

ДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ФЕНОМЕН ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В СУПЕРВИЗИИ

С.М.БАБИН,
А.В.ВАСИЛЬЕВА*

*«Взаимоотношения – это и есть терапия»
М.Кан (1997)*

Характер взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом – ключевой фактор для успеха психотерапии. Не останавливаясь на деталях, выделим лишь основные характеристики психотерапевтического контакта – перенос и контрперенос, эмпатическое отношение, безусловное положительное принятие пациента, конгруэнтность и аутентичность психотерапевта (так называемая триада К.Роджерса). Их значимость признается сегодня далеко за рамками тех психотерапевтических направлений, где эти феномены впервые были подмечены и впоследствии получили глубокую теоретическую разработку.

Попробуем эти моменты терапевтических взаимоотношений рассмотреть не в качестве условий психотерапевтического процесса, а в плане личности самого психотерапевта, профессионала, как требования, которым он должен соответствовать. Особую значимость при этом мы придаем контрпереносу в широком понимании этого термина («как действует на меня другой, какие чувства и реакции он во мне вызывает?»). Сегодня уже стало общеизвестным, что аналитик должен уметь использовать свои эмоциональные реакции как ключ к бессознательному пациента. Говоря

* *Бабин С.М.* – к.м.н., заведующий областным психотерапевтическим центром Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2, главный внештатный психотерапевт министерства здравоохранения Оренбургской области, вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА); *Васильева А.В.* – к.м.н., научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, сертифицированный психиатр-психоаналитик.

словами психоаналитика П.Хайманн, «контрперенос аналитика – это инструмент исследования бессознательного пациента... Бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента» (Хайманн, 2005).

В свете сказанного большое значение приобретает постоянное последипломное совершенствование профессионального уровня психотерапевта. Речь идет об участии в профессиональных и личностных тренингах, в балинтовских группах и, главное, в процессе супервизии. Различные формы и методы такой работы подробно изложены в специальной литературе (Бараиш с соавт., 1992; Винокуров с соавт., 1998; Кулаков, 2002; Ховкинс, Шохет, 2002). Мы остановимся лишь на основных моментах.

При условии работы психотерапевтов в одном учреждении наиболее предпочтительны, на наш взгляд, балинтовские и супервизионные группы. При этом имеет смысл, чтобы руководитель таких групп не был связан с участниками формальными иерархическими отношениями. Данное обстоятельство выступает условием, при котором участники группы могут проявить большую степень внутренней свободы и открытости. В то же время оно защищает ведущего от клишированных оценок в его адрес, сложившихся под влиянием повседневного общения на работе, а также искажений, обусловленных его собственными отношениями с участниками группы (вне рамок ее работы) и контрпереносными реакциями по отношению к некоторым из них.

Супервизия – один из наиболее эффективных методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии. При условии, если супервизор – не только более опытный, но и специально подготовленный для этого вида деятельности специалист, супервизия поможет начинающему психотерапевту видеть, осознавать, понимать и систематически анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение (Карвасарский, 2000).

Супервизия может осуществляться в индивидуальной и групповой формах (Кулаков, 2004). Работа под наблюдением супервизора помогает обратить внимание на технические погрешности, ригидные способы решения определенных проблем, обсудить тактику и стратегию терапевтического процесса и собственного поведения в некоторых сложных ситуациях.

Групповая супервизия позволяет выявить сложности и искажения, связанные с индивидуальными особенностями характера психотерапевта. Такого рода проблемы носят выраженный эго-синтонный характер и поэтому часто пропускаются, проглядываются в индивидуальной супервизии. В процессе же группового взаимодействия они становятся зримыми, и психотерапевт получает возможность отрефлексировать их и использовать как полезный урок, в целях своего дальнейшего профессио-

нального роста. Психопрофилактика участников группы базируется на возможности проработки «неудачных случаев» в ситуации групповой поддержки. При групповой психотерапии одной из возможных форм общения с супервизором может также служить работа в качестве копсихотерапевта в одной группе.

Существенному расширению методов профессионального совершенствования способствует применение видеотехники. Видеозапись психотерапии можно использовать в условиях профессионального тренинга, для последующего обсуждения в балинтовской группе или для обсуждения tête-à-tête с супервизором.

Нередко в ходе супервизии мы сталкиваемся со случаями замешательства супервизируемого, когда он почему-то начинает запинаться, теряется, когда ему задают вопросы, делает нелепые ошибки и в последующем не может вербализовать собственные переживания. Все эти сигналы говорят нам о том, что он пока не достиг осознания того содержания, которое составляет предмет его работы (обычно в таких случаях говорят: «как трудно выразить словами»). Данный феномен получил название «*немых пятен*» в работе психотерапевта (McLaughlin, Johan, 1991). Нередко он является воспроизведением динамического паттерна психотерапевтических отношений в процессе супервизии, выступая, таким образом, составным звеном параллельных процессов. То, что пока по тем или иным причинам не может быть вербализовано, должно быть реинсценировано в психотерапии или супервизии.

Другой заслуживающий внимания феномен – так называемые «*тяжелые пятна*», когда отсутствие необходимой степени профессиональной свободы, ригидность, нередко обусловленная определенными предпочтениями в технике работы или приобретенными искажениями, приводят к невозможности выявить и увидеть важную информацию о пациенте (образно эту ситуацию можно описать как: «что бы ни играл, все на один мотив»). В данном случае групповые формы супервизии, ввиду их повышенной чувствительности к стереотипным, ригидным решениям, возникающим в терапевтическом процессе и отношениям психотерапевт-клиент, играют особенно важную роль. Обмен мнениями в группе коллег позволяет сделать работу психотерапевта более точной, ориентированной на нужды конкретного пациента, и в то же время – более творческой, благодаря расширению спектра применяемых приемов и подходов.

Также супервизия способствует осознанию супервизируемым наиболее сложных причин, которым он обязан своими трудностями и кризисами, возникающими в психотерапевтической ситуации. Речь идет о не разрешенных или не до конца разрешенных внутренних конфликтах – субъек-

тивных, личностных «слепых пятен» (перефразируя слова известного поэта: «лицом к лицу лица не увидать»). «Отказ» или неспособность «увидеть», о чем говорит психотерапевтический материал, объясняется нежеланием аналитика возвращаться к тем собственным бессознательным конфликтам, о которых ему смутно напоминает рассказ пациента. И, конечно, такое внутреннее сопротивление не может не мешать психотерапевтическим отношениям (McLaughlin, Johan, 1991).

Б.Грюнберже указывает на то, что отдельные детали поведения могут переходить от психоаналитика к пациенту, «от бессознательного к бессознательному, поскольку оба действующих лица не подозревают о них» (Грюнберже, 2005). На это же обстоятельство обращает внимание и К.Г.Юнг в своих «Тэвистокских лекциях». Нередко точка сходства может иметь парадоксальный характер, не подчиняясь никаким законам логики, или скрываться за ничтожной деталью, которую легко проглядеть. Бессознательная поддержка психотерапевтом сопротивления пациента – одна из причин отсутствия прогресса в психотерапии. Поэтому супервизором должен быть человек с большим клиническим опытом. В ряде случаев мы рекомендуем проводить дополнительную супервизорскую работу с проведением контрольных или балинтовских групп с целью обсуждения особенно трудных супервизионных случаев.

При этом необходимо помнить, что цель супервизии – совершенствование профессиональной деятельности, а не проработка внутриличностных конфликтов и, соответственно, работа должна оставаться в рамках обсуждения терапевтического процесса. При необходимости и повторяемости одних и тех же трудностей в работе супервизируемого аналитика ему может быть рекомендовано обращение за психотерапевтической помощью. Основным должен быть вопрос, понимает ли психотерапевт, что именно мотивировало его поступить тем или иным образом. При этом не стоит менять акценты супервизионной работы, направляя ее на динамические констелляции, связанные с личной историей психотерапевта. Вмешательство супервизора должно быть направлено только на препятствия, внутренние запреты, которые влияют на проведение психотерапии, или на их непосредственные предвестники. Соблюдение этого правила способствует сохранению здоровой рабочей атмосферы в психотерапевтическом коллективе.

Супервизия имеет большое значение в динамической психиатрии и психотерапии для проработки контрпереноса и сопротивления. Кроме того, она позволяет интегрировать различные психотерапевтические аспекты, касающиеся отдельных пациентов (Кабанов, Незнанов, 2003; Джейкобс с соавт., 1997).

Ввиду чрезвычайной многоликости контрольного материала, супервизия предъявляет к ведущему очень высокие требования, побуждая его к интуитивному применению знаний и опыта. Основное внимание с его стороны должно быть направлено на снижение тревоги супервизируемого и, посредством этого, на редукцию тревоги его пациентов, поскольку мобилизованный страх и чрезмерные защитные реакции против этого страха действуют в форме контрпереноса как «шоры», препятствуя пониманию бессознательного пациента. В фокус внимания при супервизии помещается уровень тревоги супервизируемого, а также возникающие вследствие тревоги технические сложности в процессе психотерапии. При проведении контрольной работы отслеживаются волны нарастания и снижения тревоги или защит. Прежде всего, необходимо установить рабочие супервизионные отношения, которые были бы свободны от страха самораскрытия. Для этого важно воспринимать супервизионный материал в его подлинной важности с точки зрения совместной исследовательской работы.

Не рекомендуется прямая конфронтация супервизируемого с его тревогами или, кажущимися подчас чрезмерными, эмоциональными реакциями, поскольку этим может быть вызвано гиперконформное поведение, что приводит к формализации процесса.

Для успешной супервизии обучающихся психотерапевтов необходима согласованная работа супервизора, и всего психотерапевтического института. Контрпереносные реакции при супервизии носят многоуровневый характер. Н.Аккерманн и М.Эмч пишут о переносных реакциях между пациентом и психотерапевтом, равно как и между супервизором и супервизируемым, между супервизором и другими опытными сотрудниками или супервизируемым и другими супервизорами и т.д. (*Ackermann, 1952; Emch, 1955*).

Особое значение в групповой супервизии приобретают исследования так называемых «*параллельных процессов*». Впервые их описал Г.Сирлз, строя концепцию «отражающего процесса», который впоследствии и был переименован, получив название «параллельного» (*Searles, 1955*). Понятие было введено для обозначения тенденции, равно присущей супервизору, психотерапевту и пациенту, становиться похожими друг на друга, или, в другой терминологии, воспроизводить взаимные интеракционные паттерны (*Уильямс, 2001*). Супервизионный процесс использует феномен отражения и, одновременно, групповую динамику. Феномен отражения был подробно раскрыт Р.Экстейном и Р.С.Валлерстейном, которые при тестировании молодых специалистов, кандидатов на обучение, случайно констатировали некоторые параллельные процессы, происходящие между ними и их пациентами (*Eckstein, Wallerstein, 1958*). Возникновение этого

феномена связано с тем, что оба участника психотерапевтического процесса пытаются соответствовать неким нереалистичным требованиям и, в конечном счете, начинают разделять совместные, перекрывающие друг друга «уязвимости» (*Sachs, Shapiro, 1976*).

Параллельные процессы часто являются признаком смещения и конфликта, приводя к застою в психотерапевтической работе. Говорят об определенной схожести супервизионной и психотерапевтической ситуации, что и обуславливает манифестацию параллельных процессов (*Gediman, Wolkenfeld, 1980*). И та, и другая деятельность направлены на оказание помощи, требуют вовлечения собственной личности, и в большой степени зависят от множественных идентификаций. При этом супервизор должен улавливать и проводить четкую дифференциацию между транзиторными идентификациями, которые выступают важным компонентом эмпатии, и идентификациями, основанными на общих для супервизора и супервизируемого, или для психотерапевта и пациента, тревоге и защитных механизмах. В этом свете особую ценность приобретает контрольная работа в психотерапевтической бригаде, где различные специалисты, принимающие участие в психотерапевтической работе, обеспечивают воспроизведение конфликта в условиях группы и конфронтацию с ним на «динамически активной сцене», что, как оказалось, наилучшим образом служит преодолению данного конфликта.

Таким образом, важная информация о пациенте может быть получена на основе бессознательных процессов отражения в условиях как взаимодействия в диаде «пациент-психотерапевт», так и анализа групповой динамики. Данным феноменом заинтересовался Г.Аммон и использовал его в качестве *особого принципа*, который следует иметь в виду не только при проведении индивидуальной супервизии, но и при анализе ситуации в лечебном учреждении (отделении) или психотерапевтическом коллективе (*Аммон, 1995*).

В этом более широком контексте под параллельными процессами имеется в виду одно из проявлений групповой динамики, при которой складываются взаимозависимые отношения между участниками процесса (пациентом/психотерапевтом/супервизором или группой психотерапевтов), и изменение состояния одной группы оказывает влияние на состояние другой даже при опосредованном взаимодействии.

Пациенты с преэдиальными нарушениями склонны индуцировать в своем социальном поле, к примеру, в лечебном коллективе, реинсценировку собственных интрапсихических конфликтов. Однако справедливо и обратное воздействие: разногласия, скрытые конфликты внутри лечебного коллектива могут существенно ухудшать динамику отдельных па-

циентов с ранними нарушениями. Иначе говоря, происходит реципрочное усиление бессознательных конфликтов в рамках функционирования этих двух систем.

Пациенты различным образом показывают себя при взаимодействии с отдельными членами психотерапевтической бригады. В условиях стационара каждый пациент стремится воспроизвести в психотерапевтической системе модель групподинамических отношений, унаследованную им из его семьи. Возникающие в психотерапевтическом поле мультилатеральные переносные реакции обуславливают воспроизведение патогенных ситуаций. Контрольная групповая работа в психотерапевтической бригаде, фокусирующейся на параллельных процессах в триаде «супервизор – психотерапевтическая бригада – пациент», создает возможность для лучшего понимания особенно сложных больных, а также расширяет потенциал психокоррекционной работы и последующей постепенной интернализации пациентом нового опыта. Группа позволяет разорвать образовавшийся «порочный круг», поскольку вся она целиком гораздо в меньшей степени поддается бессознательным манипуляциям пациента, чем психотерапевт, работающий с ним в одиночку.

Так как личность больного дезинтегрирована, его реакции строятся на использовании примитивных психологических защит, в первую очередь расщепления и проективной идентификации. В мышлении доминирует дихотомический стиль, который характеризуется поляризованной оценкой повседневных событий и сниженной способностью улавливать полутона. Нередко такие больные ищут одного человека для проявления негативных чувств и другого для проявления позитивных, любви и ненависти, по Ш.Руту (Рут, 2002). Это противоречие способно усиливать дальнейшее расщепление, провоцируя конфликты и раскол внутри психотерапевтической бригады. Если во время процесса супервизии (Булюбаши, 2003) или врачебной конференции (Кабанов, Незнанов, 2003) феномен параллельных процессов действительно учитывается, то жизненная ситуация пациента, его актуальная и ранняя групповая динамика могут получить значительно большую ясность. Члены супервизионной группы в таких случаях порой ощущают и испытывают на себе, какая динамика лежит в основе интрапсихического конфликта больного. Становятся понятны не только процессы разногласий, проекции, жизненные запреты, враждебные отношения, но и позитивные, креативные проявления внутренней жизни больного. Такая совместная работа персонала выполняет интегративную синтетическую роль, восполняя фрагментированное «Я» пациента.

Другой, не менее важный аспект супервизионной работы – точность в интерпретации протестных реакций больных. В первую очередь это отно-

сится к пограничным пациентам, которые, по словам Б.Грюнберже, нередко саботируют анализ с единственной целью – помешать аналитику его проводить, с тем чтобы легче было доказать его бесполезность (Грюнберже, 2005). За всем этим скрывается фантазм о немедленном головокружительном успехе в лечении, который в один прекрасный день придет без каких-либо усилий со стороны самого пациента и независимо от имеющейся системы официальных институтов. Задача супервизии – обстоятельно разобрать расстройства подобного рода, акцентируя тот факт, что провокации и чрезмерные нападки со стороны таких пациентов обусловлены сильнейшей потребностью удостовериться в том, что отцовская фигура, которую в данном случае олицетворяет психотерапевт, действительно реальны. Нередко подобный феномен воспроизводится во время супервизионного часа: чем интенсивнее супервизируемый отвергает интерпретации супервизора, тем больше он нуждается в его словах и ободрении.

Следует подчеркнуть важность общей интегративной работы индивидуального и группового психотерапевта. Если их сотрудничество успешно, достигается новый уровень внутриличностной интеграции больного, более того – тенденция к дихотомии, присущая его мышлению, преодолевается даже без личного участия самого пациента. В жизни чаще имеет место как раз обратное. На контрольной сессии при обсуждении клинического случая психотерапевты, непосредственно в нем участвующие, могут судить о пациенте противоречиво, игнорируя взаимные мнения и выводы, что можно понимать как воспроизведение, с одной стороны, особенностей коммуникации в первичной семье, с другой – внутриличностной дезинтеграции самого пациента. Групповые усилия, направленные на улучшение коммуникации между участниками психотерапевтического процесса, что связано с прояснением возникших между ними конфликтных, конкурентных отношений, – необходимая предпосылка прогресса в лечении. Другим примером может служить гиперопекающее поведение психотерапевтов по отношению к психотическим пациентам, при котором психотерапевт принимает на себя ответственность даже за незначительные решения, блокируя любую инициативу со стороны самого больного.

Иллюстрацией описанных выше феноменов может служить пример из практики работы высокосплоченной супервизионной группы с доброзелательным отношением участников друг к другу и открытым высказыванием своего мнения. Психотерапевта, представляющего случай, отличали повышенная ранимость, чувствительность к критике и перфекционистские черты характера. На обсуждение им была вынесена проблема застоя, который образовался в ходе работы с пациентом, мужчиной средних лет. Во время представления случая и первого обмена вопросами и

ответом на них проявился и стал очевидным факт отсутствия эмоциональных реакций со стороны пациента в ответ на психотерапевтические интервенции. При этом, по крайней мере некоторые из этих интервенций могли бы вызвать у пациента ряд жалоб. Групповая сессия закончилась в обстановке полуссоры и растерянности в отношении дальнейших действий, которые помогли бы психотерапевту в преодолении «слепого пятна», возникшего в его отношениях с пациентом.

Следующая встреча началась с формальной истории болезни пациента, которую психотерапевт решил привлечь в обоснование и доказательство правомерности своих действий (интервенций). Группа указала ему на защитный характер подобного поведения. Психотерапевт признал, что он, действительно, чувствовал критику со стороны группы, болезненно реагировал на нее и был слишком подавлен, чтобы ответить конструктивно. Было отмечено, что данная ситуация, развернувшаяся в супервизионной группе, по своему характеру весьма напоминает застойную ситуацию в ходе психотерапии и может служить ее отражением. Психотерапевт неохотно согласился с этой интерпретацией. Однако последовавшее за супервизией продолжение психотерапевтической работы, которое шло уже под влиянием супервизии, подтвердило правильность прозвучавших там предположений. Пациент действительно испытывал злость по отношению к психотерапевту, но, ввиду сильной потребности в зависимости, не мог позволить себе высказать открыто критику. Таким образом, внимание к параллельным процессам привело к вмешательству в конфликт психотерапевта, конфликт пациента и к разрешению застоя в ходе психотерапевтического процесса.

Другой пример связан с ощущением застоя в работе, вызванного чувством усталости, внутренней опустошенности психотерапевта, преследующим его убеждением, что «все усилия остаются без ответа» – короче говоря, со всей той симптоматикой, которой обычно сопровождается так называемое «эмоциональное сгорание». Во время обсуждения случая в супервизорской группе, в то время как все участники проявляли живой интерес к его содержанию, супервизируемый занимал пассивную позицию, избегал зрительного контакта, монотонно, односложно отвечал на вопросы, часто вообще оставлял без ответа реплики в свой адрес. Как и в предыдущем примере, в ходе супервизорской группы имело место повторение психотерапевтической ситуации. После обсуждения страха перед живыми близкими отношениями, который, как оказалось, ощущал в себе супервизируемый, а также перед неожиданными ситуациями, способными возникнуть в процессе спонтанного диалога в процессе психотерапии, и, как и следовало ожидать, перед живой групповой атмосферой, в

которой протекала супервизия, психотерапевт «отпустил» тяжесть своего внутреннего недовольства. Поддержка, понимание, которые он встретил в группе, позволили разорвать замкнутый круг, где профессиональные сложности ведут к чувству внутренней опустошенности, а внутренняя опустошенность заставляет воспринимать текущую работу как профессиональную «рутину» и отторгать ее.

Важным аспектом супервизии является переживание значимых событий, происходящих в жизни стационара (или даже в жизни страны) и так или иначе влияющих на его эмоциональную атмосферу, таких как смена главврача, уход в декретный отпуск важного члена психотерапевтического коллектива, чрезвычайные происшествия вне стационара, цикличные события, имеющие символическое значение (праздники и т.п.). Их обсуждение и успешное переживание работниками клиники (уместно было бы сказать «контейнирование») способствуют редукции эмоционального напряжения среди пациентов и совладанию с имеющими место аффективными всплесками. В противном случае, по выражению С.Фулкса, «сам госпиталь как организация может заболеть, т.е. перестать выполнять свои задачи, и тогда сам он будет нуждаться в лечении» (цит. по: *Карвасарский, 2000*).

Особого внимания заслуживает работа с пациентами с пограничными личностными расстройствами (*Попов, Вид, 1997; Кернберг, 2000*). Таких больных отличает настойчивая требовательность к немедленному удовлетворению их потребностей, умение тонко манипулировать другими. Их внутрисемейная динамика часто характеризуется изменчивой, хаотической системой отношений, где отсутствуют четкие правила и границы, воспитание отличается крайней противоречивостью, родители находятся в скрытых конкурентных отношениях между собой. Это приводит к тому, что пациенты с самых ранних лет приобретают навыки манипуляции. Именно эти пациенты вызывают особенно сильные, противоречивые реакции со стороны профессионалов. В психотерапевтической бригаде по их поводу высказываются полярные взгляды, возникают интенсивные эмоциональные дискуссии, вплоть до нарушения этических и профессиональных границ. У некоторых психотерапевтов такие пациенты «индуцируют» выраженные позитивные чувства, которые обычно конгруэнтны с идеализированным отношением больного к своему психотерапевту. Последний начинает верить в свою «миссионерскую» роль, в то, что только он может спасти этого пациента. Между ним и больным создается «скрытый альянс», возникают «секреты», в которые посвящен только этот психотерапевт, что, по сути, повторяет патогенную семейную ситуацию и препятствует прогрессу лечения.

Когда отношения «психотерапевт-пациент» строятся по данному типу, специалист оказывается перед дилеммой, где сталкиваются сознание необходимости проводить лечение должным образом и тревога перед недовольством пациента и напором с его стороны, результатом чего может стать уход от конфронтации и стремлению удовлетворять запросы больного. В условиях супервизии эта ситуация обычно воспроизводится в гиперконформном поведении, соглашательстве с супервизором, что должно быть своевременно диагностировано. Другая крайность выступает, напротив, в стремлении наказать пациента по сути за его симптоматику, в холодном морализаторском отношении и, что совершенно неприемлемо, назначении неадекватно высоких доз лекарств, когда медикаменты используются в качестве «фармацевтической смирительной рубашки». Таковы причины, которые обязывают персонал, работающий с такими пациентами, к регулярной еженедельной супервизии.

Весьма специфические контрпереносные реакции, нуждающиеся в супервизионной коррекции, возникают у психотерапевтов при работе с пациентами с обсессивной и параноидной личностной организацией (Мак-Вильямс, 1998). В переносе таких пациентов преобладают недоверие и провоцирующая враждебность по отношению к психотерапевту. Следствием является контрперенос в виде ощущения собственной бесполезности, ничемности, недостаточной образованности. Психотерапевт либо начинает сомневаться в своих профессиональных навыках и способностях (причем, чем больше угроза его самоуважению, тем меньше он способен понять бессознательные фантазии пациента), либо впадает в другую крайность, пытаясь «сразить» пациента блеском своих интерпретаций, забывая о том, что его саркастические замечания способны нанести урон слабому «я» пациента. Своевременное вмешательство супервизора призвано в этих случаях помочь психотерапевту понять нарушенную мотивационную систему пациента, толкающую его к негативной реакции на психотерапию, и тем самым снизить зеркальную тревогу супервизируемого.

Истерические и депрессивные пациенты, как правило, развивают в переносе зависимость по типу «цепляния», сопровождая свои действия «облазняющим» ухаживанием, цель которого – завоевание признания. В этой ненасыщаемой потребности в любви пациент нередко использует тактику кажущегося подчинения, и по мере того, как дистанция в терапевтических отношениях все более сокращается, терапевт начинает чувствовать себя под угрозой, ибо любые попытки ввести ее в нормальные рамки чревато опасностью очутиться в положении покинутого.

Таким образом, в плоскости супервизии происходит важная интегративная работа, как для пациента, так и для лечащего коллектива. Прояс-

нение разногласий, конфликтов, открытое вербальное выражение существующего напряжения в отношениях способствует ликвидации процессов сопротивления, осознанию контрпереноса, пониманию и ощущению чувства одиночества, беспомощности, переживаемого пациентами, проникновению в специфику их защит. Бессознательные процессы, став до конца осознанными, нейтрализуются. При этом, позитивный эффект супервизии распространяется не только на пациента и психотерапевта, но и на всю полипрофессиональную бригаду.

Согласно Д.Джейкобс (*Джейкобс с соавт.*, 1997) для того чтобы стать психодинамическим психотерапевтом, обучающийся должен в первую очередь ознакомиться с методами саморефлексии и практикой их применения. Работа с психотическими и пограничными пациентами, предполагая значительно большую, сравнительно с обычной, психологическую нагрузку на психотерапевта, помимо этого, предъявляет к его личностным качествам специфические требования. Едва ли не первое место среди этих требований занимает способность выступать для пациента в качестве переходного объекта (*Поум*, 2002). Подобного рода особенности лишь подчеркивают крайнюю степень необходимости для психотерапевта его участия в профессиональных группах.

Не случайно указанные формы работы (тренинги, балинтовские группы, супервизия), согласно последним приказам Министерства здравоохранения, являются не просто «желательными», но обязательными, и входят в образовательный стандарт специалиста (психотерапевта, психолога, социального работника), необходимый для получения сертификата.

В качестве примера системы супервизионной работы в рамках психотерапевтической практики сошлемся на то, как она организована в г. Оренбурге. В основу организации был положен многолетний опыт сотрудничества психотерапевтов Оренбургской области с Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М.Бехтерева – Федеральным Научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России и Российской психотерапевтической ассоциации (научный руководитель – Б.Д.Карвасарский). Подтверждением большой работы, которую проводят ведущие психотерапевты области не только в рамках какого-либо одного лечебного учреждения, но в масштабах всего региона, стал факт присвоения трем психотерапевтам Оренбургской области (С.М.Бабину, Т.А.Тевелевой и Т.В.Шуваловой) звания «Супервизор РПА».

В настоящее время в области постепенно формируется целостная современная система супервизии в психотерапии. Начиная с 2000г., служебным распоряжением главного психотерапевта области врачи-психо-

терапевты, клинические психологи, осуществляющие психокоррекционные мероприятия, и врачи-интерны обязаны в течение года проходить супервизию в объеме не менее 15 часов. Супервизия осуществляется в индивидуальном и преимущественно групповом варианте. Функционируют три супервизионные группы, ежемесячно объединяющие психотерапевтов и психологов различных лечебных учреждений (Бабин, Тевелева, Шувалова, 2003). Супервизионные группы работают под руководством сертифицированных супервизоров Российской психотерапевтической ассоциации, входящих в штат областного психотерапевтического центра Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2 (главный врач – В.П.Сировская). В условиях, когда психотерапевтическая помощь в массе своей финансируется из бюджета, супервизия для оренбургских специалистов, фактически, бесплатна. Это позволяет постепенно выработать у специалистов потребность в профессиональной поддержке и профессиональном росте, а по конечному результату – повысить уровень и качество психотерапевтической помощи в области.

ЛИТЕРАТУРА

- Аммон Г. Динамическая психиатрия. Пер. с нем. СПб.: Психоневрологический НИИ им. В.М.Бехтерева, 1995. – 200 с.
- Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г.Аммона: взаимодействие и интеграция / / Российский психиатрический журнал. 2004. № 3. С.59-63.
- Бабин С.М., Тевелева Т.А., Шувалова Т.В. Балинтовские группы и супервизия в последипломной подготовке специалиста // Здоровье-сберегающие технологии в образовании: научные труды I Всероссийской научно-практической конференции... Оренбург: РИК ГОУ ОГУ, 2003. С.273-276.
- Буллбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. М.: Ин-т Психотерапии, 2003. – 223 с.
- Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер. 2001. – 432 с.
- Винокуров 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., 1998. – 83 с.
- Грюнберже Б. Нарцисс и Эдип // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А.Жибо, А.В.Россохина. СПб.: Питер, 2005. С.85-98.
- Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Пер. с нем. СПб.: Психоневрологический НИИ им. В.М.Бехтерева, 1997. – 520 с.
- Джейкобс Д., Дэвид П., Мейер Д.Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа. Пер. с англ. СПб.: Б.С.К., 1997. – 235 с.
- Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. Пер. с англ. СПб., 1997. – 143 с.

- Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. Пер. с нем. М.: Класс. 2000. – 360 с.
- Кулаков С.А.* Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2002. – 236 с.
- Кулаков С.А.* Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для психопсихотерапевтов и супервизоров. СПб.: Вита, 2004. – 128 с.
- Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. Пер. с англ. М.: Класс, 1998. – 480 с.
- Методические приемы усовершенствования в области психотерапии (социально-психологический тренинг, тренинговые психотерапевтические группы, балинтовские группы) / Сост. Б.А.Бараш, Г.Л.Исурина, Б.Д.Карвасарский и др. СПб., 1992. – 17 с.
- Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М.Кабанова, Н.Г.Незнанова. СПб.: Институт им. В.М.Бехтерева, 2003. – 438 с.
- Попов Ю.В., Вид В.Д.* Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997. – 496 с.
- Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. СПб.: Питер Ком, 2000. – 1019 с.
- Роут Ш.* Психотерапия: Искусство постигать природу. Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2002. – 346 с.
- Уильямс Э.* Вы – супервизор: шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. Пер. с англ. М.: Класс, 2001. – 288 с.
- Хайманн П.* О контрпереносе // Эра контрпереноса: антология психоаналитических исследований (1949-1999гг.) / Под ред. И.Ю.Романова. М.: Академический Проект, 2005. – С.239-247.
- Ховкинс П., Шохет Р.* Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. Пер. с англ. СПб.: Речь, 2002. – 352 с.
- Ackermann N.* Selected Problems in Supervised Analysis. *Psychiatry*, XVI, 1952. – P.231-243.
- Eckstein R., Wallerstein R.S.* The Teaching and Learning of Psychotherapy. New York: Basic Books, Inc., 1958.
- Emch M.* The Social Context of Supervision // *Internat. J. of Psycho-Anal.* XXXVI, 1955. P.298-306.
- Gediman H.K., Wolkenfeld F.* The parallelism phenomenon in psychoanalysis and supervision: its reconsideration as a triadic system. *Psychoanal.*, 1980. – Q.49, p.234-255.
- McLaughlin J., Johan M.* Enactments in Psychoanalysis // *Journal of the American Psychoanalytic association*, 1991. P.826-840.
- Sachs D. M., Shapiro S. H.* On parallel processes in therapy and teaching *Psychoanal.*, 1976. Q.45, p.394-415.
- Searles H.F.* The informational value of the supervisor's emotional experience // *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Hogarth Press, 1955.