

## **Влияние супервизии на подготовку специалистов по позитивной психотерапии**

Кириллов И.О.

ООО «Планета Фитнес», 103009, Москва Б. Кисловский переулок, д. 9,  
факс. +7-095-9337110, e-mail: [psy@fitness.ru](mailto:psy@fitness.ru)

### **Аннотация**

В настоящем исследовании анализируется опыт и эффективность (влияние на практику психотерапии) супервизии специалистов по позитивной психотерапии с использованием пятиступенчатой техники супервизии (Braeuer H.G., 1997), адаптированного аналога пятиступенчатого метода позитивной психотерапии (Peseschian N., 1987). Эта техника базируется на концепции, согласно которой ключом к преодолению конфликта, составляющего содержание профессиональных трудностей психотерапевта, служит раскрытие нереализованных, но «имеющихся в наличии» («positum») актуальных способностей, установление динамического баланса модели реакций и развитие факторов эмоциональной зрелости.

### **Ключевые слова**

Позитивная психотерапия, супервизия, эффективность

### **Введение**

Супервизия – один из наиболее эффективных методов обучения психотерапии. В ней опытный «эксперт по межличностным отношениям» (McCormick B., 1999), помогает начинающему психотерапевту «систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и своё профессиональное поведение».

В основе затруднений в применении теоретических знаний на практике лежит внутренний конфликт психотерапевта, основанный на особенностях развития его эмоциональной зрелости (базовый конфликт) и проявленный в ситуации актуальным конфликтом (некомпетентность в терапевтической ситуации) Поэтому супервизия, наряду с обучением (в смысле передачи новых знаний и навыков), включает элемент психологического развития (коррекция внутреннего конфликта, связанного с затруднениями в профессиональной деятельности) специалистов, основанный на принципах и методике преподаваемого метода. Разделительная граница между этими двумя аспектами супервизии проходит по линии решаемых задач (анализ трудного случая, т.е. проблемы пациента, и коррекция подходов к его лечению – коррекция внутреннего конфликта психотерапевта), объектов взаимодействия (психотерапевт/пациент – супервизор/психотерапевт) и конечных результатов (повышение качества оказываемой им медицинской помощи – личностная интеграция психотерапевта).

Хотя супервизия и психотерапия являются параллельными категориями, они связаны между собой в единую систему формированием в обоих случаях положительного переноса (Dewald P. A., 1987), частью которого является бессознательная идентификация и подражание (Fleming J., Benedek T. F., 1983).

Таким образом, отношение супервизора к супервизируемому становится «активной моделью» взаимодействия, которое психотерапевт позже строит с пациентом, чтобы помочь ему установить аутентичные и эффективные отношения с самим собой и окружающим миром.

Основным содержанием моделирования является концепция позитивного образа человека: изначально доброго, обладающего потенциалом развития всех способностей. Усвоение этой концепции детерминирует изменения образа себя (Vogler P., 1972) через коррекцию 4 факторов, определяющих эмоциональную зрелость (вера в свои способности – «Я»; способность реагировать не на форму, а на содержание поведения партнёра (пациента) – «Ты»; открытость для различных мнений, принятие других социальных групп (транскультурный подход) – «Мы»; осознанность цели и смысла собственных действий и их результатов – «Пра-Мы»). Вследствие этого устанавливается динамический баланс модели реакций на конфликт и характера (актуальных способностей). В результате снижается уровень тревожности, открываются пути разрешения конфликтов и представляющих их симптомов.

В позитивной психотерапии супервизия определяется как «структурированный и детерминируемый конкретными случаями вид консультации, направленный на улучшение профессиональных навыков и психологическую проработку профессионального опыта, особенно в конфликтных и стрессовых ситуациях» (Бёсманн У., 2001).

Ожидаемым результатом супервизии является: 1) разрешение актуального конфликта терапевтической ситуации (психотерапевт/внутренний конфликт пациента) и эффективность терапии; 2) развитие факторов эмоциональной зрелости психотерапевта, позволяющее строить адекватные терапевтические отношения с пациентом.

## **Материалы и методы**

Для оценки действенности супервизии проведено исследование (1999 – 2002 г.г.) среди активно практикующих психотерапевтов, прошедших супервизию во время обучения методу позитивной психотерапии (N=30), и их пациентов (N=60). В качестве контрольной группы обследованы 30 пациентов, лечённых психотерапевтами, не проходившими супервизию.

Супервизия проводилась в группе и индивидуально. Терапия проводилась только индивидуально. Методика проведения супервизии, основанная на базовых постулатах и техниках позитивной психотерапии, была синтезирована с использованием имеющихся исследований (Бёсманн У., 2001; Braeuer H.G., 1997; Remmers A., 1997) и собственного опыта.

Случаи из практики представлялись в соответствии с «Перечнем вопросов к материалу, предоставляемому на супервизию» (Бёсманн У., 2001). Как и сам метод, супервизия в позитивной психотерапии предполагает прохождение пяти последовательных этапов (Peseschkian N., 1988; Braeuer H. G., 1997):

1. Наблюдение: психотерапевт рассказывает о случае психотерапии, получает поддержку и возможность за счёт обратной 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 актуальных способностей составляет содержание затруднений психотерапевта, выясняется базовый конфликт - источник сопутствующего аффекта (дифференциальный анализ). Такому же анализу подвергается и проблема пациента.

3. Ситуативное поощрение проявленных качеств закрепляет у супервизируемого уверенность в его способности справиться с ситуацией с помощью нового взгляда на неё, 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.

Для измерения эффективности (субъективный опыт изменений, снижение уровня тревожности, регресс симптомов) использовался Билефельдский вопросник клиентского опыта (Hoger D., 1993). Факторы, обеспечивающие эффективность, оценивались по Висбаденскому опроснику позитивной психотерапии и семейной терапии (WIPPF) (Peseschkian N., Deidenbach H., 1988) – баланс актуальных способностей, модель реакции на конфликт, оценка базовой ситуации; WIPPF mod – отношения с психотерапевтом, модель для подражания, изменение 4-х факторов эмоциональной зрелости и по Билефельдскому вопроснику клиентского опыта (Hoger D., 1993) – отношения с психотерапевтом.

Степень разрешения актуального конфликта терапевтической ситуации оценивалась данными об опыте изменений и снижении уровня тревоги у психотерапевтов и сравнении эффективности психотерапии в основной и контрольной группах пациентов.

Разрешение внутреннего конфликта психотерапевтов оценивалось данными, полученными в их группе, об эффективности и динамике в супервизии.

Статистическая обработка результатов производилась с использованием Microsoft Excel. Вычисляли среднее арифметическое значение числовых характеристик признаков и ошибку средней арифметической, или частоту проявления признаков. Статистическую достоверность различий результатов в первом случае определяли по t-критерию Стьюдента, во втором – по  $\chi^2$ .

Средний возраст психотерапевтов, обратившихся за супервизией составил  $36 \pm 1,64$  года. Большая часть из них (66,7%) имели базовое медицинское образование и работали врачами-психотерапевтами. Клинических психологов было – 33,3%.

Средний стаж занятия психотерапией составил в группе  $4,9 \pm 0,63$  (в т.ч. позитивной психотерапией –  $3,9 \pm 0,39$ ) года, при средней длительности профессионального образования  $6,0 \pm 0,75$  года. 86,7 % опрошенных считали позитивную психотерапию основным методом в своей практике.

Средняя продолжительность супервизии в группе составила  $10,7 \pm 2,09$  часа.

40% психотерапевтов мотивировали своё обращение за супервизией стремлением повысить профессиональное мастерство, 17% – необходимостью получения сертификата, 43% - обеими причинами.

По социальному статусу пациенты в основной (60 человек) и контрольной (30 человек) группах были весьма похожи. Так, средний возраст в основной группе –  $37,9 \pm 1,48$  лет, а в контрольной –  $37 \pm 1,52$  лет. В основной группе было 57% женщин и 43% мужчин, а в контрольной – 53% и 47%, соответственно. В обеих группах преобладали пациенты с высшим образованием (основная – 83%, контрольная – 77%).

Среди причин обращения к психотерапевту (первый диагноз по ICD-10) были (первая цифра – основная, вторая – контрольная группа): F 3. – Аффективные расстройства настроения (18,3%; 23,3%); F 4. – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (48,3%; 46,7%); F 51. – расстройства сна неорганической этиологии (5%; 6,7%); F 98.5 – заикание (3,3%; 0%); Z 56.6 – другое физическое и психическое напряжение в работе (синдром «эмоционального сгорания») (8%; 10%); Z 60.0 – проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни (10%; 6,7%); Z 63.0 – проблемы, связанные с взаимопониманием супругов или партнёров (7%; 6,7%).

Все пациенты в обеих группах лечились с помощью метода позитивной психотерапии. Пациентов основной группы лечили психотерапевты, прошедшие или проходящие супервизию, в то время как с пациентами контрольной группы работали психотерапевты, не прошедшие супервизии.

### **Осуждение результатов исследования**

Результаты опроса показали, что в группе психотерапевтов перед началом супервизии имелись следующие особенности личности:

1) переоценка одних и игнорирование других актуальных способностей и рассеивание оценок в широком диапазоне градаций;

2) ограничение отреагирования внутреннего конфликта через области «контакты», «фантазия/будущее», ведущее к его углублению и/или к нарушениям, связанным с «перегрузкой» доступных способов реагирования;

3) травматичные воспоминания о базовой ситуации (низкая оценка всех 4-х формирующих факторов базовой модели для подражания).

Таким образом, Актуальные сложности, возникающие в процессе профессиональной работы психотерапевта, являются репрезентацией его внутреннего конфликта (дисбаланс и неадекватность оценки развития своих первичных способностей). Эти нарушения основаны на травматичном опыте, полученном в базовой ситуации, и провоцируются актуальным конфликтом (дисбаланс и неадекватность оценки развития вторичных способностей и способов реакции на конфликт). Это актуализирует сомнения в собственной

компетентности, что проявляется симптомами тревожности в супервизии: чувство опасности, неуверенность, беспокойство, закрытость, физическое напряжение.

Характер развития актуальных способностей, факторов эмоциональной зрелости и оценки базовой ситуации, выявленных у пациентов, был сходным с таковыми у психотерапевтов. Различия касались дисбаланса модели реакции и заключались в том, что отклонения способов реагирования в группах пациентов распределялись более равномерно, чем среди психотерапевтов. У пациентов эти изменения приводят к конфликтам, психическим и соматическим расстройствам.

Согласно данным WIPPF mod и Белефельдского вопросника, психотерапевты, прошедшие курс супервизии, отмечали значительные положительные изменения в ходе супервизии отношений с супервизором (шкала 1 WIPPF mod, шкала 1 Белефельдского вопросника) и того, в какой степени отношения в супервизии были примером для супервизированного (шкала 2 WIPPF mod), что создавало условия для комфортного самочувствия и высокой степени самораскрытия (шкала 2 Белефельдского вопросника). Формирование доверительных и безопасных отношений, способствующих более полному самоисследованию и самораскрытию, в большинстве случаев происходило уже после первой сессии супервизии, и далее стабилизировалось и развивалось.

Критериями эффективности первого аспекта супервизии (коррекция внутреннего конфликта психотерапевта) служат:

1. рост показателей оценки супервизированными психотерапевтами эмоциональной зрелости с максимальной коррекцией в областях: «Я» – самооценка, что соответствует тезису R. Fox (1989) и S.S. Rubin (1989) о том, что в процессе супервизии психотерапевт должен «осознать свои границы и возможности» и, таким образом, обрести ясность профессиональной роли и свою идентичность с ней; «Ты» – способность к сотрудничеству и пониманию содержания симптомов и поведения, видению их позитивной интенции и построению пятиступенчатой терапевтической коммуникации с пациентом (Braeuer H.G., 1997), что является, по сути, основной педагогической задачей супервизии в позитивной психотерапии развивающей полноценное сочетание «аффективной чувствительности, когнитивного овладения/осознания (cognitive mastering) и поведенческого регулирования» (Karasu S., 1986);
2. переоценка и установление относительного баланса первичных и вторичных способностей;
3. уменьшение дисбаланса между отдельными областями реакции на конфликт.
4. умеренное (после первой сессии) и значительное (к окончанию курса) изменение отношения к своей профессиональной проблеме и прогресса в её разрешении (3 шкалы Белефельдского вопросника: опыт изменений, общая оценка и общая шкала).
5. значительное снижение факторов, характеризующих тревожность (шкала 4 – безопасность и уверенность; шкала 5 – ощущение успокоения; шкала 6 – физическое расслабление) психотерапевтов в ситуации супервизии уже после первой сессии с последующим снижением во время последующих сессий.

Так, благодаря коррекция базового конфликта психотерапевтов, их поведение в терапевтической ситуации становилось более осознанным (Harris A., Ragen T., 1993), они получали возможность адекватного отреагирования и вербализации контрпереноса, расширяя, арсенал своего терапевтического поведения (Braeuer H. G., 1997). Об этом свидетельствуют данные об эффективности второго аспекта супервизии (обогащение теоретических знаний и практических навыков их применения), полученные при сравнении группы пациентов, лечёных супервизированными психотерапевтами, с контрольной группой пациентов, лечённых психотерапевтами, не прошедшими супервизию. Психотерапевты, прошедшие супервизию:

а) более успешно ( $p < 0,05$ ) устанавливают доверительные отношения с пациентами и формируют у них положительный перенос в более сжатые сроки. Согласно 1-ым шкалам WIPPF mod и Белефельдского вопросника, изменения отношений с психотерапевтом характеризовались пациентами основной группы как «значительно положительные», а контрольной – «умеренно положительные», в Белефельдском вопроснике – лишь к концу терапии эта оценка достигала нижней границы «значительно положительных» значений. Согласно полученным результатам, психотерапевты, прошедшие супервизию, уже после первой сессии добивались такого уровня доверия пациентов (2-я шкала WIPPF) и их готовности использовать терапевтические отношения в качестве модели для самопомощи (2-я шкала Белефельдского вопросника), которое психотерапевты контрольной группы (не прошедшие супервизию) получали лишь к концу курса психотерапии.

б) достоверно значительно успешнее, чем их коллеги, не прошедшие супервизии корректируют факторы эмоциональной зрелости пациентов (рис1).

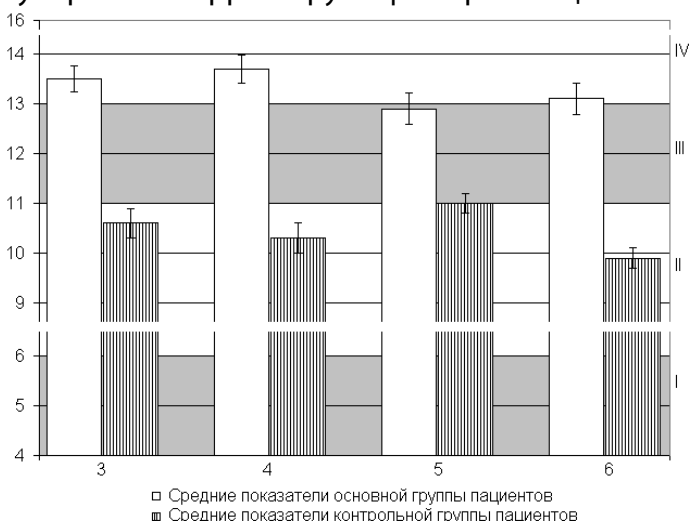


Рис. 1. Изменение четырех факторов базовой эмоциональной зрелости (баллы) в процессе курса психотерапии в основной и контрольной группах.

Шкала 3-я – изменение базовой уверенности; шкала 4-я – изменение способности к сотрудничеству; шкала 5-я – изменение способности к открытости; шкала 6-я – изменение способности осознавать смысл.

Зона I – отсутствие изменений; зона II – незначительные изменения; зона III – умеренные положительные изменения; зона IV – значительные положительные изменения.

в) добивались достоверно более значимой положительной оценки пациентами основной группы (по сравнению с контрольной) опыта изменений в ходе терапии (3 шкалы Белефельдского вопросника и 1 шкала WIPPF mod), и достоверно более значимого уже после первой сессии ослабления в основной группе симптомов тревожности (ощущение безопасности и уверенности, успокоения и физического расслабления) (рис. 2). В контрольной группе, удавалось добиться сопоставимых результатов только к концу психотерапии.

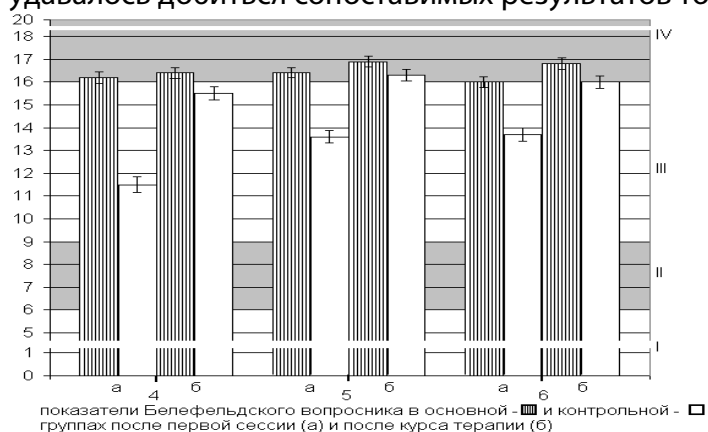


Рис. 3. Изменение средних показателей, характеризующих уровень тревожности (баллы) пациентов в процессе курса психотерапии, проведенной специалистами, прошедшими и не прошедшими супервизию.

Шкала 4-я – безопасность и уверенность; шкала 5-я – ощущение успокоения; шкала 6-я – физическое расслабление.

Зона I – негативные изменения; зона II – незначительные изменения (отсутствие изменений); зона III – умеренные положительные изменения; зона IV – значительные положительные изменения.

В основной группе пациентов была выявлена достоверно более значительная коррекция реакций через «тело» и «достижения». Однако, в этой группе до психотерапии наблюдался большой дисбаланс именно этих областей по сравнению с контрольной группой. Поэтому целесообразнее рассматривать эту разницу в контексте наблюдаемой в обеих группах внутригрупповой гармонизации соотношений между способами отреагирования конфликта.

Во всех исследованных группах под влиянием супервизии/психотерапии методом позитивной психотерапии происходило достоверное перемещение основной массы частот значений оценок первичных и вторичных способностей в зону оптимума. Это сопровождалось сужением диапазона распределения частот. Модальные градации также перемещались в зону оптимума. Амплитуда моды возрастала. Величина средних значений также перемещалась из зоны умеренных отклонений в зону оптимума, уменьшалась ошибка средних значений.

Не наблюдалось накопления частот распределения оценок первичных и вторичных актуальных способностей в правой части зоны оптимума (12 баллов). Вместо этого, выявлено уменьшение частотности данной градации. По-видимому, это связано с тем, что нарушение способностей проявляется в форме не только недостаточного развития, но и сверх актуализации способностей (например, чрезмерная пунктуальность, навязчивая чистоплотность и т.д.). Соответственно, позитивные изменения могут выражаться сдвигом в сторону как увеличения, так уменьшения величины признаков.

Наблюдалась существенная разница в степени коррекции актуальных способностей в основной и контрольной группах пациентов, однако разность количественного состава групп не позволяет утверждать достоверность выявленных различий. Кроме того, анализ усложняется тем, что изменения актуальных способностей весьма индивидуальны, что делает группы и изменения в них слишком разнородными. Ещё одно возможное объяснение отсутствия достоверного влияния супервизии на способность психотерапевтов модулировать изменение актуальных способностей состоит в том, что, эти факторы относятся к более поверхностному уровню организации личности и в большей степени модулируются за счёт технических возможностей самого метода, чем с помощью личностной зрелости психотерапевта и качества терапевтических отношений.

#### Список литературы

1. Бёсманн У. Супервизия// Позитум. – 2001. - №1 – С. 56-60.
2. Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр) – Женева, Москва: Медицина, 1998. – 302 с.
3. Braeuer H. G. Therapeutic Models in Positive Psychotherapy// First World Conference of Positive Psychotherapy: St. Petersburg, May 1997 – Wiesbaden, Germany, 1997. – P. 178-185.
4. Critchley, S. The ethics of deconstruction: Derrida & Levinas. - Oxford, England: Blackwell. - 1992.
5. Dewald, P.A. Learning Process in Psychoanalytic Supervision: Complexities and Challenges. Madison, Conn.: International Universities Press. - 1987.
6. Fleming, J., & Benedek, T.F. Psychoanalytic supervision: A Method of Clinical Training. (Classics in psychoanalysis; monograph no. 1. Reprint). - New York: International Universities. - 1983.
7. Harris, A., and Ragen, T. Mutual Supervision, Countertransference and Self-Analysis: Critical Inquiries, Personal Visions, edited by J.W.Barron. - Hillsdale, N.J.: Analytic Press, 1993. – p.118.
8. Hoger, D. Entwicklung und Ueberpruefung des Bielefelder Klientenerfahrungsbogens (BIKEB). Unveroeffentlichter Forschungsbericht. Universitaet Bielefeld, 1993.
9. Langs, R. Reactions of supervisees (and supervisors) to new levels of psychoanalytic discovery and meaning// Contemporary Psychoanalysis. - 1989. - № 25(1) – P. 76-97.
10. McCormick B., Ed.D. Communication: The Social Matrix of Supervision of Psychotherapy (1994): Dissertation / Teachers College Columbia University. – Columbia, 1999. – p. 183.
11. Peseschkian, N. Positive Psychotherapy/ Theory and Practice of New Method. - Berlin – Heidelberg - New-York - London – Paris – Tokyo: Springer-Verlag, 1987. – p. 443.
12. Peseschkian, N., Deidenbach, H. Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychtherapie und Familientherapie (WIPPF). - Berlin Heidelberg New-York: Springer-Verlag, 1988.
13. Peseschkian, N. Positive Family Therapy. The Family as Therapist. – English edition/ New Delhi: Sterling Paperbacks, 1996. – p.337.
14. Remmers A. Five Capacities of the Psychotherapist// The First World Conference of Positive Psychotherapy: St. Petersburg, 15-19 May 1997 – Wiesbaden, Germany, 1997. – P. 211-214.