществляют построение новых способов упорядочения впечатлений от психотерапии. Этот процесс осуществляется по двум направлениям: познавательном и аффективном.

В процессе супервизии используются такие методические приемы как наблюдение, анализ, обсуждение, обратная связь, рекомендации.

Супервизия позволяет специалистам акцентировать внимание на цели и направления своей работы, формировать системные подходы к стратегии и тактике проводимого лечения, планировать и прогнозировать эффекты терапии и вмешательств, а также осознавать свои ошибки и корректировать индивидуальные планы коррекции поведения клиента и его лечения.

Супервизор может приступить к проведению консультации, задав вопрос: «Как бы Вы хотели использовать время настоящей супервизии?» На этот вопрос супервизор нередко получает следующий ответ: «Я хотел бы поговорить о пациенте. В какой форме мне о нем рассказать?»

В том случае, когда учащийся не в состоянии четко изложить материал, супервизор не должен позволять ему слишком долго путаться в своих объяснениях, а предложить перенести занятие. Значительную часть супервизии занимает помощь супервизируемому лучше понимать пациентов и использовать это знание в своей работе. Нужно помнить и об ответственности перед пациентом. Один из способов контроля над лечением — обсудить с супервизируемым план психотерапевтических мероприятий (например, используя мультимодальную модель Оудсхоорна или Лазаруса). В идеальном случае гипотезы строятся и обобщаются не только *по поводу* пациента, но и *вместе* с пациентом.

В профессиональном статусе и компетентности преподавателя и стажера (студента) имеются различия, благодаря которым они приобретают в процессе проведения супервизии разный опыт. Иногда эти различия необходимо открыто признать и обсудить. Требования к межличностной роли психотерапевта, в соответствии с которой необходимо сознательно сдерживать эмоции, представляются новыми для учащегося, и, поэтому, стажер нуждается в помощи со стороны супервизора, чтобы адаптироваться к этим требованиям. Например, значительной эмоциональной нагрузкой для психотерапевта являются негативные переносы пациента, которые необходимо терпеливо сносить и подвергать анализу. Только в дружеских отношениях принято терпимо относиться к проявлениям сильных негативных чувств со стороны другого. Однако роль психотерапевта является исключением из этого правила. Начинаящий психотерапевт подвергается аффективным воздействиям, которые не имеют аналогов в его прошлом опыте и еще не освоены. Он нуждается в приобретении психологических навыков в анализе своих отдельных эмоциональных реакций на новые социальные отношения. Источником аффективных реакций психотерапевта служит не только пациент, с которым он встречается, но и его личная психологическая структура и переживания. Поэтому реакции психотерапевта в определенной мере неповторимы и непредсказуемы.

Супервизия в психотерапии предполагает множественные уровни ответственности, так как супервизор выступает в роли учителя и оценщика, причем эти роли присутствуют при супервизии любого направления психотерапии. Передача супервизорских гипотез, инсайтов и стимуляция собственного мышления супервизируемого, особенно в случаях сопротивления — важная педагогическая задача. На первом уровне супервизии идет обучение сбору базисной психиатрической информации, постановке диагноза и рекомендациям по лечению. Более сложными для анализа служат такие явления как психотерапевтический процесс, психодинамические параметры, включая перенос, контрперенос, сопротивление и продвинутые методы лечения. Некоторые психотерапевты не в состоянии понять значимость психодинамических концепций, не соотносящихся с эпизодами их собственной жизни. Супервизор располагает рядом категорий, в том числе клиническими моделями, гипотезами, теориями, представлениями о типах характеров, формах защиты, моделями внутриспсихического и межличностного функционирования и т.д.

Среди важных супервизорских задач можно назвать поддержку атмосферы доверия, совместного исследования и диалога в процессе работы. Сотрудничество супервизора и стажера в изучении пациента — творческий процесс, который проходит в замкнутом пространстве между наставником и его подопечным, в таких противоположностях как воображение и анализ, понимание и непонимание, объективность и субъективность.

На начальных этапах консультирования супервизор стремится создать благоприятную атмосферу, где мог бы состояться содержательный диалог, который имеет принципиальное значение не только для обучения, но и для успешного продвижения в области психотерапии. Постоянное обсуждение конфликтных ситуаций и разных мнений помогает систематизировать представления о собственных методах, о способе логического мышления, об умении обосновывать свою точку зрения. Диалог позволяет лучше разобраться и в аргументации оппонента. В процессе дискуссии можно найти более убедительные доводы в пользу своей точки зрения.

Супервизор стремится начать супервизию таким образом, чтобы не возникало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд благожелательных вопросов новичку по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторонами его обучения. Сколько у него уже было супервизорских консультаций, и оправдали ли они его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества как психотерапевта? С какой областью связывает свою профессиональную деятельность — психотерапевтической, исследовательской или административной? Проходил ли сам курс индивидуальной или групповой психотерапии? *Информация о супервизируемом на начальном этапе супервизорства помогает супервизору сориентироваться и выбрать метод проведения консультаций. Супервизор может предложить супервизируемому задать свои вопросы относительно образования супервизора, его теоретических воззрений и сфере научно-практических интересов.*

Супервизору, разумеется, не следует начинать разговор с вопросов, касающихся личной жизни учащегося. Он может поинтересоваться, какое отношение, по мнению супервизируемого, имеют к супервизорскому процессу и ситуации обучения заданные вопросы. На возможные встречные личные вопросы супервизор может не отвечать. Или, скажем, на вопрос учащегося о семейном положении супервизора последний сам задает уточняющий вопрос: а какое значение имеет для супервизируемого семейное положение? Ученика может интересовать возраст своего наставника, в этом случае осторожные, тактичные вопросы супервизора помогут выявить стремление учащегося иметь старшего по возрасту, более опытного преподавателя или более молодого преподавателя, который, по его мнению, будет благожелательно относиться к его проблемам.

Нередко упускается одна из задач супервизора — научить консультанта слушать пациента. Какую она принесет пользу и как она может препятствовать наблюдениям? Одни психотерапевты обращают внимание на речь пациента, другие — на его одежду, движения и выражение глаз, некоторые — на события, о которых сообщает пациент, не обращая внимания на сопутствующие рассказу эмоции. Есть такие психотерапевты, которые внимательно относятся к телесным проявлениям и чувствам пациента, забывая при этом о клинической и психопатологической диагностике. Примером может служить случай студента, который в своем описании пациента в приемном покое, ярко передал эмоциональную экспрессивность, напряженность и хаотичность поведения пациента, оставив без внимания признаки ускорения мышления и скачку мыслей, которые свидетельствовали о маниакальном расстройстве. Безусловно, супервизор обязан обратить внимание стажера на то, как он наблюдает и описывает состояние пациента.

Среди супервизорских задач важной является поддержка атмосферы доверия в процессе обучения. Супервизия должна позволять практиканту открыто размышлять, высказывать предположения, задавать любые вопросы независимо от степени их важности и обсуждать свои переживания, в той мере, в какой супервизируемый считает нужным, не испытывая страх перед критикой, унижением или шантажом. В рамках обучения стажер должен иметь возможности выражать инстинктивные реакции на пациентов, обсуждать проблему контрпереноса, высказывать свои сомнения и делиться своими ассоциациями и догадками. Контр-перенос может быть обнаружен супервизором или самим терапевтом в ходе супервизии, а также заподозрен с появлением неожиданных изменений поведения или необъяснимых аффективных реакций. Эти события могут происходить в психотерапии или супервизорских сессиях и нуждаются в проработке.

Для того чтобы подобное сотворчество состоялось, необходимо соблюдение следующих условий. В процессе обучения супервизируемый должен уметь (или научиться) стойко переносить крушение своего субъективного мировосприятия и жить с ощущением собственной уязвимости, нередко сопутствующим новому познанию. Он должен быть готов получать новую информации о себе самом и своем пациенте, при этом критически оценивая свои возможности. Помощь в приобретении этих навыков оказывает супервизор. Но последнему следует иметь в виду различия между супервизией и психотерапией, между навязыванием определенного подхода к лечению и толерантностью к формированию у стажера своей собственной позиции, между помощью в лечении пациента и неожиданной интерпретацией процесса лечения.

Независимо от реакции супервизора учебный аспект супервизии должен соотноситься тем или иным образом с проблемой аффекта, представленной практикантом как первостепенной из всех его проблем. Супервизорский подход должен помочь стажеру в выполнении профессиональных задач по сдерживанию, выявлению и интеграции аффективного переживания, поскольку оно соотносится как с этапом лечения пациента, так и с этапом профессионального обучения практиканта.

Проводя значительную часть своей профессиональной деятельности в поисках скрытого значения симптома, супервизор должен учитывать педагогический контекст супервизии, который отличается от психотерапевтического занятия, и адекватно реагировать на откровенность ученика. Возможность появления у супервизируемого чувств вины или стыда возрастает, когда непонятно, как на них реагирует наставник. Опасность вмешательства в личную жизнь — еще одна особенность супервизии. Например, чувства и фантазии плотника, — его личное дело до тех пор, пока он успешно выполняет свою работу. В случае практиканта гарантии невмешательства в его личную жизнь отсутствуют. Однако супервизируемый вправе отклонить любые попытки выяснения личной жизни.

При работе со стажером, ориентированным на сотрудничество, замечания супервизора по поводу идентификации могут быть лаконичными и эмоциональными, например: «Вы полагаете, что пациент способен справиться со своими проблемами так же успешно, как и Вы... Но между вами существуют различия». Психотерапевты и супервизоры могут расходиться в своих взглядах на такие вопросы, как объем материала, необходимого для обоснования гипотезы, степень риска или осторожности в предварительных выводах и правильности самих формулировок. Некоторые авторы считают, что супервизоры уделяют недостаточно внимания состоянию и переживаниям пациента, подменяя терапевтический анализ мышления и чувств пациента своими умозаключениями и предположениями. Более того, супервизор может навязывать супервизируемому свои формулировки, вместо того чтобы исследовать отношение последнего к своему пациенту.

Несмотря на достоинства, метод совместной оценки нередко сталкивается с сопротивлением. Уже сама мысль о том, что его работа подвергается оценке, может

вызвать у учащегося чувство тревоги. Одни стажеры предпочитают, чтобы супервизор составлял отчет о работе без их участия в его обсуждении. Другим учащимся трудно заниматься самоанализом или оценкой супервизии, в частности, в присутствии супервизора.

Одним из основных препятствий к возможному диалогу может быть неспособность супервизора определить степень беспокойства и уязвимости, которые супервизируемый испытывает в новой супервизорской ситуации. Чувства беспомощности и смятения нередко сопровождают начальный этап процесса обучения, поэтому для сохранения взаимного достоинства и профессионального роста преподаватель и учащийся должны терпимо относиться к чувствам друг друга. Можно утверждать, что недооценка нарциссической ранимости учащегося и отсутствие понимания этого механизма наставником могут привести к осложнению процесса обучения. Баудри (1993) отметил: «Супервизорские отношения требуют от стажера личной заинтересованности, способности анализировать свою работу и делиться своими чувствами. Этот процесс создает атмосферу эмоциональной близости, но в то же время может носить опасный характер. В отличие от аналитических отношений, когда пациентам гарантируют беспристрастный прием, начинающие специалисты в области психического здоровья осознают, что их действия будут подвергнуты критике, оценке со стороны супервизора и их профессиональная деятельность в дальнейшем зависит от оценки, которую они получают.» Таким образом, в основе супервизорского процесса заложены парадоксы и конфликты, которые должны быть подвергнуты анализу со стороны обоих участников.

Наоборот, неэффективный супервизор характеризуется следующими качествами: неподдерживающий, ригидный, закрытый, негибкий, не уважающий супервизируемого, колеблющийся, нечеткий, не прямой, имеющие жесткие установки в отношении мужских и женских ролей. Вполне понятно, что положительный эффект супервизии зависит от удовлетворения потребности учащегося в супервизорской поддержке, уважении и обучении. Если каких-то элементов недостает, супервизия может быть "сорвана", а супервизируемого возникнут негативные переживания.

Уровни супервизии

Уровни супервизии определяются целью супервизии, соотносятся с уровнем профессиональной подготовки супервизируемого: стажеры в области психотерапии нуждаются, скорее, в практическом обучении выполнению приемов психотерапии и в личностно-профессиональной поддержке (обучающий уровень), а практикующие специалисты — в анализе качества работы и обратной связи более квалифицированного специалиста (сертификационный уровень). В соответствии с образовательным стандартом по психотерапии для сертификации специалиста необходимы 50 часов супервизии. Эти часы можно набрать на базовом -20 часов и на сертификационном уровне супервизии — 30 часов.

Супервизия первого (базового) уровня — супервизия как личностно-профессиональная поддержка, как помощь и совет более квалифицированного специалиста начинающему психотерапевту с целью повышения его профессионализма и уверенности, развития необходимых личностно-профессиональных качеств, наставничество в выборе направления и стиля работы. Обычно, это совместный поиск и позитивное подкрепление ресурсов молодого специалиста, способствующие развитию таких личностно-профессиональных качеств, как эмпатия, конгруэнтность, аутентичность, спонтанность, активность, способность к концептуализации и др.

Супервизия первого уровня приемлема во время додипломной подготовки по психотерапии, а также при последипломных специализациях и усовершенствованиях. На этом уровне допустима супервизия выполнения отдельных методов и приемов психотерапии. В таком случае функции супервизора выполняет обучающий специалист

без предварительного контракта и отдельного гонорара, но отметка о наработанных часах супервизии в личной карте супервизируемого производится только при наличии у преподавателя соответствующей подготовки по супервизии (с отметкой о супервизии мастерства в выполнении той или иной техники). Количество часов супервизии и частота сеансов регламентируются учебным планом.

Супервизия второго (сертификационного) уровня — супервизия как форма повышения квалификации практикующих психотерапевтов с использованием директивной коррекции стиля работы. Это достаточно формализованные и структурированные встречи психотерапевта или группы психотерапевтов с более опытным коллегой, имеющим не только достаточную теоретическую подготовку, но также большой практический и методологический опыт. Супервизия этого уровня включает преимущественно обсуждение трудностей и ошибок в проведении различных методов психотерапии и рекомендации по их устранению.

Согласно зарубежному опыту супервизии, профессиональные ассоциации сами определяют частоту супервизии и количество необходимых часов супервизии в год. Чаще всего психотерапевт представляет на супервизию одного пациента в процессе лечения (например, каждый 3-й прием этого пациента) на протяжении 1,5 лет, а в случае работы в групповой супервизии, на каждого участника группы должно приходиться не менее 2-х докладов в группе в течение года.

Формы супервизии

Очная — это вариант ко-терапии* с обсуждением очно наблюдаемой супервизором работы супервизируемого немедленно после окончания лечебной сессии (индивидуальной, семейной или групповой) или прерыванием психотерапевтического сеанса и управление событиями по мере необходимости. Присутствие ко-терапевта (супервизора) на сессии согласовывается с пациентом и членами лечебной группы.

Разделяют несколько вариантов очной ("живой") супервизии в зависимости от временных, пространственных и личностных параметров: временная (немедленная или отсроченная), пространственная (внутри или снаружи комнаты) и личностная (с присутствием пациента). Последняя форма возникла из школы системной семейной психотерапии.

Существует еще одна разновидность очной групповой супервизии: пациент со сложным клиническим случаем приходит на консультацию, и психотерапевт должен быть готов к групповой дискуссии. Правила работы группы заключаются в организации супервизором индивидуальных заданий (например, один участник фокусируется на нарушениях границ в семье, другой — на особенностях стиля общения). Задача супервизора руководить групповым процессом и суммировать полученные данные. Преимущество этого метода заключается в приобретении равного уровня компетентности среди членов группы. В последние годы приобрела популярность также организация наблюдательной или отражающей команды. Она может посылать сообщения в комнату, входить, поддерживать, а иногда оппонировать психотерапевту. Такая команда иногда формируется таким образом, чтобы ее участники могли заменить психотерапевта на следующей сессии или эмоционально вовлекаться в интервью с пациентом (семьей). Члены команды могут быть привлечены для генерации идей и гипотез, а также способов психотерапевтических вмешательств. При таком подходе сочетаются лечение и тренинг. Причиной популярности этого метода в системной семейной психотерапии служит "групповое осознание" проблем клиента и его семьи.

Преимущества очной супервизии: меньше временных и материальных затрат, лучший контакт супервизора с супервизируемым и большая степень доверия к супервизору, сочетание обучения и психотерапии. Недостатки: подавление спонтанности супервизируемого, излишняя "включенность" супервизора в контакт с

пациентом, снижающая качество восприятия и анализа текущей информации от супервизируемого; зависимость психотерапевта от опытного коллеги и подкрепление его пассивной позиции;

вторжение в конфиденциальность психотерапии; разрыв естественного течения занятия; механизация терапевтического процесса, нарушение границ между психотерапевтом и супервизором.

Заочная супервизия считается наиболее оптимальной ее формой. Супервизируемый, исходя из предварительной договоренности с супервизором, предоставляет ему те или иные материалы психотерапевтической работы (индивидуальной, семей-

ной, групповой). Результаты могут быть представлены в виде устного доклада (обычно для групповой супервизии) о какой-либо одной терапевтической сессии или серии сессий, стенограммы или аудио-, видеозаписи.

Очно-заочная супервизия — специфическая форма, используемая в системной семейной психотерапии. Она осуществляется группой супервизоров-ко-терапевтов, находящихся в соседнем кабинете и наблюдающих работу супервизируемого через зеркальное стекло. Супервизируемый, в любой момент семейной сессии, испытывая трудности, может проконсультироваться с супервизорами по телефону, о чем предварительно договариваются с семьей. Группа супервизоров в данном варианте не только проводит текущую супервизию, но и участвует в выработке заключения и рекомендаций для семьи. В некоторых случаях супервизор может присутствовать на семейной сессии очно. В России этот метод используется редко.

Варианты супервизии

Они подразделяются на индивидуальный, групповой, коллективный варианты в зависимости от объекта супервизии. Объектом супервизии, соответственно, может явиться один психотерапевт, группа психотерапевтов или коллектив специалистов. Выбор того или иного варианта определяются преимущественно запросом супервизируемого и возможностями супервизора.

Индивидуальная (личная) супервизия. Супервизия по контракту, заключенному с одним супервизируемым. Материалом для данного варианта супервизии может выступать доклад супервизируемого об одном терапевтическом случае индивидуальной работы с пациентом или сеансе групповой психотерапии, аудио-, видеозапись сессии (индивидуальной, семейной, групповой).

Индивидуальная супервизия является наиболее эффективной супервизией высокого уровня, требующей от супервизора большего количества времени, а от супервизируемого более тщательной подготовки представляемого материала. Она может проводиться в заочной форме, но не исключает очной и очно-заочной формы. Работа супервизора состоит в анализе представленного материала (предварительно или по ходу наблюдения) и в заранее оговоренное время обсуждения его с супервизируемым. Разбору подлежат следующие переменные.

При супервизии индивидуальной психотерапии:

- правомерность диагноза (заболевания или **проблемы**);
- концепция психосоциогенеза заболевания;
- концепция стратегии вмешательства;
- концептуальное соответствие психосоциогенеза и стратегии вмешательства;
- стиль интервью и достаточность информации для формулирования диагноза и запроса пациента, выбора стратегии и тактики вмешательства;
- обоснование выбора "мишени" для текущей работы;
- качество контакта с клиентом;
- соответствие контакта стилю работы;
- выбор тактики и модели работы;

- качество выполнения выбранных приемов психотерапии;
- эффективность работы;
- трудности и ошибки в проведении психотерапии (в установлении контакта, в стиле интервью, выполнении принципа информированного согласия, в целенаправленности, последовательности и мастерстве выполнения каждой из продемонстрированных техник).

При супервизии групповой психотерапии:

- модель групповой работы;
- качество контакта с группой;
- концепция стратегии вмешательства;
- соответствие стратегии вмешательства избранной модели психотерапии;
- обоснование выбора мишени для текущей работы;
- выбор тактики и стиля работы;
- качество выполнения избранных приемов психотерапии;
- степень понимания и использования групповой динамики;
- результативность работы;
- трудности и ошибки в проведении групповой сессии.

При супервизии семейной психотерапии:

- модель работы с семьей;
- качество присоединения и контакта с каждым членом семьи;
- концепция стратегии вмешательства;
- соответствие стратегии вмешательства избранной модели психотерапии;
- обоснование выбора "мишени" для текущей работы;
- выбор тактики, стиля и приемов работы;
- качество выполнения избранной техники работы;
- умение ставить гипотезы происхождения проблем с позиций системного подхода;
- эффективность работы;
- ошибки и трудности в проведении семейной сессии.

Наблюдение 4.. «Идентифицированный пациент» — Надя, 13 лет

К супервизируемому терапевту Антону К. (имена психотерапевта и его клиентов изменены) обратилась мать Нади, Наталья с жалобами на нарушения поведения у дочери: конфликтность, агрессивность, периодическое воровство денег из семьи и у подружек, манкирование учебой, лживость.

До рождения дочери родители были 6 лет в бездетном браке. Когда отец узнал о беременности, он не поверил, что это его ребенок: вскоре ссора между супругами закончилась разводом. Дед по линии матери характеризовался как исключительно честный и порядочный. После войны "воевал с бендеровцами", что послужило поводом для неприязни местного населения к их семье впоследствии. Последние годы служил пограничником в Закарпатском военном округе. Умер в 1979 году от рака прямой кишки. Из-за национальных конфликтов, семья была вынуждена переехать из Львова в Санкт-Петербург. Обмен и переезд организовал младший брат Натальи, Сергей, уже к тому времени живший в нашем городе. У него есть жена Татьяна и сын Андрей, 20 лет, студент стоматологического факультета. Бабушка Вера Дмитриевна по характеру энергичная, работоспособная, только осенью этого года ушла на пенсию, что сразу отразилось на бюджете семьи. Мать по характеру тревожно-мнительная. С начала беременности и до последнего времени отмечала тревогу, страх потери ребенка, ограждала девочку от возможных вредностей. В семье брата племянник Андрей с раннего детства страдал аллергическим дерматитом.

Беременность протекала на фоне постоянных семейных конфликтов. В результате мать на 8-м месяце беременности уехала из семьи в маленький подмосковный город, где жила и работала ее тетя врач-гинеколог. При родах матери

было сделано кесарево сечение. К груди ребенка приложили сразу, но в связи с отсутствием молока, на первом месяце девочку перевели на искусственное вскармливание.

Страх, что у дочери появится аллергия в связи с искусственным вскармливанием, заставлял мать уже с раннего детства девочки вводить жесткие ограничения и диеты. Хотя реальных аллергических проявлений у ребенка не было, от нее прятали конфеты, цитрусовые, варенье. С 8-9 лет наблюдалась у педиатра с непонятными высыпаниями на коже. Диагноз в амбулаторной карте: «васкулит почечного генеза».

В ясли-сад пошла с 2,5 лет. Считалась непослушной, непоседливой, независимой. С 4-5 лет отмечены первые кражи и поедание спрятых в доме конфет, а также кражи пиз детского сада понравившихся игрушек.

Во втором классе украла коробку конфет и 100 рублей денег и купила себе сладостей.

Учиться не нравилось, с 3-го класса начала периодически пропускать отдельные уроки, и учительница обращала внимание матери на манкирование девочкой учебой и побеги в столовую с уроков. В буфете покупала конфеты, пирожные, "жвачку" и т.д. Деньги крада дома. После школы не спешила домой, гуляла по торговым ларькам, киоскам, приобретая сладкое. Мать и бабушка стали контролировать ее приход и уход из школы, приготовление уроков. С 5-го класса пришлось дополнительно заниматься с репетитором по математике. Стала более агрессивной, конфликтной, вспыльчивой, жестокой. Уговорила взять в дом кошку, которую принес дядя Сергей, а когда та ее поцарапала, бросила кошку о стену и сломала ей лапу. В 6-м классе была в гостях у подружки и украла там 100 рублей. Родители подружки хотели сообщить в милицию, но мать сама вернула деньги. В настоящее время учится в 7-м классе, и ей грозит отчисление из-за неаттестации по многим предметам.

Осенью 1998 года мать впервые обратилась к психотерапевту Антону К.: "Вы — мужчина. Может быть сможете нам помочь? К мужчинам она относится лучше". Не видя ребенка, психотерапевт выписал лекарство (сонапакс 0, 01 на ночь). На следующий день мать сообщила, что девочка съела таблетку сразу и потом целый день спала. Девочка отказалась беседовать в поликлинике, поэтому психотерапевт приехал на дом.

Семья занимает 2-х комнатную квартиру. В одной комнате девочка живет девочка с бабкой, в другой — мать. У девочки есть свой секретер с учебниками и кровать. Вещи в шкафу хранятся вместе с вещами бабки. Социальный уровень семьи невысокий, живут на зарплату матери, стоматолога поликлиники, и пенсию бабки, ранее работавшей челюстно-лицевым хирургом. Иногда помогает брат матери. Недавно он купил Наде игровую приставку к телевизору, периодически берет ее на занятия по горным лыжам вместе со своим сыном Андреем, двоюродным братом Нади. Со слов бабки, мать в последнее время злоупотребляет алкоголем, что еще больше ограничивает финансовые возможности семьи. Контакт с отцом после переезда в Ленинград не было.

Пока психотерапевт беседовал с бабушкой и матерью, Надя гуляла на улице. Потом пришла и заперлась у себя в комнате, согласилась выйти только к чаю.

Заочная супервизия

У врача-психотерапевта возникли затруднения при контакте с этой семьей, и он попросил провести супервизию его работы по стенограмме одного сеанса..

Начинает говорить бабушка (глава семьи?).

Когда она общается, принимает гордую позу, прижимает руку к груди или жестикулирует, подается вперед, поджимает губы. Лицо застывает. В речи много категоричных фраз, лозунгов. "Так нельзя. Так надо. Надо жить честно, безукоризненно, через силу, работать в две смены."

Мать. Поза застывшая, сидит сгорбившись, мимика небогатая. Когда отвечает дочка, у нее появляется гримаса неприятия. Когда что-то сообщает бабушка — замолкает. Немного перебирает руками во время интервью.

Девочка. Постоянно меняет позы, двигает ногами, плечами, руками. Периодически сжимает кулаки, бьет кулаком о кулак, слегка ударяет кулаком по челюсти. Гримасничает в ответ на слова матери, хихикает, «стреляет» глазами.

В ходе супервизорской сессии, проведенной в заочной форме с использованием клинических ролевых игр, выяснилось, что в семье сложились определенные стереотипы взаимодействий: существует система правил: "детей нельзя баловать, надо воспитывать в строгости и ограничениях"(бабка), "ты для меня всю жизнь будешь маленькой"(мать). Девочку не считают "полноценным" членом семьи, с ней не обсуждают важные моменты жизни семьи, например, планирование расходов на покупки и семейный бюджет, карманных денег не дают, полагая, что они и так ей все покупают.

Коммуникативный стиль нарушен: взаимные нападки, перебранка. Девочка дважды показала фигу матери и стукнула себя по подбородку. Мать иногда бьет дочку и кричит на нее. Дочь считает, что мать не в праве требовать от нее хорошего поведения, ибо "сама приползает на карачках". Определился "двойной зажим": "будь взрослой, но оставайся моим ребенком"(мать). (Построение высказывания на двух логических уровнях, взаимно противоречащих друг другу, приводят к парадоксу).

При заочной супервизии ситуация расценивалась как попытка каждой из женщины перетянуть психотерапевта на свою сторону; кроме того, здесь пришлось столкнуться с явлениями контрпереноса.

У психотерапевта дочка того возраста, скромная девочка. Он в душе боится, что она может столкнуться с такими девушками, как его пациентка.

Очная супервизия

Вторая супервизия проведена в форме очной «живой» супервизии (с приглашением семьи на занятия с врачами, проведением сеанса психотерапии, обсуждением случая «отражающей командой»)

Цель супервизии — определить «мишени» для дальнейшей работы с семьей. Врачам-слушателям было дано задание составить несколько «отражающих команд», состоящих из двух-трех человек каждая. Одной команде было дано задание наблюдать за поведением Нади, другим — за поведением матери, бабушки, супервизора, психотерапевта. В конце сеанса семейной психотерапии члены команд должны были от первого лица рассказать о самочувствии Нади и других участников психотерапии. Таким образом, обратившийся за супервизией Антон К. (А. К.) мог получить очную «стереоскопическую супервизию» своего случая.

Супервизор: Сергей Александрович (С. А.)

Мать: Наталья Дмитриевна (М.)

Бабушка: Вера Михайловна (Б.)

Дочка и внучка: Надя (Н.)

Супервизируемый: психолог (А. К.)

С. А. Вы жили на Украине?

М. 35 лет я там жила. Отец был военнотружущим. Родилась в Кишиневе.

С. А. Кто вы по национальности?

М. Русская.

Б. Мы с мужем объехали всю страну. *Он был честный, порядочный, высокогуманный человек.*

С. А. Он давно умер?

Б. 20 лет. Я посвятила себя молодому поколению.

С. А. Как вы чувствуете себя в роли бабушки?
Б. Хорошо.
С. А. А вы, Наталья, — в роли матери?
М. Когда как.
Б. У нас дружная семья.
С. А. У вас преобладают женщины?
Б. Женщины одни.
Н. И девочка.
С. А. Как вам — без мужа? *(обращаясь к матери)*
М. Бывает сложно. Когда нужно что-то поправить. Мужчина может на чем-то настоять, припугнуть, строго сказать.
Н. *(улыбается)*.
С. А. Вы столько лет живете одна, не было возможности выйти замуж?
М. Была, но никто не захотел быть Наде отцом.
С. А. А для себя?
М. Когда тебе за 40 — это сложно.
С. А. Можно спросить девочку?
Б. Да.
С. А. Как тебе живется в семье без мужчины?
Н. Хорошо.
С. А. А как ты относишься к тому, что мама не вышла замуж?
Н. Это ее проблема. Без мужчин мне нормально.
С. А. Все в семье медики. Какой твой выбор?
Н. Ветеринар или милиционер.
С. А. С чем это связано? Есть животные?
Н. Да. Кошка.
С. А. Ты с ней занималась, лечила ее?
Н. Нет, она не болела. Но я подбирала кошек.
С. А. Попадало за это?
Н. Да нет...
С. А. Почему мама вздохнула?
М. Мы были против, квартира у нас небольшая и достаток невелик. Принесенных с улицы кошек кормить не на что.
Н. Выгоняли на улицу.
М. В хорошие руки.
Н. На улицу! *(показывает матери фигу)*.
С. А. Ты знаешь бюджет семьи? *(обращаясь к Наде)*
Н. Нет. *(Смеется)*
С. А. Ты никогда не оплачивала счета? Знаешь, сколько тратится на твою одежду?
Н. Много.
С. А. Проблемы как расходовать деньги обсуждались между женщинами?
М. Да, обсуждаем. Бывает остается 100 рублей на четверых в неделю.
Н. С кем обсуждаем? С кошкой?! *(ерзает на стуле, гримасничает)*.
С. А. Кто решает денежные проблемы семьи?
М. Бабушка.
Б. До сих пор было благополучно. Бабушка работала. Сейчас, в связи, с обвалом, я не получаю зарплату. Бабушка в данном случае неправильно себя вела. Слишком активна, и много брала на себя. А возможности изменились. Активность у девочки должна бы возрасти по мере взросления. Слишком много брала, привыкла, так воспитана. Плохо делала... *(бабушка иногда говорит о себе в третьем лице)*.
С. А. Что именно?
Б. Пассивность.

С. А. Вы бы хотели передать часть функций другим членам семьи?

Б. Да, но они активности не проявляют. Потребление, потребление и все. Это неправильное воспитание старшего поколения.

С. А. Теперь это возможно...

Б. Да.

С. А. Какие еще проблемы?

Б. *(обращаясь к внучке)* Надя, извини. Мне хотелось бы, чтобы Наденька поняла бы многие вещи. Убрать за собой, вымыть, почистить картошечку. Хотелось бы, чтобы Наденька стала более ответственной.

С. А. *(к матери)*: А у Вас какие пожелания? А что бы Вы хотели?

М. Чтобы Надя понимала, что ей никто плохого не желает. Привыкала бы к жизни. Спокойно говорю — делает вид, что не слышит, начинаю кричать, она: «Почему ты кричишь? Не кричи». Отвечает грубостью, матерщиной, меня обвиняет, что это я научила. Побьешь, потом сама жалеешь. Контакта нет.

С. А. Надя, а твои потребности? Как ты хочешь, чтобы с тобой общались?

Н. Я не хочу, чтобы меня Наденькой называли. Просто Надя.

С. А. Что бы ты еще хотела для себя?

Н. Чтобы мама на меня не кричала.

С. А. Всего-то? Так мало?

Н. Да.

С. А. Из-за чего она кричит?

Н. Не слушаюсь часто.

С. А. Из-за чего?

Н. Леню делать.

С. А. Может маме назло?

Н. И то, и другое.

С. А. Когда мама кричит, ты испытываешь ее на крепость?

Н. Ага.

С. А. А что делает бабушка?

Н. Уходит и закрывает дверь.

С. А. А ты?

Н. Ухожу в свою комнату.

С. А. *(к дочери)* Кем ты хочешь стать?

Н. Милиционером.

С. А. *(матери)* Как вы видите будущее своей дочери?

М. Дело не в профессии. А как она сможет работать? Ответственно, внимательно, честно, добросовестно. Беспокоит нас ее учеба.

С. А. Учеба — вторичный процесс. Когда ребенок эмоционально незрелый, то он не может учиться.

М. С 1-го класса нет усидчивости, внимания, устойчивости. Я училась по другому. Корпела, добивалась, а она: «Все — потом, пойду погуляю». Потом — устанет, спит. Утром будим.

С. А. На какой возраст вы ее воспринимаете?

М. *(Обращаясь к Наде)* — Ты для меня всю жизнь будешь ребенком, неиспорченным, беспомощным, 5—6 лет.

С. А. *(к девочке)* Сколько лет ты будешь оставаться маленькой?

Н. Я для нее всегда маленькая.

С. А. Хорошо быть маленькой. Бабушка оставит свой лучший кусок торта?

Н. Да.

С. А. Мама говорит — всегда будешь маленькой...

М. Хочется пожалеть, когда обидели. Ты всегда будешь для меня ребенком. Надя сама говорит — «В школе я — ребенок, а вне школы я уже большая, пойду гулять с друзьями».

С. А. Ты хочешь быть на «тусовке» взрослой и маленькой — в семье?

Н. Да.

С. А. А мама по отношению к бабушке маленькая?

Б. Она взрослая, может себя обеспечить.

С. А. А как Вам удалось сохранить маленькой Надю?

Б. Мама сама училась, трудилась, видела отношения в семье, все труженики. Не знаю, наследственно ли она стала такой?!

С. А. Дед был пограничником, а Надя нарушитель границы?

Б. Честность у моего мужа была беспредельная.

С. А. А Надя — нарушитель, который хочет работать в милиции?

Б. *(смеется)* Следственность развита. Все найдет. Сколько яблок ты съела вчера? *(Надя смеется)*.

С. А. Вот видите, какие ресурсы есть у девочки! Как энергию перевести в другое русло?

Б. Честности — ноль.

М. «Мама, купи мороженое, я буду слушаться». Теперь — ультиматум: «Купи или горный костюм или хурму».

С. А. А ты в горы ездешь?

Н. С братом. Он берет меня в горы.

С. А. *(обращаясь к родителям)* Насколько я понимаю, все ее жизненные удовольствия зависят от уроков?

Б. Ну не совсем так. Сын старший старается помочь.

С. А. А Надя может помочь по бартеру своему дяде и брату? Ну, например, вымыть окна весной?

Н. Да, могу.

Б. Да, да. Как-то это никогда не приходило в голову! Спасибо.

С. А. Ну, что же, наше время подошло к концу. Я благодарю вашу семью, что вы согласились исследовать ваши проблемы при публике. Надеюсь, у нас появятся еще идеи, как помочь вашей семье. И если вы готовы их выслушать, то мы это сделаем после небольшого перерыва.

В перерыве супервизор наедине задал вопрос Антону К. о его семейном положении. Он женат, у него дочь 13 лет и он опасается, чтобы у нее не возникло таких же проблем как у Нади.

Студенты, входившие в «отражающую команду», рассказали о своих предположениях относительно переживаний, мотивов поведения, взаимодействия всех участников психотерапии. На основании этого были высказаны гипотезы появления в семье «идентифицированного клиента» — Нади.

1.Симптомы дочери носят характер «орально-анальной фиксации» (гедонизм и сопротивление правилам семьи).

2.Воровка правды-мать, воровка радости-дочь(Мать не сразу раскрыла данные анамнеза).

3.В семье двое «носителей симптома». Аддиктивный способ снятия напряжения у матери и дочери (компульсивное стремление к поиску сладкого у дочери, алкоголизация у матери, обеих объединяет атарактическая мотивация).

4.Воровство дочери как способ наказать мать.

5. Ресурс девочки: идти работать в милиции («клептоманка», мечтающая работать в милиции — «позитивная трактовка» симптома).

6. Психотерапевт воспринимал девочку как агрессора (он мыслил линейными категориями), а на самом деле она нарушитель правил в трех поколениях (системная

гипотеза возникла через метафору "пограничный пациент", нарушающий границы семьи — деда пограничника с "беспредельной честностью"- "семейный миф").

7. Психотерапевт столкнулся с препятствующим контрпереносом, не позволившим ему дистанцированно увидеть проблемы в семье и связать симптом и систему. (его дочь была такового же как клиентка возраста и он боялся, чтобы у нее не возникли те же самые проблемы, что у Нади)

Психотерапевты А. и С.А. каждый в свое время, приступили только к формированию раппорта. Этот процесс не завершен, поэтому выдвижение терапевтических гипотез вполне оправдано, но каждый психотерапевт должен отдавать себе отчет, что эти пока носят предварительный характер. Возникает вопрос о степени мотивации членов семьи для продолжения психотерапии.

в конкретной семейной системе 8. Девочка является представителем «группы риска» по героиновой наркомании.

Литературная справка.Схема выдвижения многомерных гипотез

Для обучения психологов и психотерапевтов навыкам концептуализации и планированию семейной психотерапии нами (Кулаков С.А.,1998) адаптирована схема стратегической модели D.N. Oudshoorn (1993). При ее использовании любую проблему можно представить в виде "слоеного пирога" из 6 уровней. Каждый уровень отражает соответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств. Подход D.N. Oudshoorn является мультимодальным, соотносится с многосевыми классификациями психических расстройств, при его применении психоаналитические, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противоречат друг другу.

Повод обращения (Жалобы). 1) Жалобы, которые беспокоят пациента или родителя в момент беседы с врачом. Например, головные боли или манкирование учебой. 2) Жалобы, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически, возникают в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез возникает 1 раз в месяц, снижение успеваемости в конце учебного года. 3) Жалобы, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы (появление тиков после критики матери, манкирование учебой при получении двойки).

При докладе следует распределить жалобы и данные клинико-психологического исследования на уровни.

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением. Этот уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего учебу в школе или работу членов семьи, отношения с дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка одноклассниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие психотравмирующие ситуации. Другие примеры отягощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные отношения с одноклассниками, роль "козла отпущения". При анализе демографической информации важно обращать внимание на расу, класс, культурный уровень семьи и

сексуальную ориентацию. Особенно это касается тех семей, которые составляют недоминантную группу (например, член семьи — беженец из средней Азии или член семьи — гей). Системное мышление предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы клиента.

Уровень 2. Проблемы в семье. Рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение "идентифицированного пациента" анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семейного анамнеза, структуре семьи, иерархии, сплоченности, границам, коммуникации, треугольнику как единице оценки семьи, коалициям; рассматриваются стадии жизненного цикла, анализируется семейная история, горизонтальные и вертикальные стрессоры; определяются функции симптомов в семейной системе (морфостатическая функция, морфогенетическая функция), выясняются их "коммуникативные метафоры".

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы. Они охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории научения (стимул-реакция, положительное и отрицательное подкрепление, когнитивный дефицит или искажение, определение цепочки АВС: активирующее событие, убеждение, эмоциональные и поведенческие последствия; выявление специфических автоматических мыслей, предшествующих отрицательным эмоциям или дезадаптивному поведению (связь между иррациональными установками и поведением); контакт; невербальные признаки коммуникации; пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уверенное поведение; развитость социальных навыков; характеристика сферы общения пациента; самооценка — адекватная, низкая, завышенная; способность к адаптации, устойчивость к стрессу; копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом); мотивы поведения (надо исследовать мотивы поведения особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии, обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, выяснить блокировку основных потребностей, определить временную перспективу); суицидные мысли и намерения; ресурсы и положительные особенности ребенка.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты. Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую и неосознаваемую стороны (двойное дно); аффекты (следует особо описать такие аффекты как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апатия, депрессия); защитные системы (наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения); невротические механизмы защиты — бессознательные способы редукции эмоционального напряжения; Следует также учитывать фазы и периоды психического развития (по В.В.Ковалеву и Д.М.Эльконину, S.Freud и A.Freud, Э.Эриксону, О.Кернбергу и др.), своевременное их прохождение ребенком, соответствие симптоматики возрасту.

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства. На этом уровне формируются длительные и глубинные отклонения. Это касается различных аспектов как "искаженного", так и "поврежденного" развития: аутизм, ядерные психопатии, психогенные патологические формирования личности (краевые психопатии), а также специфические аномалии развития. Характеристика степени личностной зрелости; психоаналитическая диагностика личности; уровни нарушений (невротический, пограничный, психотический); "условная приятность" симптомов. Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство).

Уровень 6. Биологические нарушения. Формулируется гипотеза, согласно которой биологические факторы (отягощенная наследственность, пре-, пери-, и

постнатальные поражения ЦНС) являются ведущими в происхождении симптоматического поведения. Физические болезни и их влияние на становление личности. В этих случаях в основном оказывается медикаментозная помощь.

При составлении или написания клинико-психотерапевтического заключения необходимо получить информацию о мотивации пациента и семьи к изменениям. Подчеркнуть наиболее важные проблемы, которые могли бы послужить «мишенями» к психотерапии. При планировании психотерапии — отметить цели психотерапии, этапы психотерапии, возможные терапевтические методики в начале работы со всей семьей и отдельным ее членом. Число сеансов.

При обсуждении результатов сеанса супервизору лучше давать супервизируемому описательную "обратную связь" по поводу таких личностно-профессиональных качеств супервизируемого, как эмпатия, конгруэнтность, аутентичность, спонтанность, активность, способность к концептуализации. При соответствующей подготовке супервизора и готовности коллеги анализу и обсуждению подлежат и такие категории контакта, как перенос/противоперенос, "слепые пятна" в работе супервизируемого, что сопровождается рекомендациями по их проработке. В то же время степень конфронтации и директивное™ в контакте супервизора с коллегой должна быть контролируемой, в контакте необходимо практиковать такие элементы психологической поддержки, которые снижают сопротивление, исключают отрицание, рационализацию и другие виды психологической защиты.

В целях стимуляции процесса саморефлексии и самокоррекции при выполнении супервизии первого уровня прямая обратная связь требует от супервизора наибольшей деликатности, сохранения атмосферы безопасности и доверительности контакта. Для супервизора необходимыми качествами являются не только профессиональная компетентность, но и владение методикой и методологией обучения, способность к воодушевлению и побуждению коллеги к спонтанности и активности, усилению эмпатии и используемых психотерапевтических приемов, что, безусловно, ведет к продуктивному изменению перспектив в ведении представленного на супервизию случая и профессиональному развитию супервизируемого.

В ходе обсуждения супервизор составляет заключение в письменной форме, где отражаются только особенности работы и ошибки супервизируемого, без описания личностно-профессиональных качеств, дается оценка работы и рекомендации супервизируемому. Обязательна отметка о количестве часов супервизии (каждый оцениваемый пациент — 1 засчитываемый час супервизии). Она делается в супервизорском заключении и в личной карте супервизируемого. Заключение и отметка в личной, карте супервизируемого сопровождаются отметкой даты и личной подписью супервизора.

В то же время в предварительном супервизорском контракте необходимо оговаривать все рабочее (оплачиваемое супервизируемым) время супервизора: анализ представленных супервизору материалов обычно занимает 1,5 часа, продолжительность обсуждения с супервизируемым — 1 час, оформление заключения — 0,5 часа.

Групповая супервизия: супервизия по долгосрочному контракту, заключенному супервизором с группой супервизируемых психотерапевтов.

Цель групповой супервизии — в большей мере дидактическая, чем при индивидуальной супервизии: расширение арсенала концепций, подходов, тактики и т.д. за счет мнений всех участников групповой супервизии. Обычное число участников группы: 6-10 (определяется контрактом). В качестве супервизируемого на каждой групповой сессии выступает один из участников группы по графику, определяемому группой. Материалом для супервизии является устный доклад супервизируемого по 1 терапевтическому случаю (обычно, описание одной сессии с пациентом, включая краткое изложение анамнеза и описание клинической картины и терапевтического подхода). Доклад адресуется супервизору и остальным участникам группы и может сопровождаться иллюстрацией видеозаписи психотерапевтической сессии.

Общая продолжительность цикла групповой супервизии — 1 год, продолжительность каждой встречи — 2 часа, группа встречается с супервизором 1 раз в неделю, каждая встреча структурирована фазами работы (контроль над структурированием времени и целенаправленностью работы осуществляет супервизор);

I фаза: доклад супервизируемого и формулирование им заказа, продолжительность — 30 минут, затем — групповое обсуждение при молчании докладчика (15 минут): участники группы проводят дискуссию (соглашаются с методом и

техникой вмешательства или отвергают их), не касаясь личностных качеств докладчика. На этой фазе возможны вопросы к докладчику от членов группы, направленные на прояснение информации о пациенте;

2 фаза: обмен чувствами — участники группы, по возможности спонтанно, делятся своими чувствами по поводу пациента. Эта фаза чрезвычайно важна для установления безопасной атмосферы в группе и способствует осознанию супервизируемым "слепых пятен" в своей работе. Продолжительность фазы — 15 минут;

3 фаза: концептуализация. Супервизор опрашивает каждого участника группы о его собственной концепции психогенеза проблем пациента или его лечения. Ни одно из мнений не опровергается и не осуждается супервизором и другими членами группы, дискуссии на этой фазе нецелесообразны. Продолжительность фазы — 45 минут;

4 фаза: обобщение супервизора. Супервизор анализирует и в краткой форме обобщает качество работы супервизируемого, предлагая собственную концепцию психосоциогенеза и тактики работы с данным пациентом в качестве одного из возможных вариантов. Продолжительность фазы — 15 минут.

Наблюдение 5. Гриша ., 14 лет (2.11.86)

Впервые направлен невропатологом поликлиники в сентябре 1999 года с жалобами на трудности поведения. Два дня назад до обращения к психотерапевту ребята в классе нашли его на полу почти без сознания. На листе бумаги, которую он зажимал в руке, была сделана запись: дайте оружие, хочу умереть без мучений. С его слов, в этот момент ничего не слышал, не мог говорить, возникло внутреннее ощущение мучения. Ребята написали ему ответ с поддержкой. Затем он внезапно залез на подоконник и начал себя душить. Трое взрослых людей сдерживали его до приезда скорой помощи. После инъекции диазепама был отправлен домой.

Наследственность. Прапрадед по линии матери был ортодоксальным евреем, занимался виноградарством в поселке близ Херсона, сумел дать образование своим детям, несмотря на ограниченный процент поступления еврейского населения в высшие учебные заведения. Оба его сына получили медицинское образование. Переехав в город в 1918 году, прадед погиб от рук националистов. Прадед и прабабка были врачами. Дед и бабка по профессии инженеры. Дед после смерти своей матери стал очень возбудимым: мог заводиться без всякого повода. У бабки регистрировалась юношеская тахикардия. По линии отца известно, что его родственники проживают в южном волжском городе, он выходец из семьи мелких служащих. Он старший из 4 детей. У отца Григория были сложные отношения со своим отцом, он был свидетелем скандалов, выпивок, проходила многочисленная череда любовниц. Характер отца клиента противоречивый: безвольный, подчиняемый дома — чуткий на работе, готовый пожертвовать своим временем ради других. Родители клиента познакомились в Университете, оба биологи по образованию. Мать Гриши отмечает такую деталь, что ее будущий муж до свадьбы мог спокойно говорить об абортах своей матери и любовных похождениях отца. Родители в течение 3 лет после окончания вуза были распределены на работу в один из северных городов. Несмотря на стесненные условия проживания в общежитии этот период жизни они отмечают как благополучный. После окончания срока работы по контракту родители с ребенком возвращаются в Петербург, где размещаются в родительской двухкомнатной квартире — «хрущевке». Вскоре начались конфликты между родителями и прадедами. Отец Григория не выдержал, у него стали возникать истерики и, когда мальчику стукнуло 6 лет, отец ушел из семьи. Официальный развод состоялся в 9 лет (2 класс).

Мальчик родился в срок, но с признаками недоношенности. Ходить начал вовремя, развитие речи шло с искажением. Не выговаривал несколько букв, картавил. С 5 лет наблюдался у логопеда. С детства характеризовался повышенной возбудимостью, мог расстроиться по малейшей причине. В 2 года не хотел общаться с ребятами, в 4 года

садистки мучил одну девочку, особенно ему доставляло удовольствие подносить палочку с фекалиями к ее лицу и наблюдать, как она с визгом от него убегала.

Перед школой мать обращалась к невропатологу по поводу различных навязчивостей: хмыканья, покашливания. Но адекватного лечения мальчику не было назначено. В школу пошел за несколько месяцев раньше срока. В начальной школе учился хорошо, были лишь мелкие единичные конфликты. Уход отца способствовал постепенному ухудшению поведения мальчика. Особенно его обижало то, что отец обещал его навещать и забывал сделать это.

В школе в 5 классе, ударил девочку. Родители потерпевшей предлагали мальчика на учет в милицию. Никто не придавал значения такому факту, что за месяц до конфликта с девочкой был «затоптан» учениками на перемене в коридоре. Неделью лежал в больнице с диагнозом: «ушиб позвоночника». Вскоре после первого конфликта его обвинили еще в краже денег в гардеробе. Со слов гардеробщицы, она видела какого-то мальчика, очень похожего на Гришу (учитывая, что у него есть особая примета — он огненно — рыжий). Был потрясен несправедливостью взрослых, заболел ангиной и больше в эту школу не возвращался.

В новой школе отношения с ровесниками не складывались, часто ругался матом, на это поведение жаловались матери, но в семье сквернословие наблюдалось редко. После инцидента с удушением мальчику было предложено уйти из школы. Нашли компромиссный вариант — оформлено домашнее обучение в связи с болезнью. Мать считает, что последнее время он изменился по характеру: стал более эгоистичным.

Подробный анализ жалоб при первом интервью выявил, что у подростка однократно возникло измененное состояние сознания: видел «мультки» как будто он находится на корабле. Дифференциальный диагноз проводился между эквивалентом эпилепсии и декомпенсацией психопатии. Подростку было предложено пройти дополнительное ЭЭГ-обследование.

На представленной ЭЭГ: тета — ритм во всех областях, пароксизмальные однократные вспышки в ритме альфа, тета — вспышки в лобных, теменных, затылочных областях.

Был назначен карбамазепин (финлепсин), пантогам, рекомендовано пройти курс психотерапии. Мать позвонила лечащему врачу через месяц, сообщив, что у Миши больше не наблюдалось подобных состояний, лекарства они принимают регулярно, мальчик находится на домашнем обучении, и в настоящий момент они повременят с психотерапией.

В январе 2000 года мать позвонила вновь в Центр и договорилась о встрече с психотерапевтом. Поводом повторного обращения послужило ухудшение поведения подростка дома. Бабушка сообщила подростку, что у матери имеется сожитель. Мальчик был очень раздосадован, хотел уйти к отцу, но последний был не готов воспитывать его один. Мать согласилась, что подросток нуждается в курсе психотерапии.

Сам подросток сформулировал свою цель как уменьшить проявления неконтролируемой агрессии. В рамках индивидуальной психотерапии, проводившейся с периодичностью 1 раз в неделю с февраля по май, он регулярно приходил на сеансы. По своим техническим приемам психотерапия носила интегративный характер. Использовались приемы психодинамической, когнитивно-поведенческой психотерапии, арт-терапевтические техники. В конце курса мальчик заявил, что в психотерапевтической и психиатрической помощи он больше не нуждается.

С июня по октябрь вестей о пациенте не было. В октябре позвонила мать, и попросила провести консультацию. В ходе интервью были получены следующие данные. Летом в июне сходил в поход в горы, вел себя прилично. Попытка отдать его в молодежный лагерь в июле не увенчалась успехом. Был исключен оттуда через три дня из-за «хамского поведения». В сентябре 2000 года подросток пошел в другую «авторскую» школу. Первые две недели он сумел там продержаться, затем представился

поэтом прошлого века Антоном Дельвигом, пытался срывать уроки, что вызвало волну возмущения у педагогов. Засомневавшись в его психическом состоянии, те потребовали у матери проконсультировать его у психиатра.

Мальчик сообщил, что мотивом такого поступка, послужила скука и то, что он хотел как-то выделить себя из «серой массы». Добавил, что в прошлом учебном году он не захотел продолжать занятия психотерапией, так как у него не было желания меняться, а сейчас он согласен — все равно из школы исключат.

Проведенный ретроспективный анализ эмоциональных и поведенческих расстройств у подростка показал, что в его случае имеет место пограничная личностная организация, тип характера нарциссический. Подросток нуждается в длительной индивидуально-раскрывающей психотерапии.

Первые несколько встреч в свободном режиме анализировались нарушенные объектные отношения мальчика. Конфликтные отношения регистрировались с дедом и отцом, конфликтно-симбиотические — с матерью. В рисунках клиента фигурировали полярные и сменяющие друг друга субличности: одна группа позитивных (поэт, мудрец, знайка), другая — негативная (жаба, гондон, придурок, идиот), которые могли сменять друг друга на протяжении целого дня.

18-25 декабря планировалось проведение краткосрочной интегративной психотерапевтической группы, основу которой составили методы аналитической психодрамы и гештальт-терапии. Психотерапевт долго колебался брать или нет в нее подростка. С целью проведения включенного наблюдения за поведением подростка в малой группе подросток был приглашен на встречу со студентами 5 курса, у которых психотерапевт читал спецкурс «Расстройства личности». Мальчик вопреки первоначальной идее поучаствовать в свободном интервьюировании пришел на занятие с нарисованной татуировкой, представился «зеком», которого недавно выпустили из колонии малолеток, сообщил, что периодически принимает наркотики (правда не мог уточнить какие дозы и как они называются, так же был смущен, когда психотерапевт стал говорить на жаргоне). После встречи спрашивал, какой эффект он произвел на публику и очень радовался, что студенты, сидевшие на последних партах поверили его рассказу. Уходя с территории Университета он до самых ворот изображал походку пьяного человека и посматривал на окна, ожидая увидеть в них студентов, принимавших участие во встрече.

Учитывая, что групповая психотерапия проводилась с котерапевтом, была обсуждена возможность включения его в группу. Котерапевт не до конца понял описание поведения мальчика и сомнения коллеги по поводу включения его в группу, и предложила рискнуть.

Поведение подростка в групповой психотерапии.

1 день. Осматривался и анализировал, как его воспримут в этой группе.

2 день. Был нетерпелив, перебивал ребят, пытался обратить на себя внимание. Раскачивался, сидя на стуле. Снял ботинки и ходил босиком. При всем при этом активно участвовал в шеринге и давал емкие «обратные связи». Отмечалась идеализация своего психотерапевта, предлагал участнице группы, которую курировал другой психотерапевт, отдать своих родителей на воспитание именно своему психотерапевту.

На 4 день поставил свою психодраму, в которой воспроизвел конфликтные отношения с дедом. Было видно, что дед и внук в гротеске отражают сходные паттерны коммуникации. Участники группы отметили ресурс подростка — он такой же «умный» как и его дед. В 5 день, выполнив исследовательскую цель пребывания в группе, пытался сорвать занятие. Прерывал протагонистов, прятался в шкафу, оскорбил участницу занятий. В ответ за нарушение правил работы группы был оштрафован «удалением с поля» на 15 минут. За это время в коридоре сорвал все пуговицы с кресла. Девушки, участницы групповой психотерапии, поставили ультиматум, что больше его терпеть не станут. Впервые он получил отрицательную «обратную связь» от ровесников. Прежде он

испытывал на себе агрессивные эмоции только со стороны взрослых. Сообщил, что он вел сегодня себя так, потому что у него умер его любимый лягушонок. Психотерапевт также испытывал к нему раздражение, но сдержал его. Он понимал, что проявление агрессии со стороны Взрослого полностью дискредитировало бы проводимую психотерапию и подкрепило уверенность подростка в несправедливости взрослых.

В последний день занятий вел себя спокойно, в перерыве с опаской спрашивал, не выгонят ли его из группы. Очень удивился, узнав, что девочки его простили накануне праздника Рождества Христова (последнее занятие совпало с рождественским сочельником). В психодраматическом этюде «Волшебный магазин» сообщил, что хочет приобрести у волшебника такое качество как умение сдерживаться. Готов отдать за это часть своих обид. Волшебник в качестве метафоры просимого качества выдал ему маленького плюшевого лягушонка. До окончания занятий мальчик не расставался с ним, поглаживал игрушку. Ушел домой впервые вместе с другими ребятами. Таким образом, подросток выдержал напряжение групповой психотерапии и, несмотря на его негативное деструктивное для группы поведение, получил от нее позитивный опыт отношений.

Мать сообщила, что подросток начал меняться. Спросила совета, можно ли отпустить Гришу в Москву на несколько дней с отцом и получила положительный ответ. Поездка в Москву прошла без ЧП, и вскоре была продолжена индивидуальная психотерапия, носившая в основном поддерживающий характер.

После приезда из Москвы две сессии было посвящено разбору его отношений с подростками из группы. Интересовался не звонил ли другой участник группы Петя. Хотел потренировать его ориентироваться на местности. Неоднократно обращался к разбору поведения девушки, которую он обидел в группе, и она его простила. Прогнозировал, что она никогда не выйдет удачно замуж. Удивлялся, что из группы никто не звонил больше психотерапевту, и группу последний не хочет собирать.

С февраля 2001 года подросток начал работать три раза в неделю курьером и разносчиком газет. С работой полностью справлялся, никаких нареканий со стороны руководства ни разу не было. Во время ссор с дедом, последний грозил ему, что не даст ему рюкзак с разноской.

Состоялась однократная встреча с отцом, который при беседе больше был фиксирован на отмщении своей бывшей жене, чем реальной помощи в воспитании сына.

Как сообщил на более поздней сессии сам Миша, отец пытался его отговорить от дальнейших занятий. Расценил психотерапевта как «мамино подкаблучника». На вопрос как он воспринимает наши отношения, ответил, что психотерапевт помогает ему взрослеть.

В марте один сеанс был посвящен анализу причин его грязных ругательств. Психотерапевт спросил его, слышал ли он что-нибудь о Фрейде. Да, ответил он, но подробностей не знает. Психотерапевт подчеркнул, что если бы был жив Фрейд, он бы расценил его поведение как фиксацию, «застревание» на анальной фазе. «Это получается, что я застрял сидящим на горшке, — воскликнул он и разразился гомерическим хохотом. Когда аффект прошел, он задумчиво добавил. — То есть для того чтобы повзрослеть, я должен с него слезть и не любоваться фекалиями?!» Затем сообщил, что его отец также любит рассказывать всякие анекдоты про «засранцев».

Следующий сеанс подросток полностью посвятил анализу поведения своего отца. Миша сказал, что ему неприятно было слушать подробности об аборте его сожительницы. «Возможно, у меня был бы сводный брат или сестра». Психотерапевт задал ему вопрос, чьи истории напоминают ему повествование его родственников. Отец представлялся ему дикарем Бинго-Бинго, и — воображению мальчика предстал образ как он будет сосать молоко из груди женщины. Затем пациент сделал паузу и добавил, что его отец именно этого хотел, когда женился на моей матери. «Папаша — утка — самец, но не мужчина. Чуть не умер сам, когда умерла его мать». История отца носит название: Лягушонок, погрязший в болотах бездны. У подростка спонтанно возник альтернативный нарратив.

«Моя история про гадкого утенка, который во что бы то ни стало превратиться в лебедя, он в шкафу скроет гадкое нутро».

В апреле на один из сеансов опоздал. Как только зашел в кабинет, сразу начал рассказывать о дочке мачехи. Она ему нравится, и узнавал о способе как ей сказать о своих чувствах. Он не верит, что она воспримет меня всерьез. Один раз предлагал ей посмотреть фонтан на Невском проспекте, но она предпочла меня подружке. Затем резко переключился на миниатюру Задорнова, которую слушал по телевизору, где высмеивались отношения сексуальных меньшинств. Стал задавать вопросы, откуда берутся «голубые» и «розовые», что это такое операция по смене пола. Я ответил. Ответ: он доволен, что мужского пола и пусть какие-то идиоты делают подобные операции, он этого никогда не позволит. Подчеркнул, что уже несколько месяцев в голову лезет всякая сексуальная дурь. Часто вспоминаются анекдоты сексуального характера, как вспомнит, не может удержаться от смеха. У меня во всю идут поллюции, и я чувствую себя маленьким мужчиной. Я знаю, что сексом еще рано заниматься, но тянет на секс.

На следующий сеанс не пришел, вечером звонила мать, сообщила, что он попал в милицию. Перебегал Невский проспект в непопозволенном месте, создал аварийную ситуацию. В участке был предупрежден о вероятной постановке на учет, так как в компьютере есть уже один привод за скандал в общественном месте.

Телефонный звонок на следующий день вечером. Прочитал подаренную ему на Пасху книгу: «Победи своих драконов». Нашел компьютерный вариант теста, приложения к этой книге. По этой методике оказалось, что в нем живут два дракона: «нетерпеливости» (10 баллов) и «мученичества» (8 баллов). Ранее никогда не задумывался, что он внутри такой гнилой. Обещал привезти на сессию план действий.

16. 05.2001 года. Сессия началась с обсуждения его плана действий. На этой сессии психотерапевт за 1 час едва ли задал два вопроса. Приводим подлинник.

План действий. Составлен 13.05.2001 года

1. Пользоваться только своими вещами
2. Работать только в своей комнате за своим столом (Комнату делит с матерью)
3. Общаться с людьми пока им это интересно
4. В случае разногласий с членами семьи тихо удалиться в свою комнату
5. В случае неприятных высказываний, эмоциональных замечаний, ехидных воспоминаний и обидных интонаций:
 - а) не реагировать
 - б) если требуется ответ, отвечать тихо, вежливо и односложно
 - в) если требуется выполнять, то, что нужно
 - г) или, тихо уходить в свою комнату
6. Стараться как можно больше высказываний оставлять для внутреннего размышления
7. Неприятные темы разговоров не должны касаться конкретных и близких людей
8. Стараться как можно больше времени проводить в своей комнате.
9. Заниматься школьными предметами и домашними обязанностями.
10. Исправно вносить свою долю доходов на хозяйство и по мере сил заботиться о себе самому.
11. Не огорчаться из-за неудач, не обвинять в них других, не устраивать по этому поводу скандалов (лучший вариант). Спокойно (философски) относиться к неудачам. Перестать вымещать их на других, не устраивать скандалов.
12. Если я вижу ссоры между домашними, — они меня не радуют. Я не получаю от них подпитки — я не наркоман и не вампир. Не разводить мелких сплетен и интриг.
13. Если я вижу, что ссоры принимают плохой оборот, деликатно (не обидно) прервать активную сторону.

Закончив обсуждение своего плана, переключился на анализ своей семейной ситуации. «Дедушка нас всех обеспечивает, человек умный и не злой, иногда такой же невыдержанный как и я. Мы все зависим материально от деда. Он отдает в семейный

бюджет все деньги, мать половину, я — одну треть (зарплата Гриши 25 у.е). Бабка на мне срывается, но я принял решение терпеть, хотя другой подросток, находясь у нас дома этого бы не выдержал. Я вырастаю и нахожу место, где мне жить. Пока материально я не могу себе позволить снимать комнату. Кстати, знаете, добавил он, — сокровище Анна (мать Гриши) родилась в один день с бабкой. Когда у меня возникают сексуальные темы, тетки мне говорят, что бабка в 26 лет только вышла замуж, поэтому мне надо потерпеть само — все пройдет. Сегодня я себя чувствую ужасно. Меня тошнит. Купил воды с газом, но от нее стало еще хуже. Можно зайти в туалет поблевать?. Придя из туалета, продолжил: «Как я рассказывал ранее все время хочется быть Доном, а не гондоном, но часто получается и то и другое одновременно». Я зависим от лени и от своих желаний. Пока я ехал к Вам, у меня в голове возникла сказка.

Головастик, не желающий взрослеть.

Стекло в огромном аквариуме задрожало. Среди головастиков шел горячий спор. Один из них не хотел становиться лягушкой. Его приводило в ужас увидеть себя вытягивающегося в длину. Когда теплое яйцо растворилось, ему уже пришлось самому питаться. Нет, хочу остаться маленьким головастиком. Но он продолжал расти. Бурно зарыдал: не хочу становиться лягушкой! Хочу быть маленьким и хорошим. Вокруг него собрались его друзья 45 штук. Они были встревожены происходящим. Один из них сказал: «Ты все равно станешь лягушкой, но если будешь изображать маленького, ничего из этого хорошего не выйдет. Другой, по кличке «театрал» с пафосом сказал: «Нет, лучше уж дружок повзрослеть». Двое еще укоризненно пропели: Девка в тебя никакая не влюбится, будешь бобылем жить, взрослей лучше!» — «Не хочу взрослеть!» — закричал маленький головастик, и так забил своим хвостом, что на полметра в аквариуме все стало мутным от поднявшегося ила и песка, а «озабоченного» приятеля отнесло на 10 см. Еще один «сочувствующий» сказал: «Так будешь себя вести, превратишься не в лягушку, а трансвестита!»

Это спор увидел Миша и отсадил головастика к рыбе-пирании. Тот плакал от страха, скрывался, но не сдался. Затем поместил его в холодильник- и это не помогло. Три дня морил его голодом, чтобы дурь не лезла в голову. Добрые соседи напоили водкой, и тот пел песню: «Наша родина русская, не хочу никакой другой. Я хочу поесть, но не быть квакушкой. Буду головастиком — и покончим на этом.» Что-то забулькало в воде. Приплыл психотерапевт в водолажном костюме и провел среди головастиков беседу. Головастики извлекли какой-то опыт, и успокоились. Миша воскликнул: «Ой, мне кажется, что этот головастик чем-то напоминает меня. Я не буду обращать внимание на нахлобучки и нытье отца, ехидство бабки, зависимость матери, буду жить долго и счастливо».

Затем поделился планами на лето. Пойти на подростковую биржу труда, сменить временно работу. «Курьерский бизнес» обещали сохранить до осени. Хочет поработать в Павловске, рабочим по парковому хозяйству.

В июне несколько дней был в походе. До отбытия туда произошел очередной крупный скандал дома. Мать приняла от аллергии препарат супрастин, вследствие чего была сонлива, и когда сын разбрасывал вещи и крушил все вокруг боялась, что он убьет ее. В телефонном разговоре она спрашивала. Не пропускаем ли мы какую-нибудь болезнь и не стоит ли назначить сыну лекарства. Психотерапевт ответил, что возможно, при встрече обсудить это.

13 июня 2001 года состоялась последняя перед супервизией встреча. На приеме мать и сын. Миша сообщил, что поход ему понравился, но компания нет. Затем переключился на отношения со своими родственниками. Сообщил, что принял окончательное решение переехать к отцу. «Знает ли отец об этом решении»-спросил я. — Ну, я говорил, что собираюсь пожить у него неделю. Я испытываю чувство стыда за свое поведение дома и не могу туда возвращаться. — «Как вы оцениваете решение сына»- задал я вопрос матери. «Я согласна». Я не могу больше оставлять его вместе с моими родителями.» и

продолжила: «Я не выполняю весь объем работы, теряю уважение коллег, деньги». «Как ты считаешь нужно ли тебе для адаптации к новым условиям принимать лекарства». – «Возможно, ответил он. Перед группой они мне помогли». Правда, я попробую еще три дня пожить в доме матери, а потом приму окончательное решение. Вдруг внезапно переключился на трансвеститов. Я задал ему вопрос: «Чем они так заинтересовали?» — Я увидел на Невском одного из них в женском платье и он запал мне в душу. Затем стал рассуждать о возможном своем одиночестве, страхе, что его никто не полюбит. Также внезапно стал рассказывать свою «прикольную историю» со смехом. Миша, ты опять стараешься сорвать контакт шутовством. Да, подтвердила, мать. Как только дело касается серьезных вещей, и ему становится неинтересно, он начинает играть роль шута. Я молчал, ждал, когда он истощится. Постепенно он также замолк. Наше время истекло. Когда мы встречаемся? Мне удобно в субботу. «А если я опять надумаю идти в поход и в субботу меня не будет в городе. –«Значит, позвонишь мне в пятницу вечером, согласуем время». Окончание сеанса.

Супервизия проведена в форме очной групповой супервизии. Запрос супервизируемого был следующий: какие ресурсы не использованы во время психотерапии? Как долго проводить терапию?

Приводим с сокращениями высказывания участников группы.

1-й участник: Гриша мечется от забора к забору, по дороге помечая дорогу фекалиями, чтобы не заблудиться.

2-й участник. Я думала больше как семейный психотерапевт. Симптоматика подростка нарастает, когда увеличивается его изоляция. Несомненно, семья является дисфункциональной. Имеют место садомазохистские отношения между членами расширенной семьи. Подросток живет в одной комнате с матерью, и это еще один дополнительный фактор, мешающий его социализации.

3-й участник. Когда я слушал доклад о пациенте, мне хотелось послать его в Чечню, и в то же самое время я восхищался его креативностью. Ему нужно как то отметить свою значимость в этой жизни. Симптомы нарастают в тот момент, когда его принижают и унижают. Семья лицемерит. Мальчик знает правду, но никто из членов семьи ее не хочет слышать. Кроме того, наблюдается расщепление между головой и телом. В психотерапевтическом материале звучит идея метаморфозы: лягушка после поцелуя становится принцессой.

4-й участник. Гриша постоянно провоцирует на агрессию. Когда люди реагируют, сердятся на него, — он живой. Он хочет видеть, что окружение может его выдержать.

5-й участник. Я вижу ресурс в данной семье. Прадеду удалось всем дать высшее образование. Гриша не имеет проблем на работе. Если Грише дать возможность пожить какое-то время вдали от семьи, возможно, он захочет учиться дальше.

6-й участник. Психотерапевт играет роль идеализированного родителя, принимая все то, что пациент ему рассказывает. Возможно, нарциссические черты возникли у пациента из-за того, что родители не «отражали» его в раннем детстве.

Супервизор. У подростка сформировалось расстройство личности, уровень развития личности — пограничный, тип организации характера — нарциссический. У психотерапевта сформировались адекватные терапевтические отношения с психотерапевтом. Интеграция нескольких подходов на базе аналитического вполне адекватна в работе с подростком. Лечение следует продолжать дальше, соблюдая баланс поддержки и конфронтации.



Литературная справка. Психологическое и динамическое развитие у детей и подростков с расстройствами личности имеет свои особенности. «Пограничный» подросток в целом обладает нормальным интеллектом, наибольшие отклонения наблюдаются в эмоционально-волевой сфере, что позволяет говорить об «остановке эмоционального развития».

В результате комплексных клинико-психотерапевтических наблюдений обнаружены данные, что уже в детстве у таких клиентов начинали формироваться дисфункциональные схемы восприятия себя, окружающего мира и будущего, подкрепляемые родителями.

Психоаналитическая концепция декларирует, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и так далее). Это будет означать, что данному человеку свойствен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства. Сущность структуры характера не может быть осознана без понимания двух различных и взаимодействующих друг с другом измерений — уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня (табл. 4).

Таблица 2

Типологическое измерение и измерение уровня развития личности

Типологическое измерение	Измерение уровня развития		
	Уровень от невроза до здоровья	Пограничный уровень	Психотический уровень
	Интеграция идентичности и константность объекта Эдипов — по Фрейду Инициативность или вина — по Эриксону	Сепарация-индивидуация Анальный — по Фрейду Автономия или стыд и неуверенность — по Эриксону	Симбиоз Оральный — по Фрейду Базовое доверие или недоверие — по Эриксону
Психопатический			
Нарциссический			
Шизоидный			
Параноидный			
Депрессивный			
Мазохистический			
Обсессивный компульсивный			
Истерический			
Диссоциативный			
Прочие			

Психоаналитическая концепция происхождения личностных расстройств придает значение ранним фиксациям в развитии ребенка.

Как только крошечный младенец у груди матери начинает смутно осознавать наличие каких-то объектов вне себя, он реагирует. Первый объект — это грудь или бутылочка с

молоком. На первом этапе ребенку неважно, кому принадлежит грудь и кто держит бутылочку с молоком, так как поступает вкусная и удовлетворяющая еда. На этом примитивном уровне ребенок реагирует на частичный объект независимо от его принадлежности.



Литературная справка (продолжение). Первое измерение отражает уровень индивидуации клиента или степень патологии (психотический, пограничный, невротический, «нормальный»); второе обозначает тип характера человека (параноидный, депрессивный, шизоидный и так далее). Оценка центральной проблемы индивида (безопасность, автономия или идентичность), характеристического переживания тревоги (тревога уничтожения, сепарационная тревога или более специфические страхи наказания, повреждения, потери контроля), основного конфликта развития (симбиотический, сепарация-индивидуация, эдипов), способности к объектным отношениям (монадические, диадные, триадные) и чувства собственного «Я» (подавленное, втянутое в сражение или ответственное) образует одно всестороннее измерение аналитической психодиагностики. По этой схеме многие аналитические диагносты определяют структуру личности клиента. На оси развития расположены три главные категории организации. Фактически мы имеем дело с континуумом с различиями в степени выраженности, которые постепенно становятся достаточными, чтобы получить концептуальное выражение в качестве различных типов. Конкретные люди различаются по степени зрелости. В условиях достаточно сильного стресса совершенно здоровый человек может иметь временную психотическую реакцию

Литературная справка (продолжение). Согласно современным психоаналитическим представлениям клиенты невротического уровня опираются в основном на более зрелые защиты, или защиты второго порядка. при этом они используют также и примитивные защиты, хотя наличие примитивных защит не исключает диагноза структуры характера невротического уровня, отсутствие же зрелых защит исключает его. В частности, в психоаналитической литературе было отмечено, что более здоровые люди используют вытеснение в качестве своей основной защиты, отдавая ему предпочтение по сравнению с менее дифференцированными способами решения конфликтов. Психотические личности чаще всего используют следующие виды защиты: уход в фантазии, отрицание, тотальный контроль, примитивная идеализация и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, расщепление и диссоциация.

Помимо структурирования работы группы, супервизор выполняет и такие дополнительные задачи: недирективным путем стремится к обучению супервизируемого и других участников группы использовать более результативные стратегии вмешательства; защищает супервизируемого от возможной депрессивной реакции на групповое давление (дебрифинг); наблюдает за общением в группе и следит за сохранением атмосферы безопасности; анализирует дополнительные составляющие контакта на допустимом для данной группы уровне (например, анализ сопротивления, переноса/контр — переноса, проективной идентификации и других психологических защит), способствует свободе и открытости высказываний, стимулирует развитие способности к концептуализации участников группы. Если в группе возникает ситуация давления на супервизируемого, супервизор стремится к минимизации агрессии (например, переключением внимания участников группы на анализ их собственных эмоций), но в

обобщении может использовать информацию о групповой динамике для более продуктивной проработки особенностей контакта супервизируемого с пациентом.

В долгосрочной супервизорской группе супервизорское заключение пишется по окончании контракта на каждого участника группы. Контрактом предусматривается представление на групповой супервизии каждым участником группы не менее 2-х пациентов (психотерапевтических сессий). В личной карте супервизируемого засчитываются по 2 супервизорских часа за каждый случай, представленный на группе.

Это позволяет реализовать потребность психотерапевтов в дидактической группе, в возможности концептуализации своей работы, получения поддержки коллег и обретения профессиональной уверенности, в ней могут продуктивно взаимодействовать приверженцы различных направлений психотерапии.

Благодаря коллегиальному обсуждению отдельных фрагментов терапевтической или педагогической работы во время супервизии специалисты получают возможность расширить арсенал подходов и методов, повысить рефлексивность субъективного опыта и развить необходимую степень концептуализации практической деятельности. Косвенным путем супервизия помогает специалистам соприкоснуться с личностными проблемами самопонимания, препятствующими установлению контакта с клиентом, побуждая их в дальнейшем к самостоятельному личностно-профессиональному совершенствованию.

Сотрудничество супервизора и психолога в изучении пациента — творческий процесс, который, проходя в групповой форме, имеет свои положительные и отрицательные стороны. К отрицательным сторонам следует отнести необходимость раскрытия своих неудач перед группой, а это при недостаточном эмпатическом потенциале преподавателя может усилить нарциссическую ранимость учащегося. С другой стороны, помощь и поддержка коллег, педагогическая ориентация супервизорского процесса имеет шанс смягчить удары по самолюбию, которые приходится сносить психотерапевту, а также избавиться от негативных переживаний, возникших в результате работы с пациентами.

Коллективная супервизия. Супервизия по контракту, заключенному с руководителями учреждения (психотерапевтического центра, психотерапевтического стационара, образовательного учреждения), в котором используются бригадные формы работы и/или по контракту, заключенному с каждым членом коллектива. Объект супервизии — бригада специалистов, в которую входят психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, юристы, специалисты по социальной работе и социальные работники.

Чаще всего мотивом для проведения коллективной супервизии являются конфликты и напряженные отношения в бригаде/бригадах специалистов, снижающие эффективность работы. Этот вариант пригоден и для повышения эффективности работы каждого члена бригады, и для повышения эффективности их взаимодействий.

Все члены группы предварительно и добровольно должны выразить свое согласие на такой вариант супервизии и проведение ее данным супервизором.

Супервизия коллектива использует разнообразные поведенческие и социодраматические техники, направленные на повышение взаимопонимания и улучшение взаимодействия, при этом учитываются интересы каждого участника группы.

Подытоживая сказанное, мы считаем наиболее оптимальным видом супервизии сочетание интегративной модели, а также сочетание индивидуального и группового вариантов (например, каждый супервизируемый представляет 2-х пациентов на групповой супервизии и 1 пациента в процессе лечения на индивидуальной) в форме заочной супервизии.

Анализ мастерства психотерапевта осуществляется по техничности выполнения приемов присоединения, фокусировки и вмешательств, независимо от школы и направлений, к которым они принадлежат. Особое внимание уделяется личностно-профессиональным качествам супервизируемого: эмпатии, аутентичности,

конгруэнтности, спонтанности, активности, способности к концептуализации. При анализе контактов между супервизируемым и супервизором следует также учитывать следующие моменты: умение распределять время (фокус на терапевте, фокус на клиенте), интеллектуальная ориентация, экспериментальная ориентация, использование приемов активного слушания, конфронтация, глубина контакта, уровень вербальной активности, стиль контакта (доминанта терапевта — доминанта клиента), уровень комфорта, уровень напряжения, соответствие использованных приемов направлению психотерапии.

Супервизор должен исходить из позитивного намерения способствовать личностному росту другого, а не деструктивной со-ревновательности.

Мастерство супервизора-наставника определяется наличием у него таких личностно-профессиональных качеств, как умения оказывать поддержку стажеру, способности к сопереживанию и уважению супервизируемого, использования в своей работе обучения и передачи опыта, стимуляции саморефлексии и самораскрытия супервизируемого.

Наоборот, неэффективный супервизор-наставник имеет следующую характеристику: неподдерживающий, ригидный, закрытый, негибкий, неуважающий супервизируемого, колеблющийся, нечеткий в постановке целей, скрытный, "сексист" (имеющий жесткие иррациональные установки в отношении мужских и женских ролей), не заинтересованный в профессиональном росте стажера.

Таким образом, для проведения эффективной супервизии и наставничества в процессе профессионального роста супервизируемый (стажер) нуждается в балансе поддержки и критики со стороны более опытного коллеги.

Согласно зарубежному опыту супервизии, профессиональные ассоциации сами определяют частоту супервизии и количество необходимых часов супервизии в год. Чаще всего психотерапевт представляет на супервизию одного пациента в процессе лечения (например, каждый 3-й прием этого пациента) на протяжении 1,5 лет, а в случае работы в групповой супервизии, на каждого участника группы должно приходиться не менее 2-х докладов в группе в течение года.

Дебрифинг

При работе с супервизируемым, охваченного тревогой, супервизор должен учитывать, что его подопечного волнуют следующие вопросы. Будет ли супервизор на моей стороне? Не будет ли он судить меня так же строго, как я сужу себя? Позволит ли он мне остаться самим собой? Позволит ли он мне сохранить мои достоинства и недостатки, не пытаясь контролировать мои профессиональные действия?

Важно научиться принимать любые реакции участников. Одна из задач — чтобы группа приняла супервизируемого и друг друга. Другая задача супервизора — держать в фокусе групповое обсуждение случая и пресекать наиболее агрессивные высказывания, относящиеся к личностным качествам стажера. Мы не пытаемся изменить эти реакции людей, лишь способствуем их проявлению и обсуждению.

Супервизия представляется неполной, если на ней не обсуждается причина беспокойства учащегося. Иногда способность супервизируемого слушать и размышлять о пациентах бывает настолько ограничена, что не развивается в процессе супервизии, обучения или индивидуальной психотерапии. В таком случае практиканту не следует заниматься психотерапевтической работой. Прохождение индивидуальной психотерапии как способа личностного роста ученика следует поощрять для каждого стажера, но особенно для тех, у кого есть конфликты в клинической работе.

Чувство собственного достоинства поддерживается результатами деятельности, талантом, равно как и рядом других условий. Для начинающего терапевта угрозу позитивной самооценке создают, в частности, отсутствие опыта, неосведомленность и некомпетентность в некоторых вопросах. Даже опытный терапевт не огражден от таких проблем, поскольку задачи психотерапии характерны своей неоднозначностью и

неопределенностью, и достижение их зависит от личности пациента, его мотивации на работу, а не от тех целей, которые поставил перед собой психотерапевт. Чувство собственного достоинства сохраняется в течение всей жизни благодаря положительной оценке, которую дают человеку небезразличные для него люди. Способность строить отношения с теми, кто поддерживает в нас ощущение благополучия, необходима для сохранения способности к самооценке. Зависимость от проявлений уважения другими людьми чревата ранимостью, в случае негативного отношения, и беспокойством по поводу того, что данное лицо становится объектом оценки и анализа окружающих. Регулярные встречи со специалистом, который разбирается в людях, создают не только благоприятную атмосферу для учебы, но и опасность проявить сокровенные мысли и чувства.

В других случаях педагогическая ориентация супервизорского процесса иногда помогает смягчить удары по самолюбию, которые приходится сносить психотерапевту, а также избавиться от негативных переживаний, возникших в результате работы с пациентами.

Начинающие психотерапевты нередко замечают, что их реакции на пациентов (гнев, отчаяние, страх, половое возбуждение, беспомощность, отвращение, любовь и т.д.) отражают их личностные черты, в этом случае выявляются также их влечения, ценности, противоречия, неврозы и негативные качества. Умение супервизора обсуждать такие реакции, вспоминать в этой связи аналогичные реакции, имевшие место в собственной практике, компенсирует психический дискомфорт терапевта.

Самооценку практиканта можно поддержать путем проявления эмпатического интереса к его опыту, признания его компетентности, подчеркивания его ресурсов, выражения похвалы его достижениями, поощрения его стремления к профессиональному мастерству, особенно в моменты сомнений и разочарований. Контекст обучения способствует созданию познавательных и дидактических средств, обеспечивающих интеллектуальную защиту, которая помогает практиканту преодолеть аффективные реакции.

Дебрифинг — групповое обсуждение, дискуссия о происшедшем между участниками вскоре после стрессовой ситуации. Модель позволяет осознать, что с ними случилось — нормально. Дебрифинг — это не психотерапия, а вмешательство во время кризиса. Первым эту методику предложил Джеффри Митчел. Это модель кризисного интервью для преодоления кризиса. Если в медицинских вузах студенты привыкли к докладам на клинических разборах, то психотерапевты без медицинского образования иногда весьма болезненно переносят процедуру супервизии. У них могут появиться физические симптомы (тошнота, головокружение, повышенное артериальное давление, пониженный аппетит, бессонница, когнитивные (растерянность, выпадение памяти, навязчивый возврат зрительного образа происшедшего, эмоциональные проявления (тревога, потеря доверия к себе и другим, гнев, депрессия, стыд, вина (особенно если пациент умер, а психотерапевт выжил: заслужил ли он жизнь?)

Цель данной методики при проведении супервизии: помочь супервизируемому пережить нарциссическую уязвимость, восстановить контроль над своим настроением.

Упор делается на объяснении, что ошибки и неудачи — неминуемая часть работы психотерапевта. Негативные эмоциональные состояния пройдут тем быстрее, чем скорее психотерапевт позволит себе говорить о них.

Супервизор должен исходить из позитивного намерения способствовать личностному росту другого, а не удовлетворению своих амбиций. Мастерство супервизора-наставника определяется наличием у него таких личностно-профессиональных качеств, как умения оказывать поддержку стажеру, способности к сопереживанию и уважению супервизируемого. Использование в своей работе обучения и передачи опыта, стимуляции саморефлексии и самораскрытия супервизируемого, обладает чувством меры.

Глава 2 Трудности и ошибки в консультировании и психотерапии

Ошибки проведения психотерапевтической работы можно подразделить на 3 основные группы: ошибки присоединения, ошибки диагностики, тактические ошибки.

Ошибки присоединения

Ошибки присоединения отражают ограничения психотерапевтом свободы выбора пациента в принятии решения, когда мотивы самого психотерапевта превышают мотивы пациента. Обычно такой стиль терапевтического контакта влечет за собой нечеткое формулирование запроса со стороны пациента и отсутствие разделения ответственности за поставленные задачи. Нарушение принципа информированного согласия приводит к искаженной интерпретации пациентом информации, полученной от психотерапевта, и низкой мотивации пациента на участие в психотерапии, отсутствие у него готовности к изменениям.

Ошибки диагностики

Ошибки диагностики возникают из-за неумелого проведения интервью и трудностей в анализе полученных данных, слабого знания клинико-психологической диагностики и невнимания к вербальной и невербальной информации от пациента.

Целый набор полезных, но потенциально опасных приемов сгруппировано вокруг понятия «совет», «информация» и др. Это группа методов, в которых психолог высказывает пожелания, дает инструкцию-информацию, может даже сказать: «Если бы я **был** на вашем месте, то я бы...» Иногда вы просто обязаны дать совет, потому что у вас есть важная информация.

Но, как вам известно, иногда советы и инструкции используют слишком часто. Особо опасные советы идут от психологов, работающих в семейно-брачных консультациях. Так например, после консультации психолога, сообщившей молодой супруге при ее муже в ситуации угрожающего развода, что у той «куриные мозги» и на месте ее мужа давно следовало уйти от нее, у первой наступила острая депрессивная реакция с суицидными высказываниями. Советовать надо очень осторожно, в основном по просьбе клиента, иначе клиент скажет вам: «Да, но...» Всякий раз, когда клиент говорит это, вам следует переменить стиль и перейти к методам наблюдения, таким, как распрос и пересказ. (Например: «По-вашему, мое предложение неудачно. Какую Вы можете предложить альтернативу?»)

Почти все методы и психотерапии подчеркивают необходимость фокусирования внимания на личности в процессе интервью. Хотя всегда полезно получить информацию о семье и друзьях, все же главная задача — работать с личностью, сидящей перед вами.

Начинающие психологи часто фиксируют свое внимание на проблеме вместо того, чтобы сконцентрировать его на клиенте.

Комментарий супервизора. Фокус-анализ. Анализ возможных направлений интервью

Фокус терапии также имеет тенденцию меняться в разных системах. Терапевт-постмодернист будет концентрироваться на культурно-общественных условиях, хотя этому уделяется мало внимания, например, в гештальт-терапии.

Фокус-анализ — элементарная микротехника, хотя понимание проблем, на которых концентрируется внимание, также крайне важно для успешного консультирования. Фокус-анализ полезен и тем, что позволяет нам убедиться, что мы в действительности рассмотрели все возможные проблемы клиента.

1. *Фокус на клиенте:* Сергей! Вы чувствуете себя подавленно и одиноко. Вы уверены, что знаете, чего хотите лично вы? (В этом примере содержится четыре личностных обращения к клиенту)

2. *Фокус на другой личности:* Расскажите мне больше о вашей жене. (Можно предсказать, что Сергей начнет рассказывать о разводе с женой. Здесь, вероятно, появится важная информация, но это ничего не скажет о самом С. и его реакции на настоящее и прошедшее.)

3. *Фокус на проблеме:* Главной темой беседы была проблема времени, на которое претендовали его друзья, поэтому психолог мог бы спросить: «А что говорят эти люди, когда чего-то от вас хотят?» или «Как часто это бывает?» Опять можно получить информацию, но это мало говорит об отношении Сергея к этой проблеме. Вы не можете сами исправить ситуацию — это дело клиента. Ваша задача как психолога — подтолкнуть людей на решение их проблем.

4. *Фокусирование на психологе:* «Мне вспоминается собственное одиночество. Я понимаю, как это тяжело выносить». Концентрация внимания на себе полезна как прием самораскрытия или обратной связи, это помогает развить у клиента чувство доверия. Развивается раппорт, и это полезно, но не следует слишком часто использовать этот прием.

5. *Фокусирование на общности:* «мы — фокус». «Итак, чего же мы достигли?» «Мне нравится, как вы действуете». Подобное стремление к соучастию характерно для психологов гуманистического направления.

6. *Культурно-контекстный фокус:* «Это характерно для многих переселенцев. В нашем городе им приходится нелегко». В основе многих проблем наших клиентов лежат реальные истории их взаимодействия с политической и социальной системой. Для некоторых клиентов это становится важным центром беседы. Часто психологи успешно используют такое фокусирование, особенно работая с национальными меньшинствами. Ряд психотерапевтов, особенно психоаналитического направления, склонны игнорировать культурно-социальный контекст.

Все эти направления фокус-анализа очень важны для понимания того, что же происходит на психотерапевтической консультации. Фокус-анализ имеет дело с главной темой, отраженной в структуре предложений, используемых консультантом и клиентом. На практике грамматический строй предложения показывает, насколько глубоко психолог понял заявления клиента. Консультирование построено на том, чтобы клиент «проговорил» несколько «Я-заявлений», в которых были бы отражены он сам и его затруднения. Психолог добивается от него «Я-высказываний», усиленно используя личные местоимения «вы», «ваше», «ты», «твое», часто употребляя имя клиента. Но следует подчеркнуть, что другие типы фокусировки во время интервью также бывают полезны.

Тактические ошибки

К тактическим ошибкам можно отнести следующие:

- ограничение свободы выбора клиента в принятии решений (мотивы психотерапевта начать психотерапию с подростком превышали мотивы клиента);
 - нечеткое формулирование запроса со стороны клиента;
 - не произошло разделение ответственности между психотерапевтом и клиентом за поставленные задачи;
 - клиент неправильно интерпретировал информацию о целях и характере психотерапии;

- психотерапевт не учел готовность семьи и подростка к изменениям; возвращение семьи к прежним стереотипам в области воспитания; не учтена "вторичная выгода" симптома во время психотерапии;
- психотерапия не соответствовала ресурсам клиента (темпу, клинической картине);
- низкая мотивация на изменения (эго-синтонная направленность расстройства), не раскрыто табу на определенные темы при проведении психотерапии.



Комментарий специалиста.

Уточнение запроса. Как создать мотивацию «Что делать?»

Потребность в любом виде лечения и отсутствие рецидивов в дальнейшем будет зависеть от системной оценки проблем в различных областях: в семье, в школе, в межличностном общении, в индивидуальном психологическом функционировании, в мотивации на лечение. Повысить мотивацию клиента на изменение может неподдельный интерес к его личности, приведение примеров из других консультируемых случаев. Дополнительным баллом в создании мотивации служит обсуждение с ним данных психологического тестирования. Нередко в процессе психодиагностики выясняется, что родственники нуждаются в большей степени в помощи и поддержке, чем непосредственно сам ребенок.

Тактические ошибки вытекают преимущественно из-за отсутствия у психотерапевта четкой концептуальной базы психосоциогенеза данного расстройства у данного пациента, из неумения планировать работу и прогнозировать ее результаты. В таком случае психотерапевты концентрируют внимание преимущественно на выполнении различных упражнений, упуская из виду чувства, мысли и цели самого пациента. Такая психотерапия не соответствует ресурсам пациента и повышает риск неблагоприятных последствий психотерапии.

Наблюдение 6. Марат С., 17 лет, прошел 5 сеансов индивидуальной психотерапии и лечение в краткосрочной психотерапевтической группе по поводу невроза навязчивых состояний, ведущей симптоматикой которого было частое навязчивое мытье рук. В группе до последнего дня принимал пассивное участие. В психодраме был вскрыт дисфункциональный семейный контекст, поддерживающий его симптоматику, однако, времени на проработку внутрисемейного конфликта не хватило. Попытка проведения семейной психотерапии после окончания работы оказалась безуспешной из-за культуральных особенностей семьи (родители приехали из маленького города, мусульманское вероисповедание). Ремиссия заболевания была неполной. через 3 месяца вновь возник рецидив. Повторное включение подростка в психотерапевтическую группу по его желанию, где он был менее скован, активно участвовал в ее работе, позволило выйти на причины возникновения его симптомов: скрытая агрессия на мать и табу на ее проявление, втягивание подростка в супружеский конфликт, запреты на выражение эмоциональности («Мужчины не должны быть чувствительны»).

Проработка этих проблем с помощью клинических ролевых игр способствовали эмоциональному отреагированию, повышению уверенности в себе и самооценки, стойкой нивелировке симптоматики в течение года последующего наблюдения.

Комментарий супервизора.

Планирование лечебных мероприятий не должно ограничиваться лишь узким кругом психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, чаще всего следует рассматривать всю палитру возможных медицинских, психотерапевтических и психосоциальных мероприятий,

предполагая возможность их одновременного использования.

Специальное планирование психотерапии охватывает следующие вопросы:

1. Основное содержание: в чем заключается смысловой акцент психотерапии?

2. Методический подход: как могут быть достигнуты поставленные цели, какие психотерапевтические методы наиболее подходят для этого?

3. Организационная форма проведения и интенсивность: каков должен быть персональный состав при проведении психотерапевтических занятий?

4. Согласованность компонентов психотерапии: как могут сочетаться между собой выбранные методы и места их проведения?

Приведем пример, где запросом супервизируемого было исследование стратегий вмешательства.

Наблюдение 7. Надя К., 22 года, обратилась с жалобами на неумение справляться с проблемами, суицидные мысли, отсутствие аппетита и насыщения от еды.

Наследственность психопатологически не отягощена. Старшая сестра матери страдала болезнями желудочно-кишечного тракта, у матери хронический панкреатит.

Между супругами с 5-го дня их знакомства возникли ссоры. Когда мать забеременела, то ребенок был желанным для родителей, но мать переживала женится ли отец будущего ребенка на ней. Отец при рождении дочери дал ей свою фамилию, а брак зарегистрировал только спустя год. Мать считала, что женился он на ней не по любви, а только по физическому влечению. Полагала, что муж требовал от нее соответствия придуманному им имиджу. Упреки мужа касались чаще всего неумения жены планировать хозяйство, неэкономной траты денег. Жене не нравилось, когда муж сравнивал ее с другими женщинами, воспринимая это как «Я — плохая». Отец — морской офицер, привык к распорядку дня как на корабле. Трудно переключаем. Испытывал дефицит общения, считал, что с ним обсуждалась только тема денег, еды. С подругами, с его слов, жена зато могла говорить часами на разные темы, к ним он супругу иногда ревновал. Когда жены нет дома, с дочерью также сложно было общаться, так как та занята уроками. В течение многих лет нарушены интимные отношения между супругами, из-за якобы периодически обостряющегося панкреатита и ночных болей у жены. Через 10 лет супружества отец Нади часто спал на раскладушке в проходной комнате. Еще через 5 лет у отца появилась любовница, по поводу которой ему жена устраивала сцены. Через несколько лет они оформили официальный развод, и — по требованию дочери — отец переселен в отдельную квартиру, так как часто не ночевал дома.

Несмотря на развод, мать тесно поддерживала контакт со свекровью. Сама она рано осталась без родителей, а в семье мужа приняла правило «мать обижать нельзя».

Сложности беременности начались с 12 недель: 1-я госпитализация в связи с низким АД, затем перед родами — повторная госпитализация в связи с гипертонусом матки. Роды длительные в срок. Закричала сразу. При рождении обнаружена гематома на лбу, которая в настоящее время становится заметной при волнении. Сразу приложили к груди, сосала молоко хорошо. В 4,5 месяца у матери исчезло молоко — ребенок переведен на искусственное вскармливание. Девочка рано начала ходить и говорить.

Когда переехали в город С. в 1 год и 7 месяцев сильно реагировала на световой день, вскоре перестала спать днем. При попытке определить ее в ясли заболела конъюнктивитом, затем ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Проведена пенициллинотерапия в стационаре.

В 2 года 8 месяцев пошла в детский сад. Первое время плакала, затем адаптировалась и ходила туда с удовольствием. Росла активным, жизнерадостным

ребенком. Охотно контактировала с детьми, рано начала читать. Проживая в коммунальной квартире, поддерживала теплые отношения с соседями.

В старшей группе детского сада возникла следующая проблема: пожилой воспитательнице чем-то не понравилась мама, и она выместила отрицательные эмоции на ее дочери: игнорировала при распределении ролей на утренники, порвала новогоднюю открытку от отца, приславшего ее из морского похода. Отец, возвращаясь из рейса, привозил шоколадки. Девочка их ела редко, чаще раздавала другим детям.

В школу пошла подготовленной с 7 лет, со второго класса совмещала обучение в музыкальной школе. Все задания выполняла тщательно. До 7 класса были подруги, затем в связи с очередным переездом растеряла их. В 14 лет у многих девочек уже были месячные, и мать хотела подготовить дочь к этому событию, но она отвергала ее «уроки». Месячные начались с 14,5 лет.

После окончания 9 класса начала обучение в музыкальном училище. Поступать туда не хотела, но своего мнения не было, поэтому положились на волю родителей. Учиться было трудно, долго сидела за инструментом. Меньше стала общаться с подругами.

На 3 курсе семья переехала на новую квартиру, девушка совсем отказалась гулять. Возник конфликт с педагогом, самолюбивой дамой, требовавшей много работы от учеников. Однажды в присутствии других ребят учительница бросила реплику девочке, что в ней нет яркости и души. Один раз ударила ученицу по рукам. Надя очень переживала эти инциденты, заявляла, что бросит училище. С трудом его закончила с твердым убеждением не быть педагогом.

Устроилась на работу ассистентом звукорежиссера на телевидении в городе М. (родители в очередной раз переехали). Ей там нравилось, но была скована при общении. Дружившие с ней девочки уговорили посещать шейпинг. Охотно согласилась, полагая ликвидировать «толстые ноги». На шейпинге тренер сказала, что у нее лишние 8 кг. Начала соблюдать различные диеты, питалась по Брегу. Отец пытался протестовать, считая, что в 17 лет развивающейся девушке необходимо есть мясо. В этот же период во время родов умирает двоюродная сестра девушки. Была на похоронах, там ей стало плохо, вызывали скорую помощь. Врач после осмотра сообщил матери, что у девочки уже два месяца отсутствуют месячные и ее необходимо показать гинекологу. Диагностирована анемия и гиперфункция щитовидной железы. Принимала иодистые таблетки, прошла курс инъекций прогестерона — месячные не появились. Одновременно на УЗИ обнаружена зарубцевавшаяся язва желудка (со слов матери). Летом того же года была госпитализирована в клинику. Осталась впервые без родителей на 2 месяца. После лечения месячные один раз появились, затем вновь исчезли. Продолжила работать на студии в городе М. Есть не хотелось совсем. «Съедаю немного пищи, а ощущение, что съела много, в желудке какой-то ужас, и пища царапает его стенки». Хотелось попробовать сладкого, пыталась съесть, но тут же вырывала. Однажды днем, когда осталась одна дома, разбила из-за сильного напряжения стеклянную дверь.

Обратились к психотерапевту. Он сообщил, что ничего не находит у девочки, но предложил обследоваться в дневном стационаре. Девушка вела записки о рвотах и потере веса. В этот период ее вес составлял 48 кг при росте 172 см. Впервые после осмотра психиатра прозвучал диагноз: «нервная анорексия». Для девушки это не оказалось новостью, она уже читала об этой болезни. В городе М. не смогли предложить адекватного лечения, поэтому родители договариваются о госпитализации в клинику неврозов. Находясь в стационаре, принимала антелепсин, трифтазин. Состояние было угнетенное. Возможности вызвать рвоту не было, хотя все время мечтала об этом. После выписки из клиники через месяц совершила попытку самоубийства, приняв 2 упаковки транквилизаторов. Мотивы суицида объяснила проблемами еды и ссорами из-за нее родителей. За неделю суициду предшествовал очередной скандал между родителями. Отцу звонили любовницы, мать упрекала его за это, а тот «опускался до уровня грузчика». После суицида была направлена в городскую психиатрическую больницу. При

поступлении заявляла, что не любит отца, затем об этом пожалела, и при встрече его обняла. Сообщила, что когда выпишется, расспросит про морские походы. В больнице с удовольствием ухаживала за больными, помогала персоналу. Проблемы с едой сохранялись. Психолог, проводивший исследование в плане профорientации рекомендовал ей выбрать специальность библиотекаря, медицинской сестры.

Так как после переезда в другой город она осталась безработной, то предложение в центре занятости пойти на годовичные курсы медицинской сестры восприняла положительно. Одновременно обратились к психотерапевту.

Психический статус: вначале контакта напряжена, затем охотно отвечает на все вопросы. По характеру педантичная, склонная к перфекционизму. Свои потребности считает минимальными. Из отрицательных качеств характера назвала жадность. Даже если есть деньги, и нравится какая-то вещь — купит дешевую, но не потратит деньги. Временная перспектива сужена. Выявляется множество правил и иррациональных установок. Зависима от мнения матери. Бредово-галлюцинаторной продукции не обнаружено. Сообщила, что после смерти сестры полагала, что никогда не будет иметь собственных детей, но была на практике в роддоме и сказала отцу, что ей «это» понравилось. В момент осмотра суицидные мысли отрицает.

При планировании объема психотерапевтических вмешательств мы исходили из того, что симптом существует уже несколько лет, имеют место нарушения личностного развития и микросоциального окружения — это потребует сочетания индивидуальной и семейной психотерапии. Родители на данном этапе к семейной психотерапии не были готовы, фиксированы на проблемах «носителя симптома». Индивидуальная психотерапия по своей структуре была когнитивно-поведенческой, в ней предусматривалась серия домашних заданий. Приводим отрывки из домашнего сочинения пациентки: «Жила-была девочка. Очень она любила размышлять. Думала она, думала и надумала однажды, что жить ей незачем. Решила пойти к реке и утопиться. Собралась и пошла. Дорога была длинной, и, чтобы скоротать время, стала она размышлять, как же дошла до такого решения. И вот о чем она думала дорогой к реке.

Хотелось ей быть хорошей, доброй, веселой, но не получалось. Нет, иногда получалось, но в такие минуты она вдруг задумывалась: «Что-то уж слишком хорошо получается, так долго не продлится; наверное, все испортится». Даже страшно становилось. И мысли ее подтверждались: настроение вдруг портилось, глаза тускнели. «Ну вот, так я и думала». А зачем тогда жить, если не получается так, как хочется. Проще тихонечко исчезнуть, и все будет просто. Вернее, ничего не будет. Не будет и страха, который очень часто посещал девочку».

В ходе индивидуальной психотерапии была создана мотивация для участия в психотерапевтической группе, которая для нее служила и этапом семейной психотерапии, задачей которой было расчерчивание границ между подсистемами (вначале был категорический отказ).

В психотерапевтической группе на первом занятии заявила о своей цели — стать более независимой от чужого мнения. На втором занятии была выбрана в качестве «вспомогательного эго» другой пациенткой с нервной анорексией по имени Маша, 18 лет.

Надя была очень взволнована произошедшим, на следующем занятии работала над своей проблемой взаимоотношений с родителями. Становилось ясно, что дальнейшее ведение пациентки без подключения к индивидуальной работе семейной психотерапии бессмысленно. На первый сеанс пришел отец Нади, причем сам попросил его принять отдельно. С собой принес наброски некоторых воспоминаний, которые как он полагал могут помочь психотерапевту.

Из воспоминаний отца Нади. С начала семейной жизни частые ссоры в присутствии дочери. Во всех ссорах звучала только оценка своего положения («я», «мне плохо»), ни про ребенка, ни тем более о том, что мне тоже может быть плохо речи не велось.

Я с самого первого случая говорил и требовал не выяснять отношения в присутствии дочери. Реакция нулевая. В этих поступках я видел преднамеренное желание отдалить от меня ребенка. Наталья в первые годы брака, в моем присутствии молчалива, а с подругами и в гостях не умолкает, ведет себя подчеркнуто независимо. Меня это бесило, вызывало взрывы грубости с моей стороны. Очевидно, Наталья Александровна избегала меня (я ее чем-то подавлял, на все замечания — реакция неадекватная).

Наталья Александровна раздражительна (на Севере частые головные боли), со мной и ребенком суха, сдержанна, мало эмоциональна. Только отрицательные установки — все плохо, нытье.

В наших отношениях никогда не было теплых, доверительных, искренних отношений. Не было воспоминаний о чем-то хорошем (отпуске и прочем), душевных разговоров, обсуждения прочитанного, увиденного. В доме царил гнетущая, мрачная атмосфера. Меня тяготило молчание, раздражительность и вечное недовольство. Дом не стал местом общения и теплоты. Я срывался, выпивал.

Я несколько раз проводил беседы о наших отношениях (в том числе, интимных), влиянии их на ребенка, пытался выработать взаимную позицию. Не смогли. Возникла длительная конфликтная ситуация.

Дочь росла пуританкой — с мамой о созревании отказалась говорить, возмущали разговоры о женщинах, мои ласки отвергала. В противовес маминому болезненному отношению к чистоте, стала проявлять неряшливость.

...Стала еще больше меня избегать, разговаривала лаконично: да-нет — не знаю (имитация маминого стереотипа). Я сяду к телевизору — она уходит.

...Когда она лежала в больнице, ей поставили диагноз «тормозное развитие личности». Что меня волнует?

- поведенческие стереотипы (имитация моего и маминого поведения)
- страх повзреления, полового созревания, хотя хочет иметь детей
- «Если любовь неудачная?»
- неуверенность, доминанта с едой
- боязливые черты характера
- Надин распорядок
- контроль с нашей стороны.

Приводим отрывок из сеанса очной семейной супервизии, проведенного через неделю после прохождения Надеи психотерапевтической группы: Супервизию работы психотерапевта проводили двое психотерапевтов Светлана и Сергей.

С.: Какие изменения произошли за этот период?

Н.: Только вчера рассказала о работе в группе маме. Неожиданно столкнулась с проблемой позднего возвращения. Тетушка сказала, что не пустила бы домой и высказала это маме.

М.: Отношения тесно связаны в нашей семье.

С.: Не связаны ли проблемы контроля в семье с контролем за едой?

М.: Всю жизнь так было. Принято заставлять есть. Если я проголодалась — выпью чашку кофе, и порядок, а в моей семье и семье мужа правило завтрак-обед-ужин — это традиция.

С.: Сможете перечислить правила семьи?

Все члены семьи перечисляют правила: необходимо питаться 3 раза в день; в выходные обед есть дома всем вместе; обязательно чистить обувь; после еды вымыть посуду; ложиться спать в 23 часа; прежде выполнить все дела, а затем отдыхать; громко не включать телевизор; не приводить гостей, если нечем угощать; поздравлять родственников с праздниками; наносить визиты родственникам; днем поесть хорошо

(отец); не расстраивать бабушку проблемами; о неприятностях другим не говорить (мама). Сергей еще раз зачитывает правила. Мать добавляет: «Слушаться старших», ежедневно звонить родственникам.

С.: Надя, чтобы ты для себя хотела?

Н.: Самостоятельно выбирать друзей и хоть раз сходить на ночную дискотеку. Еще не хочу ездить на день рождения к бабушке, так как слышу упреки матери о моем воспитании, не хочу отчитываться перед родственниками о проведенном дне, хочу одеваться как мне нравится.

Св.: Что тебе мешает это осуществить?

Н.: Когда я вижу, что человек нравится, я думаю, как на это посмотрит мама.

С.: Почему Надя смотрит глазами матери?

О.: После окончания военно-морского училища я отошел от семьи и жестко придерживался только одного правила: в Новый год поздравить мать и быть у нее дома. Наташа (жена), после переезда в другой город более тесно стала общаться с его матерью и сестрами и сама приняла их правила.

С.: Не получается ли, что Надя грубит бабушке, отстаивая свою территорию, а когда не ест — наказывает мать за что-то?

Н.: У нас семья «Тайны мадридского двора». Я хочу честности и искренности в отношениях. Находить решение проблемы, а не управлять чувствами другого. Мне надоел диктат: «Ты должна взять себя в руки». Родители молчат. Идет работа с семьей по реконструкции и модификации некоторых правил. Например, съездить поздравить бабушку, но долго не сидеть за столом, сославшись на необходимость подготовки к зачетам (приближается сдача экзаменов на курсах).

Св.: В группе ты себя не воспринимала женщиной?

О.: У нас табу на вопросы пола в семье.

Св.: Об этих вопросах мы поговорим на следующем занятии. Чем ты можешь поддержать папу?

Н.: У нас с ним нормальные отношения.

Св.: А чем папа тебе может помочь?

Н.: Встретить с ночной дискотеки.

Отец улыбается. Мать сообщает, что ей в голову никогда не приходило, что может быть связь между правилами семьи и болезнью Нади. Окончание сеанса.

Заключение супервизоров. В данной дисфункциональной семье симптом удерживался несколькими факторами: многообразными семейными правилами и запретами, контролем со стороны старших женщин за девочкой, нарушенной коммуникацией внутри семьи (нарушены границы между подсистемами, перепутаны роли в семье, длительный супружеский конфликт разрешался через дочь). Игнорирование «семейного диагноза» лечившими прежде девушку специалистами привело к хронизации заболевания, сочетанию нервной анорексии с личностным расстройством и потребовало в итоге около комбинацию сеансов индивидуальной, групповой терапии. Применение гештальт-терапии с ее принципами (актуальность, ответственность, осознание) неадекватно для данной клиентки в связи с ее личностной незрелостью. Подключение семейной психотерапии необходимо в связи с тем, что через девушку до сих пор неосознанно родители разрешают свои конфликты.



Комментарий супервизора.

Планирование лечебных мероприятий не должно ограничиваться лишь узким кругом психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, чаще всего следует рассматривать всю палитру возможных медицинских, психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, предполагая возможность их одновременного использования.

Специальное планирование психотерапии охватывает следующие вопросы:

1. Основное содержание: в чем заключается смысловой акцент психотерапии?

2. Методический подход: как могут быть достигнуты поставленные цели, какие психотерапевтические методы наиболее подходят для этого?

3. Организационная форма проведения и интенсивность: каков должен быть персональный состав при проведении психотерапевтических занятий?

4. Согласованность компонентов психотерапии: как могут сочетаться между собой выбранные методы и места их проведения?

Глава 3. Трудности и ошибки в наркологии

Реабилитация наркозависимых становится важной государственной и медико-психологической задачей. Темп, последовательность, длительность пребывания в реабилитационном центре зависит от многих переменных: срока употребления, мотивации на изменения, уровня организации личности и типа характера и прочих факторов.

Наркомании относятся к скрытым и девиантным формам поведения, клиенты редко самостоятельно обращаются за помощью. Исключение составляют те из них, кто направлен из токсикологического центра на консультацию к психиатру после передозировки. Специалист, следовательно, зависит от рассказа клиента о потреблении им психоактивных веществ и сопутствующего наркотизации поведения. Аддиктивное поведение может быть оценено в терминах позитивных (положительное подкрепление) и негативных последствий (отрицательное подкрепление). Клиницисту следует тщательно определить распределение обоих видов подкреплений при оценке психического статуса подростка. Позитивное подкрепление включает удовольствие от приема психоактивного вещества, связанные с ним приятные впечатления, отсутствие неприятных симптомов абстиненции в начальный период приема веществ, поддержание через наркотики социальных контактов с ровесниками, иногда условная приятность роли больного. Врач или психолог, собирающийся включить такого подростка в реабилитационную программу, должен найти «замещающее поведение» без приема психоактивных веществ или других видов девиантного поведения. Негативные последствия аддиктивного поведения — более частая причина обращения к специалисту. Это появление физических жалоб, ухудшение когнитивных функций и т. д.

Клинический метод остается ведущим в диагностике имеющихся нарушений. Ошибки в диагностике на начальных этапах приводят к неправильному планированию всего реабилитационного процесса.



Наблюдение 8.

Ростислав, 16 лет.

Обратился с жалобами на эпизодическое (в течение последнего полугодия) злоупотребление наркотиками (героин). Перед посещением психиатра-психотерапевта не принимал их уже три недели, хотя тяга сохранялась. Диагноз психиатра-нарколога: аддиктивное поведение.

Генеалогический и семейный анамнез.

Бабушка, 62 года, хорошо организованная, властная, стремящаяся всех держать под контролем, решать все проблемы за других, даже если в ее советах не нуждаются. Все дела пытается сделать на отлично. Профессионально не реализована, что является болью

ее жизни. На госэкзамене в педвузе получила двойку и осталась без диплома. С тех пор хочет реализовать себя в детях. Больна сахарным диабетом, гипертонической болезнью, перенесла инсульт.

Дед, 63 года. Мир видит в «черных красках», — так ему тяжело дышать из-за бронхиальной астмы с 30 лет. Требуется к себе повышенного внимания. У него сформировалась установка: если его не обслуживают, значит, обижают. К Росту особенно придирчив, любит упрекать за мелочи, прогнозирует его судьбу пессимистически, постоянно говоря ему, что он закончит жизнь в тюрьме.

Мать, 41 год. Всегда была послушной дочерью, отказывала себе в удовольствиях. Родители постоянно манипулировали ею и добивались своего. До сих пор идет им на уступки, спрашивает у своей матери совета в ответственных ситуациях. Когда у бабушки был инсульт, мать чувствовала себя «потерянным ребенком».

Отец, 40 лет. Эгоцентричен. Безответственен, ревнив, жесток. В подростковом возрасте участвовал в драках. Мать познакомилась с будущим мужем на курорте. Дважды сидел в тюрьме за спекуляцию и грабеж. Было конфисковано все имущество матери и ее родителей, им пришлось торговать клюквой, чтобы обеспечить существование свое и ребенка. Родители развелись, когда сыну было 3 года. Окончательно отец исчез из поля зрения семьи, когда мальчику было 7 лет. В семье имеется табу на криминальное прошлое отца.

Анамнез жизни. Беременность была незапланированной. Но Ростислав был желанным ребенком для матери.

Беременность протекала с токсикозом в 1-й половине, во 2-й половине — патологическая прибавка веса. Кроме того, вынашивать ребенка пришлось на фоне бессонных ночей в связи с окончанием вуза и постоянной ревностью мужа (он ревновал как к женщинам, так и к мужчинам), Роды — в срок. До 3 месяцев Ростик был очень беспокойным, плохо спал, особенно было нарушено засыпание, просыпался всегда с плачем. 1-й месяц срыгивал и запрокидывал голову. С засыпанием проблема остается до сих пор. Боялся темноты, разговаривал во сне, просыпался от кошмарных снов, которые утром не мог вспомнить. Развивался по возрасту. Говорить начал с 1,5 лет. В 2,5 года знал все буквы, читать начал в 4,5 года. Всегда отличался хорошей памятью. С 5 лет стал посещать музыкальную школу, в 6 лет — класс скрипки. Справлялся с программой хорошо, но ходил на занятия без желания. Когда мальчику было 7 лет, вновь «объявился» отец, и мать «водила сына за ручку», оберегая его от осуществления угрозы отца похитить ребенка.

Во время учебы в младших классах мать и бабушка организовывали его время, чтобы ребенок везде успевал, иногда помогали делать уроки. На прогулки времени не оставалось. Он всегда завидовал ребятам, которые могли гулять. Постепенно в семье сложилась традиция: мальчик свое время сам никогда не распределяет, уроки делает, когда скажут (а если не говорили — он их не делал). Оценки его не волновали, тем не менее с программой школы справлялся. В 8 классе закончил музыкальную школу.

До 13 лет был полного телосложения, но по этому поводу не «комплексовал», а когда похудел — долго не мог привыкнуть к новому состоянию. В подростковом возрасте стал очень привлекательным, обаятельным, пользовался вниманием девочек. Конфликтов не любил. В 14 лет стал увлекаться музыкой группы «Кино», появилось много знакомых «неформалов», стал посещать тусовки в «трубе» (место сбора неформалов) и проводил там много свободного времени. Сочинял стихи и музыку, много пел. Любил бывать на рок-концертах, попробовал там покурить «травку», затем стал курить ее чаще, а летом курил постоянно. Резко ухудшилась память. Мать ничего этого не замечала, кроме появившейся раскованности, развязности. Телефон стал работать как «горячая линия», участились контакты с ровесниками, которые были быстротечными. До этого времени никогда не был лидером, а в 14 лет к его мнению стали прислушиваться. Мать пыталась его контролировать (старые стереотипы коммуникации), встречала с дискотек, ходила за

ним в школу, отслеживала его звонки. Он внешне стойко сносил ее опеку, но пытался врать, прятаться, не приходить домой вовремя. О любви, доверии, близости в семье не было принято говорить.

Мать поддерживала у мальчика уверенность, что отец любит его, выискивала хорошие, светлые воспоминания, рассматривала с ним его фотографии. Иногда отец звонил, но с юношей разговаривать не хотел. Алиментов не платил. Когда Ростиславу исполнилось 16 лет, отец сообщил, что он в Петербурге и хочет придти к ним. Подросток долго готовился морально к этой встрече, плохо спал, много о чем-то думал. Встреча состоялась. Отец говорил о своей новой семье и детях, а у Ростислава ни о чем не спрашивал. Уходя сообщил матери, что раз она выписала его без проблем из квартиры 9 лет назад, она должна купить ему комнату в Петербурге, иначе он будет мстить ей через сына (сделает его наркоманом). Юноша переживал свое разочарование в отце (его угрозы от ребенка вновь скрыли). У мальчика резко снизилась самооценка, поведенческие реакции в значительной степени усугубились. Он перестал ночевать дома, время проводил на тусовках, пробовал «грибы», «колеса», пока не остановился на героине, который он вдыхал вначале через нос, затем несколько раз вводил вещество внутривенно. Регулярно 1,5 месяца потреблял героин, потом решил «завязать» в связи с появлением болей в кишечнике, жидкого стула, резкого снижения настроения. Перестал ходить в школу, лежал в постели, отвернувшись к стене.

Сопутствующие заболевания и симптомы: периодические мигренеподобные головные боли, усиливающиеся при утомлении. В 14 лет обнаружена язвенная болезнь 12-перстной кишки. Инфекционный гепатит отрицает.

Так как подросток обратился к психотерапевту в период начала работы психотерапевтической группы, ему было предложено пройти групповую психотерапию. Особого желания сам не испытывал, но поддавался на уговоры врача.

Приводим выписку из протокола сеансов групповой психотерапии.

На первое занятие опоздал. Вел себя манерно, сидел в нарочито расслабленной позе, хотя лицо было напряжено. Изменил позу, когда стали говорить о нем, беспокойно задвигался. Представил себя как творческого человека, сообщив, что знаком с наркотиками, периодически появляется тяга к ним, хочет разобраться в причине этого явления, во время рассказа следил за реакцией окружающих. Истории ребят слушал с видимым интересом. В игре «Магазин старых игрушек» выбрал игрушку-обезьянку, назвав ее Мартиханом. В рассказе от имени мартышки прослеживалось два героя: отрицательный — девочка Балбесиха и положительный — 18-летний мальчик «сильный духовно». Ростислав отметил, что владелец игрушки должен быть «ищущим, не обывателем, не серым, выдающимся внутри себя», добавил, что можно всех веселить, даже в ущерб себе. В конце дня сообщил, что начал себя жалеть, что «трудно раскрываться».

Следующий день Ростислав начал с рассказа о потере друга, который «сел на героин». «У нас был культ героина — это порошок, имеющий силу небес, но сейчас мой друг принимает большие дозы, уплывает и не понимает, что может задохнуться». Согласился с психотерапевтом, что может помочь другу, только если сам разберется со своими проблемами. Сообщил, что он понял сегодня, что жизнь продолжается, ему стало легче. Согласился работать над своей проблемой. В качестве разогрева психотерапевт использовал метафорическое изображение его проблемы: шприц, вложенный в пластмассовую бутылку. Один из участников группы сказал, что это внутренняя проблема Ростислава. Была разыграна сцена, в которой психотерапевт играл роль джинна-шприца, выпущенного из бутылки. Вначале Ростиславу было трудно включиться, говорил, что привык уходить от ответственности, страшно смотреть проблеме в глаза, жалел себя, чувствовал себя подавленным. Признался, что вчера «сорвался с травой». Обращаясь к шприцу, заметил: «Ты можешь унести меня от всех этих проблем, я не могу жить этой серой жизнью... ты унесешь меня в страну, где нет забот, где я лучше всех... с тобой я вдыхаю безответственность... Ты сильный, опытный, ты меня поддерживаешь. Если ты

уйдешь, остается серость... Для чего я живу!.. чтобы быть как все... Я не хочу уйти бесследно, на меня давит реальность».

Психотерапевт (в роли шприца), доводя ситуацию до абсурда, рисовал красоты своего сказочного мира, подчеркнул, что в награду за это он сделает его своим рабом. Ростислав напрягся, пытался оттолкнуть «джинна», сопротивлялся призывам «джинна-шприца» унести юношу в его царство.

В качестве альтернативы 2-й психотерапевт предложил исследовать будущее подростка через 5 лет. Было предложено пройти несколькими дорогами: первая — с наркотиками (Ростислав идет медленно, погружен в себя): «Через 3 года умрет душа, а через 5 лет и тело». второй путь — без наркотиков (подросток идет по нему вяло, с грустным лицом, ссутулившись): «Дальше все отлично, как все. Без широты души... В 40 лет достигну чего-то, будут мысли о самоубийстве»... На вопрос о детях, лицо просветлело, плечи несколько выпрямились. Психотерапевт показал Ростису со стороны, что он может дать сыну другую жизнь, нежели была у него. Ростислав не реагировал: «Я отключен, я приду домой и буду видеть все тот же канал...». Ему предложили пройти еще по третьему пути, но уже ближайшего будущего, предлагая альтернативы и выбор. Здесь подросток шел охотнее, легче, лицо ожило, появился интерес, плечи распрямились. Пройдя увереннее этой дорогой, затем он подобрал шприц и выбросил его в открытую форточку (в группе — аплодисменты). Во время обсуждения сидел молча, ни на кого не глядя.

На следующий день после работы выглядел менее подавленным, сообщил, что ему понравилось, когда его не жалели. Но было обидно за себя, так как осталось ощущение, что «из него все вынули, а обратно не положили». Испытывал беспомощность, бессилие. Сомневался в выбранном пути. Это напомнило ему ситуацию, когда в семье за него решали проблемы и навязывали свое мнение. Психотерапевт предложил ему самому выбрать путь. Ростислав парировал, что он не готов, не понял свою проблему и роль в ней наркотиков. Участники группы рекомендовали ему начать составлять маршрутную карту своих дорог после окончания занятий, так как на это необходимо время. В процессе дальнейших ролевых игр юноша становился оживленнее, с удовольствием принимал в них участие, много и быстро говорил, находился в постоянном движении.

В последний день опоздал на 40 минут, ребята встретили его радостными возгласами. Испытал удовольствие от встречи, улыбался, сидел в расслабленной позе. В конце занятий сообщил: «Теперь вижу свет в конце туннеля, правда, без оттенков, слабый, но и его вижу! Вам — огромное спасибо».

После окончания занятий была предложена индивидуальная и семейная психотерапия. Мать, вначале скрывшая данные семейного анамнеза (особенно криминальное прошлое отца), рассказала сыну всю правду. Ей было рекомендовано также посещать группу «родители против наркотиков», но, побывав там несколько раз, она прекратила эти занятия (установку на передачу ответственности сыну, навязанную ей в резкой форме, она приняла). Подросток нерегулярно посещал индивидуальные психотерапевтические занятия, не выполнял домашние задания. У юноши вскоре наступил рецидив наркомании.

Анализируя данный случай, мы обнаружили несколько ошибок.

Анамнез заболевания был собран неточно. Условно заболевание началось два года назад, когда подросток начал курить марихуану (так как согласно современным представлениям прием наркотиков не есть причина наркомании). В момент осмотра клиническая картина соответствовала критериям синдрома зависимости. Имела место коморбидность по психосоматическому заболеванию и патохарактерологическому развитию личности. Развитие наркомании шло на фоне асинхронии развития и резидуально-органического поражения ЦНС. В данной семье симптом поддерживался множественными факторами дисфункциональной семейной структуры, секретами и табу, а также созависимостью матери. Семейный анамнез в полном объеме был собран после начала психотерапии с подростком, условия для проведения психотерапии изначально отсутствовали. Не была

проведена биологическая терапия и индивидуальная предгрупповая подготовка (в виде индивидуальной психотерапии), поэтому краткосрочная групповая психотерапия не соответствовала ресурсам клиента. Мотивация психотерапевта взять подростка на психотерапию превышала мотивацию клиента. Имели место нарушения на всех уровнях модели D. N. Oudshoorn. Неточная постановка клинического диагноза (ошибка диагностики) привела к срыву психотерапии (ошибка планирования) и к рецидиву наркомании. В таблице предлагается вариант интервью, разработанный на кафедре клинической психологии РГПУ имени А.И.Герцена, пункты которого следует учесть при проведении интервью с наркозависимым

Первое интервью с наркозависимым

Таблица 3

№№	Наименование пункта интервью	Комментарии
1	.Присоединение	Используются приемы присоединения, описанные в руководствах по индивидуальному и семейному консультированию
2	Определение проблемного поведения	Я бы хотел, чтобы ты подробнее об этом рассказал. Как ты оцениваешь эту проблему? Попробуйте взглянуть на проблему глазами клиента; например, что он делает, что у него не получается, указывал ли ему кто-либо ранее на наличие проблемы.
3	Степень тяжести проблемы	Необходимо оценить восприятие сложности проблемы клиентом, так как может оказаться, что не она волнует клиента, а, например, повышенная утомляемость при учебе. «Насколько эта проблема для тебя представляет затруднения?». Оценка тяжести проблемы близкими людьми.
4	Мониторинг употребления героина.	Следует учитывать следующие параметры: идентификация использования психоактивных веществ, количество, частота приема каждого вещества, пути и способы введения препарата, даты последнего приема, получаемый эффект, мотивация к приему, потребление индивидуальное или групповое, наличие или отсутствие изменений толерантности, появление синдрома зависимости или отмены.
5	Мониторинг употребления других наркотиков/алкоголя.	
6	Обращение к другим видам компульсивного поведения.	Азартные или компьютерные игры, промискуитет, еда (переедание или голодание), чрезмерная работа, поиск

		острых ощущений.
7	Тип влечения.	А) обсессивное (Постоянно появляются навязчивые воспоминания, представления об эффекте опьянения. Выражены вегетативные, висцеральные ощущения при воспоминании о наркотике). Б) влечение доминирующее-сверхценное (Влечение полностью и постоянно определяет интересы и поведение подростка. Развивается стойкая анозогнозия. Попытки скорректировать поведение вызывают активное сопротивление с дисфорическими переживаниями, и расценивается как покушение на свободу личности. Это сближает их со сверхценными идеями).
8	Изменение формы потребления.	Защитные реакции не возникают даже при значительной передозировке токсических веществ
9	Мониторинг эмоциональных триггеров (чувств, которые могут приводить к употреблению наркотика).	«Какие чувства побудили Вас добыть наркотик?» (обида, злость, отчаяние, боль и т.п.).
10	Оценка получаемых субъективных выгод от наркотизации по сравнению с субъективными жертвами	Взвешивание за и против.
11	Оценка принятия ответственности за болезнь, оценка преобладающего локуса-контроля.	Чей запрос скорее служит стимулом к лечению: родительский, ситуативный, собственный.
12	Компульсивное влечение	Компульсивное влечение существует постоянно, меняя поведение клиента, подчиняя себе поведение, устраняя противоречия в борьбе мотивов (наркозависимые часто называют это «гоном»).
13	Обсуждение занятости и/или распоряжения деньгами	В большинстве случаев наркозависимые не способны самостоятельно и целесообразно распоряжаться деньгами и временем.
14	Мониторинг симптомов после прекращения употребления наркотика.	Любые кратковременные перерывы в интоксикации вызывают острые абстинентные явления, характерные для того или иного вида наркоманий.
15	Временная составляющая и	С момента наркотизации.

	социальное сужение личности.	
16	Поощрение воздержания от наркотизации.	Выяснить у клиента кто поддерживает воздержание и какими способами (члены семьи, друзья и др.).
17	Поиск альтернативного достижения состояния комфорта.	Проработка состояний или ситуаций, избегание которых осуществлялось с помощью наркотика. Создание запроса состояний или ситуаций, при которых клиент чувствовал бы себя наиболее комфортно. Разработка плана конкретных действий достижения этих состояний или ситуаций без наркотика.
18	Обсуждение стрессоров и как они влияют на выздоровление	К стрессорам относятся те внешние факторы, к которым клиент должен адаптироваться (например деятельность, взаимоотношения, дети). Консультант должен определить взаимосвязь конкретного стрессора и процесса выздоровления (например: «Это повлияло на Ваше желание употребить наркотик?» «Что Вы можете сделать вместо того, чтобы принять наркотик?» «Как это влияет на Ваше выздоровление?» «Это приводило Вас в прошлом к употреблению наркотика?»)
19	Обсуждение симптомов рецидива.	Оно должно осуществляться в контексте профилактических мероприятий и включать опознавание специфических предвестников рецидива. Изменения в мышлении, отношениях и поведении расцениваются как симптомы рецидива.
20	Проработка последнего рецидива.	Функциональный поведенческий анализ. В нее включается обсуждение мест, людей и обстоятельств рецидива (т. е. Того, что произошло, когда случился рецидив). Моделирование состояния, предшествующего рецидиву. Проработка механизмов (эмоциональных, когнитивных) запускающих рецидив. Обсуждение стратегий и ресурсов преодоления состояний непреодолимого влечения. Поощрение конструктивных стратегий
21	Определение	Это относится к тем когнитивным

	дисфункциональных когний клиента, касающихся наркомании.	моделям, в которых терапевт опознает дисфункциональные когнии, а затем вовлекает клиента в когнитивный процесс развития когнитивных копинг-стратегий.
22	Рассмотрение последствий употребления наркотиков/алкоголя.	Употребление ПАВ в процессе реабилитации и в дальнейшей жизни. Очень часто наркозависимые предполагают возможность разовых употреблений.
23	Поощрение принятия личной ответственности за выздоровление.	«Кто несет ответственность за Ваше выздоровление?» Важно разделить ответственность, и обсудить кто за что отвечает в процессе реабилитации.
24	Обсуждение конкретных дисфункциональных отношений.	Интерперсональные отношения с родителями, с лицами своего и противоположного пола.
25	Обсуждение семейных явлений	Созависимость, права, алкоголизм, и т. д.
26	Обращение внимания на динамические темы клиента.	Выявление фиксации на различных этапах индивидуального развития.
27	Обсуждение сотрудничества клиента или его сопротивления лечению.	Оценка негативных изменений (личностных, социальных, биологических) произошедших в период наркотизации.
28	Обсуждение разных аспектов отношений клиента с консультантом.	Выяснение готов ли клиент в дальнейшем сотрудничать с Вами или нет.
29	Подписание контракта	Подписание двух контрактов о сотрудничестве. Один с наркозависимым, другой — с его родителями (или близкими).

Употребление психоактивных веществ является значимым «симптомом-мишенью», поэтому необходимо тщательное его описание. Следует учитывать следующие параметры: идентификация использования психоактивных веществ, количество, частота приема каждого вещества, пути и способы введения препарата, даты последнего приема, получаемый эффект, мотивация к приему, потребление индивидуальное или групповое, наличие или отсутствие изменений толерантности, появление синдрома зависимости или отмены. Кроме того, следует обратить внимание на вариабельность приема (периодичность, сезонность), так как подростки часто демонстрируют нерегулярные паттерны «отклоняющегося поведения». Переход от эпизодического употребления психоактивных веществ к систематическому символизирует собой стабилизацию морфо-функциональных изменений в головном мозгу, что проявляется дезадаптационным состоянием, квалифицируемым уже как наркомания или токсикомания, характеризующимся психобиологическими и личностными изменениями.

Интервью проводит специалист с медицинским образованием. Присутствие других

специалистов: нарколога, психотерапевта, психолога, социального работника позволяет с первого дня скоординировать деятельность всех участников лечебного процесса. Структура предложенного интервью позволяет определить не только клинические особенности проявления заболевания каждого пациента, но и способствовать формированию мотивации на реабилитацию.

За последнее время увеличилось число синдромов, относящихся к аддиктивному и компульсивному поведению. Под компульсивным поведением подразумевается поведение или действие, предпринимаемое для интенсивного возбуждения или эмоциональной разрядки, трудно контролируемое личностью и в дальнейшем вызывающее дискомфорт. Такие паттерны поведения могут быть внутренними (мысли, образы, чувства) или внешними (работа, игра). Компульсивное поведение предоставляет возможность имитации хорошего самочувствия на короткий период, не разрешая внутриличностных проблем. К компульсивному поведению относятся следующие его разновидности: переедание, стремление к снижению веса, стремление к риску и стрессу, потребность быть занятым («трудоголики»), стремление к достижениям, потребность в физических упражнениях, частая смена сексуального партнера, потребность покупать или приобретать вещи, неконтролируемое увлечение различными играми (азартными, компьютерными). В последние годы все шире распространяется зависимость от Интернета. Такое поведение можно считать патологическим, если оно отражает единственный способ совладания со стрессом (копинг-поведение) или получения удовольствия. Эти виды поведения могут предшествовать или сочетаться с наркоманиями.

Родственники задолго до появления симптомов химической зависимости обращаются к различным специалистам помогающих профессий. Неверная психотерапевтическая тактика нередко приводит к расширению девиаций поведения, на что указывает следующее наблюдение.

Комментарий супервизора. Опыт общения семьи со специалистами помогающих профессий

Опыт общения с лицами помогающих профессий (помощниками) — один из самых тонких разделов для психологов. Он посвящен поискам описания текущих взаимоотношений клиента с помощниками и предыдущего позитивного и негативного опыта общения с психологами, врачами, психотерапевтами. Важно проанализировать воздействие этого прошлого опыта на текущее отношение клиента и семьи к лицам помогающих профессий. Например, мы можем узнать о предшествовавшем опыте общения семьи с психологами по тому, как родители о них рассказывают, об испытанном чувстве вины или стыда, сформировавшем установку, что психологам нельзя доверять. Мы можем выявить и нейтральный опыт: «предыдущий психолог был внимательным, но не предложил никаких вариантов лечения, передал всю ответственность за принятие решения подростку, добавив при этом, что лечение может помочь, но в большей мере — это пустая трата времени.

Этот раздел важен, так как показывает психологам проблемы, которые могут возникнуть у нас с этой данной семьей или подростком. Кроме того, специалист обобщает опыт предыдущих усилий помощников и других отношений с клиентом. Необходимо также провести границу между реальными «фактами» и переживаниями семьи по этому поводу. Осознать негативный опыт в некоторой конкретной ситуации не означает согласиться с утверждением, что предыдущий специалист — «плохой». Для семей, имевших многократный негативный опыт с помощниками, процесс опроса об их предыдущих обращениях может помочь определить, что данное обращение — другое, отличается от предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений. Вот несколько направлений анализа.

*общение семьи/клиента со специалистами в настоящее время;
прошлый опыт обращения за психологической помощью;
влияние прошлого опыта на точку зрения профессионалов.*

Наблюдение 9. В октябре 2001 года в реабилитационный детско-подростковый центр обратилась мать Андрея Б. 14-ти лет с желанием разобраться, как помочь её сыну. С её слов в течении нескольких лет с ним занимались психотерапевты, но каких-либо результатов достигнуто не было. Решено было провести заочную супервизию данного случая в виде консилиума специалистов центра. Основу консультирования матери составил метод интервью по генограмме

Из анамнеза. Ребёнок родился от сожительства матери со студентом старшего курса. Когда биологический отец узнал, что подруга беременна, он оставил её. По её описанию характер её друга был не предсказуемый с частой сменой настроения. О его родителях никаких данных у неё нет. Ребёнок родился с асфиксией. С первых лет жизни наблюдался невропатологом. В два года наблюдались истерики, во время которых ребёнок терял сознание. Обращались к невропатологам, которые ни каких рекомендаций не давали и назначали только валериану. Со слов матери, её жизнь была «выключена» так как ребёнок требовал постоянного внимания из-за частых заболеваний и избыточной подвижности. Долгое время она переживала чувство стыда, что родила ребёнка вне брака. Со временем она с этим чувством справилась, но к психиатру боялась обратиться из — за возможного раскрытия семейной тайны. С трех лет ребёнок начал посещать детский сад, характеризовался воспитателями живым, интересным. С четырёх лет начал читать, однако не мог заниматься длительно одним делом, отвлекался, не убирал свои игрушки. Когда ребёнку было пять лет, мать познакомилась с мужчиной и через полгода вышла за него замуж. От этого брака родилась дочь, которой сейчас восемь лет. Первый год совместной жизни прошел спокойно, затем жена начала предъявлять к нему требования, что он не выполняет мужские обязанности. С годами ссоры усиливались и нарастали, муж грозил застрелиться, повеситься, скандалы происходили на глазах у детей. Мать мужа забирала к себе внучку считая её своей «кровинушкой», баловала её, а про сына невестки говорила, что он «придурок». Развод происходил драматически с разделом имущества, какой-то период он проживал на территории бывшей жены приводя любовниц. Официальный развод состоялся когда мальчику было 12 лет. В этот период Андрей получил перелом позвоночника в бассейне, проигнорировав предупреждение тренера. После лечения в стационаре был направлен на реабилитацию в гастроэнтерологический санаторий, так как при фиброгастроскопии была обнаружена зарубцевавшаяся язва луковицы двенадцатиперстной кишки. До этого жаловался на боли в эпигастральной области, но родители не обратили на это внимание. В санатории совершил первую кражу, взяв часы. В начале от содеянного отказывался, затем под давлением фактов признался и принес эти часы. Психотерапевт санатория провела с ним несколько сеансов индивидуальной терапии, заключавшихся в релаксации и рациональной психотерапии. В школе учился средне, наблюдались трудности сосредоточения внимания. Весной мать повторно выходит замуж, отношения с новым мужем хорошие. Летом следующего года опять провел сезон в санатории, занимался психотерапией с прежним врачом, затем осенью продолжил психотерапию в амбулаторных условиях с другим психотерапевтом. По описанию данная психотерапия носила характер поведенческой, с акцентом на жетонную систему. Не обнаружив искомого количества ресурсов, требуемых психотерапевтом, подросток отказался с ним работать.

Через неделю после этого украл деньги у своих родителей, долго не признавался. Когда отчим с ним строго поговорил, под нажимом фактов признался в краже, но вскоре после этого устроил истерику, заперся в соседней комнате. Когда мать открыла с трудом

комнату и вскрыла шкаф, то увидела его висевшего на ремне. Как он потом признался, он хотел таким образом напугать родителей.

После этого драматического эпизода нарушения поведения увеличиваются. Время проводит в компьютерных клубах, поздно возвращается домой, один раз пришел пьяным. Была повторная кража денег, на которые купил своему другу недостающие детали к компьютеру. К психотерапевту и наркологу подросток отказывается идти на прием.

У матери до сих пор сохраняется чувство вины, что она мало сделала для своего ребенка, в тоже время в последнее время она потеряла возможность управлять им.

На вопрос матери, не наркоман ли ее сын, был единодушный вердикт: мальчик страдает несколькими зависимостями: табакокурение с 3 класса (мать не связывала это с другими нарушениями), компьютерная зависимость, зависимость от алкоголя. Возможно, к данному набору может присоединиться и героиновая зависимость. Все эти симптомы проходят на фоне других нарушений поведения, т.е. налицо феномен коморбидности.

Обсудив без «идентифицированного пациента» некоторые клинико-психотерапевтические подробности этого случая, специалисты пришли к следующему выводу. Психотерапия, проведенная с юношей, основывалась на специфической модели. Ни один из лечивших подростка психотерапевтов не собрал семейный анамнез. Подросток в течение всей своей жизни проживает в дисфункциональной семейной системе. Симптомы зависимости регистрируются с детства, у подростка сформировалась хроническая беспомощность и имеется большой набор девиаций поведения, регистрируется коморбидность по психосоматическому заболеванию.

Матери было предложено на базе Центра пройти семейную психотерапию вместе со своим мужем по следующему алгоритму: индивидуальная работа с семьей без участия подростка, включение матери в тренинг родительской компетентности, затем проработка личностной проблематики в индивидуальной работе с психотерапевтом. Специалисты исходили из системной гипотезы, что изменение одной подсистемы, возможно, приведет к изменению другой — детской.

Литературная справка. Интервью по генограмме

Сбор информации о семейной истории обычно проходит в контексте общего семейного интервью, и терапевт не может игнорировать проблему, с которой пришла семья. Поэтому конструирование генограммы должно быть частью более широкой задачи присоединения и помощи семье. Проводя интервью, терапевт двигается от представленной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации к исторической хронологии семейных событий; от легких вопросов к трудным, провоцирующим тревогу; от очевидных фактов к суждениям о взаимоотношениях и далее, к циркулярным гипотезам о семейном функционировании. Когда семья приходит с проблемой, она часто имеет собственную точку зрения на ее природу. Как правило, это ригидный, несистемный взгляд, основанный на вере, что только один человек, носитель симптомов нуждается в изменении. Любые попытки двигаться непосредственно в другие проблемные зоны семьи часто будут блокироваться яростным их отрицанием. Вопросы по генограмме позволяют проникнуть в сердце семейного опыта (рождения, смерти, болезни и интенсивности взаимоотношений) относительно безопасным для семьи способом и разблокировать важные темы. Сбор информации касается следующих областей.

Состав семьи

Демографическая информация о семье (имена, пол, возраст, стаж брака, род занятий и образование членов семьи)

Настоящее состояние проблемы

История развития проблемы

Анализ жизненного цикла семьи и линии времени (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т.д.)

Реакции семьи на важные события семейной истории

Родительские семьи каждого из супругов. Целью является сбор информации, по крайней мере, о 3-4 поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Важной информацией является сведения о приемных детях, выкидышах, абортах, рано умерших детях.

Другие значимые для семьи люди (друзья, коллеги по работе, учителя, врачи и т.д.)

Семейные взаимоотношения (Есть ли в семье какие-либо ее члены, которые прервали взаимоотношения друг с другом? Есть ли кто-нибудь, кто находится в серьезном конфликте? Какие члены семьи очень близки друг к другу? Кому в семье этот человек доверяет больше всего? Все супружеские пары имеют некоторые трудности и иногда конфликтуют. По каким темам вы конфликтуете?) Иногда полезно спрашивать, как присутствующие на встрече люди были бы охарактеризованы другими членами семьи. Задавая циркулярные вопросы, терапевт и члены семьи могут обнаружить различия во взаимоотношениях с разными членами семьи и ввести новую информацию.

Семейные роли

О трудных для семьи темах (Имеет ли кто-нибудь из членов вашей семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы? Проблемы с физическим или сексуальным насилием? Употребляют ли наркотики? Много алкоголя? Когда-либо арестовывались? За что? Каков их статус сейчас?)

Комментарий супервизора. Под словом «тема» подразумевается специфическая, несущая эмоциональную нагрузку проблема, вокруг которой формируется периодически повторяющийся конфликт. Поведенческий цикл в каждой семье управляется системой убеждений, установок, ожиданий, предубеждений, взглядов, привнесенных в центральное ядро семьи каждым из родителей из той семьи, где они воспитывались. Психотерапевту рекомендуется собрать информацию о семьях, где воспитывался каждый из родителей, поскольку именно здесь берут начало убеждения, восприятия и жизненные позиции. Историческая перспектива расширенной семьи часто проливает свет на текущую проблему. Очень часто родители говорят, что до подросткового возраста проблем с ребенком не было. Начинаешь собирать анамнез — и убеждаешься, что проблема возникла задолго до рождения ребенка. Контекст трех поколений проливает свет на формирование симптома.

Получение информации о семейной истории помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

В этом подходе симптом — суть манифестация ведущей темы. Темы определяют способы организации жизненных событий. Поскольку в каждой семье имеется множество таких тем, психотерапевт старается обнаружить ту, что имеет непосредственное отношение к симптому и расширить их узкий репертуар коммуникаций в ответ на симптом. Психотерапевт, использующий ведущую тему в дискуссии с семьей, помогает снять ее членам фиксацию на симптомах. Этот подход позволяет установить сотрудничество, предпринять совместные усилия по изучению и изменению тем. Однажды поднятая тема в психотерапии дает возможность членам семьи увидеть их симптомы в совсем другом свете, расширяя их выбор и стратегии поведения.

В поиске тем необходимо прокладывать свой путь через индивидуума, семью, межпоколенные альянсы, внешнее социальное окружение. Возникает дешифровка центральной темы, идет трансформация иррациональных убеждений, заключенных в них.

При выявлении «тем» в семье клиента, исследователь может использовать следующие вопросы.

1. Какими способами эта тема влияет на ваши установки, поведение, взаимоотношения с другими?
2. Как разные члены семьи реагировали на эти темы; каким способом?
3. Как тема препятствовала или способствовала улучшению вашей жизни или жизни членов других семей?
4. Кто из членов семьи боролся за изменение темы или ее прекращение?
5. Будет ли эта тема существовать у ваших детей? Как вы это осуществляете?
6. Если вы хотите сменить «пластинку», то с чего вы начнете?
7. Чем будет отличаться ваша жизнь, если вы измените тему?
8. Чем будут отличаться последующие поколения при смене темы?

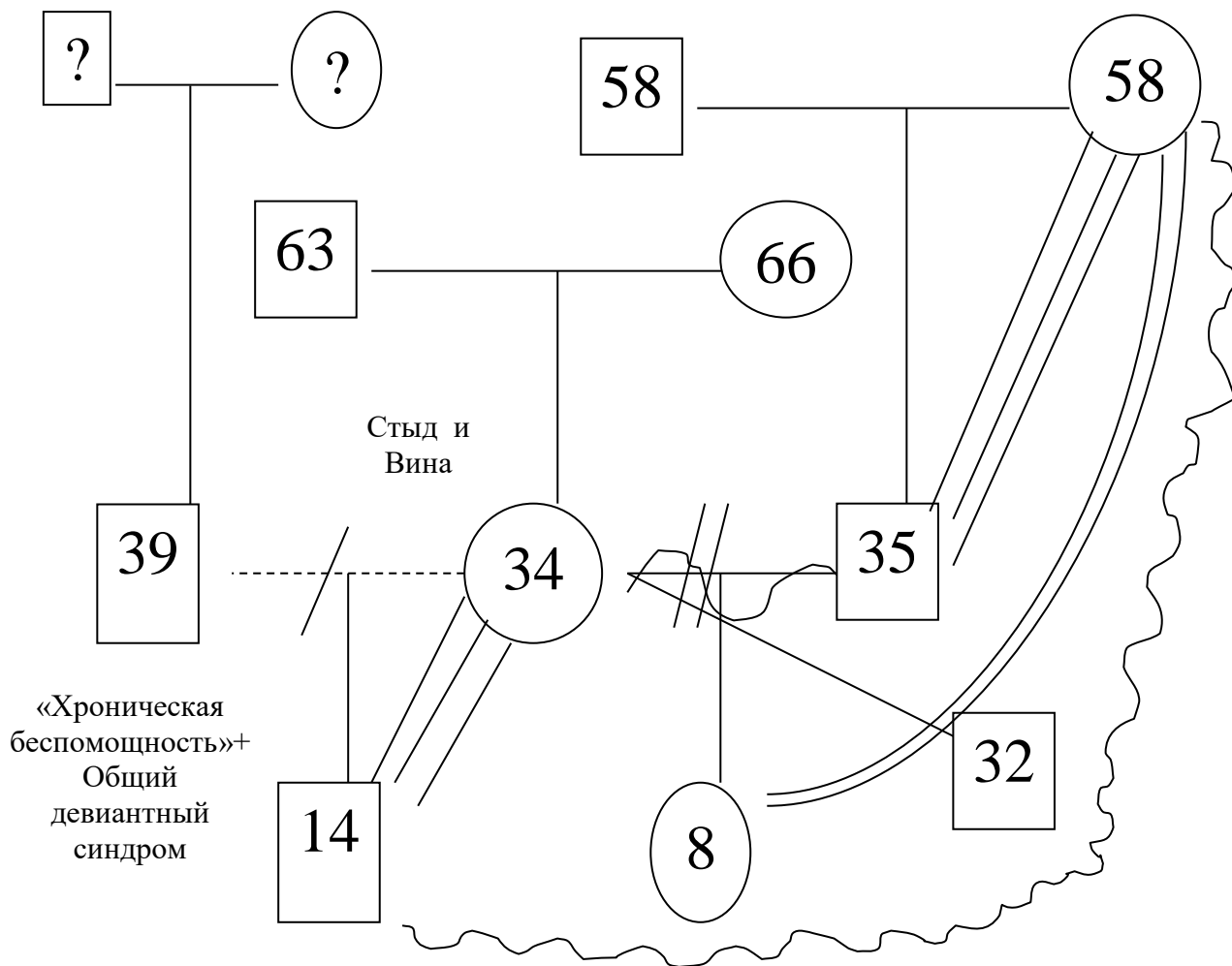
Это упражнение проясняет работу с темой. Интерес к историческому происхождению темы, эмпатия к опыту предыдущих поколений, вовлеченность в изменение темы или сценарий становятся очевидностью.

Следующий прием нарративного подхода служит для разбора текущего случая..

1. Какие убеждения или установки поддерживаются членами семьи, которые влияют на настоящую проблему?
2. Какая ежедневная картина общения отражает ответ на эти убеждения?
3. Какая центральная тема вытекает из этой картины?

4. Используя генограмму, задайте вопросы, ориентированные на выяснение темы и следите за повторениями темы между поколениями.
5. Наблюдайте как тема проявляется в других контекстах вне семьи.
6. Придумайте сеть вопросов для критики или изменения темы.
7. Подумайте о возможных вмешательствах относительно темы.

Рисунок 1. Генограмма семьи Андрея Б.



Каждое направление семейной психотерапии выработало определенные позитивные стратегии в работе с подростками, злоупотребляющими психоактивными веществами (ПАВ). Обобщая лучший зарубежный опыт психопрофилактики наркоманий, отечественные психологи постепенно приобретают собственный, учитывающий особенности российских семей (Кулаков С.А.,2000, Ваисов С.Б.,2000)

Комментарий супервизора. Симптом (наркомания) — показатель наличия проблемы у всей семьи.

Подросток с отклоняющимся поведением выполняет определенную функцию в семье («козла отпущения»).

Реакция членов семьи (недоверие, вина) может мешать борьбе подростка с зависимостью от ПАВ.

Можно выделить следующие общие цели, которых должна достичь семейная системная психотерапия в комплексной реабилитации подростков-наркоманов.

2. Определить наркоманию как семейную проблему.
3. Выявить, какие факторы в семье поддерживают злоупотребление ПАВ подростком.
4. Уменьшить сопротивление семьи к лечению.
5. Прервать повторяющиеся конфликты между членами семьи.
6. Восстановить влияние родителей на подростка(семейную иерархию).
7. Найти ресурсы семьи и подростка, способные усилить сопротивляемость стрессу.
8. Подобрать индивидуальные стратегии вмешательства для реконструкции семейных отношений.

Разрешить личностные проблемы родителей, поддерживающие симптом (зависимость от ПАВ).

Другой трудностью является создание мотивации к лечению. Типичные ошибки: отсутствие собственной мотивации на лечение, игнорирование заключения договора с родителями о параллельной работе (с созависимостью), невнимание к информации и психотерапевтическому материалу или неправильная ее трактовка.

Предварительная подготовка к тренингу является важным этапом вовлечения семьи наркозависимого в терапию. Мотивация к тренингу возрастает, когда родители начинают признавать наркоманию семейной проблемой, и у них появляется желание разобраться с причинами их «вовлеченности» в процесс наркотизации ребенка («созависимостью»). Один из таких приемов — тестирование до и после тренинга участников группы по методике «Шкала созависимости». Приводим текст методики.

Шкала созависимости

Ф.И.О., дата заполнения:

Варианты ответа: **0** — нет **1** — иногда **2** — да.

Примечание: «член семьи» — это любой член семьи, злоупотребляющий наркотиками, алкоголем; «другие люди» — все окружающие Вас люди, в первую очередь близкие.

<i>ВОПРОС</i>	0	1	2
1. Тревожитесь ли Вы о проблемах других людей, направляете ли свою энергию на решение проблем других людей?			
2. Теряете ли Вы сон из-за проблем и поведения других людей?			
3. Думаете и чувствуете ли Вы, что ответственны за других людей — за их чувства, мысли, действия, выбор, желания, потребности, благополучие, судьбу?			
4. Чувствуете ли Вы злость, когда Ваша помощь оказывается неэффективной?			
5. Пытаетесь ли Вы доставлять удовольствие другим, вместо того, чтобы			

самим получать удовольствие от жизни?			
6. Даете ли Вы советы другим, когда они не просят Вас об этом?			
7. Считаете ли Вы себя жертвой, не оцененной людьми, которым помогали?			
8. Чувствуете ли Вы вину, если тратите деньги на себя?			
9. Боитесь ли Вы отвержения близких людей?			
10. Испытываете ли Вы часто чувство вины?			
11. Боитесь ли Вы позволить себе быть естественными?			
12. Боитесь ли Вы позволить другим людям быть теми, кто они есть?			
13. Беспokoитесь ли Вы о том, нравитесь ли Вы другим, любят ли Вас другие люди?			
14. Разрешаете ли Вы событиям течь естественным путем?			
15. Переносите ли Вы оскорбления, чтобы удерживать рядом с собой людей, которых любите?			
16. Можно ли сказать, что Вы не умеете говорить «нет»?			
17. Избегаете ли Вы говорить о себе, о своих проблемах, чувствах и мыслях?			
18. Поддерживать ли Вы такие отношения, в которых люди причиняют Вам страдания?			
19. Боитесь ли Вы вызвать чувство гнева у других людей?			
20. Стараетесь ли Вы подавлять свои чувства?			
21. Испытываете ли Вы трудности в сексе, не решаясь просить сделать партнера то, что Вам приятно?			
22. Испытываете ли Вы финансовые затруднения из-за того, что член семьи употребляет наркотики?			
23. Приходится ли Вам говорить неправду, чтобы покрывать наркотизацию близкого человека?			
24. Есть ли у Вас ощущение, что наркотики для вашего члена семьи значат больше, чем вы сами?			
25. Думаете ли Вы, что наркотизация члена вашей семьи связана с тем, что он дружит с определенной компанией?			
26. Выказываете ли Вы угрозы, например, такого содержания: «Если ты не бросишь наркотики, я выгоню тебя из дома!» или другие угрозы?			
27. Боитесь ли вы огорчить члена семьи из страха, что это спровоцирует срыв?			
28. Не кажется ли Вам, что из-за наркотизации члена семьи Вы не можете уехать куда-то надолго, оставив его одного дома?			
29. Не приходилось ли Вам думать о вызове милиции из-за плохого поведения члена семьи в наркотическом опьянении?			
30. Приходилось ли Вам искать спрятанные наркотики?			
31. Есть ли у Вас такое чувство, что если бы член семьи Вас любил, то он прекратил бы употреблять наркотики, чтобы доставить Вам удовольствие?			
32. Испытываете ли Вы иногда чувство вины, что контролируете жизнь наркотизирующегося члена семьи?			
33. Думаете ли Вы, что если бы член семьи прекратил бы употреблять наркотики, то ваши другие проблемы были бы разрешены?			
34. Угрожали ли Вы когда-нибудь нанести себе повреждения с тем, чтобы добиться от наркомана таких слов, как «прости меня», «я люблю тебя»?			
35. Относились ли Вы когда-либо к людям (детям, сослуживцам, родителям) несправедливо только потому, что злились на кого-то, кто употребляет наркотики?			
36. Есть ли у Вас такое чувство, что никто на свете не понимает Ваших трудностей?			

37. Приобрели ли Вы какую-нибудь болезнь (эмоциональную, психическую или физическую) в связи с проживанием с человеком, зависимым от психоактивных веществ?			
38. Пробовали ли Вы разорвать взаимоотношения с людьми, которые Вас неоднократно обижали?			
39. Избегали ли Вы контактов со специалистами, сообщавшим вам о необходимости собственного изменения?			
40. Прочее (дописать свою ситуацию)			
СУММА			

Считается, что суммарный показатель (единиц и двоек) более 12 баллов является высоким. Положительный прогноз имеют те родители, у которых обнаружено снижение показателей по «шкале созависимости» после проведения занятий. Высокие показатели в наглядной форме демонстрируют родителям необходимость им включаться в реабилитацию своих детей.

Частые ошибки психодиагностики: Акцент на диагностику поведения ребенка, игнорирование роли микросоциального окружения — обвинение родителей в воспитании при присоединении к подростку — слишком структурированное интервью — перегрузка тестированием без показаний — игнорирование обсуждения результатов тестирования — вера в данные тестирования без учета истории жизни подростка — поспешность в рекомендациях по психологической коррекции, основанные только на данных тестирования. Нижеследующий пример является тому подтверждением.

Наблюдение 10. Максим Х. 17 лет, страдает героиновой наркоманией, ВИЧ-инфицированный. Впервые попробовал героин в 14 лет. Имеет старшего брата Евгения, 25 лет. Отец — Владимир, 47 лет, работает водителем, страдает алкоголизмом. Отношения с отцом очень слабые, «последнее время папу в семье не слышно». Про родственников отца рассказывает не охотно, «там вообще болото». Два сводных брата и сестра (дети сестер отца) также страдают героиновой наркоманией. Мать — Светлана, 47 лет, работает медицинской сестрой, страдает головными болями, постоянно опекала младшего сына. «По маминой стороне все нормально, по сравнению с отцовскими родственниками». В прошлом Максим серьезно занимался хоккеем, имел хорошие результаты, даже случалось играть за границей. Со слов матери, лечиться долгое время не хотел, «зачем мне лечиться все равно скоро умру». Перед тем как попасть в реабилитационный центр, полтора месяца Максим провел в реанимации из-за сепсиса. Инициатором направления в реабилитационный центр была мать.

Для диагностики мотивации в реабилитации был предложен метод цветowych метафор. Были включены следующие понятия, характеризующие разные виды деятельности, разные потребности и жизненные ценности, разные эмоциональные переживания, разных людей (в том числе членов семьи), включая и самого клиента, а также различные периоды времени и события: Успех, Неудача, Общение, Воздержание от наркотиков, Радость, Выгода, Свобода, Знания, Мой отец, Люди, Каким (какой) я хочу быть, Любовь, Моя работа, Конфликты, Угроза, Моя мать, Труд, Власть, Образование, Медицина, Мое настоящее, Мой друг (подруга), Семья, Мое прошлое, Какой я на самом деле, Перемены, Печаль, Мой дом, Мое увлечение, Неприятности, Интересное занятие, Дети, Страх, Болезнь, Мое будущее, Творчество, Материальное благополучие, Раздражение, Моя карьера, Моя профессия, Наркотики, Здоровье, Секс, Жизнь, Реабилитационный центр, Одиночество, Доверие, Моя учеба, Признание окружающими, Психология, Персонал реабилитационного центра, Смерть, Моя вина, Алкоголь, Моя ответственность, Удовольствие.

При выполнении методики цветowych метафор обозначил понятия следующими цветами см. Приложение 1.

После выполнения теста в процессе беседы с испытуемым выяснилось, что основным мотивом к воздержанию от наркотиков является мама, а также желание иметь семью и детей. Но при этом он не видит реализации этого в будущем. Будущее он связывает с реабилитационным центром, который вызывает некоторое раздражение. Прошрое пытается вытеснить и не думать о нем. Обсуждая понятия, попавшие в последний столбец, испытуемый выстроил такую цепочку из карточек с понятиями: мое прошлое, неудача, наркотики, болезнь, моя вина, смерть. При вопросе "на что похожа вина?" ответил, что не знает. После, немного подумав, сказал: "она большая". Максиму было предложено нарисовать эту вину, он пару минут размышлял, после чего нарисовал большой овал или эллипс (почти на весь лист). Немного помолчав, сказал: "вина как волк, который меня поедает". Далее он подрисовал шею и голову с большой раскрывшейся пастью и зубами, сказав: "Сколько волка не корми, все равно в лес смотрит. Я как лес, моя вина его (волка) кормит. Чтобы я не делал, волк всегда возвращается, большой, сильный, с зубами". На вопрос: "Что надо сделать, чтобы волк тебя не поедал?" испытуемый ответил: "Надо волка завалить, избавиться, чтоб не видеть (зрительная модальность). Самое основное у него голова, которой он думает, глазами смотрит". После этого Максим нарисовал топор, который перерубает шею волка, прокомментировав: "вина уходит с головой волка". В завершении психолог спросил: "что ты хочешь сделать с рисунком". Немного подумав, клиент свернул его несколько раз и порвал. Сделал он это очень бережно и аккуратно.

Размышляя над результатами сессии, психолог предположил, что визуальная модальность является своего рода "пусковым механизмом", но только в чем (возможно в срыве ремиссии с сопровождающимся чувством вины). Обозначая свою вину — волком, он эту же вину подкрепляет ("кормит") собственной виной, которая приближает его к смерти. Здесь хорошо видна аутоагрессия и саморазрушающие тенденции испытуемого. Изображение пасти с зубами дает возможность сделать предположение о регрессе на оральную стадию развития клиента, точнее орального каннибализма. Только поедает он сам себя. Хотя результаты теста цветowych метафор указывают на неразрешенность эдипальных отношений. Испытуемый символично выгнал отца из дома, не поместив понятие "мой отец" в одну группу с понятием "мой дом", в которую вошли понятия: "моя мать" и "моя семья". Понятие "мой отец" вошло в одну группу с понятием "каким я хочу быть". Спросив у испытуемого, хочет ли он походить на своего отца, он ответил, что нет, и переставил понятие "каким я хочу быть" в одну группу с "моим домом".

Психолог выделил несколько терапевтических "мишеней": коррекция мотивации и «вручение» ответственности за реабилитацию клиенту; более детальная проработка чувства вины и осознание клиентом саморазрушающих тенденций; найти зрительные образы — "пусковой механизм" в срыве ремиссии, с последующей заменой "картинок"; позитивное проектирование будущего; выяснить истинное отношение клиента по отношению к отцу и обязательная семейная терапия с присутствием всех членов семьи.

Приложение 1. Протокол метода цветowych метафор, Максим Х., 17 лет.

<i>Номера цветов, ранжированные по степени их привлекательности</i>					
4	3	2	0	5	6

Радость Воздержание от наркотиков Дети Семья Моя мать Мой дом Жизнь Доверие Люди Свобода	Любовь Моя работа Каким (какой) я хочу быть Мой отец Успех Материальное благополучие Признание окружающими Интересное занятие Перемены Моя профессия Персонал реабил-го центра Моя учеба Психология Общение	Выгода Образование Страх Творчество	Труд Власть Раздражение Мое будущее Секс Реабилитационный центр Удовольствие Мое настоящее	Какой я на самом деле Печаль Моя карьера Моя ответственность	Угроза Конфликты Мой друг (подруга) Неприятности
---	--	--	--	--	--

Комментарий супервизора. Психолог в целом выбирает адекватную тактику в индивидуальной реабилитации, но делает ряд стратегических ошибок. В данном случае специалист как бы не доверяет информации, полученной клиническим методом, и избыточно придает значение данным психосемантического метода цветowych метафор. Вряд ли эта методика позволяет судить об оральной фиксации, если тому нет подтверждения при сборе анамнеза. Вместе с тем альтернативной гипотезой могло бы быть игнорирование экзистенциальных факторов: смерть, одиночество, выбор, вина, которые часто встречаются у наркоманов. Кроме того, мать, будучи «созависимой», не включена в реабилитацию.

Глава 4. Трудности, возникающие перед психотерапевтом

Кроме того, к ошибкам и затруднениям могут приводить личностные проблемы самого психотерапевта: тревога и неуверенность, неконтролируемый контрперенос, проективная идентификация, наличие жестких поведенческих стереотипов, низкий эмпатический потенциал, неконгруэнтность, отсутствие эмпатии, жесткая установка на конфронтацию с пациентом или неумение продуктивно спорить, невозможность определения пределов своих возможностей и др.

Спротивление лечению

Тревога, которая создает потребность в терапии, в то же время вызывает сопротивление ей. Сопротивление является правом пациента и требует к себе уважения. Чем пытаться преодолеть его силой или авторитетом, лучше показать эмпатический интерес ко всем проявлениям сопротивления. Сопротивление принимает многие формы, иногда неуловимые, а иногда ясные. Наиболее частые примеры: сокращение или прекращение терапии, пренебрежение важными результатами, вопросы, не имеющие отношения к делу (для их выяснения полезно исследование мотивации), недоверие (часто беспричинное), непродуктивное молчание, уклончивость, бесчестность, враждебность,

лесть, переоценка или недооценка терапевта, пропуск встреч или приход с опозданием и т.п.

Соппротивление подвергает испытанию собственную уверенность терапевта. Пациент, только что начавший терапию, сразу стал обращаться к терапевту по имени, что вызвало раздражение психотерапевта. Соппротивление пациента, принявшее форму фамильярности, привело к борьбе за контроль, которая застала неуверенного терапевта врасплох.

Независимо от теоретической направленности, терапевтические отношения — это особый и необходимый аспект психотерапевтического консультирования. Естественно, было обнаружено, что эффективность консультирования напрямую зависит от качества терапевтического альянса консультанта и клиента. Хотя исследования доказали важность терапевтических отношений, помогающие отношения сами по себе — это недостаточное условие для поведенческого изменения; это средство немного другого порядка (Kottler, Sexton, Whiston, 1994). Иган (Egan, 1998) отметил, что чрезмерное внимание к терапевтическим отношениям может оказаться таким же вредоносным, как и их полное игнорирование. Цель всей нашей помощи состоит в том, чтобы помочь клиентам научиться управлять своей жизнью. Конечно, эту цель проще достичь, если и консультант, и клиент хорошо работают вместе.

Особенности консультационных отношений

Психотерапия проходит, главным образом, в контексте особого вида отношений, которые, с одной стороны, похожи на любые другие успешные отношения, а с другой — отличны от них. Если сравнивать личные и помогающие отношения, то их основным различием будет изначально заданное неравенство в последних.

Начиная с первой встречи, очевидно, что клиент — это человек, нуждающийся в помощи, а консультант — это специалист, имеющий талант и навыки в ее оказании. Следовательно, отношения включают в себя своего рода контракт, в котором обе стороны соглашаются придерживаться установленных правил: клиент — приходить вовремя и стараться быть как можно более открытым; консультант — быть надежным, защищать благополучие клиента и делать все возможное, чтобы помочь ему достичь желаемых целей, уложившись при этом в оптимальные сроки.

Отличие терапевтических отношений от любых других состоит также в наличии относительно специфических целей и строгих временных ограничений: отношения существуют для поиска решений, и сессия заканчивается, как только минутная стрелка часов достигает заранее оговоренной цифры. Таким образом, кроме многих общих характеристик, которые можно найти и в других успешных отношениях между людьми, терапевтические отношения имеют ряд отличий. Основываясь на обзоре эмпирической, концептуальной и клинической литературы не только по консультированию, но и по психологии, социальной работе, медицине и целительству в рамках других культур, Коттлер, Браун (2000) делают следующие выводы:

1. Отношения — это своего рода база для изменения. Независимо от предпочитаемой теоретической направленности, от того, какие используются техники, терапевтические отношения — это всегда связь между клиентом и терапевтом, основа для дальнейшей работы.
2. Отношения имеют определенную цель — они заканчиваются, как только это становится возможным с терапевтической точки зрения.
3. Подразумевается, что один человек (консультант) лучше контролирует ситуацию, имеет больший опыт и несет большую ответственность за то, чтобы психотерапия шло гладко и приносило пользу, в то время как другой человек (клиент) является более важным.
4. Отношения — это часть процесса межличностного влияния, в ходе которого консультант стремится стимулировать изменения в клиенте, используя свои

навыки, способности, также как и силы, возникающие в результате взаимодействия двух личностей.

5. Терапевтические отношения существуют в культурном контексте. Вероятно, они окажутся более эффективными, если будут построены на уважении ценностей, ожиданий и потребностей клиентов, с учетом культурного контекста, включая национальный, социально-экономический, религиозный, гендерный и другие факторы.

6. Взаимодействия строятся таким образом, чтобы время использовалось наиболее целесообразно. Бессмысленная и пустая болтовня, которая является частью личных отношений, неприемлема в консультировании, где время считается ценным товаром.

7. Консультант может работать с различными вариантами поведения, мыслями, установками и действиями, но чаще всего фокусировка происходит на выражении и исследовании чувств, которые редко обнаруживаются вне терапевтического контекста.

8. Терапия лучше работает, когда клиент действительно находится «здесь» и «теперь». Абстрактное обсуждение проблем или истории клиента дают меньший эффект.

9. Чтобы отношения были эффективными, консультант и клиент должны прийти к согласию в вопросах о причинах и этиологии предъявляемых проблем, и о том, что должно быть сделано, чтобы их разрешить. Самые эффективные отношения характеризуются согласием относительно целей и используемых методов, открытой коммуникацией и взаимодействием, направленным на сотрудничество.

10. Отношения содержат в себе множество аспектов. Большинство факторов, описанных различными теоретиками, играют важную роль в процессе консультирования. Таким образом, отношения, с одной стороны — это аутентичные взаимодействия, а с другой — «проецируемые» переживания, содержание которых и клиент, и терапевт искажают в силу собственных нерешенных проблем.

11. Отношения динамичны и со временем претерпевают изменения. То, что является наиболее подходящим на начальных стадиях консультирования (аутентичное вовлечение), на последующих стадиях теряет свое первоначальное значение, поскольку паттерн взаимодействия, необходимый для решения терапевтических задач, уже сформировался. Подобным образом, при окончании консультирования, возврат к более равноправным отношениям окажется, вероятно, более полезным, чем использование других отношений, которые несомненно являются наиболее эффективными на других стадиях.

- Все эти выводы говорят о том, что консультант должен использовать сведения, полученные при изучении наиболее эффективных стратегий, накладывая их на собственный опыт, и оценивая, какой именно вид отношений будет оптимальным для достижения желаемых целей в работе с каждым конкретным клиентом. Некоторым клиентам, переживающим кризис в жизни, необходимы очень поддерживающие отношения, в которых они могут выразить пугающие их чувства, не опасаясь при этом осуждения или критики. Другим людям нужны более конфронтующие отношения, чтобы они смогли перевести полученное знание в конкретные действия.

С раннего детства мы устанавливаем **шаблоны** или паттерны, под которые мы нередко подгоняем все наши будущие отношения или, по крайней мере, все важные последующие отношения. Если у специалиста поддерживались теплые отношения с отцом, то возможно, что мужскую авторитетную фигуру он стремится рассматривать в положительном свете. Если же, наоборот, отец был особенно критичен к нему критичен,

то, возможно, он будет рассматривать авторитетных мужчин как угрожающих и относиться к ним соответствующим образом.

Вынужденное повторение или навязчивое побуждение к повторению — второе важное открытие Фрейда. Здесь он имел в виду, что у нас есть потребность создавать повторяющиеся проигрыши ситуаций и отношений, которые были особенно затруднительными или проблематичными в ранние годы жизни. Мы все встречали людей, обладающих поразительным стремлением воссоздавать ситуации, которые плохо заканчивались.

Самой трудной задачей для терапевта является осознание контр-переноса. Мы стремимся быть объективными и нейтральными, хотим, чтобы чувства к клиенту были нашими слугами, а не хозяевами. Тем не менее, все специалисты в области психического здоровья встречаются с этим явлением в той или иной форме.

Наблюдение 11. Из рассказа психолога Евгении, 28 лет. Сеанс групповой супервизии (стенограмма сеанса приведена в сокращенном виде).

Женщина 49 лет, строитель. Обратилась к психологу по поводу депрессии, которой она страдает около 20 лет. Кроме этого у нее чувство вины, что оба сына ее «не вышли в люди». Психолога она нашла по справочной книге. Три года назад от нее внезапно ушел муж. Имеет 2 сына 13 и 20 лет. Старший лечился по поводу героиновой зависимости, младший — в психиатрической больнице в связи с появлением голосов. Причиной своей депрессии считает, что в молодости встретила молодого мужчину, работавшего диск-жокеем, влюбилась в него, но он не обратил на нее внимания. Несколько раз в течение последующих лет она его встречала, но не подошла к нему, поэтому о ее чувствах он мог только догадываться. В ее высказываниях звучит лозунг: «любовь может быть только одна». С родителями отношения формальные. В детстве проживала в деревне, и у тех была лишь одна задача — вовремя накормить дочку. Получив высшее образование и «став культурной», полностью потеряла с ними контакт. Ее мать также всю жизнь любила другого человека, но жила с ее отцом и не разводилась с ним. Клиентка с детства увлекалась литературой и создавала себе кумиров: Наташа Ростова, Анна Каренина. О муже не вспоминает, а когда он исчез, то его не разыскивала. Психолог начала с ней терапию, проходившую с применением методов НЛП, визуально-кинестетической диссоциации. Когда у клиентки кончились деньги, занималась с ней по «бартеру» — за сеансы клиентка делала ей ремонт. Специалист полагала, что ремонт является частью терапии, создавая женщине с депрессией занятость. Терапия шла с перерывами, затем клиентка прервала их и периодически звонила по телефону, жалуясь на свою несостоявшуюся жизнь и подчеркивая, что она одинока и, кроме психотерапевта у нее никого нет. Было невыгодно продолжать сеансы с клиенткой далее в экономическом плане, но бросить окончательно специалист ее не могла. «Я не знаю как ее «пробить», нет сил думать о ней»

Складывалось впечатление, что клиентка постоянно ищет помощи и одновременно отвергает ее. Специалист продолжала общаться из-за ее детей.

Психолог. Получила второе высшее психологическое образование, работает психологом 4-й год. Была замужем, разведена, имеет сына 3 лет. До сих пор поддерживает своего бывшего мужа материально, так как он отец ее ребенка. Когда друзья находятся в тяжелой ситуации, также спешит им на помощь, хотя в меньшей степени, чем делала это в юности. Девушкой любила фантазировать: ее идеалами любви были Скарлетт и Батлер («Унесенные ветром») и Анжелика и Жоффре (героиня сериала «Анжелика»). Анализ ее переживаний во время сеансов выявил следующие чувства: злость и жалость, а иногда чувство нарастающего ужаса.

В ходе группового обсуждения участники сделали следующие выводы. Психолог неверно концептуализировала проблемы клиентки и данные анамнеза. Трудно поверить, что здесь имеет место депрессия с почти двадцатилетним течением. Скорее всего, речь может идти о пограничном расстройстве личности, депрессивно-мазохистском типе.

Дисфункциональная семья накапливает проявления эмоционального отвержения в трех поколениях. В семье клиентки три «носителя симптома». Младший сын имеет симптоматику психотического регистра, у старшего, по — видимому, не удовлетворены еще в большей степени, чем у матери, нарциссические архаические потребности, отсюда появление зависимости от психоактивных веществ (мотивация — атарактическая). Выбор стратегии терапии не соответствовал внутренним возможностям клиентки. С детства у клиентки нарушены объектные отношения, порой явления «незаполненности объектов». Подопечная не имела возможность пройти своевременно стадию идеализации своих родителей, создавая в течение всей жизни идеализированные образы. Психолог, «будучи хорошей матерью», перешла границы терапевтических отношений, допустив близко к себе клиентку, а также столкнулась с препятствующим контр — переносом, не позволившем ей связать симптом и систему. Упущен шанс использования проективной идентификации для помощи клиентке (такой же ужас перед реальным миром могла испытывать женщина, страдавшая депрессией). В случае продолжения психотерапии клиентка нуждается в ее длительном, индивидуально — раскрывающем варианте (психодинамическая, долгосрочная групповая психотерапия и т.д.). Включать ее в группу НА нецелесообразно ввиду возможного формирования зависимости. Клиентка нуждается в балансе заботы и конфронтации.

Контр-перенос включает все чувства и отношения к клиенту, которые возникают у терапевта. Контр-переносные реакции можно разделить на 4 типа:

1. Реалистичные реакции-ответы. Клиент — агрессивный, психотерапевт испуган.
2. Реакция на перенос. Клиент критикует психотерапевта, последний чувствует угрозу.
3. Реакции-ответы на материал, вызывающий затруднения у терапевта (конфликтная область). Некоторые контр — переносные чувства возникают, когда клиент затрагивает область, особенно тревожащую терапевта. Например: психотерапевт собирается разводиться. При рассказе клиента о его счастливом браке первым овладевает зависть. Другой пример.

Наблюдение 12. Консультант по химической зависимости (ранее наркозависимая, срок ремиссии 5 лет) вынесла на групповую супервизию случай, связанный с возникшим чувством тревоги по поводу того, что подруга клиента, сопровождавшая его на госпитализацию в реабилитационный центр, сообщила консультанту о желании с ним расстаться окончательно. В ходе супервизорской сессии и последующей психодраматической проработки выяснилось, что в возрасте 15 лет терапевт дружила с юношей, 17 лет, который оказался наркоманом. Через месяц как она с ним рассталась, он умер от передозировки наркотика. Друзья наркомана показали ей стихи, в которых он упоминает ее как единственного человека, которого он любил. У нее в тот период возникло чувство вины, которое со временем было вытеснено. Спустя 5 лет после пережитой психотравмы, она сама стала употреблять наркотики. Консультируемый случай затронул ее «уязвимую» зону. Осознание причины тревоги на супервизии и проработка этой конфликтной зоны в ходе личной терапии привели к осознанию проблемы и гармонизации чувств.

4. Характерные реакции-ответы терапевта. Некоторые терапевты мужчины чувствуют большую или меньшую конкуренцию с каждым мужчиной, которого они встречают. Клиенты не являются исключением.

Некоторые терапевты хотят, чтобы их любил или чтобы ими восхищался каждый, кого они встречают. Клиенты исключения не составляют.

Полезный и препятствующий контр-перенос

Чувствами и отношениями полезного контр-переноса являются те, которые бдительные терапевты успешно применяют с пользой для клиента, продолжая

исследовать и обдумывать их до тех пор, пока они не оформятся в эмпатические инсайты. Чувство обиды, возникающее у психотерапевта на критику могло бы стать признаком полезного контр-переноса, если понять насколько необходимо ему было обидеть его. Вынужденное повторение-это наш старый друг. У клиентов этот феномен обеспечивает мощный терапевтический потенциал, для терапевтов же оно оказывается ловушкой, о которой необходимо постоянно помнить.

Препятствующий контр-перенос

1. Клиент способен сделать нас нечувствительными к важной области исследования. Или, наоборот, он может заставить нас сосредоточиться на том, что является скорее проблемой психотерапевта нежели проблемой клиента.

Терапевт — женщина имеет серьезные неразрешенные конфликты в отношениях со своей матерью. Она придает слишком большое значение этому аспекту в динамике клиента и преуспевает в своем влиянии на клиента так, что тот тоже начинает переоценивать его.

2. Контр-перенос может побуждать нас использовать клиентов для косвенного самоудовлетворения.

Терапевт с конфликтами по поводу своего чувства зависимости представляет опасность, поскольку может незаметно подстрекать клиента к преодолению зависимости, темп терапии будет в этом случае не соответствовать темпу клиента.

3. Контр-перенос может привести к выражению тонких намеков, способных во многом влиять на клиента. Если психотерапевт нуждается бессознательно в восхищении, то клиент примет сотню намеков и будет избегать недружелюбных чувств, чтобы не потерять психотерапевта.

Каждый клиент (за исключением тех, кого терапевт действительно не любит) вызывает у терапевта два конкурирующих потока чувств: терапевты хотят освободить своих клиентов и отправить искать свой собственный путь, и в то же время они стремятся сохранить их зависимость. (Такую же двойственность переживаний проявляют практически все родители). Оставаясь невнимательными, терапевты всегда найдут способы послать противоречивые намеки своим клиентам.

4. Контр-перенос может привести нас к вмешательству, противоречащему интересам клиента

Если психотерапевт взвинчен поведением клиента, первый может найти способ чтобы обидеть его, в то же время искренне считая, что совершает терапевтический прием — конфронтацию.

Если история отношений клиента со своим отцом вызывает во психотерапевте собственный, не нашедший разрешения гнев на своего отца, то специалист подвергается опасности высказать критические и гневные мысли об отце клиента. Враждебная критика членов семьи клиента, пусть даже с чистейшими намерениями, вероятно, не лучший способ в терапии, вызванная контр-переносом, она может оказаться деструктивной.

Литературная справка. Конкордантные (соответствующие) и комплементарные (дополняющие) идентификации терапевта с пациентом

В этом русле Генрих Ракер (Heinrich Racker, 1968), южноамериканский аналитик, находившийся под влиянием Кляйн, предложил клинически бесценные категории *согласующегося* (конкордантного) и *дополняющего* (комплементарного) контрпереноса. Первый термин означает ощущение (эмпатическое) терапевтом того обстоятельства, что пациент, будучи ребенком, чувствовал по отношению к раннему объекту; второй термин обозначает, что чувства терапевта (неэмпатичные, с точки зрения клиента) соответствуют переживаниям объекта по отношению к ребенку.

Этот процесс бессознательной индукции эмоциональных состояний, сравнимых с воспринятыми (ассимилированными) в раннем младенчестве, может показаться довольно

мистическим. Но на данный феномен можно смотреть и с вполне рациональной точки зрения. Давайте вспомним, что общение между младенцем и другими людьми в большинстве своем невербально. Люди, имеющие дело с детьми, узнают об их потребностях на основании эмоциональных, интуитивных реакций. Невербальные коммуникации могут быть невероятно мощными, и каждый, кто имел дело с новорожденными и был растроган до слез или неожиданно влюблялся, может подтвердить это. Аналитическая теория предполагает: всякий раз, входя в контакт, мы прибегаем к нашему опыту раннего младенчества, предшествующему и предвосхищающему формальное, логическое общение, которое мы с легкостью облакаем в слова.

Литературная справка. Рэкер полагал, что эмоциональные реакции, возникающие у психоаналитика во время сессии, являются также

«...слиянием настоящего и прошлого, непрерывной и тесной связью реальности и фантазии, внешнего и внутреннего, сознательного и бессознательного, что требует концепции, охватывающей совокупность психологических откликов аналитика, и делает ее разумной; в то же время для этой совокупности реакций следует сохранить привычный термин «контрперенос»

Такое превращение контрпереноса из препятствия в достоинство представляет собой один из наиболее значительных вкладов теории объектных отношений. Как 80 лет назад отмечал Фрейд, способность терапевта помогать другим ограничена его способностью понимать себя; этот процесс который требует от него принять помощь через персональную терапию.

Полезный контр-перенос

Между контрпереносом и эмпатией существует тесная связь. Вспомним, что мы определили контр-перенос как все терапевтические реакции-ответы клиенту, из этого следует, что всякая эмпатия начинается с реакции контр-переноса .

Клиент говорит о женщинах в манере, кажущейся терапевту-женщине унижающей. после нескольких подобных случаев ее объективность разрушается, и она ловит себя на том, что сердится на него. она понимает, что клиент не может не осознавать того, какой эффект подобные замечания оказывают на терапевта-женщину, или если на то пошло. на любую женщину. Гнев терапевта уменьшается с появлением интересующего ее вопроса. почему он хочет оскорбить и оттолкнуть ее от себя. Теперь у терапевта есть информация для исследования аспектов взаимоотношений, ранее скрытых от нее.

Глава 5. Трудности и ошибки психотерапии подростков

Подростковый возраст представляет собой период особой концентрации конфликтов, часто приводящих к различным поведенческим отклонениям, таким как делинквентность, агрессивное поведение, проживание в особой субкультуре (например, в религиозной секте), наркомания, суициды. В подростковом возрасте особенно сложно определить, является ли то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нормального развития, особенно в случае так называемых кризисов взросления, которые могут со временем развиться в психическое заболевание или полностью компенсироваться. Определенные жалобы или проблемы, даже если они укладываются в рамки нормы, могут быть симптомами патологии развития. Поэтому не следует употреблять обобщения типа: «Елена Ивановна, у Пети начался пубертат, и это все объясняет, это нормально».

При обследовании подростков выделяют ряд поддерживающих условий девиаций поведения (психосоциальных стрессоров), которые учитываются при проведении психодиагностической и психотерапевтической работы.

Психосоциальные стрессоры семьи: длительный супружеский конфликт, конфликт между супругами в сфере воспитания, длительный период развода и связанное с ним

напряжение, недостаточное использование внешних ресурсов для развития ребенка, враждебное или оскорбительное отношение к ребенку, неадекватный родительский контроль, неустойчивый стиль воспитания, требование жесткой дисциплины от ребенка, потеря значимого для ребенка члена семьи, физическая или психическая болезнь одного из членов семьи, включая алкоголизм или наркоманию.

Психосоциальные стрессоры, связанные с обстоятельствами жизни: смена местожительства, пребывание в квартире чужих людей или частая смена людей с разными типами характера, низкий материальный уровень семьи.

Психосоциальные стрессоры, связанные с особенностями ребенка: нарушение когнитивных функций, нарушение школьных навыков, неспособность к обучению в обычной школе из-за проявлений симптомов основного заболевания.

Согласно современной концепции между полным здоровьем и инвалидностью лежит широкий спектр переходных состояний. Он отличается непрерывностью в ряду: полное здоровье (норма) и варианты нормы—функциональные отклонения—неспецифические синдромы и пограничные состояния—хроническая болезнь—декомпенсация (утрата) функций—инвалидность.

Психические расстройства у подростков встречаются в 15—20% случаев. При этом в двух случаях из пяти отмечаются такие расстройства, как тревога и депрессия; еще в двух случаях — нарушения поведения и внимания, и лишь в одном случае из пяти встречается сочетание эмоциональных и поведенческих расстройств. В переходном возрасте повышается частота депрессивных расстройств, суицидальных попыток и завершенных суицидов.

Делинквентное поведение достигает пика в середине подросткового возраста. Пищевые расстройства (анорексия и булимия), шизофрения, зависимости (наркомании, алкоголизм, компьютерная зависимость) часто начинаются в переходном возрасте.

Под психическим заболеванием периода взросления понимается состояние непроизвольного нарушения жизненных функций, имеющее определенное начало, динамику и иногда конец (временной интервал), которое является серьезным препятствием в реализации для подростка или юноши типичных в его возрасте форм активности и конструктивного разрешения возрастных кризисов и конфликтов.

Сложность клинической диагностики в настоящее время связана и с изменением картины (*патоморфозом*) психических расстройств. Помимо изменения степени тяжести одним из его проявлений является обнаружение у клиентов сочетания нескольких психических расстройств — *психической коморбидности*. Диагностика заболеваний стала значительно сложнее.

Появление психических нарушений и заболеваний зависит от взаимодействия провоцирующих событий и защитных факторов. Последние привлекают все большее внимание специалистов. Результаты этих исследований имеют большое значение и для понимания проблем психической патологии у детей и подростков, поскольку впервые развивающиеся в подростковом возрасте стратегии преодоления трудностей можно рассматривать как защитные факторы. Под *защитными факторами* понимают влияния, способные задержать, смягчить или предотвратить проявление заболевания. Их действие не обязательно сопровождается положительными или радостными событиями. Так опыт тяжелых переживаний может усиливать способность противостоять трудностям в дальнейшем.

Интерес к «здоровым» сторонам личности становится весьма популярным среди специалистов по психическому здоровью. Язык научной литературы отражает это явление в следующих понятиях: функциональный диагноз, ресурс, стратегии преодоления трудностей (копинг-поведение, копинг-механизмы), позитивный подход в описании симптомов, позитивная трактовка симптомов (*positive connotation*), позитивный

рефрейминг и др., подчеркивая различные аспекты системного подхода к личности, способность к постоянному развитию и обогащению

Под английским термином «*coping*» подразумевается процесс конструктивного приспособления, в результате которого данное лицо оказывается в состоянии справиться с предъявленными требованиями таким образом, что трудности преодолеваются, и возникает чувство роста собственных возможностей, а это в свою очередь ведет к положительной самооценке.

Самооценка — это процесс когнитивной и аффективной оценки собственной личности. Только благодаря повторяющейся самооценке у ребенка складывается сравнительно устойчивое отношение к собственной личности, которое проявляется в самоуважении. Самооценка может выступать в качестве показателя уровня психической зрелости личности.

От специалиста требуется умение понять проблему и выявить симптоматику, а самое главное — найти путь к решению существующей проблемы.

Психиатрической диагностике нередко ставили в упрек то, что она не имеет никакой связи с последующей терапией. Однако сегодня в практике детской и подростковой психиатрии обязательно оцениваются моменты, важные для формулировки терапевтических целей, например, уровень развития, интеллект, особенности личности, школьная, профессиональная и семейная ситуация, в оценочном формате учитывается и демографическая ситуация. Необходимость такого подхода подчеркивается и в некоторых классификационных схемах. Эти аспекты включены в многоосевую классификационную схему психических расстройств детского и подросткового возраста.

При всех психических заболеваниях детей и подростков следует принимать во внимание процессы развития и их влияние на симптоматику расстройств и подбор методов психотерапии.

Определенные психотерапевтические методы должны применяться при определенных типах расстройств. Речь может идти и о комбинации нескольких форм психотерапии, которые в конкретном случае имеют наибольшие шансы на успех.. Детская и подростковая психотерапия не может не быть интегративной, так в большинстве случаев идет параллельная работа с родителями.

Психотерапевтические методы, требующие частых встреч клиента и психотерапевта, оказываются невостребованными. Особенно подростки нуждаются в краткосрочных, интенсивных методах, помогающих им разрешить кризис или основную проблему, а в дальнейшем они сами будут решать менее актуальные из них.

Большинство психотерапевтов, практикующих краткосрочные модели психотерапии у подростков, стремятся достигнуть одной или более из следующих целей:

- провести функциональный поведенческий анализ;
- как можно быстрее убрать или уменьшить симптоматику;
- развить понимание клиентом своего расстройства;
- изменить представления о себе;
- восстановить эмоциональное равновесие;
- выявить у больного ребенка и в его семье защитные факторы и ресурсы к самоизлечению;
- усилить копинг-механизмы;
- скорректировать дезадаптивные формы поведения и иррациональные установки;
- расширить временную перспективу;
- развить компетентность в социальном функционировании;
- восстановить прежний уровень функционирования.

Свободные от тяжелой психопатологии подростки считаются лучшими кандидатами для краткосрочной психотерапии.

Часто психологи оказываются первыми специалистами, к которым обращаются родители с проблемным подростком. Умение собрать и проанализировать информацию о развитии ребенка, соответствии его симптоматики возрасту является показателем профессионализма психолога.

Критерием необходимости проведения психотерапии при психических расстройствах подросткового возраста служит выявление отклонений, угрожающих нормальному возрастному развитию ребенка, и в том случае, когда энергия клиента тратится на преодоление внутренних и внешних конфликтов, а не на выполнение задач развития.

Мы используем следующие принципы в работе с подростками.

1. Объем и выбор последовательности психотерапевтических вмешательств зависит от степени выраженности симптоматики, наличия внутриличностных и/или межличностных конфликтов, физического состояния клиента, продолжительности нарушений, количественных и качественных отклонений в эмоциональной, поведенческой, мотивационной сферах, искажения образа Я, дисфункциональных семейных отношений, мотивации на работу, субъективного отношения к имеющимся нарушениям (эго-синтонное, эго-дистонное), возможности и желания микросоциального окружения к изменениям. В случае сочетания нескольких расстройств у одного клиента следует ранжировать актуальность проблем для него и его семьи.

2. Индивидуальная и групповая психотерапия подростков учитывают следующие моменты: направленность на конкретное содержание; учет актуальности проблемы для клиента; необходимость тщательной обработки информации; разграничение целей работы с ребенком и родителями; оценка личностных ресурсов, которые могли бы стать резервом для усиления стратегий совладания с трудностями (копинг-механизмов); директивный стиль проведения занятий и активность психотерапевта.

1. Принцип специфичности требует выбора такого метода воздействия, который наиболее приемлем и эффективен именно при данном варианте патологии. Это означает, что различные психические заболевания у детей и подростков следует лечить с помощью разных методов. Речь может идти и о комбинации медикаментозной терапии и нескольких форм психотерапии, которые в конкретном случае имеют наибольшие шансы на успех.

Наблюдение 13. Данный пример свидетельствует как изолированный биологический подход с акцентом на фармакотерапию привел к неправильной диагностике и затянул выздоровление подростка. Комплексное биопсихосоциальное вмешательство способствовало бы более быстрой адаптации подростка.

Михаил Н., 18 лет. Причина обращения за психологической помощью в 17 лет — появление жалоб "личностного характера": неуверенность, "отстраненность" от общества. Направлен врачом-психиатром на консультацию к психотерапевту с рекомендацией о включении юноши в групповую психотерапию.

Анамнез жизни. Наследственность нервно-психическими расстройствами неотягощена. Родился от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом, роды в срок. Психомоторное развитие с задержкой: ходить начал с 1,5 лет, фразовая речь к 3 годам. Страдал от рождения эксудативным диатезом. До года часто болел простудными заболеваниями с приступами астматоидного бронхита и ложного крупа. Перенес ветрянку, краснуху, дважды скарлатину. В 9 месяцев — закрытая ЧМТ с потерей сознания. Посещал детские дошкольные учреждения, адаптировался удовлетворительно, был в меру общителен. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо. Увлекался лепкой и рисованием. Вместе с другом придумали "новую космическую страну", при этом говорил: "Не хочу жить реальной жизнью, лучше космической". Отношения с ребятами в классе

были формальными. Закончил 11 классов школы и поступил в университет на физико-математический факультет.

Анамнез болезни. Впервые мать мальчика обратилась с жалобами на головные боли, быструю утомляемость, трудности сосредоточения внимания, резкую смену настроения, ночное недержание мочи в 1991 году.

Консультирован психиатром. Диагноз: резидуально-органическое поражение ЦНС смешанной этиологии, астено-невротический синдром. Сопутствующий диагноз: синдром вегетативной дистонии с пароксизмальными и вестибулярными нарушениями в структуре вертебробазиллярной недостаточности.

При первичном психологическом обследовании в 1991 году выявлено снижение концентрации внимания и объема памяти. Повторное психологическое обследование в 1993 году определило состояние внимания и умственной работоспособности удовлетворительными.

Получал медикаментозную терапию: финлепсин — 100 мг утром, 200 мг — на ночь, пикамилон — 1 таблетка 2 раза в день, танакан — 1 таблетка днем.

Длительное время на ЭЭГ определялся очаг пароксизмальной активности в затылочно-теменно-средневисочной области. С годами нарастала пароксизмальность как ствола мозга, так и первичного очага (вероятнее всего, в затылочной области правой гемисферы).

Биологическая терапия способствовала положительной динамике жалоб: уменьшились головные боли, улучшилась концентрация внимания, выровнялось настроение. Ночной энурез носил, однако, относительно стойкий характер. С 1994 года по 1996 год к психиатру не обращался, наблюдался у невропатолога в поликлинике по месту жительства.

На консультации у психотерапевта предъявил жалобы на неуверенность в себе, "жизнь по правилам", «закомплексованность» в общении, «борьба субличностей между "Взрослым" и "Ребенком" (накануне прочитал книгу Э.Берна, поэтому так высказался). Родители в настоящее время в разводе. Проживает с матерью и старшей сестрой, 20 лет, в 2-х комнатной квартире. (Мать спит в одной комнате. Они с сестрой — в другой). У отца Михаила новая семья.

Свою цель в прохождении психотерапии сформулировал следующим образом: "стать более раскованным."

Включен в психотерапевтическую группу старших подростков.

1-й день занятий. Сформулировал свою проблему следующим образом: "Хочу разобраться в себе и улучшить отношения с другими". Работал в паре и давал интервью Володе. В играх на сплочение старался не вступать в невербальный контакт. В проективной ассоциативной игре "Магазин старых игрушек" из набора игрушек выбрал оправу от кукольных очков. -"Я побитая, поцарапанная оправа, которую забыл рассеянный хозяин. Подобрала и принесла меня сюда уборщица. Может быть, меня вымоют и стекла вставят." В игре "Ассоциации" образы, связанные с Мишей, у других участников группы, были следующие: крыса, тополь, металлическая блузка (кольчуга?), лифт, кофейник, серый, органайзер. Когда парень был сам водящим, у него возникли трудности в задавании вопросов, стремился обойти "глупые" и "простые". — "Шерлок Холмс из меня не получился". В проективном психодраматическом этюде "Море" испытывал трудности в выборе персонажа: "Яхта, дельфин, морской котик... Не выбрать, сомневаюсь, но буду яхтой." Во время проигрывания ролей ходил по периферии "сцены", в контакт с другими участниками группы не вступал. После игры сказал, что выбор его был правильным: "Я одинокая, независимая, гордая, яхта".

На 2-й день поставил психодраму об отношениях с приятелем и другом. Тема была сформулирована следующим образом: "Принижение кого-то с целью самоутверждения". В ходе ролевого воспроизведения эпизода разговора с приятелями вышел на отношения с авторитетами, зависимость от их мнения. Признал вербально чувства злости и ненависти

к ним, но невербально их не отреагировал. Демонстрировал модель поведения по типу компенсации - "Доказать всем, что я лучше, самый умный." В фазе обмена чувствами ("шеринге") некоторые подростки сообщили, что эта тема им была близка, поделились впечатлением о невозможности быть лучше всех во всех областях.. В конце дня стал более открытым, смеялся, меньше задумывался над ответами. Смог сказать ребятам: "Я глупый" — и совершить нелепый поступок (развязал шнурки Сергею). Ребята отметили схожесть многих его переживаний с их собственными, указали на уменьшение дистанции между ними и Мишей.

3-й день. В упражнении "контакт руками" работал в паре со Светой (участница группы с нервной анорексией), испытывал трудности в описании невербального контакта. После работы Ильи (тема "садизм в школе") отметил в обсуждении схожесть со своими проблемами, вновь вернулся к собственной проблеме авторитетов. Предлагал ставить "садистов" в необычное, смешное положение. После постановки психодрамы Оксаны (семейные взаимоотношения) при обсуждении чувств сказал: "Очень много переживаний, особенно затрагивающие отношения с отцом. Он оставил нас с матерью, хотя и помогает. Не знаю, как себя с ним вести?" Психотерапевт: -"Можно ли сформулировать твою проблему следующим образом. Имею я право любить папу, если он оставил маму?" — Миша. -"Не знаю. Тяжело об этом говорить"...

В психодраме, центрированной на тему: "Что хорошего и что трудного в том, что я — мужчина (женщина)" сказал: "Мне легче сказать, каким **должен быть** мужчина: сильным, уметь защищать, обладать силой воли, быть гарантом спокойствия и безопасности, чтобы было за что уважать. Я к этому стремлюсь, хоть и трудно".

4-й день. Стал более внимателен к членам группы. После работы Светы (проблема знакомства), сообщил: "Я не знакомлюсь, так как не доверяю, боюсь и не пытаюсь".

5-й день. После работы Жени (не дает сдачи, не защищается) высказался: "Похоже, но прошло. Раню. приходилось защищать не только себя, но и давать сдачи." Случайно после перерыва сел в красное кресло ("горячий стул"). На вопрос хочет ли он работать не ответил, стал развивать тему: "Проблема отношений с отцом, который оставил семью 2 года назад. Я узнал первым, что отец живет в другой семье и об этом мне пришлось рассказать матери. Я ненавижу ту женщину. секретаршу. Из-за нее отец ушел. Глупа, умеет только готовить, убирать, стирать. Делает вид, что хорошо ко мне относится. Психотерапевт. Какая твоя мать? Михаил." Умная, образованная (говорит об этом, закрывая рот руками). Мать меня понимает. но при ней я не чувствую дом своим. Мать обижена, но благодарна отцу за материальную помощь. Я "перебежчик" между матерью и отцом . Он приезжает, у меня к нему неприязнь, он у нас дома пьет". В ходе психодрамы, условно названной "Перебежчик", после "смены ролей" сообщил, что понял отца и свою роль: "Я — орудие в руках матери. Обязательно поговорю с отцом." Понравилась подсказка участников группы встретиться с ним на нейтральной территории. Из "обратных связей" подростков частично принял возможность контакта с новой семьей отца.

В последний день работы психотерапевтической группы обращали на себя внимание более открытые отношения с ребятами, невербальное поведение стало более свободным. В мечтах о будущем размышлял о смене специальности программиста на психолога. Принес фотоаппарат и с удовольствием фотографировал ребят и психотерапевтов.

Через неделю после окончания работы группы сам позвонил и договорился об индивидуальной встрече. Сообщил, что произошел разговор с отцом: "Он плакал. В результате стали ближе друг к другу. "К новой жене отца пока не удалось преодолеть негативного отношения. Клиент осознал, что это не он потерял отца, а мать потеряла мужа. Проблема, над которой он хотел поработать в этот раз сформулирована следующим образом:" Пять лет назад появились перепады настроения, особенно "спад" наблюдался после походов, когда клиент возвращался домой. При проведении функционального

поведенческого анализа выяснялось, какие стимулы "запускают" падение настроения. Выявлены автоматические мысли следующего характера: "Как жалко, что занятия кончатся!" Им сопутствовали эмоции и образы, описанные клиентом как "страх ребенка, потерявшего власть". Так как юноша перед работой психотерапевтической группы прочитал книгу Э. Берна "Игры, в которые играют люди", занятие было построено с использованием понятий транзактного анализа. "Родитель не дает Ребенку полной свободы. В процентном отношении на "Родителя" и "Взрослого" отводится 70 процентов (границы между ними четко не разделены), "Ребенку" — 20-25. Реестр правил у "Родителя": хорошо себя вести, не пить, не курить, быть сдержанным, поменьше высказывать свои мнения, сохранять хорошую репутацию. "Ребенок" проявляется в полной мере только на "пиках" подъема настроения, в остальном "детская часть" подавлена. Своего "Взрослого" охарактеризовал следующим образом: "серьезность, солидность, ум, знания, компетентность"(с точки зрения транзактного анализа — это "заражение Взрослого Родителем"). Сфера контактов не была упомянута, речь не шла и об ответственности. При невербальной демонстрации как "Родитель зажимает ребенка" согнулся в "эмбриональной позе". На вопрос психотерапевта, не напоминает ли это "эмбриончика", сообщил, что это действительно так. " Поздно начал ходить, говорить — это было удобно для матери". Вспомнил эпизод шалости, когда он и его двоюродная сестра спрятали сигареты дяди, чтобы тот не курил и не вредил здоровью, за что были подвергнуты "разборке" (деталей не помнит, но осталось ощущение, что сделал тогда очень плохо). Был произведен эксперимент, в ходе которого "Взрослый" пытался отодвинуть "Родителя" и временно дать "ребенку" свободу. Стал весь мокрый от пота, озвучил свои вегетативные реакции следующим образом: "Родитель" сопротивлялся, внутри что-то шептало "нельзя", тем не менее к концу сеанса сообщил, что стало легче, несмотря на то, что пришел на занятие "в упадке": трудно было двигаться, говорить.

Мать была приглашена на сеанс семейной психотерапии. Была удивлена, что Миша так много переживает внутри себя.(Метафора "партизан", "разведчик", в которой отразилась проблема юноши во время прохождения им групповой психотерапии, исследовалась в контексте семейных отношений и правил). Отвечая на вопрос об источнике схем и правил в семье, мать призналась, что в течение 10 лет поддерживала имидж "благополучной семьи", пытаясь сохранить детям отца. Супружеские (интимные) отношения с мужем нарушились после его первой (?) измены. Согласилась, что у членов семьи слабые собственные границы, и необходимо менять стиль общения со взрослыми детьми (Выполнила впоследствии все предписания психотерапевта).

Проводилась поддерживающая психотерапия с юношей с периодичностью одно занятие в месяц (4 занятия). Летом 1999 отметил свое восемнадцатилетие, совершая путешествие на пароходе на Валаам. В рейсе был вместе с девушкой с 1 курса из его университета. Катанез 2 года: жалоб на физическое здоровье нет. Успешно учится в университете. Продолжает самостоятельно работать над своим личностным ростом.

4.Соответствие возрасту и уровню развития. Способность специалиста идентифицировать аспекты текущего случая интернализованных объектных отношений, уровня развития личности и типа организации характера. Усиление функций Я и осторожность в работе с регрессией.

5.Предоставление коррективного эмоционального опыта. Обсуждая с психотерапевтом обстоятельства своей жизни, клиент получает возможность приобрести новый эмоциональный опыт. Способность распознавать и специфично описывать аффекты. Толерантность психотерапевта к прямым проявлениям враждебности, агрессии, сексуальности и других сильных эмоций. Способность к выражению эмпатического понимания.

6.Сочетание индивидуальной психотерапии с другими видами психотерапии, особенно групповой и семейной. Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной

стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы, с другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с ровесниками.

7. Подключение семейной психотерапии, нацеленной на устранение нарушений границ между семейными подсистемами, разрешение семейных конфликтов, приводят к снижению частоты рецидивов психических и поведенческих расстройств у подростков. Психодинамические конфликты поддерживаются взаимоотношениями членов семьи, а попытки подростка и его родителей справиться с эмоциональными и поведенческими расстройствами препятствуют успешному разрешению конфликтов. Задачей семейной психотерапии детей и подростков часто служит решение не всех семейных проблем, а только относящихся к «проблемному» юному клиенту.

8. Создание наилучших условий для проведения психотерапии. Это подразумевает решение трех вопросов: где проводить лечение (в стационаре или на дому), какой подход (индивидуальный или групповой) использовать и какими должны быть сроки психотерапии (долгосрочная, краткосрочная). Эти проблемы всегда следует решать, опираясь на данные об эффективности отдельных методов и учитывая возможности создания доверительных отношений с ребенком, подростком и семьей.

В интегративной психотерапии подростков необходимо выполнить три основные задачи: блокирование симптомов нарушенного поведения путем использования комплексных вмешательств; прояснение неосознаваемых конфликтов, являющихся причиной появления симптомов; работа по решению семейных проблем системного характера, связанных с эмоциональными и поведенческими нарушениями у ребенка, а также работа по совершенствованию копинг-стратегий. Система психотерапии интегрирует не только понятия индивидуальной психологии и системного подхода, но и все то многообразие позиций, которое характерно для каждого из них. Тем самым учитываются психоаналитические и бихевиоральные представления, достижения структурной, стратегической семейной психотерапии, нарративного подхода.

Заключение

Супервизия (от *supervidere* — обозреть сверху) — это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, социальной работы и др. в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии. Теории рассматриваются на лекциях, описываются в учебнике, приемы демонстрируются на практических занятиях, но психотерапия, в процесс которой вовлечены два или несколько человек, их отношения, переносы, не может быть изучена посредством традиционного способа преподавания. Супервизия отражает «ремесленный аспект» психотерапии. В определенной степени супервизия параллельна психотерапии. Психотерапия дает возможность пациенту высказать самое важное на приеме у специалиста, супервизия позволяет психологу (супервизируемому) предоставить на супервизию выборочный материал психотерапии.

В супервизии опытный «эксперт по межличностным отношениям» помогает начинающему психотерапевту систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение. . Сложности, возникающие в процессе профессиональной деятельности (актуальный конфликт), актуализируют внутренний конфликт психотерапевта и механизмы его психологической защиты и совладания. Исходя из этого супервизия, наряду с обучением (в смысле передачи новых знаний и навыков), включает элемент психологического развития специалистов.

Преподаватель-супервизор в силу своего клинического и педагогического опыта знаком со многими психотерапевтическими направлениями, представлениями о типах характеров, формах защиты, моделями внутриспсихического и межличностного

функционирования, т. е. ему проще систематизировать поток поступающей информации. Передача супервизорских гипотез и стимуляция собственного мышления супервизируемого, особенно в случаях сопротивления, — важная и сложная педагогическая задача. Сотрудничество супервизора и психолога в изучении пациента — творческий процесс, который, проходя в групповой форме, имеет свои положительные и отрицательные стороны. К отрицательным сторонам следует отнести необходимость раскрытия своих неудач перед группой, а это при недостаточном эмпатическом потенциале преподавателя может усилить нарциссическую ранимость учащегося. С другой стороны, помощь и поддержка коллег, педагогическая ориентация супервизорского процесса имеет шанс смягчить удары по самолюбию, которые приходится сносить психотерапевту, а также избавиться от негативных переживаний, возникших в результате работы с пациентами.

Атмосфера доверия в процессе обучения должна позволять психологу открыто размышлять, высказывать предположения, задавать любые вопросы независимо от степени их важности и обсуждать свои переживания в той мере, в какой супервизируемый считает нужным, не испытывая страх перед критикой и самораскрытием. Возможность появления у супервизируемого чувства вины или стыда возрастает, когда непонятно, как на его чувства реагирует преподаватель.

Для начинающего психотерапевта угрозу позитивной самооценке создают, в частности, отсутствие опыта, неосведомленность и некомпетентность в некоторых вопросах. Даже опытный психотерапевт не огражден от таких проблем, поскольку задачи психотерапии характеризуются своей неоднозначностью и неопределенностью, и их достижение зависит от личности пациента, его мотивации на работу, а не от тех целей, которые поставил перед собой психотерапевт.

Необходимо обращать внимание и на следующие моменты работы супервизируемого: умение распределять время (сколько времени затрачивается на вопросы, а сколько — на ответы клиента), интеллектуальную или экспериментальную ориентацию, использование приемов активного слушания, конфронтацию, глубину контакта, уровень вербальной активности, стиль контакта (доминанта психотерапевта, доминанта клиента или партнерский диалог), уровень комфорта, уровень напряжения, соответствие направлению психотерапии использованных приемов.

Опасность вмешательства в личную жизнь — еще одна особенность супервизии. В начале любой групповой супервизии преподавателю следует напомнить, что супервизируемый вправе отклонить любые попытки выяснения его личной жизни.

Супервизия и психотерапия представляют параллельные категории, они связаны между собой в единую систему. Эта связь обеспечивается благодаря формированию в супервизии и психотерапии положительного переноса, частью которого является бессознательная идентификация и подражание.

Следует еще раз подчеркнуть, что супервизия, хотя и может оказывать лечебное воздействие, не является психотерапией. Если супервизор использует первую как вариант психотерапии, преподаватель становится психотерапевтом, стажер — клиентом. При смешении этих двух функций — возникает этическая проблема двойных отношений, которая может серьезно повредить и свести на нет все ценности предшествующего контакта. Поэтому, супервизия — это особое вмешательство. Цель супервизии — превратить молодого специалиста в опытного психотерапевта, а не в опытного клиента. Если учащийся нуждается в психотерапии, то ее следует проводить другому профессионалу, а не супервизору.

Вполне понятно, что положительный эффект супервизии зависит от удовлетворения потребности учащегося в поддержке преподавателя и группы, в уважении и обучении. Супервизор должен исходить из позитивного намерения способствовать личностному росту другого, а не удовлетворению своих амбиций. Если каких-то

элементов недостает, супервизия может быть «сорвана», а у учащегося возникнут негативные переживания.

В психотерапии как ни в одной другой области велика роль профессиональных сообществ. Обсуждение сложных случаев из практики на балинтовских группах, супервизия сеансов психотерапии, поддержка коллег позволяют психотерапевту сохранять здоровье и профессиональное долголетие.

Группа коллег при проведении групповой супервизии действует как поддерживающая система, объединяя профессионалов в своем городе, регионе, и служит инструментом профилактики профессиональной деформации психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бараш Б. А., Исурин Г. Л., Карвасарский Б. Д. и др. Методические приемы усовершенствования в области психотерапии (социально-психологический тренинг, тренинговые психотерапевтические группы, балинтовские группы). — СПб.: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1992.
2. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. — СПб.: Питер, 2001.
3. Винокур В. А., Кремлева О. В., Кулаков С. А., Токарев Н. А., Токарева Л. А., Эйдемиллер Э. Г. Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми: Учебное пособие. — СПб.: Санкт-Петербургская академия МВД России, 1998.
4. Джейкоб Д., Дэвид П., Мейер Д. Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа. Пер. с английского Ю. М. Донца и В. В. Зеленского. — СПб.: Б.С.К., 1997.
5. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. Пер. с английского под редакцией В. В. Зеленского и М. В. Ромашкевича. — СПб.: Б.С.К., 1997.
6. Кейсмент П. Обучаясь у пациента / Пер. с англ. — Воронеж: НПО «Модэк», 1995.
7. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. — М.: Класс, 2000.
8. Кириллов И. О. Супервизия в позитивной психотерапии. Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. — СПб., 2002.
9. Коттлер, Браун. Психотерапевтическое консультирование. — СПб.: Питер, 2001.
10. Крайг Г. Психология развития. — СПб.: Питер, 2000.
11. Кулаков С. А. На приеме у психолога — подросток: Пособие для практических психологов. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена; Изд-во «Союз», 2001.
12. Кулаков С. А., Эйдемиллер Э. Г. Супервизия как метод обучения и контроля за учебной деятельностью на цикле «Психология и психотерапия семьи» // Семейная психология и семейная терапия. 2000. № 2. С. 71–81.
13. Маданес К. Стратегическая семейная психотерапия / Пер. с англ. — М.: Класс, 1999.
14. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Класс, 1998.
15. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб.: Адис, 1994.
16. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. — СПб.: Питер, 2000.

17. Программа тестовых заданий для сдачи экзамена на сертификат специалиста по психотерапии / Под ред. В. А. Ташлыкова. — СПб., 1998.
18. Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера / Пер. с англ. — М.: Практика, 1998.
19. Психотерапевтическая энциклопедия (под редакцией Б. Д. Карвасарского). — СПб.: Питер Ком, 2000
20. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 2000.
21. Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000.
22. Психотерапия детей и подростков / Пер. с нем. / Под ред. Х. Ремшмидта. — М.: Мир, 2000.
23. Пэпп П. Семейная терапия и ее парадоксы / Пер. с англ. — М.: Класс, 1998.
24. Символдрама. Сборник научных трудов Е. К. Агеенковой, Т. Б. Василец, И. Е. Винова и др. / Под ред. Я. Л. Обухова и В. А. Поликарпова. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001.
25. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2002.
26. Соловейчик М. Я. Супервизия / Мастерство психологического консультирования. Под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. — СПб.: Европейский дом, 2002.
27. Уильямс Э. Вы — супервизор... Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии \ Пер. с англ. Т. С. Драбкиной. — М.: Независимая фирма "Класс", 2001.
28. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. — М., 1992.
29. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. — М. Педагогика-пресс, 1993.
30. Фридман Дж., Комбс Дж. Конструирование иных реальностей: Истории и рассказы как терапия / Пер. с англ. В. В. Самойлова. — М: Независимая фирма «Класс», 2001.
31. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. — СПб.: Речь, 2002.
32. Холмс П. Внутренний мир снаружи: Теория объектных отношений и психодрама / Пер. с англ. — М.: Класс, 1999.
33. Bernard J. M., Goodyear R. K. Fundamentals of Clinical Supervision. — Boston: Allyn and Bacon, 1997.
34. Powell D. J. et al. Clinical supervision in Alcohol and Drug Abuse Counselling: Principles, Models, Methods. — San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.
35. Watkins C.E. Handbook of psychotherapy supervision. — New York: Wiley, 1997.