

РОССИЙСКИЙ психотерапевтический журнал

Рецензируемый научно-практический журнал



№ 1 (9)

2017

Главный редактор

Бабин С.М. (Санкт-Петербург)

Заместители главного редактора

Кулаков С.А. (Санкт-Петербург), Назыров Р.К. (Санкт-Петербург)

Подсадный С.А. (Санкт-Петербург)

Выпускающий редактор

Бабин С.М. (Санкт-Петербург)

Редакционная коллегия

Александров А.А. (Санкт-Петербург), Андрюшин В.В. (Санкт-Петербург),

Васильева А.В. (Санкт-Петербург), Еричев А.Н. (Санкт-Петербург),

Исаева Е.Р. (Санкт-Петербург), Исурина Г.Л. (Санкт-Петербург),

Замалиева С.А. (Санкт-Петербург), Ковпак Д.В. (Санкт-Петербург),

Кремлева О.В. (Екатеринбург), Ляшкова С.В. (Санкт-Петербург),

Полтораки С.В. (Санкт-Петербург), Соловьева С.Л. (Санкт-Петербург),

Третьяк Л.Л. (Санкт-Петербург), Урываев В.А. (Ярославль),

Федоров Я.О. (Санкт-Петербург), Хетрик С.В. (Санкт-Петербург),

Хмарук И.Н. (Ростов-на-Дону), Эйдмиллер Э.Г. (Санкт-Петербург)

Председатель редакционного совета

Чехлатый Е.И. (Санкт-Петербург)

Редакционный совет

Акименко М.А. (Санкт-Петербург), Александровский Ю.А. (Москва),

Аммон Мария (Мюнхен, Германия), Беккио Жан (Париж, Франция),

Букреева Н.Д. (Москва), Бурбиль Ильзе (Мюнхен, Германия),

Бурно М.Е. (Москва), Казаковцев Б.А. (Москва),

Караваева Т.А. (Санкт-Петербург), Кочюнас Римантас (Бирштонас, Литва),

Макаров В.В. (Москва), Менделевич В.Д. (Казань),

Пезешкиан Хамид (Висбаден, Германия), Решетников М.М. (Санкт-Петербург),

Ташлыков В.А. (Санкт-Петербург), Холмогорова А.Б. (Москва),

Цыцарев С.В. (Нью-Йорк, США), Шаболтас А.Б. (Санкт-Петербург),

Шкловский В.М. (Москва)

Адрес редакции:

193019, Санкт-Петербург,

ул. Бехтерева, д. 3

РОССИЙСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №1 2017 (9)

Рецензируемый научно-практический журнал

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

ОБРАЩЕНИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	5
СОБЫТИЯ В МИРЕ ПСИХОТЕРАПИИ: ОТЧЕТЫ. НОВОСТИ. АНОНСЫ	
20-летие РОО «Арт-терапевтическая ассоциация»	6
<i>Я.О. Федоров</i> Проект «Открытые супервизии ВЕИП-ЕКПП»: новейшая история питерского психоанализа	10
I Международная научно-практическая конференция «Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия», 18 ноября 2016 г., Санкт-Петербург	12
Резолюция VIII МЕЖДУНАРОДНОГО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО КОНГРЕССА «ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ – ГРАНИ ИССЛЕДУЕМОГО», 17–18 марта 2017 г., Санкт-Петербург, Российская Федерация	17
<i>К.А. Лемешко, И.В. Пудиков, Я.О. Федоров</i> Конференция «Психиатрия и психоанализ: клинические диалоги», 25 марта 2017 г., Санкт-Петербург	19
<i>С.Г. Иванов, С.Н. Пешков</i> 13-я ежегодная Ставропольская психоаналитическая конференция «ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРУШЕННОГО», 19–21 мая 2017 г., г. Ставрополь	21
Регулярный семинар «Феноменологическая практика и практика психотерапии», 15 июня 2017 г., Санкт-Петербург	25
IV научно-практическая конференция с международным участием «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии» и III Школа молодых психиатров Санкт-Петербурга, 16–17 июня 2017 г., Санкт-Петербург	27
<i>Д. Дмитриев</i> Открытие Ассоциации специалистов в области клинического гипноза	29
ТЕМА НОМЕРА: СУПЕРВИЗИЯ	
<i>Т.А. Караваева</i> Этические аспекты отношений врача и пациента в психотерапии как фокус супервизии	30
<i>С.А. Кулаков</i> Функции и возможности внеметодической супервизии	37
<i>Я.О. Федоров</i> Психоаналитическая супервизия в вопросах и ответах	41
<i>Я.О. Федоров</i> Демогруппа – приближение к психической реальности пациента	46
<i>Д.А. Федоряка</i> Модель супервизии в современной личностно-ориентированной психотерапии	54
<i>Т.Н. Иванова</i> Супервизорские диалоги	59
<i>Г.А. Нюхалов</i> Дискурсы современной супервизии – возможно ли преодоление хаоса?	63
<i>С.М. Бабин, А.В. Васильева</i> Динамический подход и феномен параллельных процессов в супервизии	67
ТЕХНИКИ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ	
<i>В.В. Зайцев</i> Арт-анализ и становление профессиональной рефлексии психотерапевта	74
<i>С.А. Замалиева</i> «Человек ноэтический» как базовый конструкт в учении Виктора Франкла	79
<i>Е.Г. Ильченко, Т.А. Караваева</i> Роль интегративных психотерапевтических подходов в лечении тревожных невротических расстройств	83
<i>Н.А. Кривдюк, Л.Л. Третьяк</i> Модификация техники работы с интроектами при проработке сепарационных переживаний в гештальт-подходе	87

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

<i>М.М. Решетников</i> О медицинской и психологической моделях психотерапии	92
<i>С.В. Ляшкова</i> О медицинской и психологической моделях психотерапии: дискуссия	94
<i>В.В. Дунаевский</i> «Объяснение» и «понимание» как взаимодополняющие принципы современной экзистенциальной психиатрии	96
Комментарий к статье В.В. Дунаевского С.М. Бабина.....	101
<i>А.М. Демьяненко</i> Почему у психотерапии в России нет будущего?	103

ИСТОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

<i>М.М. Решетников</i> Современный психоанализ: смена парадигмы развития	108
---	-----

ОБУЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Базовый курс Дазайн-анализа.....	114
----------------------------------	-----

КНИЖНОЕ ОБОЗРЕНИЕ

<i>С.В. Полторац</i> Издания в области супервизии	115
--	-----

ГАЗЕТА РПА

Заявление Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) в отношении гендерной идентичности.....	117
Основные мероприятия, проведенные Российской психотерапевтической ассоциацией с 8 февраля 2016 г. по март 2017 г.....	118
Новые документы РПА.....	121
Вступительное слово президента РПА С.М. Бабина	121
Положение о квалификационных (сертификационных) уровнях членов Российской психотерапевтической ассоциации (РПА)	122
Положение о супервизоре Российской психотерапевтической ассоциации	124
Анкета члена РПА	127
Анкета о профессиональном статусе члена РПА.....	128
Заявление в Супервизорский совет Российской психотерапевтической ассоциации.....	129
Требования к оформлению статей при направлении публикаций в Российский психотерапевтический журнал	130

ОБРАЩЕНИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Уважаемые коллеги!

Вашему вниманию представляется очередной номер Российского психотерапевтического журнала. Наша ассоциация продолжает реформироваться, и этот процесс затрагивает и журнал. Произошла, очевидно, закономерная смена главного редактора, существенно обновлены составы редакционной коллегии и редакционного совета. Надеюсь, что такие изменения позволят сделать журнал еще более интересным и востребованным. Вместе с тем мы хотим сохранить все те позитивные моменты, которые отличали издание. Этот номер впервые выходит в электронном виде, что, с одной стороны, делает его более доступным для читателей, но, с другой — отражает определенные финансовые трудности, стоящие перед ассоциацией.

Мы продолжаем традицию тематических номеров. Тема этого номера Российского психотерапевтического журнала — супервизия, один из краеугольных камней формирования и дальнейшего развития любого профессионала. Супервизорский процесс является одной из наиболее актуальных тем в современном российском психотерапевтическом сообществе, и наш журнал попытался осветить различные аспекты этой проблематики: супервизия в психоаналитической, психодинамической, экзистенциальной парадигмах, возможности внеметодической супервизии, этические аспекты взаимодействия врача и пациента в фокусе супервизии и др. Очередное книжное обозрение посвящено изданиям в области супервизии.

Мы продолжаем развивать и такие разделы журнала, как техники и методы психотерапии, история психотерапии, обучение психотерапии и, что очень важно, дискуссионный клуб, где специалисты могут обменяться мнениями по спорным и не имеющим однозначного решения вопросам.

Российский психотерапевтический журнал — официальный орган Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), поэтому в журнале большое внимание будет уделяться различным мероприятиям, организованным с участием РПА. В данном номере несколько из них непосредственно связано с супервизией, что еще раз подчеркивает то значение, которое наша ассоциация придает указанному аспекту работы. Я призываю коллег из региональных отделений РПА активно направлять информацию о своих мероприятиях для публикации на страницах журнала.

Электронный вариант позволяет сделать издание более ярким и насыщенным, представить больше фото- и видеоматериалов, иллюстрирующих статьи и информационные сообщения.

Продолжается процесс реформирования Российской психотерапевтической ассоциации, соответственно, раздел «Газета РПА» будет регулярно знакомить читателей с важными документами, принятыми нашей ассоциацией. В этом номере, помимо общего перечня мероприятий, организованных РПА, и протоколов заседаний Координационного совета, вашему вниманию представлены Положение о квалификационных (сертификационных) уровнях членов РПА и Положение о супервизоре РПА, — одни из основополагающих документов, призванные существенно изменить внутреннюю структуру членства в ассоциации и постепенно приблизить ее к существующим международным стандартам. Здесь также публикуется ранее уже размещенный на нашей странице в фейсбуке текст обращения РПА «по поводу». Этическая проблематика все чаще находится в центре дискуссий в профессиональном сообществе, и наша ассоциация не может игнорировать эти процессы.

Надеюсь, что очередной номер Российского психотерапевтического журнала будет интересен нашим читателям — российским психотерапевтам! Ждем ваших отзывов, мнений, возражений и вопросов, приглашаем к дискуссиям и сотрудничеству!

Группа в Facebook Российская психотерапевтическая ассоциация
<https://www.facebook.com/groups/1226812487344397/>

Группа в контакте: <https://vk.com/vkrapa>

*Искренне ваш,
президент Российской
психотерапевтической ассоциации,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой психотерапии
и сексологии
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Минздрава России
С.М. БАБИН*

СОБЫТИЯ В МИРЕ ПСИХОТЕРАПИИ ОТЧЕТЫ. НОВОСТИ. АНОНСЫ

20-ЛЕТИЕ
РОО «АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ»



А.И. Копытин

В текущем году исполняется 20 лет Арт-терапевтической ассоциации. Она была учреждена постановлением Учредительного собрания от 21 января 1997 г., а 3 марта того же года состоялась ее государственная регистрация. С самого начала своего создания ассоциация явилась одним из инструментов реализации профессиональной политики арт-терапевтического сообщества Российской Федерации. Это связано со следующими направлениями ее деятельности:

- популяризация возможностей арт-терапии в качестве эффективного инструмента лечения и реабилитации при разных психических и физических заболеваниях и психосоциальных ограничениях, а также в целях их профилактики и развития человеческого потенциала,
- внедрение, научно-методическое обеспечение и мониторинг (супервизия) деятельности специалистов,
- развитие квалифицированных арт-терапевтических услуг,
- создание системы подготовки арт-терапевтических кадров,
- формирование доказательной базы арт-терапии, основанной на проведении научных исследований,
- объединение арт-терапевтического сообщества.

Популяризация возможностей арт-терапии происходила путем публикации соответствующих материалов в СМИ, рассылки информации в различные учреждения и ведомства, публичных выступлений, в том числе в рамках различных конференций и симпозиумов, мероприятий здоровьесберегающей направленности, проводимых ассоциацией как самостоятельно, так и вместе с другими государственными и общественными организациями (такими, например, как Общероссийская профессиональная психотерапев-

тическая лига, Российская академия художеств, Портал психологических услуг). Приоритетным при реализации этих задач являлось информирование об основном содержании арт-терапии, о ее отличиях от других направлений психотерапии, лечебной и образовательной практики, задачах и условиях ее применения, кадровом обеспечении, об этико-правовой ответственности специалистов, применяющих ее методы.

Внедрение, научно-методическое обеспечение и мониторинг деятельности специалистов осуществлялись в связи с развитием системы арт-терапевтических услуг путем научно-методической поддержки инициатив специалистов, разработки и апробации арт-терапевтических программ различной направленности, издания журнала «Исцеляющее искусство», подготовки, публикации и распространения специализированных методических пособий, сборников трудов и монографий по использованию методов арт-терапии с разными категориями клиентов.

Важное значение при этом имело решение такой задачи, как *разработка теории и методологии отечественной арт-терапии* на основе критического анализа идей и опыта зарубежной арт-терапии, использования и развития концепций отечественной психологии, психоневрологии, педагогики. Освоению и критическому осмыслению международного арт-терапевтического опыта способствовали десятки выездных программ, организованных ассоциацией, с целью посещения зарубежных конференций и центров арт-терапевтического образования и практики в таких странах, как США, Германия, Великобритания, Финляндия, Австрия, Турция, Израиль, Нидерланды.

Ярким примером такой деятельности может служить серия ежегодных выездных программ в США, организованных ассоциацией начиная с 2011 г. и предполагающих посещение международного саммита экспрессивных терапий, клиник,

школ, университетских центров в Нью-Йорке (см. отчет о посещении седьмого саммита, опубликованный в журнале «Исцеляющее искусство». Т. 19. № 4 и на сайте ассоциации www.rusata.ru).

Система подготовки арт-терапевтических кадров создавалась путем разработки, лицензирования и организации курсов и учебных программ по арт-терапии в рамках высшего и последипломного образования психологов, врачей, педагогов, социальных работников и иных специалистов, повышения их квалификации, проведения семинаров, конференций и симпозиумов по актуальным научно-практическим вопросам арт-терапии. Для решения этой задачи также осуществлялось распространение учебно-методической литературы, типовых программ арт-терапевтической подготовки.

Доказательная база арт-терапии формировалась на основе проведения и поддержки исследований, направленных на изучение природы и механизмов воздействия арт-терапии, ее лечебно-реабилитационных, профилактических и развивающих эффектов при разных условиях применения, при работе с разными группами клиентов, в том числе с людьми с психосоциальными ограничениями, а также со здоровыми людьми.

В настоящее время ассоциация включает около 400 членов, прежде всего таких специалистов, как психологи и психотерапевты, получившие дополнительное образование по арт-терапии и использующие ее методы в работе с детьми, подростками и взрослыми в образовательных, медицинских и образовательных учреждениях и в частной практике.

Несмотря на то что по своему юридическому статусу ассоциация является региональной общественной организацией, она занимается решением задач объединения и развития арт-терапевтического сообщества в разных регионах Российской Федерации. Это осуществляется в том числе благодаря проведению научно-практических конференций, форумов, образовательных программ и семинаров не только в Санкт-Петербурге, но и в разных регионах Российской Федерации, оказанию методической поддержки региональным арт-терапевтическим группам и организациям.

Примерами такой деятельности могут являться, например, проведение Первого Всероссийского форума «Арт-путь» в г. Грязи Липецкой области в июле 2016 г., планируемое проведение второго аналогичного форума в августе текущего года (см. отчет о проведении первого форума «Арт-путь», опубликованный в журнале «Исцеляющее искусство». Т. 19. № 3 и на сайте ассоциации).

Задача объединения специалистов в области арт-терапии, работающих в разных регионах РФ, также решается путем предоставления им соответствующей информации, проведения заочных и очных консультаций, распространения журнала «Исцеляющее искусство», реализации общей для

арт-терапевтического сообщества Российской Федерации единой общенациональной профессиональной политики, разработки и внедрения общих стандартов арт-терапевтической деятельности и образования.

За прошедший период сформировались следующие секции, связанные с разными специализированными формами и областями практического применения арт-терапии, активно развивающимися в нашей стране в последние годы:

1. Секция «Арт-терапия в лечении психических расстройств и аддикций». В фокусе внимания секции находятся методы арт-терапевтической помощи лицам с разными психическими расстройствами — психозами и пограничными состояниями, а также патологическими зависимостями (аддикциями): химическими (алкоголизм и наркомания) и нехимическими (интернет-зависимость, игровая зависимость и др.).

2. Секция «Детско-подростковая и семейная арт-терапия и арт-педагогика». В центре внимания секции находятся методы арт-терапевтической помощи детям, подросткам и семьям. Ею разрабатываются и исследуются здоровьесберегающие возможности арт-терапии в педиатрии и детской психиатрии, а также в разных образовательных учреждениях (массовые и специализированные школы, детские дома, дошкольные образовательные учреждения, учреждения дополнительного образования).

3. Секция «Арт-терапия в геронтологии и паллиативном уходе». Секция специализируется на создании, изучении и внедрении методов арт-терапевтической помощи пожилым и престарелым людям, имеющим специфические проблемы физического, психического и социального характера, а также умирающим больным и пациентам с инкурабельными состояниями (терминальные стадии онкологического заболевания, декомпенсированные состояния при патологиях сердечно-сосудистой системы и др.).

4. Секция «Экологически-ориентированная и ландшафтная арт-терапия». Секция занимается разработкой, изучением и внедрением экологически-ориентированных подходов в арт-терапии. Они используют саногенный потенциал, связанный с творческим взаимодействием с природной, а также социокультурной и техногенной средой. Одними из задач такой арт-терапии, помимо лечения и предупреждения различных нарушений психического и физического здоровья, нормализации развития и успешной адаптации, являются забота о благополучии природной среды и повышение уровня экологического сознания.

5. Секция «Кросс-культурная и социальная арт-терапия». Секция специализируется на сравнительных исследованиях, связанных с арт-терапевтической и художественной практикой в

различных социальных и культурных условиях, обращая особое внимание на патогенные и здоровьесберегающие факторы, связанные с жизнью местных сообществ (общин) и их культурными традициями, а также с социальной и политической организацией общества. Среди направлений работы секции — содействие диалогу культур, а также арт-терапевтическая помощь в условиях межкультурных (межэтнических и др.) конфликтов и при переживании трудностей межкультурной адаптации.

6. Секция «*Этико-правовые вопросы арт-терапии*». Секция занимается разработкой этических стандартов и профессиональных норм арт-терапии, урегулированием этических и правовых вопросов, связанных с арт-терапевтической деятельностью.

7. Секция «*Фототерапия/видеотерапия и фото-арт-терапия/видео-арт-терапия*». Секция специализируется на разработке, изучении и внедрении техник лечебно-реабилитационной, профилактической и развивающей направленности, связанных с фотографией и видеосъемкой, как с восприятием фото- и видеоматериалов, так и с созданием клиентской собственной фото- и видеопродукции.

В настоящее время Арт-терапевтическая ассоциация продолжает оставаться ведущей отечественной общественной организацией, отстаивающей профессиональные позиции арт-терапии на основе достижений российской психологии, психоневрологии, педагогики, характерной для нашей страны социальной и культурной практики. Ассоциация обеспечивает самоопределение арт-терапии среди других направлений помогающей деятельности с применением искусства и творческой активности, развивающихся в России и в других странах. Несмотря на то что арт-терапия в нашей стране по-прежнему рассматривается как совокупность помогающих методов, основанных на занятиях изобразительным искусством, но не как самостоятельная профессия, необходимость ее дальнейшего оформления как особого вида деятельности и научно-практической дисциплины, требующего соответствующих компетенций и стандартов, очевидна.

В качестве важного условия дальнейшего успешного развития отечественной арт-терапии может рассматриваться создание магистерских программ арт-терапевтического образования, системы регулирования деятельности специалистов в области арт-терапии на основе разработки и внедрения процедур допуска к оказанию арт-терапевтических услуг. Решение этих и иных задач вряд ли возможно без активного участия РОО «Арт-терапевтическая ассоциация», ее сотрудничества с другими общенациональными саморегулируемыми организациями.

Поздравляем членов РОО «Арт-терапевтическая ассоциация», всех представителей арт-

терапевтического сообщества России с 20-летним юбилеем организации. Приглашаем всех, кто так или иначе приобщен к арт-терапии, является специалистом в этой области, равнодушен к перспективам ее развития в нашей стране, принять участие в планируемых в мае текущего года конференциях, организуемых ассоциацией вместе с партнерскими организациями, — конференции «Арт-терапия сегодня» в Санкт-Петербурге 6–7 мая и конференции «Арт-терапия в современном мире» в Москве 12–14 мая. Совместно мы сможем не только подвести итоги развития арт-терапии за 20-летний период и наметить планы на будущее, но и обменяться опытом и получить новые импульсы для дальнейшего профессионального и личностного развития.

Желающие могут присылать нам свои эссе, отражающие не только их участие в арт-терапевтических инициативах в своем учреждении, регионе, стране, мероприятиях, организованных ассоциацией, но и то, в чем им помогает (помогала) деятельность ассоциации. Для архива ассоциации также будут представлять интерес воспоминания тех, кто в течение многих лет является членом ассоциации и имел возможность наблюдать за ее развитием в 1990-е и 2000-е годы. Материалы можно направлять по адресу: alkopytin@rambler.ru

члены Совета РОО

«Арт-терапевтическая ассоциация»:
А.И. Копытин, Н.Р. Назарова, О.В. Богачев

Уважаемые коллеги!

С большим удовольствием хочу поздравить Российскую арт-терапевтическую ассоциацию со знаменательной датой — 20-летием со дня основания. Казалось бы, относительно небольшой срок — всего два десятка лет, но фактически этот период пришелся на время формирования нового Российского государства и новой российской психотерапии. За это время успели ярко вспыхнуть и так же быстро сторгеть многочисленные объединения в области психотерапии. Но именно Арт-терапевтическая ассоциация продолжает неуклонно и последовательно развиваться на протяжении всех этих лет. Многочисленные обучающие программы, научно-практические семинары и конференции как у нас в стране, так и за рубежом, журнал «Исцеляющее искусство», сайт ассоциации — вот только немногие успешные проекты, реализуемые ассоциацией.

Отличительной особенностью деятельности ассоциации является тот факт, что разработка теории и методологии отечественной арт-терапии ведется не изолированно от опыта мировой арт-терапии, но именно на основе изучения и адапта-

ции огромного накопленного опыта зарубежных специалистов и институтов. Это позволяет ассоциации оставаться в авангарде внедрения современных методов арт-терапии в деятельность российских психотерапевтов и психологов.

Ассоциация уделяет большое внимание созданию современной интегрированной в мировое пространство системы подготовки арт-терапевтических кадров, а также объединению отечественных специалистов в области арт-терапии.

Еще раз хочу от себя лично и от имени Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) поздравить членов Российской арт-

терапевтической ассоциации, а также ее председателя Александра Ивановича Копытина с 20-летним юбилеем Ассоциации и пожелать дальнейшего профессионального развития!

*президент Российской
психотерапевтической ассоциации,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой психотерапии*

*и сексологии
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Минздрава России
С.М. БАБИН*

ПРОЕКТ «ОТКРЫТЫЕ СУПЕРВИЗИИ ВЕИП-ЕКПП»: НОВЕЙШАЯ ИСТОРИЯ ПИТЕРСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА



Я.О. Федоров,

кандидат медицинских наук,
заведующий дневным стационаром № 1 СПб ГБУЗ ГПБ № 1 им. П.П. Кащенко,
супервизор РПА, супервизор ЕКПП,
директор Межрегионального центра современного психоанализа;
e-mail: orthodoc@mail.ru

Супервизии являются неотъемлемой составляющей профессионального психоаналитического тренинга. В рамках сертификации Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (ЕКПП) существует стандарт на минимальное количество супервизий. Так, на статус специалиста он составляет 150 сессий, для тренингового аналитика и супервизора — 300. Перед потенциальным супервизантом встает ряд задач: где найти супервизора, как понять, что он подходящий, насколько он будет доступен по времени и финансам. Эти задачи смог решить совместный проект Восточно-Европейского института психоанализа (ВЕИП) и ЕКПП, который получил название «Открытые супервизии» (ОСВ).

Идея создания проекта принадлежит Михаилу Михайловичу Решетникову, который посоветовал первому составу Правления Регионального Санкт-Петербургского отделения ЕКПП-Россия (РО СПб) под председательством Евгения Николаевича Белова создать проект доступных супервизий для членов ЕКПП. Ранее в ВЕИП уже существовал подобный проект, но он не стал стабильным явлением. Перед Правлением первого РО СПб стояла задача сделать психоаналитическую жизнь динамичной и полезной, поэтому формат открытых для всех супервизий показался перспективным. В состав первого Правления РО СПб входила часть коллектива дневного стационара № 1 СПб ГБУЗ ГПБ № 1 им. П.П. Кащенко: Белов Е.Н., Белова Е.Б., Шиканова Е.А. и Ваш покорный слуга Федоров Я.О. Нам, практикам, было очевидно, что доступные и регулярные проекты для клинически ориентированных коллег сообщества будут

востребованы. Уверенность придавали аналогичные формы в рамках отделения, по которым уже был накоплен значительный опыт. Это были различные форматы супервизий. Во-первых, Балинтовская группа, которая вот уже более 15 лет по вторникам регулярно помогает врачам и психологам амбулаторной службы ГПБ № 1 им. П.П. Кащенко преодолевать профессиональные трудности. Во-вторых, скайп-супервизии Харольда Штерна (США), длительное время проходившие по четвергам с 21.30 до 23.00. Отдельная благодарность администрации нашего учреждения, которая не побоялась оставлять психоаналитиков в ПНД в нерабочее время для регулярных консультаций с американцем! На тот период нас также по скайпу супервизировала Дебора Бершатских (США).

При подготовке проекта не было единого мнения о периодичности открытых супервизий, предлагалось их проводить раз или два в месяц. Но опыт проведения Балинговской группы в дневном стационаре говорил однозначно: «Если хотите, чтобы мероприятие “прижилось”, то его надо проводить регулярно в одном и том же месте, в одно и то же время с перерывом на летний период». Так было сделано и с ОСВ: это стала пятница с 19:30 до 21:00, обычно в третьей аудитории ВЕИП, с начала сентября по конец июня. В течение учебного года выпадали только государственные праздники и приезды иностранных коллег, если их открытые лекции случались по пятницам. Михаил Михайлович и администрация ВЕИП поддержали ОСВ финансово — гонораром для супервизоров из средств института. Информационную поддержку осуществляли сайт ЕКПП-Россия, а позже сайт РО СПб.

Первоначально проекту оказали содействие небольшое количество супервизоров, поэтому особый респект «старой гвардии» ВЕИП: Баранову Юрию Александровичу, Бердниковой Юлии Леонидовне, Волковой Ольге Анатольевне, Куликову Андрею Ивановичу, Машовец Марии Дмитриевне, Хренову Сергею Евгеньевичу. Отдельно хочется поблагодарить коллег из дневного стационара № 1 СПб ГБУЗ ГПНДС7: кроме перечисленных несколькими абзацами ранее, это Короба Елена Леонидовна и Чистяков Максим Сергеевич. На старте проекта было очень важно иметь стабильный состав супервизоров. Оказалось, что на «первый» семестр их меньше, чем свободных пятниц. Тогда мне, как ответственному, пришлось просить членов команды дневного стационара провести по две супервизии, и коллеги согласились. Уже ко «второму семестру» данной проблемы не было: желающих провести супервизию было больше, чем свободных дней!

На первых супервизиях сидели по 12–16 человек, причем половина из них — это супервизоры из нашей команды дневного стационара. Тогда мы решили, что если не получится развить проект, то, по крайней мере, мы сможем получить удовольствие от супервизий коллег, а после от простого человеческого общения в ресторане неподалеку. Уже тогда времени катастрофически не хватало, несмотря на то, что мы бок о бок работали по пять дней в неделю по 8–10 часов в сутки. Сейчас, когда я вижу переполненную аудиторию, слушателей, сидящих в проходах между рядами, то получаю огромные эмоциональные дивиденды от всего процесса ОСВ.

Ниже приводится «первая афиша» проекта:

ВНИМАНИЕ!

**Восточно-Европейский институт психоанализа
и Санкт-Петербургское отделение
ЕКПП-Россия объявляют
о продолжении проекта
«Открытые супервизии».**

**Ведущие супервизоры ЕКПП-Россия
в течение 2011–2012 учебного года на базе
ВЕИП будут проводить открытые и
бесплатные супервизии для слушателей,
выпускников ВЕИП,
членов ЕКПП-Россия и всех желающих.**

**Супервизии проводятся еженедельно
по пятницам с 19.30 до 21.00.**

**Возможна предварительная запись
у кураторов проекта.**

**Ближайшая супервизия
состоится 28 октября в 19.30
в аудитории № 3.**

Супервизор: Федоров Ян Олегович

Как ответственный за проект, я в течение первого года сидел на каждой супервизии. Это был прекрасный опыт. К сожалению, мы не часто находим время, чтобы понаблюдать за работой коллег. Мне пришлось это делать по обязанности, но с огромным удовольствием и большой пользой для своего профессионального роста.

По моему личному мнению, ОСВ «прижились» и снижали популярность благодаря тому, что в них были перенесены принципы нашей Балинтовской группы дневного стационара: регулярность, практическая направленность («полезность» для супервизанта) и доброжелательная атмосфера. Постепенно сформировался довольно постоянный «костяк» участников этого проекта, который может направить «не сориентировавшегося» супервизора в устоявшиеся рамки «корпоративной этики».

После смены Правления РО СПб в 2014 г. ОСВ стала курировать специалист ЕКПП, член Правления РО СПб Ларионова Татьяна Игоревна. Проект развивается, приходят новые люди — как супервизанты, так и супервизоры. И, конечно, мне как одному из «опекунов» ОСВ очень приятно, что «ребенок» передан в хорошие руки и прекрасно растет. Удаchi, коллеги, и новых полезных проектов!

I МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СЛУЧЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ»

18 ноября 2016 г., Санкт-Петербург
<http://sluchevskiechteniya.ru>

Организаторы конференции:

Российское общество психиатров



Российская психотерапевтическая ассоциация



Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева



Кафедра психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова



Альянс помогающих практик «ПроБоно»



Восточно-Европейская ассоциация экзистенциальной терапии



Развитие системы охраны психического здоровья на современном этапе, основанное на интеграции достижений науки, внедрении новых технологий, реформ в области организации медицинской помощи, способствует междисциплинарному сотрудничеству в сфере психиатрии и психотерапии и является приоритетным направлением. Сама концепция биопсихосоциальной модели психического расстройства вновь возвращает нас к идее рассмотрения человека как некоей целостности, находящейся в неразрывной связи с самим собой и окружением, бытием-в-мире. Возможно, именно философские основы этого понимания и видения позволят дополнить и расширить современный преимущественно декларативный и/или исключительно технологический подход к оказанию психиатрической помощи. Как писал К. Ясперс (1997), «когда объектом исследования становится человек во всей полноте “человеческого”, а не просто человек как биологический вид, психопатология обнаруживает свойство гуманитарной науки».

Сегодня вновь растет интерес практикующих врачей к феноменологии. Однако часто феноменологическим подходом в психиатрии нарекают описание всего лишь психического статуса или симптома (синдрома), путая его с естественнонаучным методом описания. Отголоски феноменологического подхода, потерявшие свой изначальный смысл, закрепились в качестве атрибутов диагностической технологии как традиции в отечественной школе в виде «здорового смысла», «богатого опыта», интуи-

ции, диагноза по первому впечатлению и т. п. Такие ключевые понятия феноменологии, как феноменологическая редукция, эпохе, рефлексивный анализ, остаются за рамками образования и в лучшем случае имеют лишь характер общей осведомленности. Возврат к классическим определениям феноменологии, как и освоение новых подходов, являются приоритетными задачами современной клинической психиатрии.

Философское рассмотрение психотерапии как области деятельности и непосредственное приложение философских понятий и идей к психотерапевтическому процессу характерны для экзистенциального направления психотерапии. А феноменологический метод является основой этого направления психотерапии. Востребованность экзистенциального подхода достаточно велика и весьма актуальна как среди пациентов, так и среди самих психотерапевтов и психологов. Однако сегодня подготовка российских специалистов в данном направлении психотерапии оставляет желать лучшего. Это четко можно проследить в сравнении с другими направлениями пси-



хотерапии (психоаналитической, когнитивно-поведенческой) или отдельными школами и методами (гештальт-терапия, арт-терапия и др.).

Основным вопросом конференции являлось рассмотрение исторической перспективы и современного состояния феноменологии и экзистенциальной психотерапии, в том числе с точки зрения междисциплинарного подхода. Мы планируем, что конференция станет регулярной площадкой для совместного обсуждения единого круга проблем, актуальных для психиатров, психотерапевтов, психологов, философов и иных специалистов как естественнонаучного, так и гуманитарного направления. Следующая II конференция «Случевские чтения» планируется на 2018 г.

Само название конференции отсылает нас, в первую очередь, к образу Софии Федоровны Случевской, известного Санкт-Петербургского психиатра, психотерапевта, организатора здравоохранения, кандидата медицинских наук, доцента кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. В последние годы жизни профессиональные интересы и дальнейшие планы Софии Федоровны были во многом сосредоточены именно на освоении и развитии феноменологического подхода и экзистенциальной психотерапии.

С.Ф. Случевская является представительницей известной династии отечественных психиатров. Она проделала огромную работу по сохранению научного наследия своих предков — отца Федора Измайловича и деда Измаила Федоровича Случевских. Научные конференции, переиздание работ, ставших уже библиографической редкостью, регулярные публикации в периодической печати позволяли знакомить современников с вкладом в отечественную науку и практику, в том числе в феноменологическую психиатрию, этих выдающихся представителей Санкт-Петербургской (Ленинградской) школы психиатрии. Мы надеемся, что наша конференция позволит объединить совместные усилия профессионального сообщества в деле сохранения лучших традиций отечественной психиатрии и психотерапии, а также послужит стимулом для их дальнейшего развития и совершенствования.

Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия» вошли в сборник работ под редакцией С.М. Бабина, изданный в Санкт-Петербурге в ноябре 2018 г.¹ Статьи, включенные в сборник, рассматривают с различных меж-

дисциплинарных позиций исторические аспекты и современный этап развития феноменологии и экзистенциальной психотерапии. Отличительной особенностью представленных работ является своеобразный диалог представителей как естественнонаучного, так и гуманитарного направления. В сборник вошли биографические очерки династии Случевских, несколько ранее не опубликованных статей Софии Федоровны Случевской, материалы известных отечественных и зарубежных специалистов.

Издание адресовано психиатрам, психотерапевтам, психологам, философам, представителям смежных социальных наук, студентам профильных вузов, всем, для кого актуальными являются проблемы развития феноменологического метода и экзистенциального направления психотерапии.

Благодаря Российской психотерапевтической ассоциации и лично А.Н. Еричеву есть возможность просмотра всех выступлений, прозвучавших на конференции.

Ссылка для просмотра всех докладов: <https://vimeo.com/album/4562065>.

Приветствие участникам конференции: <https://vimeo.com/215377884>.

Лиманкин Олег Васильевич

— доктор медицинских наук, главный врач Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кащенко, вице-президент Российского общества психиатров, главный внештатный психиатр Росздравнадзора по Северо-Западному федеральному округу РФ, доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

Кочюнас Римас

— доктор медицинских наук, профессор клинической психологии Вильнюсского университета (Литва), генеральный секретарь Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной психотерапии (ЕЕАЕТ/ВЕАЭТ), директор Института гуманистической и экзистенциальной психологии (НЕРІ) (Бирштонас, Литва), член Лондонского сообщества экзистенциального анализа, практикующий экзистенциальный психотерапевт, тренер, супервизор (Бирштонас, Литва).

Некрасов Василий Анатольевич
(<https://vimeo.com/214903236>)

«Род Случевских в истории психиатрии»

— ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Врач-психиатр Психиатрической больницы св. Николая Чудотворца (Санкт-Петербург).

¹ Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. С.М. Бабина. СПб.: ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2016. 272 с.



Точилев Владимир Антонович
(<https://vimeo.com/214185845>)

«Федор Измайлович Случевский – психопатолог»

– доктор медицинских наук, профессор, сотрудник научно-клинического и образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» Института высоких технологий медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» и Психиатрической больницы св. Николая Чудотворца (Санкт-Петербург).

Бабин Сергей Михайлович
(<https://vimeo.com/214907679>)

«Феноменологический подход в психотерапии»

– доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, президент Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), действительный член Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной терапии (ЕЕАЭТ/ВЕАЭТ), руководитель русскоязычной группы Международного общества психологических и социальных подходов к психозам (ISPS-ru) (Санкт-Петербург).



Зислин Иосиф Мейерович
(<https://vimeo.com/214911287>)

«К вопросу о бредовом нарративе в фило- и онтогенезе. Тезисы к проблеме»

– MD, психиатр, член Европейской психиатрической ассоциации, член Израильской психиатрической ассоциации и Израильской ассоциации биологической психиатрии (Иерусалим, Израиль).

Глухова Ирина
(<https://vimeo.com/214957316>)

«Людвиг Бинсвангер о возможности и фактичности психотерапевтического воздействия»

– психолог, магистр философии, преподаватель магистерской программы «Экзистенциальная психология» Европейского гуманитарного университета (ЕГУ) (Вильнюс, Литва), преподаватель Института гуманистической и экзистенциальной терапии (HEPI) (Бирштонас, Литва), действительный член Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной терапии (ЕЕАЭТ/ВЕАЭТ), член редколлегии журнала «Existentia». Автор многочисленных переводов по экзистенциальному анализу и Dasein-анализу (Мартин Хайдеггер, Эрнесто Спинелли, Эмми ван Дорзен, Кирк Шнайдер, Алиса Хольцхей-Кунц и др.) (Минск, Беларусь).





Казакова Ирина

(<https://vimeo.com/214958193>)

«Феноменология и дазайн-анализ: исправленные перспективы»

— психолог, кандидат психологических наук, член редколлегии международного журнала «HORIZON. Феноменологические исследования» (Санкт-Петербург. kairanatan@gmail.com).

Приветствие участникам конференции

(<https://vimeo.com/214959264>)

Петрова Наталия Николаевна

— доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», председатель Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга (Санкт-Петербург).

Шаболтас Алла Вадимовна

— кандидат психологических наук, декан факультета психологии ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», заведующая кафедрой психологии поведения и превенции поведенческих аномалий, председатель Этической комиссии Российского психологического общества, член Координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) (Санкт-Петербург).

Приветствие участникам конференции

(<https://vimeo.com/215842430>)

Каган Виктор Ефимович

— доктор медицинских наук (Россия), M.D., Ph.D., L.P. (USA), психиатр, психотерапевт, психолог, поэт, публицист, член Союза писателей Санкт-Петербурга (Берлин, Германия).

Васильева Анна Владимировна

(<https://vimeo.com/214960654>)

«Психотерапия — это освобождение от симптомов или путешествие в поисках идентичности»

— доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения погранич-



ных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», доцент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, руководитель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP), член Координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) (Санкт-Петербург).

Кулаков Сергей Александрович

(<https://vimeo.com/215086654>)

«Экзистенциальные аспекты реабилитации аддиктов»

— доктор медицинских наук, профессор, председатель совета супервизоров Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), заместитель директора по реабилитации Медицинской ассоциации «Центр Бехтерев» (Санкт-Петербург).

Борисов Сергей Валентинович

(<https://vimeo.com/215090620>)

«Философская практика и экзистенциальная психотерапия: точки соприкосновения»

— доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии и культурологии Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета (Челябинск).

Кондратова Наталия Александровна

(<https://vimeo.com/215088861>)

«Две парадигмы в одной голове: как согласовывать? (проблема интеграции разных типов научного знания в профессиональной деятельности психолога)»

— кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого (г. Великий Новгород).

Хижняк Елена

(<https://vimeo.com/215134394>)

«Взаимозависимость в терапевтических отношениях»

— клинический психолог, экзистенциальный психотерапевт, супервизор, Институт гуманистической и экзистенциальной терапии (HEPI) (Бирштонас, Литва), член правления Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной терапии (ЕЕАЕТ/ВЕАЭТ).

Пашковский Владимир Эдуардович
(<https://vimeo.com/215136687>)

«Психиатрическая лингвистика: концептуальная история»

— доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Санкт-Петербург).

Власова Ольга Александровна
(<https://vimeo.com/215084532>)

«Пути междисциплинарности: экзистенциально-феноменологическая традиция в психиатрии, психологии и психотерапии»

— доктор философских наук, профессор кафедры истории философии, Институт философии, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Катинич Кризо (Katinić Križo)
(<https://vimeo.com/215137557>)

«Экзистенциальная психотерапия в поле психонкологии»

— Prof., MD, PhD, Clinical Hospital Centre Sestre milosrdnice, Psychiatry Clinic (Загреб, Хорватия).

РЕЗОЛЮЦИЯ VIII МЕЖДУНАРОДНОГО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО КОНГРЕССА «ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ – ГРАНИ ИССЛЕДУЕМОГО»

17–18 марта 2017 г., Санкт-Петербург,

17–18 марта 2017 г. в Санкт-Петербурге состоялся VIII Международный конгресс под общей тематикой «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование – грани исследуемого».

Основные организаторы конгресса: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига и Российская психотерапевтическая ассоциация. В подготовке и проведении конгресса принимали участие: Восточно-Европейский институт психоанализа, Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов», Российская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Российской Федерации, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Общественная организация «Санкт-Петербургское психологическое общество», Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП).

В работе конгресса приняли участие более 500 специалистов – психотерапевтов, психиатров, консультирующих психологов из Российской Федерации и других стран. Основными мероприятиями конференции были пленарные и секционные заседания по разделам психотерапии, психиатрии, наркологии, тематические круглые столы, образовательные программы (мастер-классы), выстроенные с учетом основной тематики конгресса. Всего было проведено два пленарных и восемь секционных заседаний, три круглых стола и открытое заседание руководящих органов Национальной саморегулируемой организации – Ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов». Участниками данных мероприятий было сделано 188 докладов по научной и практической тематике, а также по наиболее актуальным организационным проблемам,

касающимся состояния психотерапевтической и психологической помощи населению РФ.

В частности, участники конгресса выразили обеспокоенность в связи со следующими крайне негативными и несвоевременными тенденциями, набирающими оборот в последние годы в сфере психотерапевтической и психологической помощи:

- существенное сокращение служб психотерапевтической помощи в государственном секторе здравоохранения;
- прогрессирующее уменьшение числа специалистов-психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, школьных психологов и социальных педагогов, действующих в государственном секторе здравоохранения, образования и социальной помощи;
- игнорирование личностно-психологических аспектов в формировании такого прогрессивного направления, как персонализированная медицина;
- отсутствие прогресса в области нормативного регулирования вопросов психотерапевтической и психологической помощи;
- слабое позиционирование сферы профессиональной психотерапии и консультирования в общем социально-гуманитарном информационном пространстве.

Вместе с тем были отмечены и очевидные достижения в сфере развития теории и практики профессиональной психотерапии и консультирования, например:

- детальная проработка предметной сферы профессиональной психотерапии и консультирования (системные исследования в сфере качества психического здоровья);
- разработка такого фундаментального – применительно к проблематике нормативного регулирования психотерапевтической, консультативной, иной психотехнологической деятельности – направления, как психохэтика;

- существенное продвижение в вопросах управления качеством оказываемой психотерапевтической и консультативно-психологической помощи;
- возобновление работы по разработке законопроекта «О психологической помощи населению в Российской Федерации»;
- старт практической реализации проекта по эффективному саморегулированию сферы профессиональной психотерапии и консультирования на национальном уровне;
- существенный рост объемов психотерапевтической и консультативной помощи, оказываемой населению РФ в негосударственном секторе.

Участники конгресса были единодушны в том, что преодоление всех имеющихся сложностей и негативных тенденций в государственном секторе служб психического здоровья, раскрытие потенциала самоорганизации в области управления качеством оказываемой психотерапевтической и консультативно-психологической помощи возможны лишь в условиях активного диалога и эффективного взаимодействия действующих в данной сфере юридических и физических лиц, структур и субъектов.

Участники конгресса считают необходимым выступить со специальным обращением к руководству Министерства здравоохранения, Министерства образования и науки Российской Федерации относительно недопустимости сокращения количества профильных специалистов, кабинетов и центров, а также объемов психотерапевтической и консультативно-психологической помощи, оказываемой в государственном секторе здравоохранения и образования.

Участники конгресса выразили поддержку усилиям инициативных экспертных групп, действующих в направлении эффективного нормативного регулирования, повышения качества психотерапевтической и психологической помощи, а также повышения социального рейтинга профессиональной психотерапии и консультирования среди населения РФ, научных, культурных, технократических и политических элит нашего государства.

Участники конгресса единодушно признают высокий уровень организации данного масштабного мероприятия, его несомненную пользу для профессионального сообщества и потенциальных пользователей профильных услуг и выражают надежду на регулярный характер подобных масштабных акций в г. Санкт-Петербурге.

КОНФЕРЕНЦИЯ «ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОАНАЛИЗ: КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАЛОГИ»

25 марта 2017 г., Санкт-Петербург

25 марта 2017 г. в Санкт-Петербурге прошла первая в России конференция психоаналитиков и психиатров «Психиатрия и психоанализ: клинические диалоги».

Наш опыт посещения психоаналитических и психиатрических конференций и семинаров свидетельствует о том, что эти профессиональные сообщества игнорируют друг друга. Между тем психоаналитическая традиция продолжает являть собой не только самую целостную, интеллектуально состоятельную картину психического аппарата, но, что наиболее значимо, клиническую дисциплину с подробно разработанной методологией исследования и терапии. Тем удивительнее, что отечественная психиатрия относится с пренебрежением к динамическим теориям психики, ограничиваясь описательным подходом в диагностике и психофармакотерапией в лечении. В то же время отечественные специалисты, декларирующие психоаналитический формат своей работы, представляют собой крайне разнородную, разобленную и аморфную массу. Они лишены не только единых методологических принципов, базисного образования, но и элементарных представлений о психической патологии, без которых невозможно понимание динамических механизмов ментальной жизни.

Таким образом, создание пространства для конструктивного диалога может взаимно обогатить как психиатрическую, так и психоаналитическую традицию. Именно это и стало целью организаторов конференции «Психиатрия и психоанализ: клинические диалоги».

Одна из задач конференции — формулирование актуальных для той и другой дисциплины тем. Наполненная аудитория и неподдельный интерес участников свидетельствовали о том, что эта задача выполнена. Другая задача — интеграция разнородного знания — была реализована в новаторском формате, в котором представлены альтернативные точки зрения докладчиков и последующее их обсуждение в аудитории. Выбранные темы и активный интерес, обилие вопросов и ценных комментариев демонстрируют, что дискуссия стала важным пунктом регламента конференции.

Конференция собрала более 100 участников из Санкт-Петербурга, Москвы, Новгорода, Пско-

ва и других городов. Отрадно, что в аудитории было немало психиатров, работающих в государственных учреждениях здравоохранения.

Столь большая аудитория приятно удивила организаторов, т. к. практически не было рекламы и изначально мероприятие планировалось как «конференция узкого круга единомышленников». Похоже, современный психоанализ, интегративный подход, основанный на эффективной модели, и идеи междисциплинарного сотрудничества востребованы и становятся популярными. Обсуждение тем велось в доброжелательной атмосфере сотрудничества и взаимопонимания.

В ходе конференции затрагивались такие темы, как «Работа горя», «Симбиоз», «Власть и ответственность». Были представлены следующие доклады:

Федоров Я.О., врач-психиатр, заведующий дневным стационаром № 1 СПб ГБУЗ ГПНДС7: «Роль травмы в развитии психоза с точки зрения психиатрии и психоанализа»;

Пудиков И.В., врач-психотерапевт ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»: «Работа горя — концепция *sine qua non*» и «Садистические аспекты власти психиатра и психоаналитика»;

Лемешко К.А., врач-психиатр ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»: «Проблема диадного симбиоза в амбулаторной психиатрии»;

Иванова А.А., врач-психотерапевт дневного стационара № 1 СПб ГБУЗ ГПНДС7: «Реабилитационные аспекты симбиоза специалиста с “трудным” пациентом»;

Белов Е.В., клинический психолог дневного стационара № 1 СПб ГБУЗ ГПНДС7: «Этические проблемы работы психоаналитика в психиатрии».

Конференция прошла при поддержке Межрегионального центра современного психоанализа (организатор и генеральный спонсор), Общества интегративного психоанализа (организатор), Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии и Российской психотерапевтической ассоциации (РПА). Конференцию посетил президент РПА профессор С.М. Бабин, который отметил высокий уровень проведенного мероприятия.

Следует, однако, указать и на недостатки организации: это, прежде всего, отсутствие печатных материалов, хотя бы в виде сборника тезисов, и недостаточное освещение мероприятия в профессиональных сообществах.

Успех конференции вдохновил организаторов продолжить начатый диалог с учетом как положительных, так и отрицательных моментов. К следующей конференции (которая должна пройти в Москве в октябре 2017 г.) планируется издать материалы как весенних, так и осенних диалогов.

Мы приглашаем коллег к участию в дискуссии и размещению своих материалов в предстоящем сборнике. Подробная информация о требованиях к публикациям представлена на сайтах: www.msipa.ru и www.mcsp35.ru.

С мнением участников конференции можно ознакомиться на сайтах:

http://msipa.ru/2017/04/03/sostoyalis_dialogi/

<http://mcsp35.ru/konferentsiya-psihiatriya-i-psihoanaliz-klinicheskie-dialogi-3/>

<http://ta-grup-pa.ru/konferencii/konferenciya-psihiatriya-i-psihoanaliz-klinicheskie-dialogi-otzyv.html>

Видеоматериалы с конференции доступны на каналах Московского общества интегративного психоанализа и Межрегионального центра современного психоанализа в youtube.

К.А. Лемешко, И.В. Пудиков, Я.О. Федоров

13-Я ЕЖЕГОДНАЯ СТАВРОПОЛЬСКАЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРУШЕННОГО»

19–21 мая 2017 г., г. Ставрополь

Сергей Геннадьевич Иванов,

кандидат Международной психоаналитической ассоциации (ИРА),
ассоциированный член СКПА, член ЮРПО,
член программного комитета конференции



Сергей Николаевич Пешков,

ассоциированный член Общества психоаналитической психотерапии,
ассоциированный член СКПА, руководитель СКПА,
сопредседатель программного комитета конференции



С 19 по 21 мая 2017 г. в г. Ставрополе состоялась 13-я ежегодная конференция Ставропольской краевой психоаналитической ассоциации (СКПА) и Южно-Российского психоаналитического общества членов и кандидатов ИРА. Эта конференция была организована в 2005 г. по инициативе руководства СКПА и стала одним из основных проектов ассоциации. Пять лет назад к организации конференции были подключены ресурсы Южно-Российского психоаналитического общества, что отразилось на характере подготовки и структуре мероприятия. СКПА стремится стать действительным членом ЕФПП, а ЮРПО претендует на статус study-group в соответствии со стандартами Международной психоаналитической ассоциации (ИРА), поэтому два дня конференции условно разделены на «психоаналитический» и «психотерапевтический». В этом году психоаналитическая линия конференции была представлена докладом Кристофа Валькера (Энтринген, Германия) — обучающего психоаналитика Немецкой психоаналитической ассоциации, МПА и заместителя директора Европейского психоаналитического института им. Хан Гроен-Праккен и содокладом Владислава Ермака (Ростов-на-Дону, Россия), члена ИРА, президен-

та ЮРПО. Психотерапевтическую ветку конференции представили Гила Офер (Тель-Авив, Израиль), обучающий психоаналитик и групп-аналитик, которая, в частности, является координатором восточно-европейских стран ЕФПП, и Сергей Пешков (Ставрополь, Россия), ассоциированный член ОПП, руководитель СКПА.

Участникам предложили поразмышлять над темой «Восстановление разрушенного». Человеческое высокомерие и человеческая слабость всегда были и будут источником разрушений в природе, в обществе, в процессе развития отдельной личности.





Тема конференции позволила задуматься над тем, что играет ключевую роль в восстановлении поврежденных ритмов личной и общественной жизни, что помогает человеку преодолевать последствия катастроф и травмирующего взаимодействия.

В некотором смысле вся творческая деятельность является репарацией, посредством которой разрешается терзающая каждого из нас амбивалентность по отношению к внешним и внутренним объектам. Творчество Франца Кафки стало темой семинара «Превращения Франца Кафки» (ведущие: А.М. Корюкин, М.Г. Подопригора). Семинар открыл конференцию и стал началом разговора о разрушении и восстановлении. Диалог психолога и филолога дал возможность участникам окунуться в глубины кафкианского понимания мира.

В пленарном докладе «Границы и нарушения: значение рамок для процесса восстановления» (докладчик — К. Валькер) на клиническом примере была продемонстрирована важность постоянного внимания к рамкам в психоаналитическом исследовании. Содоклад «Восстановление через трансгресс — переход по *Via Dolorosa*» В.В. Ермак обозначил возможность дискуссии в таком вопросе, как необходимость для пациента выхода за пределы привычных границ при достижении терапевтических целей.

Второй пленарный доклад, «Прощение и не-прощение в группах и обществе» (докладчик — Г. Офер), снова обратил наше внимание на тонкости прощения как процесса в отношениях, в том числе психотерапевтических. В содокладе

«Эдипальная составляющая процесса прощения» С.Н. Пешков рассмотрел прощение через призму эдипова комплекса как краеугольного камня психоаналитической теории.

Кроме дискуссионных групп, где участники могли обсудить доклады и содоклады, формат конференции предполагал параллельную работу в малых группах:

- Клинический семинар «*Возвращение в Фивы*». Ведущая: С.В. Абрамова (г. Краснодар, Россия). Участникам было предложено, опираясь на теоретический и клинический материал, поразмышлять об особенностях сексуального переноса и контрпереноса в работе с пациентами, которые в детстве оказались в ситуации приемной семьи.
- Семинар «*Разрушая терапевтические отношения: о работе с психотическим пациентом*». Ведущие: Д.В. Севрюгин, Е.А. Калинина (г. Ставрополь, Россия). Формирование терапевтического альянса с пациентом психотического уровня является сложной задачей с точки зрения трансферентных отношений. На семинаре обсуждался вклад, который вносит каждый участник процесса в разрушение и восстановление терапевтических отношений на примере клинического материала.
- Мастер-класс «*Контейнирование и эмоциональная трансформация травмы. Бионновский подход в терапии*». Ведущий: А.Г. Кошеленко (Екатеринбург, Россия). При работе с тяжелыми пациентами, по опыту





автора доклада, можно эффективно использовать технику, основанную на подходах У. Биона и учитывающую их особенности. Так, полезно своевременно реагировать изменениями в технике в зависимости от изменений в уровне функционирования психики клиента.

- Доклад с обсуждением «Психологическая нагрузка детского врача онколога/гематолога и пути ее снижения. Взгляд сквозь призму некоторых психоаналитических концепций. Проект психология для врачей». Ведущий: А.Р. Кудрявицкий (Москва, Россия). Идея проекта заключается в предоставлении врачам возможности бороться с проявлениями профессионального выгорания за счет получения навыков решения психологических проблем, с которыми они неизбежно сталкиваются.
- Доклад с обсуждением «Дом для супергероев. Применение психоаналитического понимания в работе с детьми с особенностями развития. Выводы и размышления». Ведущая: О.В. Татаренко (г. Ставрополь, Россия). Доклад был основан на обобщении опыта работы с детьми с особенностями развития в ГБОУ «Психологический центр» г. Михайловска. В частности, участники имели возможность сравнить психоаналитическую парадигму с другими парадигмами помощи детям с особенностями развития.
- Семинар «Большие группы». Ведущая: Г. Офер (Тель-Авив, Израиль). Все участники пятой трехлетней обучающей программы

СКПА по психоаналитической психотерапии «Базовый курс», для которых был представлен этот семинар, уже имеют опыт участия в больших группах. В первую очередь, это знаменитые большие группы фестиваля «Святые встречи». К тому же в организациях, где работают слушатели программы, регулярно проходят собрания сообщества, которые, с точки зрения Гилы Офер, являются одним из вариантов больших групп. Благодаря заинтересованности и собственным впечатлениям участников получился живой и содержательный разговор об этой интересной форме группового анализа.

Во время заключительной дискуссии (ведущие: Н.В. Моздор, С.Н. Пешков) были подведены итоги этих трех дней и обозначены предложения по теме следующей встречи в Ставрополе. Пршедшая конференция позволила лучше понять, благодаря чему формируется устойчивость к повседневным стрессам и экстремальным ситуациям, каковы роль и функция психоаналитика и психоаналитического терапевта в процессе восстановления.

Без ложной скромности можно сказать, что конференция год от года становится все солиднее и психоаналитичнее. Возможно, мы вносим свой скромный вклад в восстановление российского психоанализа, разрушенного в начале прошлого века. По отзывам участников, конференция стала пространством, занимающим важное место в профессиональном расписании коллег из Ставрополя, Краснодара, Ростова-на-Дону, Невинно-



мыска, Эссентуков и т. д. Все больше становится гостей из других городов России и мира. Дело не только в уровне докладов, но и в уровне обсуждения в дискуссионных группах, мастерских и в кулуарах. Это не только радует, но и заставляет задуматься о том, как продолжать повышать уровень психоаналитической культуры на отдельно взятой конференции. Участники предлагали интересные темы для следующей конференции, но, безусловно, по-настоящему интересной темой делают именно участники, поэтому ждем вас в Ставрополе в мае 2018 г.

Кроме основной программы, традиционно конференции предшествуют сателлитные мероприятия, где известные гости Ставрополя делятся опытом с местными специалистами.

19 мая в рамках трехлетней обучающей программы СКПА по психоаналитической психотерапии «Базовый курс» состоялся открытый клинический семинар, посвященный работе с обсессивно-компульсивными расстройствами. Провел семинар Кристоф Валькер (Энтринген, Германия) — PhD, клинический психолог, психотерапевт, психоаналитик, обучающий и супервизирующий психоаналитик Немецкой психоаналитической ассоциации, МПА, Немецкого общества психоанализа, психотерапии, психосоматики и глубинной психологии, бывший президент Немецкой психоаналитической ассоци-

ации, заместитель директора (индивидуальный тренинг) Европейского психоаналитического института им. Хан Гроен-Праккен. В работе семинара приняли участие ассоциированные члены СКПА и члены ЮРПО.

Александр Рафаилович Кудрявицкий (Москва, Россия) — клинический психолог, психолог Благотворительного фонда «Подари жизнь», кандидат Московского психоаналитического общества (ИРА, МПО) — провел для специалистов отделения детской онкологии и гематологии Краевой детской клинической больницы Ставропольского края семинар «Некоторые психологические аспекты в педиатрической клинике жизнеугрожающих заболеваний». Семинар был разработан в рамках проекта «Психология для врачей» и включал темы: детская больница глазами психолога: пациенты, родители, врачи, бессознательная коммуникация в клинике; манипуляции и конфликты в клинике; информирование пациентов и их семей: заболевание, лечение, подготовка к манипуляциям, плохой прогноз; Балинтовская группа. На семинар были приглашены психологи, сталкивающиеся в своей работе с жизнеугрожающими состояниями. Особенно интересным показался подход к информированию врачей о внутриспсихических и межличностных процессах с обращением к теориям У. Биона, М. Кляйн, Д. Винникотта и З. Фрейда.

РЕГУЛЯРНЫЙ СЕМИНАР «ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА И ПРАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ»¹

15 июня 2017 г., Санкт-Петербург

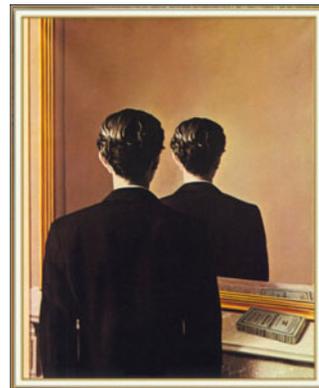
В последние годы феноменология привлекает все больше и больше представителей из самых разных отраслей (психологии, социологии, антропологии, психиатрии, психотерапии, социальной работы, педагогики и др.). Однако что означает «смотреть на мир глазами феноменолога»? Почему этот взгляд не дается сам собой, а требует от нас самотрансформации, требует осуществления некой практики видения? И что под таким видением следует понимать?

Феноменологический метод, как он был предложен Э. Гуссерлем и традиционно использовался в феноменологических исследованиях, рассматривался как способ интуитивного прояснения, рефлексивного анализа и всестороннего описания разного рода предметного содержания, представленного в сознании, позволяющий привести к ясности, строгости и адекватности используемые нами философские, научные понятия и положения. Феноменологический метод представляет собой попытку уделять феноменам более полное внимание, своеобразную попытку обогатить мир нашего опыта, показав некоторые из его ранее игнорировавшихся аспектов.

Известно, что одной из первых попыток использования феноменологического метода за пределами философии стало его применение для описания психопатологических феноменов. В таком виде этот метод применялся К. Ясперсом и его последователями, которые уделяли много времени интервью с пациентами, подробно расспрашивая об их состоянии. При этом под *феноменологическим описанием* понималось описание переживаний человека, а не интерпретации их с позиции той или иной теории или здравого смысла. Позднее в противовес *каузальному* подходу З. Фрейда, ориентированному на поиск скрытых причин поведения человека, экзистенциальная терапия настаивала на важности *дескриптивного* подхода, ориентированного на раскрытие способа протекания некоторого опыта.

Именно общая идея феноменологии как способа прояснения, обоснования и работы с чем-либо в опоре на самоочевидный опыт и привлекла внимание целого ряда известных психологов, психиатров и психотерапевтов XX в.

Мы предлагаем коллегам начать регулярный семинар, посвященный различным вопросам феноменологии и психотерапевтической практики. Наши встречи могут быть интересны для феноменологов, психотерапевтов, психологов, психиатров, философов, представителей смежных социальных наук, студентов профильных вузов, для всех тех, кому представляются актуальными проблемы развития феноменологического метода и феноменологически-ориентированной психотерапевтической практики.



На первом семинаре, который состоялся 15 июня 2017 г., мы обратились к нескольким базовым понятиям и проблемам феноменологии, беря на вооружение понимание феноменологии поздним Э. Гуссерлем как *Arbeitsphilosophie* — «рабочей философии», *открытого проекта* с бесконечным рядом задач. Что это значит? Это значит увидеть за шаблонным измерением мира новый тип, новый горизонт вопросов, прояснить «самопонятность» нашего повседневного опыта, сохранив вместе с тем все богатство такого опыта.

Наш диалог направляли следующие вопросы:

- Что значит исследовать что-то «феноменологически»?
- Феноменологическая установка сознания и «естественная» установка сознания: «двойная бухгалтерия».
- Феноменологическое понятие «опыта» и его отличие от «непосредственного» опыта естественной установки. «Само-собой-разумеющееся» естественного опыта как основная проблема феноменологии. Два случая.
- Почему опыт — это «морская болезнь на суше» (Кafka Ф. «Описание одной борьбы»)?
- «Загадка субъективности» в психотерапии и феноменологии.

¹ В оформлении использовалась работа Рене Магритта «Запрещенная репродукция».

- Феноменологический анализ переживаний. Феноменология и психотерапия как формы работы с переживаниями.
- Смысл и процедура феноменологической дескрипции. Возможно ли «чистое» описание? Граница между описанием и интерпретацией.

Первый семинар состоялся 15 июня 2017 г. на базе Восточно-Европейского института психоанализа (ВЕИП), Санкт-Петербург, П.С., Большой просп., 18, аудитория № 3. Время проведения: 18:00–22:00. В работе семинара приняли участие более 50 специалистов. Следующий семинар будет проходить в сентябре 2017 г.

Организаторы семинара:

- Российская психотерапевтическая ассоциация;
- Альянс помогающих практик «ПроБоно»;
- Восточно-Европейская ассоциация экзистенциальной терапии;
- Международный журнал «HORIZON. Феноменологические исследования» (<http://horizon.spb.ru>);
- Кафедра психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Ведут семинар:

- **Артёменко Наталья** — к. филос. н., доцент, СПбГУ, ЕУ, главный редактор журнала «HORIZON. Феноменологические исследования»;

— **Андрюшин Владислав** — психолог, генеральный директор Альянса помогающих практик «ПроБоно», главный редактор сайта hpsy.ru | экзистенциально-гуманистическая психология, член правления Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной терапии (ЕЕАЕТ), член Координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации (РПА);

— **Бабин Сергей** — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, президент Российской психотерапевтической ассоциации (РПА).

Участие бесплатное! Для участия требуется регистрация: следует отправить письмо на адрес av@appme.ru с указанием Ваших Ф. И. О., контактного телефона и e-mail. Контакты: вопросы и уточнения по тел.: (921) 574-12-43 или e-mail: sergbabin@inbox.ru (Сергей Михайлович Бабин).

Рекомендуемая литература для первого семинара (тексты можно получить при регистрации):

Вальденфельс Б. Феноменология опыта Эдмунда Гуссерля // Вальденфельс Б. Мотив чужого. Изд. ЕГУ, 1999. С. 141–162.

Кафка Ф. Описание одной борьбы. <http://www.kafka.ru/rasskasy/read/descfight>.

Гуссерль Э. Письмо аббату Эмилю Бодану (1934 г.) (пер. Г. Чернавина).

IV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ПСИХИАТРИИ» И III ШКОЛА МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

16–17 июня 2017 г., Санкт-Петербург

Одна из актуальных задач развития российской психотерапии — это ее интеграция в современную систему оказания психиатрической помощи. Примером плодотворного научно-практического сотрудничества в данной области в течение последних нескольких лет является совместная деятельность кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. П.П. Мечникова и Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кащенко. Это включает организацию образовательных мероприятий, конференций различного уровня, исследовательскую деятельность, подготовку научных публикаций.

Так, 16–17 июня 2017 г. в Санкт-Петербурге прошла уже IV научно-практическая конференция «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии» и III Школа молодых психиатров Санкт-Петербурга с участием специалистов стран Восточно-Европейского региона Всемирной психиатрической ассоциации (WPA), организаторами которых выступили кафедра психотерапии и сексологии Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербургская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко, Российское общество психиатров, Российская психотерапевтическая ассоциация, Всероссийское объединение центров психосоциальной реабилитации, русскоязычная группа Международного общества психологических и социальных подходов к психозам (ISPS RU), Европейская конфедерация психоаналитической психотерапии III Школа молодых психиатров Санкт-Петербурга — Россия (ЕКПП — Россия).

В работе форума приняли участие 260 делегатов из различных регионов Российской Федерации (Москва, Санкт-Петербург, Ленинградская область, Нижний Новгород, Тула, Екатеринбург, Оренбург, Тверь, Липецк, Смоленск, Белгород, Рязань, Саратов, Чита, Новороссийск, Иваново) и 8 зарубежных стран (Израиль, Белоруссия, Украина, Казахстан, Эстония, Швеция, Перу, Азербайджан): ученые, врачи-психиатры и психотерапевты, медицинские психологи, специалисты по социальной работе, представители общественных организаций — пользователей психиатрической

помощи и общественного сектора психиатрии, некоммерческих ассоциаций. Работа конференции проходила в Санкт-Петербургской психиатрической больнице № 1 им. П.П. Кащенко.

На конференции обсуждались вопросы, связанные с использованием в практике психиатрических учреждений современных методов психотерапии, психосоциального лечения и реабилитации, лечения когнитивных расстройств, результаты нейрокогнитивных исследований, проблемы клинической психологии, современные стратегии фармакотерапии в рамках биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи, вопросы феноменологии в психиатрии и психотерапии. Отдельный симпозиум был отведен для обсуждения работ молодых специалистов: ученые и врачи учреждений практического здравоохранения могли представить результаты своей исследовательской работы по различным проблемам психиатрии.

Второй день конференции был полностью отведен для мероприятий III Школы молодых





психиатров Санкт-Петербурга. Большой интерес участников вызвали семинар по транскультуральной психиатрии И.М. Зислина (Израиль), а также оригинальный и организованный впервые в практике научно-практических мероприятий «блок» из трех разборов (клинический, психоаналитический, клиничко-фармакологический), в котором приняла участие большая группа известных профессоров из Санкт-Петербурга и Москвы: психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, клинических фармакологов.

Второй год подряд Школа молодых психиатров Санкт-Петербурга объединяет психиатров России и стран Восточно-Европейской (10-й) зоны Всемирной психиатрической ассоциации и является практической реализацией политики

Российского общества психиатров, направленной на интеграцию специалистов в области охраны психического здоровья бывших республик Советского Союза. Следует отметить, что организаторы конгресса взяли на себя расходы по размещению, питанию и организации участия в мероприятиях форума участников Школы из других стран и российских регионов.

Оба дня форума завершались концертной программой, в которой принимали участие не только известные петербургские артисты, но и сами участники конференции.

Материалы конференции вошли в сборник научных трудов «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск IV» (под редакцией О.В. Лиманкина, С.М. Бабина), выход которого был приурочен к открытию конференции.

ОТКРЫТИЕ АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

Современное информационное поле при всем его многообразии чаще дезориентирует человека, нежели предлагает ему ясные ориентиры. Не исключением в этом потоке информации оказываются и специалисты в области психотерапевтической практики. Широко раскрыв объятия, на специалиста смотрят: множество методов психотерапии, несколько институтов в рамках одного подхода, конкурирующие профессиональные ассоциации, реклама сотен тренингов и семинаров, многообещающие заголовки книг и проч.

Особое место в этом бурлящем потоке занимает гипноз.

Гипносуггестивная психотерапия имела широкое распространение среди психиатров СССР; представления о гипнозе в своей основе формировались рефлексологической теорией академика И.П. Павлова.

Классическим трудом, своеобразной «библией» советского гипноза стала монография д. м. н. Платонова К.И. «Слово как физиологический и лечебный фактор», которая не переиздавалась с начала 60-х годов прошлого столетия.

С конца 80-х и особенно в 90-е годы XX в. интерес к советской школе гипносуггестивной психотерапии стремительно падает и переключается на западные методы, которые активно «завозятся» иностранными коллегами.

Гипноз все чаще стал ассоциироваться в профессиональных кругах с именем американского психиатра Милтона Эриксона. Обучение гипнозу всех желающих, не имеющих медицинского или психологического образования, привело к тому, что гипноз снова слился с мистикой, эзотерикой, астрологией, экстрасенсорикой и т. д.

Представители наиболее распространенных в стране методов психотерапии стали упоминать гипноз чаще с юмористическим оттенком, а на практикующих специалистов смотреть как на чудаков и маргиналов.

Группа энтузиастов, включающая исполнительного директора Российской психотерапевтической ассоциации, московских врачей-психотерапевтов и ряд региональных психологов и психотерапевтов, объединила усилия по исправлению ситуации и 23 марта 2017 г. зарегистрировала в Министерстве юстиции РФ Ассоциацию специалистов в области клинического гипноза (АСОКГ).

Ассоциация создана для объединения специалистов, применяющих клинический гипноз в медицинской или психологической практике, а также для выработки образовательных стандартов и формирования реестра практикующих специалистов. За короткое время получены договоренности с иностранными специалистами по ряду образовательных программ, которые проводятся на базе Учебного центра им. Н.П. Бехтеревой, а также организовано сотрудничество с крупнейшим экспертом в области гипнологии д. м. н. Тукаевым Р.Д.: с осени 2017 г. его обучающая программа также будет проводиться на базе учебного центра АСОКГ.

Специалисты ассоциации ориентируются как на заимствование лучшего из зарубежного опыта, так и на использование в практике наследия отечественных гипнологов.

Члены АСОКГ могут одновременно состоять и в других профессиональных сообществах, т. к. клинический гипноз, как повышающая эффективность психотерапии процедура, успешно встраивается в практику когнитивно-поведенческой, психодинамической и экзистенциально-гуманистической психотерапии.

*Денис Дмитриев,
психолог-консультант,
член Ассоциации когнитивно-поведенческой
психотерапии и Ассоциации специалистов
в области клинического гипноза*

ТЕМА НОМЕРА: СУПЕРВИЗИЯ

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ПСИХОТЕРАПИИ КАК ФОКУС СУПЕРВИЗИИ



Т.А. Каравалева
T.A. Karavaeva

доктор медицинских наук, руководитель, главный научный сотрудник отделения
лечения пограничных психических расстройств и психотерапии
Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева,
вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации;
e-mail: tania_kar@mail.ru

Статья посвящена этическим проблемам, возникающим в процессе проведения психотерапии. Подробно рассматриваются вопросы несоблюдения границ между психотерапевтом и пациентом, а также возможные последствия. В ходе супервизии необходимо выявлять и корректировать те нарушения взаимоотношений, которые препятствуют эффективному психотерапевтическому воздействию, нарушают этические, нравственные принципы оказания профессиональной медицинской помощи, негативно отражаются на эмоциональных переживаниях пациента и психотерапевта.

Ключевые слова: этика, психотерапия, супервизия, этические нормы, самофаскрытие.

The article is devoted to ethical issues arising in the process of conducting psychotherapy. Discusses in detail the issues of non-compliance of the boundaries between therapist and patient, and the possible consequences. During supervision, it is necessary to identify and correct those violations of relationships that prevent effective psychotherapeutic treatment, violate the ethical and moral principles for the provision professional medical care, negatively affect the emotional experiences of patient and therapist.

Keywords: ethics, psychotherapy, supervision, ethical norms, self-disclosure.

Практически всеми исследователями признается, что психотерапия как направление медицинской деятельности имеет свои индивидуальные особенности, определяющие во многом ее специфику, к которой в первую очередь можно отнести определяющую роль личности психотерапевта, необходимость высокого уровня доверия пациента к врачу, сочетающегося с вынужденным нарушением границ, внедрение в личные, интимные, часто болезненные переживания пациента, особенности личности пациента, трудности контроля за деятельностью психотерапевта и эффективностью методик и др. (Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д., 2009). С точки зрения Б.А. Казаковцева (1999), не только нормы, относящиеся к медицине в целом, но даже специализированные психиатрические нормы не могут в достаточной мере регулировать специфические процессы, возникающие при оказании психотерапевтической помощи.

О важности этических механизмов в регулировании отношений, возникающих при оказании медицинской помощи, говорят длительность изучения и значительное количество исследований, посвященных этой проблеме (Петров Н.Н., 1956; Кассирский И.А., 1970; Чеботарева Э.П., 1980; Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983; Петровский Б.В., 1988; Иванюшкин А.Я., 1990; Тихоненко В.А., Иванюшкин А.Я., Евтушенко В.Я., Покуленко Т.А., 1996; Покровский В.И., 1997; Сидуянова И.В., 1997; Рокицкий М.Р., 1998; Юдин Б.Г., Тищенко П.Д. и др., 1998; Лопухин Ю.М., 2003; Яровинский М.Я., 2003; Beauchamp T.L., Childress J.F., 1989).

По мнению Г.С. Пондоева (1961) и Н.А. Амосова (1968), основным регулятором отношений врача с пациентами являются в большей степени этические нормы. Авторы объясняют это тем, что законодательное регулирование в профессиональной части более формализовано, а врачебная этика предполагает значительную роль душевных качеств врача, его совести, эмпатии, нравственности, которые юридические законы не могут регулировать.

Практически всеми исследователями признается, что ни в одной другой области медицины этические проблемы не приобретают столь существенного значения, как в психотерапии, — и во время контакта с больным, и в процессе проведения лечения, и при достижении психотерапевтических результатов (Седова Н.Н., 2005). Это создает предпосылки для активного внедрения в профессиональную подготовку супервизии как инструмента, который может непосредственно выявлять и корректировать нарушения этических принципов в формировании отношений между психотерапевтом и пациентом.

Одними из важнейших этических проблем при оказании психотерапевтической помощи яв-

ляются опасность нарушения границ в отношениях с пациентами с целью получения личной, сексуальной, финансовой, академической или профессиональной выгоды, а также двойственные или множественные ролевые отношения. Некоторыми специалистами подчеркиваются трудности в получении эпидемиологических данных в этом вопросе в связи с тем, что о значительном количестве таких инцидентов и их последствиях обычно умалчивается (Borus D.S., Pope K.S., 1989; Sameer P. Sarkar, 2004).

Как одна из существенных проблем, возникающих при оказании психотерапевтической помощи, рядом авторов рассматривается эротизированный перенос и контрперенос (Gartrell N. et al., 1986; Quadrio C., 1992; Gabbard G.O., 1994). K.S. Pope (1991) подчеркивает, что и сегодня ни клятва Гиппократова, ни предписания Этического кодекса пока еще не способны регулировать такого рода проявления.

N. Gartrell с соавт. (1986), C. Quadrio (1992), G.O. Gabbard (1994) к наиболее серьезным нарушением границ по своим последствиям относят сексуальные взаимоотношения между психотерапевтом и пациентом. За последние несколько десятилетий увеличилось количество сообщений об имеющих место злоупотреблениях в психотерапевтической практике, выражающихся в действиях сексуального характера — от эротически окрашенных высказываний, прикосновений, объятий до интимной близости психотерапевта с пациентом. В то же время P. Sameer Sarkar (2004) подчеркивает, что такое внимание исследователей к нарушению сексуальных границ связано не с тем, что другие виды нарушений не причиняют вреда, просто они чаще всего были темой эмпирических исследований.

Показано, что, несмотря на запреты и вероятное причинение серьезного вреда пациентам, большое количество психотерапевтов все же вступает в сексуальные отношения. Процентные соотношения среди разных профессиональных групп (психиатры, психотерапевты, психологи) схожи, а процент сексуальных связей у терапевтов-мужчин всегда гораздо выше (Pope K.S., 1994). N. Gartrell с соавт. (1989) проводили исследование среди 5574 психиатров. Было обнаружено, что 7 % респондентов-мужчин и 3 % респондентов-женщин по крайней мере один раз имели сексуальный контакт с пациентом. Одна треть из этой группы имела сексуальные отношения более чем с одним пациентом. Распространенность таких случаев среди психотерапевтов-женщин также была ниже (Pope K.S., 1994). По данным G.O. Gabbard (1989), 13,7 % психотерапевтов-мужчин и 3,1 % психотерапевтов-женщин признают эротический контакт с пациентами, причем каждый третий из них сознается еще и в том, что имел подобный

контакт более чем с одним пациентом. Пациентки составляют большинство среди жертв таких злоупотреблений.

В отечественной психотерапии исследование А.И. Куликова (2004) показало, что известно о фактах нарушения сексуальных границ как самими пациентами, так и психотерапевтами. Часть пациентов считает сексуальные отношения в процессе психотерапии допустимыми. Все психотерапевты отрицают собственное выражение сексуальных чувств к пациентам через попытки физического контакта. Большинство считает, что сексуальные чувства пациентов к ним, как и их собственные чувства к пациентам, могут быть помехой для психотерапии. Большинству психотерапевтов известно о случаях нарушения сексуальных границ самими психотерапевтами. Однако при исследовании этически и технически было невозможно уточнить, указывают ли психотерапевты случаи собственных нарушений сексуальных границ в отношении пациентов, или ссылаются на литературные данные либо на слухи. При этом почти все психотерапевты (93,3 %), за исключением психотерапевтов-женщин в гештальт-терапии, декларируют недопустимость сексуальных отношений во время терапии, отмечая их проблемный и травматичный характер.

Исследования таких отношений в психоаналитической психотерапии указывают, что в каждом таком случае не соблюдаются две основополагающие установки психоаналитической психотерапии, а именно воздержание и нейтральность. Такое поведение, особенно при наличии патогенетических травматических факторов, может приводить к ретравматизации со всеми соответствующими вредными для пациента последствиями (Becker-Fischer M., 1995; Fischer G., Fischer-Becker M., 1997).

R.I. Simon (1995) утверждал, что серьезное нарушение границ, такое как непропорциональное сексуальное поведение, не происходит совершенно неожиданно, как единичное событие, а скорее является результатом многих незначительных нарушений, которые психотерапевт позволяет себе со временем. В своей работе он приводит последовательность поступков, приводящую к возникновению этических проблем: нарушение нейтралитета психотерапевта, переход на дружеское общение, увеличение времени взаимодействия, работа в неформальной обстановке, чрезмерное самораскрытие, телесный контакт и др.

Ряд специалистов считает, что для предотвращения нарушения сексуальных границ важны обучение, а также супервизия. По мнению J.L. Sonne, J. Holroyd, K. S. Pope (1993), эротические чувства к своим пациентам являются нормальной эмоциональной реакцией и важная часть обучения специалистов, работающих в сфере психического

здоровья, состоит в том, чтобы научиться соответствующим образом обращаться с подобного рода чувствами. Неправильная интерпретация переноса — это, вероятно, наиболее частая причина нарушения границ, и тренинг в данной области может быть наиболее полезным вмешательством, поэтому принципы переноса и контрпереноса должны быть частью любой учебной программы независимо от того, будут ли стажеры в дальнейшем заниматься психотерапией или нет (Sameer P. Sarkar, 2004).

В зарубежной и отечественной литературе вместе с проблемой нарушения границ во взаимодействии врача и пациента рассматриваются ситуации чрезмерного самораскрытия психотерапевта перед пациентом.

По мнению P. Sameer Sarkar (2004), чрезмерное самораскрытие можно считать незначительным фактом, но оно также является началом размывания границ между профессиональной идентичностью и идентичностью личности.

Терапевтическое самораскрытие традиционно рассматривалось как запретное и опасное (Gutheil T.B., Gabbard G.O., 1993; McHugh P.R., 1994; Walker R., Clark J.J., 1999). Самораскрытие можно описать как любое поведение (или вербализацию), которое раскрывает пациенту личную информацию о психотерапевте. Большая часть специалистов считает, что невозможно обеспечить полное отсутствие самораскрытия.

O. Renik (1996) утверждает, что проблема не в том, раскрывает ли себя психотерапевт, а в том, в соответствии с какими принципами он это делает. В рамках психоаналитической психотерапии используются элементы самораскрытия для вскрытия контрпереносных реакций с терапевтической целью (Tauber E., 1954; Packer H., 1968).

B. Pizer (1995) подразделяет самораскрытие на неизбежное, случайное или намеренное. С его точки зрения, неизбежное самораскрытие происходит в тех случаях, когда события реальной жизни психотерапевта, например, беременность, влияют на происходящее во время сеансов психотерапии. Непреднамеренное самораскрытие происходит в контексте диады «перенос — контрперенос» и включает в себя тон голоса и выражения эмпатии. B. Andersen, W. Anderson (1989), проводя факторный анализ, обнаружили, что намеренное самораскрытие может быть разделено на три типа: раскрытие информации о личности и переживаниях психотерапевта, раскрытие эмоциональных реакций и раскрытие профессиональных переживаний и идентичности.

T.G. Gutheil, G.O. Gabbard (1998) указывают на то, что проблемы терапевтических границ зачастую понимают неправильно и рассматривают их с точки зрения ригидных подходов. Отмечая нежелательность ригидности, авторы также

подчеркивают опасности, связанные с раскрытием такой информации, как личные проблемы, сны, фантазии и конкретные детали отпуска или рождения/смерти членов семьи психотерапевта. T.G. Gutheil, Gabbard (1998) уверены, что такое самораскрытие может «перегрузить» пациента и «поменять местами роли в диадических отношениях». G. Gabbard и C. Nadelson (1995) предупреждают о том, что хотя самораскрытие в некоторых случаях улучшает контакт между психотерапевтом и пациентом, однако, будучи чрезмерным и способствуя обмену ролями внутри диады, оно может привести к серьезным нарушениям границ, вплоть до вовлечения в сексуальные отношения.

По мнению L. Dixon, D. Adler, D. Braun с соавт. (2001), несколько видов психотерапии создают возможность для терапевтического самораскрытия, таких как 12-шаговые программы, поддерживающие группы, где самораскрытие и взаимная поддержка вносят существенный вклад в эффективность моделей взаимопомощи. Также при применении когнитивно-поведенческой терапии и формировании социальных навыков самораскрытие может использоваться для моделирования стратегии преодоления трудностей и метода решения проблем. Авторы подчеркивают, что врачи должны осознавать как эффективность, так и опасность, связанную с самораскрытием. Особенно справедливо это утверждение для врачей, практикующих в условиях групп само- и взаимопомощи, когнитивно-поведенческой терапии, психофармакологического лечения и поддерживающей психотерапии.

Часто обсуждаемой в литературе этической проблемой, возникающей при оказании психотерапевтической помощи, является проблема зависимости пациента от психотерапевта. H. Shepard (1979) отмечает, что эта проблема заостряется в условиях преимущественно оплачиваемой психотерапевтической помощи, поскольку тех, кто считает, что им нужна психотерапия, легче всего эксплуатировать: это слабые, неуверенные, одинокие, нервные люди, чье отчаяние порой настолько велико, что они готовы сделать и оплатить что угодно, лишь бы улучшить свое состояние.

С точки зрения R.B. Lower (1967), зависимость является наиболее частым осложнением участия в психотерапии и выражается в формировании у пациента особого отношения к врачу как к человеку, способному помочь в трудных жизненных ситуациях и уменьшить проявления болезни. При этом собственная активность пациента снижается, и он начинает рассматривать психотерапевтическое общение с врачом в качестве единственного способа борьбы с трудностями жизни и болезнью (Greenson R., 1967; Т. Байрам Карасу, 1998). В литературе широко описаны подобные

эффекты зависимости, возникающие чаще всего при проведении гипнотерапии (Рахманов В.М., 1991; Тукаев Р.Д., 2006), аналитической психотерапии (Урсано Р., Зонненберг С., 1992; Baruk H., 1965; Pepper R., 1991; Gagnier R., 1991), в связи с чем во многих руководствах выделяется специальный этап окончания аналитической терапии с целью преодоления зависимости. В исследованиях установлено, что возникновению зависимости у пациента от психотерапевта могут способствовать следующие факторы: недостаточная подготовка психотерапевта, неосознание им своей ответственности за формирование зависимого поведения, а также осознанное или неосознанное формирование у пациента подобного поведения с целью повышения своей профессиональной и личной самооценки и оценки в глазах коллег.

A. Harris, T. Ragen (1993) считают, что эффективным путем преодоления зависимости является, во-первых, осознание врачом своей ответственности за формирование зависимого поведения пациента, во-вторых, обсуждение причин зависимого поведения с пациентом, в-третьих, привлечение супервизора или, в крайнем случае, смена врача-психотерапевта.

Некоторыми авторами рассматривается и проблема зависимости самого врача от пациента (Szasz T.S., 1968; Heim E., 1981; Heigl-Evers A. et al., 1997). В процессе лечения психотерапевт может оказаться в определенной неосознанной зависимости от пациента, поскольку общение с ним может повышать его самооценку, способствовать самоутверждению. На практике это приводит к инфантилизации больного, затягиванию лечения, формированию в свою очередь зависимости больного от врача.

Кроме того, сам процесс психотерапии может быть источником дискомфорта для специалиста. Большое количество врачей-психотерапевтов старается выбирать для работы «симпатичных, приятных» пациентов, требующих не слишком больших усилий в силу незначительной тяжести своих нарушений (Heigl F.S., 1981, 1987; Zielke M., 1979).

К наиболее распространенным недостаткам терапевтической техники P. Furstenaу (1992), U. Sachsse (1996) относят неуважение к определенным границам толерантности пациентов, границам индивидуальной терпимости к страху, стыду, вине, близости и дистанции.

По мнению многих авторов, важная проблема, имеющая место при оказании психотерапевтической помощи, — конфиденциальность, обеспечивающая во многом столь необходимое в терапевтическом процессе доверие и самораскрытие пациента (Тихоненко В.А. и др., 1996; Силюянова И.В., 1998; Ягнюк К.В., 2000; Перехов А.Я., 2006; и др.). Хотя конфиденциальность зафиксирована во всех ко-

дексах медицинской этики, она нарушается практически повсеместно (Тихоненко В.А. и др., 1996). Желание пациента скрыть свое полное имя, место жительства и другие позволяющие идентифицировать пациента детали нередко противоречит юридическим требованиям.

Ряд этических проблем отмечается при возникновении описанных в литературе негативных эффектов психотерапии (Рахманов В.М., 1993; Ахмедова Т.И., Жидко М.Е., 2000; Heim E., 1981; Heigl-Evers A. et al., 1997). По мнению А. Анг (2001), несмотря на то, что реальность побочных эффектов психотерапии можно считать доказанной, в клинической практике они чаще всего игнорируются. Рассматривая побочные эффекты психотерапии с этической стороны, К. Buhler, Н. Haltenhof (1992) связывают их либо со злоупотреблениями психотерапевта по отношению к пациенту, либо со спецификой самого психотерапевтического процесса.

Некоторые авторы отмечают, что этические проблемы в психотерапии могут быть связаны не только со взаимодействием врача и пациента, но и с использованием определенных методов и технических приемов (Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Подсадный С.А., Чехлатый Е.И., 2001). С учетом современного этапа развития психотерапии следует признать противоречащим медицинской этике использование таких методик, которые хотя и дают временный эффект, но являются псевдонаучными по своей природе или по своему обоснованию.

В ряде исследований взаимоотношений психотерапевта и пациента, в том числе экспериментальных, зарубежные и отечественные авторы рассматривают различные аспекты этой проблемы: формы врачебного ролевого поведения, значение образа врача-психотерапевта, влияние личностных качеств, эмпатии и ценностных представлений врача-психотерапевта и пациента на эффективность психотерапевтической помощи (Кассирский И.А., 1970; Караванов Г.А., Коршунова В.А., 1974; Петленко В.П., Ташлыков В.А., 1984; Шапов И.А., 1989; Шулипенко И.М., 1990; Цветкова Л.А., 1994; Rogers C., 1951; Frank J.D., 1971; Aleksandrowicz J., 1972; Gurman A.S., Razin A.M., 1977; Tausch R., 1973; Frohburg I., Helm J., 1976).

Некоторые авторы, также полагая, что личностные черты психотерапевта существенно влияют на эффективность процесса лечения, выделяют такие характеристики, как концентрация на пациенте, внимательность к эмоциям пациента, открытость, восприимчивость взглядов, отличных от своих, гибкость, терпимость, свобода действия и объективность мышления (Lieberman M., 1973; Kratochvil S., 1976; Gurman A.S., Razin A.M., 1977).

С. Глэддинг (2002) среди личностных качеств эффективного психотерапевта называет зрелость,

способность к эмпатии и душевность, альтруизм, устойчивость к неудачам и фрустрации.

Р. Tausch (1973), J. Helm (1978) показали, что такие характеристики психотерапевта, как эмпатия, акцептация (безусловное принятие и теплота), самоконгруэнтность (естественность, согласованность чувств и их выражения), являются существенными условиями для конструктивных изменений личности пациента в процессе терапии. Не оказывали положительного влияния на врачебный контакт такие качества, как чрезмерная симпатия к пациенту, директивность, доминирование врача (Козина Н.В., 1998).

В.А. Ташлыков (1979) исследовал с помощью методики Т. Leari в модификации Г.С. Васильченко и Ю.А. Решетняк перцептивные характеристики групповых психотерапевтов. В образе «идеального группового психотерапевта», данного больными, преобладали черты 8-й октанты (симпатия, отзывчивость, оказание поддержки) и 1-й октанты (доминирование, руководство). Характеристики идеального группового психотерапевта и самооценки больных отражали первоначальную установку, поиск опеки и руководства в отношении психотерапевта.

Учитывая, что важное место во взаимоотношениях врача и больного, особенно в процессе психотерапии, занимает, по мнению многих авторов, феномен «идентификации», роль личностных качеств, этических представлений и ценностных ориентаций психотерапевта существенно повышается (Бажин Е.Ф., Цветков Г.Н., 1970; Ташлыков В.А., 1980). Врач становится в ходе психотерапии объектом, с которым больной стремится себя отождествить, идентифицировать. Больной может рассматривать своего лечащего врача как определенный идеал для себя, образец для подражания.

В ходе супервизии представляется возможным выявить и скорректировать те нарушения взаимоотношений, которые препятствуют эффективно-психотерапевтическому воздействию, нарушают этические, нравственные принципы оказания профессиональной медицинской помощи, негативно отражаются на эмоциональных переживаниях пациента и психотерапевта. Поэтому важность и обязательность прохождения супервизии для практикующего врача-психотерапевта абсолютно очевидны, что должно подтверждаться внесением соответствующих изменений в образовательные программы и поддерживаться профессиональными сообществами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов Т.И. Психотерапия в особых состояниях сознания (история, теория, практика) / Т.И. Ахмедов, М.Е. Жидко. М.: ООО «Издательство АСТ», 2000. 768 с.
2. Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского. М.: Медицина, 1997. 224 с.; Вып. 2. 1999. 246 с.

3. Введение в биоэтику: учеб. пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В. Коротких, И.В. Силуянов, П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдин; под общ. ред. Б.Г. Юдина и П. Тищенко. М.: Прогресс-Традиция, 1998. 384 с.
4. Глэддинг С. Психологическое консультирование. 4-е изд. / С. Глэддинг. СПб.: Питер, 2002. 736 с.
5. Завилянская Л.Н. О дистанции в отношениях врача и больного в психотерапевтическом процессе // Материалы IV Всесоюзного съезда общества психологов. Тбилиси, 1971. С. 858–859.
6. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине / А.Я. Иванюшкин. М., 1990. 222 с.
7. Казаковцев Б.А. Актуальные проблемы психиатрической помощи в России / Б.А. Казаковцев // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9, № 1. С. 82–84.
8. Караваева Т.А. Индивидуально-психологические, социальные и образовательные факторы, определяющие общую профессиональную стратегию врача-психотерапевта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Караваева; НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 2003. 18 с.
9. Караванов Г.Г. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга / Г.Г. Караванов, В.В. Коршунова. Львов: Львовский гос. ун-т, 1974. 84 с.
10. Карасу Б.Т. Этические аспекты психотерапии / Байрам Т. Карасу // Этика психиатрии / под ред. С. Блох, П. Чодофф. Киев, 1998. С. 107–129.
11. Клиническая психология 2-е изд. / под ред. М. Перре, У. Бауманна; пер. с нем.; под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2004. 1312 с.
12. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2008. 523 с.
13. Куликов А.И. Изучение сексуальных чувств пациентов и психотерапевтов в процессе психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Куликов; НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 2004. 25 с.
14. Морозов Г.В. Социальная и нравственная ответственность в современном мире / Г.В. Морозов, Г.И. Царгородцев, В.П. Петленко // Медицинская этика и деонтология. М.: Медицина, 1983. С. 9–44.
15. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии / Н.Н. Петров. Л.: Медгиз, 1956. 64 с.
16. Рахманов В.М. Осложнения психотерапии (гипнотерапии) и пути их устранения: методические рекомендации. М.: МЗ СССР, 1991. 24 с.
17. Риффель А.В. Роль врача в современном обществе / А.В. Риффель // Медицинское право. 2007. № 3. С. 23–24.
18. Седова Н.Н. Пациент как субъект защиты своих прав / Н.Н. Седова, Г.Ю. Бударин, С.В. Виноградова // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву, Москва, 13–15 апреля 2005 г. М., 2005. С. 363.
19. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы: учеб. пособие для мед. и фармацевт. вузов / И.В. Силуянова. М., 1997. 223 с.
20. Ташлыков В.А. Взаимоотношения врача и больного в психотерапии / Психотерапия: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2008. С. 131–162.
21. Тихоненко В.А. Основы профессиональной этики в психиатрии: принципы, нормы, механизмы / В.А. Тихоненко, Т.А. Покуленко // Этика практической психиатрии / под ред. В.А. Тихоненко. М., 1996. С. 30–46.
22. Тукаев Р.Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Р.Д. Тукаев. М.: МИА, 2006. 448 с.
23. Урсано Р. Психодинамическая терапия: Краткое руководство / Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар; пер. с нем. Л.Г. Герцика. М.: Изд. Рос. психоаналит. ассоц., 1992. 158 с.
24. Цветкова Л.А. Коммуникативная компетентность врачей педиатров: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Л.А. Цветкова; СПбГУ. СПб., 1994. 23 с.
25. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / В.А. Тихоненко, А.Я. Иванюшкин, В.Я. Евтушенко, Т.А. Покуленко. М.: ГНЦС и СП, 1996. 315 с.
26. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): учеб. пособие / М.Я. Яровинский. М.: Медицина, 2000. 252 с.
27. Aleksandrowicz J.W. Psychoterapia medyczna / J.W. Aleksandrowicz. Warszawa, 1994. 267 s.
28. Andersen B. Counselors' reports of their use of self-disclosure with clients / B. Andersen, W. Anderson // Journ. Clin. Psychology. 1989. Vol. 45. P. 302–308.
29. Becker-Fischer M. Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie / M. Becker-Fischer, G. Fischer // Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 1997. Bd. 107.
30. Boris D.S. Dual relationships between therapist and client: a national study of psychologists, psychiatrists, and social workers / D.S. Boris, K.S. Pope // Professional Psychology: Research and Practice. New York, 1989. P. 283–293.
31. Buhler K.E. Ethical aspects of psychotherapy / K.E. Buhler, H. Haltenhof // Z. Klin. Psychol. Psychopathol. Psychother. 1992. Vol. 40(4). P. 364–377.
32. Dixon L. New rules for new roles: therapist self-disclosure re-examined / L. Dixon, D. Adler, D. Braunet al. // Psychiatric Services. 2001. Vol. 52. P. 1489–1493.
33. Frank J.D. Therapeutic factors in psychotherapy / J.D. Frank // Amer. J. Psychotherapy. 1971. Vol. 25. P. 350–361.
34. Frohburg J. Wirkung und Messung der Selbsexplorations in psychoterapeutischen Gesprächen / J. Frohburg, J. Helm // Klinischpsychologischen Forschungen. Berlin, 1976. S. 126–141.
35. Fürstenau P. Progressionsorientierte psychoanalytisch systemische Therapie / P. Fürstenau // Zur Revision des Therapiekonzeptes der Psychoanalyse: Forum Psychoanal. 1992. Vol. 8. S. 17–31.
36. Gabbard G. Psychotherapists Who Transgress Sexual Boundaries with Patients / G. Gabbard // Bull. Menn. Clin. 1994. Vol. 58, N 1. P. 124–135.
37. Gabbard G. Professional boundaries in the physician-patient relationship / G. Gabbard, C. Nadelson // JAMA. 1995. Vol. 273. P. 1445–1449.
38. Gagnier R. Subjectivities: A History of Self Representation in Britain 1832–1920 / R. Gagnier. Oxford: Oxford University Press, 1991.
39. Gartrell N. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey / N. Gartrell, J. Herman, S. Olarte, et al. // Amer. J. Psychiatry. 1986. Vol. 143. P. 1126–1131.
40. Greenson R. The technique and practice of psychoanalysis / R. Greenson. New York: International Universities Press, 1967.
41. Gutheil T.B. The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions / T.B. Gutheil, G.O. Gabbard // Am. J. Psychiatry. 1993. Vol. 150. P. 188–196.
42. Gutheil T.G. Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings / T.B. Gutheil, G.O. Gabbard // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155. P. 409–414.
43. Harris A. Mutual Supervision, Countertransference and Self-Analysis / A. Harris, T. Ragen // Critical Inquiries, Personal Visions / ed. by J.W. Barron. Hillsdale. New York: Analytic Press, 1993. P. 118–125.
44. Kratochvil S. Psychoterapie / S. Kratochvil. Praha: Avicenum, 1976. 397 s.
45. Lieberman M. Encounter groups / M. Lieberman. New York, 1973.
46. Pepper R. The Senior Therapist's Grandiosity: Clinical and Ethical Consequences of Merging Multiple Roles / R. Pepper // J. of Contemporary Psychotherapy. 1991. Vol. 21 (1). P. 63–70.
47. Pizer B. When the analyst is ill: dimensions of self-disclosure / B. Pizer // Psychoanalytic Quarterly. 1995. Vol. 64. P. 466–495.
48. Pope K.S. Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide for psychologists / K.S. Pope & M.J. Vasquez. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc., 1991.
49. Quadrio C. Sex and gender and the impaired therapist / C. Quadrio // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1992. Vol. 26. P. 346–363.
50. Renik O. The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure / O. Renik // Psychoanalytic Quarterly. 1996. Vol. 65. P. 681–682.
51. Rogers C. Client-centered therapy / C. Rogers. Boston: Houghton, 1951.

52. Sarkar P.S. Boundary violation and sexual exploitation in psychiatry and psychotherapy: a review / P.S. Sarkar // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004. Vol. 10. P. 312–320.
53. Shepherd M. Psychoanalysis, psychotherapy, and health services / M. Shepherd // *British Medical Journal*. 1979. N 2. P. 1557–1559.
54. Simon R.I. The natural history of therapist sexual misconduct: identification and prevention / R.I. Simon // *Psychiatric Annals*. 1995. Vol. 25. P. 90–94.
55. Szasz T.S. Psychoanalysis and the Rule of Law / T.S. Szasz // *Psychoanal. Rev.* 1968. Vol. 55. P. 248–258.
56. Tauber E. Exploring the therapeutic use of counter transference data / E. Tauber // *Psychiatry*. 1954. Vol. 17. P. 331–336.
57. Tausch R. *Gesprächspsychotherapie* / R. Tausch. Göttingen, 1973.
58. Walker R. Heading off boundary problems: clinical supervision as risk management / R. Walker, J.J. Clark // *Psychiatric Services*. 1999. Vol. 50. P. 1435–1439.

ФУНКЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕМЕТОДИЧЕСКОЙ СУПЕРВИЗИИ

FUNCTION AND POSSIBILITIES OF INTEGRATIVE SUPERVISION



С.А. Кулаков
Sergey Kulakov

доктор медицинских наук, врач-психотерапевт, профессор,
председатель Совета супервизоров РПА, Санкт-Петербург;
e-mail: kulaksergey@yandex.ru

Супервизия является «особым вмешательством» и важной составляющей практической деятельности психотерапевта. Выделены формирующая, нормативная и реставрационная функции супервизора. Перечислены возможности супервизора во внеметодической модели супервизии. Приведены отличия супервизии от личной терапии. На конкретном клиническом примере показано, на какие сложности следует обращать внимание при проведении супервизии у пациента с пограничной организацией личности. Подчеркнуто, что супервизия не является личной терапией, но оказывает лечебный эффект за счет проведения ее опытным терапевтом и создания метапозиции.

Ключевые слова: супервизия, формирующая, нормативная и реставрационная функции, внеметодическая модель, возможности супервизора.

Supervision is a «special intervention» and an important part of psychotherapist's practice. There are pointed out the shaping, standardizing and restorative functions.

Supervisor's abilities are recited in the integrative model of the supervision. Differences are given between the supervision and the personal therapy. There is shown (at concrete clinical example), what difficulties require an attention during supervision in patient with borderline personality. There is emphasized, that supervision isn't personal therapy, but it has therapeutic effect, because of being provided by experienced therapist and by creation of metaposition.

Keywords: supervision, shaping, standardizing and restorative functions, integrative model, supervisor's abilities.

Супервизия в той или иной форме является обязательной составляющей частью подготовки и повышения квалификации специалистов в области психотерапии. Варианты взаимодействия

между людьми, которыми оперирует как личностно-ориентированная, так и симптоматическая терапия, настолько бесконечно разнообразны, что, несмотря на профессиональный и жизненный

опыт, формальный статус психотерапевта, испытание сложностями неизбежно. Это могут быть сложности общего порядка, идущие от недостаточной информированности, опыта или эмоционального выгорания терапевта. Или частного, такие как вопросы контрпереноса, личных отношений с пациентом, слепых пятен, технических аспектов проводимой психотерапии.

Супервизия предполагает акт сверхвидения, следовательно, заранее подразумевает некоторое преимущество, первенство супервизора в экспертизе, статусе и во власти. Выделяют формирующую, нормативную и реставрационную функции супервизора. Первая из них нацелена на развитие и понимание теории и применения терапевтических навыков и техник, вторая — на защиту пациента через гармонизацию профессионального поведения супервизируемого, третья — на улучшение контакта с пациентом в рамках предпочитаемой модели супервизируемого.

Перечислим возможности супервизора во вне-методической модели супервизии:

- делает акцент на отношениях между пациентом и психотерапевтом;
- следует принципу «пациент — лучший супервизор»;
- слушает, как пациент воспринимает то, что говорит ему психотерапевт;
- вникает в нюансы ответов пациента;
- мысленно выдвигает гипотезы, почему у пациента возник такой отклик на вмешательство психотерапевта;
- наблюдает субъективные реакции, настроение, фантазии, ассоциации, невербальное поведение, интуитивные представления;
- принимает во внимание «параллельный процесс»;
- выдвигает гипотезы о том, что произошло с пациентом;
- рассказывает о собственном опыте контакта с подобными пациентами;
- учитывает нарциссическую ранимость ученика и создает безопасную обстановку сеттинга в супервизии;
- подтверждает или отвергает гипотезы психотерапевта;
- проигрывает роль психотерапевта и супервизирует пациента;
- облегчает самопознание супервизируемого и помогает ему выявить личностные проблемы и зоны развития;
- адресует к литературным источникам, где описано, как поступать в подобном случае;
- исследует реалии контрпереноса.

Остановимся на некоторых признаках контрпереноса (из разных литературных источников), т. к. их выявление — важная часть супервизорской сессии:

1) неспособность понять определенного рода материал, который касается личных проблем терапевта;

2) депрессивные и тяжелые чувства в ходе и после сеансов с определенным пациентом;

3) небрежность в отношении определенных соглашений с пациентом, опоздания, пропуски назначенных часов без особых причин и т. д.;

4) постоянная сонливость терапевта во время сеансов или даже засыпание;

5) чрезмерное или недостаточное внимание к финансовым соглашениям с пациентом или то же самое — в отношении времени и места встреч;

6) повторение невротических или беспричинных аффектов по отношению к пациенту;

7) попытки вызвать у коллег или пациентов впечатление важности данного пациента;

8) чрезмерное стремление опубликовать материал или прочитать лекцию о данном пациенте;

9) культивирование зависимости, привязанности пациента или восхваление его;

10) садистическое или без необходимости резкое отношение к пациенту, проявляемое терапевтом, или же обратное этому;

11) чувство, что пациент может сильно повлиять на репутацию или престиж терапевта, и страх все это потерять;

12) споры с пациентом или утрата контроля и негативные чувства, если пациент что-то доказывает или спорит;

13) обнаружение своей неспособности найти оптимальный уровень тревожности для успешного ведения процесса терапии и метания между двумя крайностями: от чрезмерной тревоги пациента до потери им мотивации, утраты интереса, скуки;

14) попытки помочь пациенту в его проблемах вне рамок сессии;

15) вовлеченность в финансовые дела пациента, или соглашения с ним на личном или социальном уровне, или постоянное стремление снискать его расположение, всячески рационализируя свои усилия найти расположение именно у него;

16) неожиданные уменьшение или рост интереса к определенным клиническим случаям;

17) сны о данном пациенте;

18) слишком сильная озабоченность в свободное время пациентом и его проблемами;

19) компульсивная тенденция продолжить с пациентом работу над определенными проблемами.

В качестве иллюстрации вышеназванным положениям приведем следующий клинический пример.

Тимур, 22 года, обратился с жалобами на навязчивые мысли (обсессии). Содержание этих мыслей на тот момент было примерно таким: «Я нечестно попал в эту программу. Я не должен был здесь учиться. Меня взяли из-за моей девуш-

ки». Тимур окончил государственный университет в Уфе с красным дипломом. Каждый год в университете проходил отбор в какую-нибудь иностранную компанию, брали только двух человек. Смотрели все: успеваемость, знание английского языка, проводили несколько туров различных заданий, и в итоге выбирали двоих... Так было и в тот год, когда Тимур учился на последнем курсе, он тоже принял участие в отборе, как и девушка, с которой он общался на тот момент. Отношения длились пару лет, юноша даже планировал брак в дальнейшем. Так вот, в этом отборочном конкурсе девушка всех победила и была номером один. За вторую путевку развернулась отчаянная борьба. У Тимура были хорошие шансы, он также прошел все отборочные туры. Но на одном из предварительных собеседований с иностранными специалистами он оговорился, что это его девушка, что у них отношения. На тот момент уже было известно, что она проходит, а за второе место еще шла борьба. В итоге Тимур все же получил эту заветную путевку.

Но по прибытии на учебу за границу отношения с девушкой прервались. Она легче справилась с разрывом, стала знакомиться с иностранными студентами. А Тимур остался в изоляции, в течение года ни с кем не общался, сосредоточившись на учебе. Появились навязчивые мысли. Эти мысли не позволяли усваивать материал, а программа очень сложная, все на английском языке. Кое-как Тимур до каникул доучился и обратился к психотерапевту. Причем сначала он не связывал разрыв отношений и симптоматику. Все выглядело так, что вот мысли просто появились, очень мешают, их надо убрать. До этих отношений у Тимура была еще одна связь, но он ее прервал по своей инициативе, и ничего подобного не было. Причем «источники, близкие к организаторам этой программы» уверяли Тимура, что иностранцам плевать даже на родственные связи и что взяли его исключительно за его способности. Однако эта информация не разогнала «обсессивные тучи».

Тимур из полной семьи (семья проживает в провинциальном городе Башкортостана), отношения с родителями формальные. Мать работала в школе, мальчику приходилось учиться хорошо, чтобы ее не опозорить. С отцом более дистантные и холодные отношения. Хорошей учебой юноша пытался привлечь его внимание.

С Тимуром было проведено семь психотерапевтических сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии с медикаментозным сопровождением флуоксетином в дозе 40 мг в сутки, который он принимал два месяца, покинув Россию. Эффект был краткосрочным: мысли или «пропали», или «почти пропали», но после подготовки к экзаменам симптоматика возобновилась. Симптоматика сохранялась через месяц медикаментозного

сопровождения. Я выступал супервизором по этому случаю. У психотерапевта были тяжелые чувства в ходе и после сеансов с ним.

По мере знакомства с личностью Тимура вырисовывалось сопутствующее нарциссическое расстройство личности. Согласно DSM-5 (пересмотр — июнь 2011 г.) для диагностики нарциссического личностного расстройства необходимо наличие следующих критериев (жирным шрифтом отмечено наличие этих симптомов у пациента).

А. Значительные нарушения функционирования личности.

1. Нарушения в функционировании Self (а или b):

а. Идентичность: выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки; самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки.

б. Направленность Я: постановка целей основана на получении одобрения других; личные стандарты неоправданно высоки, что дает возможность воспринимать себя как исключительного, или слишком мало основываются на собственных потребностях.

2. Нарушения в межличностном функционировании (а или b):

а. Эмпатия: нарушенная способность распознавать и сопереживать чувствам и потребностям других; чрезмерная ориентация на реакции других, но только если они воспринимаются как относящиеся к себе; пере- или недооценка собственного влияния на других.

б. Интимность: отношения преимущественно неглубокие и используются для регуляции самооценки; взаимность ограничена слабым интересом к переживаниям других и приоритетом личной выгоды.

В. Патологические личностные черты в следующих сферах:

1. Антагонизм:

а. Грандиозность: потребность в признании или восхищении, открытая или скрытая; центрированность на себе, основанная на убеждении, что кто-то лучше, чем другие; снисходительное отношение к другим.

б. Поиск внимания: настойчивые попытки быть в центре внимания других; поиск восхищения. Пациент обнаруживал и характерные для этого расстройства психологические защиты: идеализацию и обесценивание.

Это заставило пересмотреть применяемую психотерапию в пользу психодинамической модели. В психодинамике пациента было несколько ситуаций, где его самоуважение страдало и зависело от внешних обстоятельств. Так, в подростковом возрасте он должен был сдавать анализ мочи в

центральной больнице своего города и каждые три месяца ездить в Уфу на консультацию, т. к. состоял на учете у нефролога. «Сдавать анализ — это был самый настоящий СТРЕСС для меня. Я так перепугался за все время этих больниц и мочеиспускания розовой жидкостью, что просто критически боялся, что будут плохие анализы и все повторится». В дальнейшем каждый его экзамен, встреча с начальником напоминали сдачу анализа.

В когнитивной сфере обнаруживались ригидные «когнитивные схемы»: установка катастрофизации: кошмар, ужас; установка предсказания негативного будущего: что, если; а вдруг; а ведь может быть; установка максимализма: только на отлично/на пятерку; установка персонализации: местоимения «я», «меня», «мною», «мне»; установка сверхобщения: все, никто, ничто, всюду, нигде, никогда, всегда, постоянно; установка чтения мыслей: он (она/они) думает (ют). Угрюмый взгляд начальника в московском офисе был расценен как мысли, что его взяли напрасно, или даже созревшее решение о его увольнении. Вместе с тем эти установки сочетали желание получить восхищение (скрываемое!) от коллег его незаурядным интеллектом и трудолюбием.

Термин «обсессивно-компульсивный», согласно DSM-IV-TR, применяется по отношению к двум видам психических нарушений: обсессивно-компульсивное (невротическое) расстройство — ОКР; обсессивно-компульсивное личностное расстройство (ОКЛР). Обсессивно-компульсивное невротиическое расстройство (ОКР) относится к группе тревожных расстройств и характеризуется вторжением в сознание нежелательных егидистонных мыслей, чувств; представлений о защитных действиях с возможной их реализацией. Вместе с тем терапия этого расстройства представляет сложности из-за трудностей отнесения данного расстройства к той или иной категории из-за наличия коморбидности с личностными расстройствами, что делает монотерапию антидепрессантами или нейрорептиками неэффективной и приводит к прерыванию психотерапии из-за неправильной диагностики «симптомов-мишеней». В данном случае мишенями психотерапии должны были послужить «нарциссический дефицит» и нарциссическое расстройство личности. Обсуждение с пациентом его диагноза, согласование «мишеней» психотерапии способствовало положительной динамике в лечении пациента и «реставрации» эмоционального состояния психотерапевта.

Отличия супервизии от личной терапии:

1) цель психотерапии: сохранение здоровья, профилактика профессионального выгорания; цель супервизии — эффективность работы психотерапевта;

2) оценка: психотерапия безоценочна, супервизия так или иначе своеобразный экзамен;

3) продолжительность: личная терапия имеет определенную продолжительность, супервизия — с открытыми сроками (бесконечна);

4) анонимность: личная терапия конфиденциальна, а имя супервизора известно.

Лечит ли супервизор? Супервизия представляет метатерапию: терапию процесса психотерапии. Супервизия выглядит как терапия, потому что опытный терапевт проводит супервизию. Как правило, центральной точкой супервизии должен быть клинический материал. В ходе супервизии, получая поддержку и открывая альтернативы психотерапии, супервизируемый как бы получает «индугенцию» своих профессиональных огрехов». Однако если супервизор обнаруживает личностную проблему, мешающую клинической работе, он должен помочь психотерапевту найти выход из тупика и (или) порекомендовать проведение личной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж. Супервизия супервизора: Практика в поиске теории / пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2006. 352 с. (Юнгианская психология).
2. Джейкоб Д., Дэвид П., Мейер Д. Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа / пер. с англ. Ю. М. Донца и В.В. Зеленского. СПб.: Б.С.К., 1997.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для вузов. 2-е изд., перераб. СПб.: Питер, 2002. 672 с.
4. Кириллов И.О. Супервизия в позитивной психотерапии: дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.
5. Кочюнас Р. Процесс супервизии: экзистенциальный взгляд. <http://hpsy.ru/public/x2271.htm> (дата обращения: 30.08.2016).
6. Кулаков С.А. Методологические принципы супервизии // Сибирский психологический журнал. 2008. Вып. 30. С. 3—6.
7. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии: учеб. пособие для психотерапевтов и супервизоров. СПб.: ООО «Медицинский центр С.П. Семенова «Вита», 2004. 128 с.
8. Кулаков С.А. Психотерапевтический диагноз в реабилитации пациентов, зависимых от ПАВ // Наркология. 2013. № 9. С. 85—90.
9. Кулаков С.А., Федоряка Д.А. Синергетическая модель супервизии в психотерапии // Психическое здоровье. 2010. № 3. С. 26—29.
10. Уильямс Э. Вы — супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / пер. с англ. Т.С. Дабкиной. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 288 с. (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 96).
11. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия: индивидуальный, групповой и индивидуальный подходы. СПб.: Речь, 2002. 350 с.
12. Spinelli E. Practising Existential Therapy: The Relational World. Sage Publ. London, 2015. 270 p.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

PSYCHOANALYTIC SUPERVISION. QUESTIONS AND ANSWERS



Я.О. Федоров
Y.O. Fedorov

кандидат медицинских наук, заведующий дневным стационаром № 1 СПб ГБУЗ
ГПБ № 1 им. П.П. Кащенко, супервизор РПА, супервизор ЕКПП,
директор Межрегионального центра современного психоанализа,
член Координационного совета
Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), Санкт-Петербург;
e-mail: orthodoc@mail.ru

Супервизия давно стала неотъемлемой частью профессионального тренинга любого уважающего себя психоаналитика независимо от длительности практики и количества пациентов в листе ожидания. К сожалению, супервизии редко становятся предметом исследований, при том что им отводится самая важная роль в подготовке психоаналитика. Супервизия — это часть практики аналитика, перемещенная в кабинет другого аналитика, может быть, даже «супераналитика». Быть суперпрофессионалом среди других профессионалов — это всегда тяжелая ноша. Возможно, поэтому супервизоры скрывают от глаз потенциальных супервизантов свои трудности и предпочитают их не исследовать. Автор, задавая ряд последовательных вопросов, пытается раскрыть ключевые понятия мира психоаналитических супервизий. Вот эти вопросы: Что такое психоанализ? Что такое супервизия? Кто такой супервизор? Каким образом супервизирует супервизор? А что такое сопротивление? Кто такой супервизант? Запрос супервизанта — что это? Что дает супервизор супервизанту? Почему супервизия — это круто? Вы бы хотели прочесть эту статью? Последний вопрос уже к Вам. При положительном ответе Вам будет легко удовлетворить свое желание. Впрочем, при отрицательном — тоже. Как это Вы так хорошо устроились? Наверное, Вы — супервизор.

Ключевые слова: психоанализ, психоаналитическая супервизия, контрсопротивление, «суперперенос».

Supervision is an integral part of the professional training of any self-respecting psychoanalyst, regardless of the duration of practice and the number of patients on the waiting list. Unfortunately, supervisions are rarely become the subject of research, despite the fact that they have the most important role in psychoanalytic training. Supervision is a part of the analyst's practice, moved to the office of another analyst, maybe even "super-analyst". Being a super-professional among other professionals is always a heavy burden. Perhaps this is why supervisors hide their difficulties from the eyes of potential supervisee and prefer not to investigate them. The author, asking a series of consecutive questions, tries to reveal key concepts of the world of psychoanalytic supervisions. These are the questions: What is psychoanalysis? What is supervision? Who is a supervisor?

How does the supervisor supervise? And what is resistance? Who is a supervisee? Supervisee's request — what is it? What does the supervisor give to the supervisee? Why supervision is cool? Would you like to read this article? This is a question for you. With a positive answer, it will be easy for you to satisfy your desire. However, with a negative answer — too. How are you so well settled? Perhaps you are a supervisor!

Keywords: psychoanalysis, psychoanalytic supervision, counter-resistance, «super-transfer».

Актуальность данной статьи, с одной стороны, стремится к нулю, т. к. кому-то может быть даже лучше и не знать, что такое супервизия и зачем она нужна. Это как напоминание о головной боли, про которую забываешь, пока доброжелатель не напомнит. С другой стороны, изложенное ниже может для кого-то быть очень полезным, поскольку дает ответы на простые вопросы, а с ними как раз и возникает больше всего проблем. Например, такие интуитивно понятные каждому психиатру и психотерапевту слова, как «невроз» или «психоз», при попытках их четкого определения становятся очень сложными терминами. А если обратиться к истории вопроса, путаницы становится еще больше. Но сейчас речь пойдет о супервизии. Автор попытается внести немного ясности, следуя изречению, которое приписывают Сократу: «Мудрость начинается с определения понятий».

Что такое психоанализ? Конечно, чтобы разобраться, что такое психоаналитическая супервизия, необходимо сначала ответить на более широкий вопрос: «Что же такое психоанализ?» Определение американского психоаналитика Арнольда Бернштейна (Bernstein A., 2010) представляется наиболее интересным: «Дисциплина, которую мы называем психоанализом, представляет собой гораздо больше, чем просто техника психотерапии. Это экзотическая смесь из философии, искусства, науки и интуиции. Хотя он пытается быть научным в своих теоретических построениях, однако в своих практических методах это разнородность исполнительского искусства».

В полной мере это относится и к процедуре психоаналитической супервизии тоже. Принципиально более известная в России Нэнси МакВильямс (2016, р. 3) уточняет, что целью психоанализа «является содействие в повышении способности осознавать то, что не является осознанным, т. е. признавать то, что трудно или больно видеть в самих себе». Осознание и признание психоаналитиком своих трудностей и ограничений, без сомнения, неотъемлемая часть супервизорного процесса.

Что такое супервизия? Как известно, психоаналитическое образование стоит на трех китах: теория, личный (он же тренинговый, он же дидактический) анализ и супервизия. Супервизию многие уважаемые психоаналитики, например Harold Stern (в личных беседах и на лекциях 2000–2017 гг.), считают самым важным элементом профессионального тренинга. И ясно почему: в супер-

визии как под микроскопом видны степень теоретической подготовки и качество пройденного анализа («пролеченности» самого специалиста). И этот «микроскоп» смотрит в обе стороны — и на супервизанта, и на супервизора!

Психоаналитическую супервизию можно определить как форму консультирования специалиста более опытным коллегой, что позволяет терапевту анализировать и осознавать свои профессиональные действия, а также понимать сознательные и бессознательные процессы, препятствующие прогрессу с конкретным пациентом или терапевтической группой. При этом опытность супервизора не обязательно будет пониматься в глобальном масштабе, например, в часах личной практики и количестве проведенных супервизий. Опыт может касаться терапии определенного контингента пациентов или особых условий работы, с которыми супервизанту не приходилось иметь дела: психотические или суицидально опасные пациенты, медицина катастроф и т. д.

Кто такой супервизор? Супервизор — договорной профессиональный статус. Само сообщество решает, когда кто-то из его членов достигает установленного профессионального уровня, а другие уважаемые коллеги, как правило, достигшие этого уровня, соглашаются, что квалификация претендента соответствует высоким стандартам. В психоаналитических организациях процесс признания квалификации члена своего сообщества называется сертификацией. Например, в Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (ЕКПП) степень подготовки «супервизора» отличается от степени подготовки «специалиста» более длительной практикой и в два раза большим числом супервизий: 300 против 150. Также супервизор должен демонстрировать свой постоянный профессиональный рост (регулярное участие в конференциях, семинарах и т. д.) и де-факто уже проводить супервизии в рамках психоаналитического института или психотерапевтического центра. При этом требования к теоретической подготовке и личному анализу «супервизора» и «специалиста» одинаковые, соответственно не менее 500 часов теории и 250 часов личного анализа.

Каким образом супервизор супервизирует? Понимание супервизором трудностей супервизанта может достигаться двумя путями, взаимно дополняющими друг друга. Первый путь — рациональный, за счет анализа, т. е. разложения терапевтической ситуации с пациентом на составляющие.

Например, когда супервизант зачитывает стенограмму сессий, описывает особенности невербальных реакций пациента, свои контрпереносные реакции, характеризующие его отношение к пациенту целиком или отдельным аспектам взаимодействия. Второй путь — иррациональный, за счет всей гаммы переживаний, которые вызывает у супервизора его супервизант. Для этого можно было бы придумать неологизм «суперперенос» — сознательный и бессознательный отклик супервизора на контрперенос супервизанта. Это могут быть мысли, чувства и даже соматические явления. Здесь уместно напомнить об этом важнейшем понятии психоаналитической методологии.

Контрперенос — следствие влияния переноса пациента на своего психоаналитика. Д.В. Винникот описал понятие объективного контрпереноса, при котором переживания аналитика отражают переживания пациента. Н. Racker (1957) в реакциях объективного контрпереноса выделил две разновидности: конкордантную и комплементарную. При конкордантном контрпереносе аналитик идентифицируется с пациентом зеркально: злится пациент — злится аналитик; пациент стыдится — аналитик смущен. При комплементарном контрпереносе аналитик идентифицируется со значимыми объектами пациента, обычно это родительские фигуры. В данном случае аналитик повторяет те чувства, которые пациент приписывает своему объекту переноса, и «картинка» переживаний меняется. Например, пациент напуган, а терапевт реагирует как его отец — пренебрежением на страх «своего ребенка». Если пациент оживил прошлое психоаналитика, его нерешенные проблемы созревания, неразрешенные конфликты, то такой контрперенос называют субъективным. Эту концепцию контрпереноса разрабатывали Хаймон Спотниц и сторонники его подхода (Epstein L., Feiner A., 1983; Kirman J., 1995; Evans M., 1996; Спотниц Х., 2004; Лигнер Э., 2014). Если аналитик не может справиться с контрпереносом, то он становится сопротивлением (т. н. контрпереносное сопротивление, или контрсопротивление).

Мишенью работы супервизора, по мнению автора, по большей части должно служить сопротивление супервизанта. Иными словами, бессознательные или частично осознаваемые паттерны терапевта, которые индуцируются сознательными и бессознательными установками его пациента. Это контрсопротивление не позволяет ему эффективно работать со своим пациентом или с терапевтической группой. Аналитик и его пациент вместе поддерживают текущие сопротивления в рамках кабинета, поэтому и возникает проблема. Для пациента сопротивляться — естественная часть его жизни, из-за которой он нередко и приходит в анализ. А задача терапев-

та — как раз выявлять и справляться с сопротивлениями пациента, а если не получается — обращаться к супервизору.

А что такое сопротивление? Необходимо сказать несколько слов о сопротивлении, тем более что за годы существования психоанализа значение этого основополагающего термина менялось. Если классический подход рассматривал сопротивление как помеху лечению и процесс, не дающий пациенту продуцировать материал из бессознательного (Фенихель О., 2005), то позднее в нем стали усматривать тенденцию пациента противостоять всем благоприятным изменениям в терапии (Menninger K., 1958). Сопротивление связано с защитными механизмами Эго, которые отражают характер пациента и активизируются в процессе психоанализа в ситуации переноса (Spotnitz H., 1967). Разрешить или преодолеть сопротивление не означает, что его надо разрушить. Сопротивление отражает характер пациента в аналитической ситуации, т. е. привычные защиты пациента по его совладению с невыносимыми чувствами.

Если аналитик просто «выключит» такую защиту, с чем он оставит своего пациента? Как пациент будет справляться с невыносимыми для него аффектами и желаниями? Если это невротический или эдипальный пациент, позитивно относящийся к терапии, то основной инструмент психоанализа может хорошо сработать. Интерпретация раскроет пациенту его «невидимые» тенденции, «бессознательное станет сознательным», и пациент получит долгожданный контроль над симптомом или поведением. Но и здесь все не так просто: долгожданный инсайт и катарсис — довольно редкое явление даже для невротического пациента. Если речь идет о пациентах пограничного или психотического круга, которых также называют доэдипальными, то классические техники работают плохо. Важнейшим инструментам станет эмоциональная коммуникация, адресованная к тем механизмам общения, которые функционировали еще до формирования речи (Спотниц Х., 2004; Лигнер Э., 2014; Федоров Я.О., 2016). Таким образом, чтобы эффективно разрешить сопротивление, надо заменить неэффективную форму психологической защиты на более зрелую и более приспособленную к сегодняшним реалиям индивидуума.

Кто такой супервизант? Обычно это практикующий аналитик, который имеет трудности в терапии конкретного пациента. Теоретически возможна ситуация, когда супервизант получает супервизию в рамках обучения психоанализу, имеет свою практику, но при этом не испытывает сложностей в терапии своих пациентов. Ему надо супервизироваться, чтобы выполнить формальные требования подготовки для соответствия

статусу «специалист». В этом случае речь скорее будет идти о ситуации, когда отсутствие запроса от супервизанта скрывает полностью неосознаваемые трудности начинающего специалиста. Трудно представить, что все пациенты заинтересованы только в глубинном исследовании своего бессознательного, охотно раскрывают все свои переживания, имеют «железобетонный» позитивный перенос на аналитика и от сессии к сессии демонстрируют неуклонный прогресс. У Х. Спотница за его 40-летнюю практику был только один такой пациент. Кроме того, возможны варианты, когда объектом запроса супервизанта служат родственник или администрация учреждения, которые негативно влияют на терапевтический процесс. Но все равно запрос рассматривается в контексте текущей терапии с конкретным пациентом.

Запрос супервизанта — что это? Под запросом понимается обращение супервизанта к супервизору с просьбой дать разъяснения по интересующему вопросу, возникшему в ходе практики. Запрос, как правило, связан с трудностями конкретного случая. Супервизант нередко ретранслирует сопротивления своего пациента, который пришел «решить проблему» и не очень-то готов сотрудничать со специалистом в процессе изучения себя самого. Теперь аналитик приносит супервизору «сломанную игрушку психотерапии» и хочет, чтобы она опять «стала работать». Может иметь место конфликт сознательного запроса супервизанта по решению осознаваемой проблемы и его бессознательного желания ничего не менять в терапии. Это часто согласуется с бессознательным желанием пациента все оставить как прежде — не выздоравливать. Если супервизор не попадает в ловушку — «быстро починить» пациента супервизанта, а займется исследованием контрсопротивлений, то он может быть очень эффективным супервизором. По аналогии с известным изречением, супервизор даст своему визави «удочку», а не «рыбку». Но для этого надо еще разрешить контрсопротивление у супервизанта. И тогда «новой удочкой» терапевт переловит всех похожих «рыбок» своего пациента.

Что дает супервизор супервизанту? Во-первых, супервизор предоставляет инструменты для разрешения сопротивлений пациента. Вариант «удочки», конечно, больше соответствует духу психоанализа, однако супервизор дает своему супервизанту и конкретные идеи, как преодолеть конкретные трудности. Косвенно это тоже влияет на бессознательное супервизанта, т. к. помогает терапевту чувствовать себя более свободно с «трудным» пациентом. От супервизии к супервизии аналитик делает собственные защиты более осознаваемыми и, таким образом, меняет свой «терапевтический характер», делает его

более открытым для всех своих мыслей и чувств. Практика тренирует возможность супервизанта выдерживать и понимать свои сильные чувства, а способность к анализу сопротивлений пациента увеличивается.

Во-вторых, супервизор помогает создать «оборудование» для «производства удочек» внутри супервизанта. Супервизор рассматривает запрос супервизанта в свете его защит, которые не идентифицируются аналитиком как таковые. Если супервизор понимает текущие сложности как проявления объективного контрсопротивления, то он может показать супервизанту, как он идентифицируется со своим пациентом (конкордантный вариант) или его внутренними объектами (комплементарный вариант). Этого бывает достаточно, чтобы справиться с контрсопротивлением терапевта и сопротивлениями пациента. В случае субъективного контрсопротивления лучшим помощником будет собственный аналитик супервизанта, т. к. сопротивление в терапии создает сам терапевт, и оно отражает особенности развития и специфику защит психоаналитика. В этом случае супервизор прямо говорит, что для решения данного запроса (или какой-то его части) самым эффективным для супервизанта будет обращение к своему аналитику. Конечно, обычно задействованы оба типа контрпереносного сопротивления, но определение удельного веса объективной и субъективной составляющей является довольно существенным. Для повышения эффективности и безопасности собственной работы многие аналитики, особенно работающие с пограничными и психотическими нарушениями, параллельно проходят повторный анализ и получают различные виды супервизий. Таким образом, проработка объективных и субъективных контрсопротивлений осуществляется под «перекрестным огнем» анализа и супервизий.

Почему супервизия — это круто? Супервизия — реальный шанс компенсировать пробелы в теории и личной терапии. Никакой профессиональный тренинг не способен сделать аналитика полностью подготовленным — абсолютно избавленным от внутренних конфликтов с запасом всей необходимой теории на всю предстоящую практику. Специалисту приходится постоянно приспособливать свои знания и личные качества под конкретных пациентов, которые никогда не бывают одинаковыми. Многие коллеги могут подтвердить, что самые интересные книжки прочитаны, когда сухая теория превращается в животрепещущую практику. Причем живой трепет создает сердце специалиста, который не знает, что делать с «трудным» пациентом, не знает, связано ли это с недостаточным знанием теории или с плохим пониманием себя самого. Именно с появлением практики, когда пациент снова и снова да-

вит на незалеченные душевные раны аналитика и колеблет неустойчивые знания, специалист перечитывает известные книжки, идет на повторный анализ и нередко для себя открывает психоанализ заново. В этом марафоне супервизии отведена королевская дорога к профессионализму, как снам — к бессознательному.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лигнер Э. Ненависть, которая лечит: психологическая обратимость шизофрении: сб. статей / пер. с англ. Ижевск: ERGO, 2014. 284 с.
2. МакВильямс Н. Психоаналитическая психотерапия: руководство практика / Нэнси МакВильямс; пер. с англ. Ижевск: ERGO, 2016. XXIV. 392 с.
3. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента: теория техники / Х. Спотниц. СПб.: Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2004. 296 с.
4. Федоров Я.О. Психотические расстройства личности // Психоанализ: учебник для бакалавриата и магистратуры / под ред. проф. М.М. Решетникова. М.: Юрайт, 2016. С. 205–215.
5. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов / пер. с англ. 2-е изд. М.: Академический проект, 2005. 848 с.
6. Bernstein A. The Emergence of the Wonder Child and Other Papers NY, Published by The Analytic Press Inc. Publishers, Hillsdale, 2010.
7. Epstein L., Feiner A. The therapeutic function of hate in the countertransference. In: Countertransference: The Therapist's Contribution to the Therapeutic Situation. New York: Jason Aronson, Inc., 1983. P. 213–234.
8. Kirman J.H. Working with Anger in Groups. A Modern Analytic Approach / International Journal of Group Psychotherapy 15(3), 1995. P. 303–329.
9. Menninger K. Theory of Psychoanalytic Technique. New York: Basic Books, 1958.
10. Racker H. The meaning and uses of countertransference. Psychoanal. Q., 1957, 26:303–357.
11. Spotnitz H. Techniques for the resolution of the narcissic defense. Psychoanalytic Techiques. New York: Basic Books, 10, 1967. P. 273–289.

ДЕМОГРУППА – ПРИБЛИЖЕНИЕ К ПСИХИЧЕСКОЙ РЕАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТА

DEMO-GROUP: APPROACHING TO THE MENTAL REALITY OF THE PATIENT

Я.О. Федоров
Yan O. Fedorov

кандидат медицинских наук, заведующий дневным стационаром № 1 СПб ГБУЗ
ГПБ № 1 им. П.П. Кащенко, супервизор РПА, супервизор ЕКПП,
директор Межрегионального центра современного психоанализа,
член Координационного совета
Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), Санкт-Петербург;
e-mail: orthodox@mail.ru



Первоначально планировалось написать небольшую статью о современных формах психоаналитической супервизии. В итоге получились две статьи. Первая — о том, что такое супервизия в психоанализе (надеюсь, читатель найдет ее в этом журнале). Вторая, данная статья, — про один из вариантов супервизии, названный «демогруппой». Эта статья способна достичь двух целей. Во-первых, показать, что мир психоаналитической супервизии богат и интересен. Во-вторых, дать практикующему супервизору «дорожную карту», как можно использовать ресурсы современного группового психоанализа и, буквально, помещать психотерапевтов в мир психической реальности своих пациентов. Этот метод способен стимулировать терапевта к интуитивным прозрениям об истории пациента, о его типичных защитах, а также способах преодоления текущих трудностей. «Технология» демогруппы пригодна как для супервизии, так и для обучения.

Ключевые слова: группанализ, Ормонт, демонстрационная группа, демогруппа, стратегия «Франкенштейн».

Initially, it was planned to write a short article about modern forms of psychoanalytic supervision. As a result, two articles appeared. The first article is about supervision in psychoanalysis (I hope the reader will find it in this magazine). The second article is about the form of supervision which called «demo-group». This article has two goals. First, to show that the world of psychoanalytic supervision is rich and interesting. Secondly, to give the practicing supervisor a «roadmap», how to use the resources of modern group psychoanalysis, and to put psychotherapists into the world of the psychic reality of their patients. This form of supervision can stimulate the therapist to intuitive insights about the patient's history, his typical psychological defenses, and ways to overcome current difficulties. The «technology» of the demo-group is suitable for both supervision and training.

Key words: group analysis, Ormont, demonstration group, demogroup, strategy «Frankenstein».

Введение. Нередко психоаналитическую супервизию рассматривают как однообразный процесс «поучения» молодого специалиста надменным и проницательным старшим коллегой. Надо признать, что это может быть правдой, однако многие супервизии, на которых приходилось бывать автору, оставили совершенно другое впечатление. Мир психоаналитической супервизии довольно широк и определяется несколькими факторами — приверженностью супервизора определенной психоаналитической модели, привычному формату и личными особенностями самого супервизора (Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д., 1997; Винер Дж, Майзен Р., Дакхэм Дж., 2006; МакВильямс Н., 2016).

В профессиональном психоаналитическом тренинге роль супервизии высока, что не делает ее всегда интересной и полезной. Актуальность этой статьи видится в том, что она открывает малоизвестную, но перспективную форму супервизии. Общей проблемой современного психологического образования является уход от живого общения с пациентом. Конечно, с одной стороны, это мировая тенденция, защищающая права пациентов и личную информацию. Но есть и другая сторона: эта тенденция лишает сегодняшнего выпускника навыков реальной практики. Описываемая ниже форма супервизий решает эту и другие задачи. Во-первых, она дает возможность соприкоснуться с живой практикой. Во-вторых, она сохраняет анонимность пациентов. В-третьих, такая форма супервизий является полезной как для начинающих, так и для опытных профессионалов.

Современный американский групповой анализ располагает несколькими интересными формами супервизий, ключевыми элементами которых являются контрперенос супервизора, а также переносы и контрпереносы участников группы. Интервенции супервизора, опирающиеся на контрперенос, обеспечивают молниеносность, когда «разум» еще не успевает включиться. Быстрота таких интервенций — особенно ценное качество в рамках группы, где динамика взаимодействий наиболее стремительна. Причем скорость не идет в ущерб эффективности, и такие интервенции способны разрешить даже самое сложное сопротивление. Возможно, эффективность обеспечивается за счет эмоционального взаимодействия с доэдипальной частью пациента, для которой «обдуманное» интервенции менее эффективны.

Основатель Нью-Йоркского института групповых исследований Луис Ормонт, анализируя собственный опыт использования индуцированных чувств, высоко ценил явление контрпереноса для обучающего процесса и эффективной помощи супервизантам (Ormont L., 1991). Кстати, он был соратником и последователем идей Хаймона Слотница, но спектр интересов Л. Ормонта бы-

стро переместился исключительно в работу с группами. В его институте постепенно произошел отход от привычного формата групповой супервизии — представления случая в группе и его анализа супервизором. Такая традиционная форма подготовки групповых терапевтов отнимала много времени и вызывала неловкость у членов супервизионных групп. Было эмпирически установлено, что опора на сильные реакции, отрывочные впечатления, интуитивные догадки и фантазии более интересна, динамична и принципиально полезнее для всех участников группы. Все эти реакции были основаны на контрпереносе.

«Контрперенос супервизантов на их собственные группы окрашивал и то, как они с нами общались. Их презентации стимулировали у нас контрперенос на них. Внимательно изучая свои реакции на супервизантов, мы понимали их группы и помогали им преодолеть возникшие трудности. Супервизанты сами несли в себе решение своих проблем — они были носителями ответа, сами того не ведая» (Ormont L., 1991).

При обучении у американских групповых аналитиков из упомянутого института в течение десятилетия автору и его коллегам посчастливилось познакомиться с различными форматами супервизий. Про одну из таких форм, подходящую для обучающего процесса, супервизионных групп, мастер-классов, и пойдет речь. Описываемая ниже форма использовалась в работе с коллегами из различных психотерапевтических модальностей, и было не важно, признают коллеги контрперенос или нет, — он всегда есть, и его можно использовать. «Пациенты» уже «поселились» в головах своих терапевтов, и, если им создать благоприятные условия, «внутренние пациенты» обязательно проявятся и будут стимулировать своих терапевтов потрясающими подсказками.

Демонстрационная группа — общие положения. Предлагаемый вариант представляет демонстрационную группу, где участники что-то показывают друг другу, ведущему и другим участникам, например, находящимся за пределами группы (т. н. «аквариум»). Обучающие задачи демонстрационной группе могут быть поставлены самые разные — показать, как группа встречает новичка или как она переживает свое окончание, как справляется с агрессивными пациентами и т. д. В формате супервизии такая группа тоже очень полезна, о чем речь пойдет ниже. Удивительно, но этой форме тренинга практически не уделено места в психотерапевтической литературе.

Демонстрационную группу условно можно разделить на три составляющие части: вводная, процесс-группа и обсуждение. Вводная определяет состав процесс-группы, т. к. возможно, что не все участники тренинга или конференции захотят выступить в роли своих пациентов. Затем надо будет

задать формат группы, фактически то, что в психоанализе называется сеттингом. Это «легенда» группы и правила группы (время начала и окончания, «говорить, а не действовать» и т. д.). Затем выбранные участники демонстрационной группы должны коротко рассказать о своих пациентах, которых будут показывать. Когда определены состав и параметры групповой работы, можно перейти к самому интересному. Вторая часть, «процесс-группа», будет представлять собой психодинамическую группу со «сверхмалым периодом жизни», который редко длится более часа. Третья часть, пожалуй, наиболее полезна, т. к. можно будет изучить, что же из этого всего вышло. Кто-то получил свои инсайты еще во время короткого доклада о пациенте. Кто-то — во время процесс-группы, находясь «в шкуре» пациента или, наоборот, наблюдая из нее за другими и понимая, как что-то похожее происходит у собственного пациента. А, может, кто-то со стороны «аквариума» заметил что-то особенное и поделится своими чувствами или идеями. Демонстрационная группа — уникальная возможность «просветить» пациента «профессиональным рентгеном» с разных сторон. Супервизор не всегда может определенно сказать, с чем связана проблема у супервизанта. «Перекрестный огонь» взглядов и чувств разных участников упрощает задачу.

Следуя культурально-лингвистической тенденции к укорочению терминов, предлагаем демонстрационную группу назвать демогруппой. Предлагаемый «профессиональный неологизм» несет в себе символику нескольких понятий, поэтому у него есть шанс прижиться в качестве термина. Во-первых, основной смысл в демонстрации, т. е. показывании терапевтом своего осознанного представления и неосознанного знания о пациенте. Во-вторых, в демогруппах есть что-то «демоническое», словно пациенты-духи поселились в психическом пространстве терапевтов, а ведущий с участниками процесс-группы пытаются их не то изгнать, не то понять. В-третьих, все это действие весьма демократично, т. к. много решений принимаются коллективно и все в равной степени влияют на общий исход процесса. В-четвертых, «демка» — это демонстрационная версия, т. е. предварительная, урезанная и обычно бесплатная версия продукта — совершенствуйте, расширяйте, делайте бизнес-инструментом!

Часть первая — вводная. Вводная закладывает фундамент всего процесса. В этой части еще ничего особенно интересного не происходит, но если фундамент заложен криво, то профессиональные дивиденды от демогруппы будут небольшие. Первую часть можно условно разделить на два составляющих элемента — отбор участников и «легенда» с докладом пациентов.

ОТБОР. Сначала надо простимулировать желающих участвовать в демонстрации. Участни-

кам сообщается, чтобы они выбрали пациента из своей практики. Это можно сделать следующими словами:

«Уважаемые коллеги, вам предоставляется уникальная возможность приблизиться к психической реальности вашего пациента. Это может быть трудный для вас пациент или пациент, с которым сейчас есть актуальная проблема в терапии. Через 20–30 минут вы станете участниками короткой психодинамической группы, или процесс-группы, от лица вашего пациента. Это не требует от вас каких-либо артистических способностей, просто постарайтесь быть вашим пациентом настолько, насколько вы себе его представляете. Перед началом процесс-группы вам надо будет сказать несколько слов о вашем пациенте. Затем будет непосредственно сама процесс-группа, после которой мы обсудим, что происходило на ней, а может, и за ее пределами (если есть «аквариум». — Прим. авт.). Не исключено, что первые полезные идеи вы начнете получать, когда будете рассказывать о пациенте, затем во время процесс-группы и после ее окончания при обсуждении. Т. е. пользы для Вас может быть очень много. Кто желает начать?»

Здесь нередко возникают трудности следующего плана. Психотерапевты говорят, что у них нет актерского таланта и они не смогут «хорошо сыграть роль», не помнят всей истории пациента, или «не готовились специально», или это пациент из индивидуальной терапии, а формат работы групповой. А, может, коллеги являются представителями другого психотерапевтического направления, не разделяют концепции переноса и сопротивления, например. Но все это не важно! Независимо от актерских способностей терапевта, его памяти, формы работы с клиентом и профессиональных пристрастий пациент уже «поселился» внутри психического пространства терапевта. Пантомимического подражания пациенту, конечно, не требуется, хотя многие терапевты, идентифицируясь с пациентами, проявляют чудеса театральности. Самое главное то, что индуцирует представляемый пациент в терапевте: это идеи и чувства, которые не могут не проявиться в процесс-группе. Надо не дать им утонуть в чувствах других участников. Ведущий должен превратить крики одних и молчание других в гармоничный оркестр сопротивлений и переносов. Остальное сделают сама процесс-группа и «аквариум», если он есть.

ЛЕГЕНДА и ДОКЛАД. Когда выбрано содержание (терапевты, которые согласились представить своих пациентов), надо задать форму с помощью «легенды» — короткого представления процесс-группы, в которую «ходят» ее «участники». Если задать очень свободные параметры, то даже самая перспективная группа с хорошо «про-

леченными» терапевтами, быстро превратится с хаос. В группе будет много разнообразных порывов, шуток, смеха, зависти, отреагирования, но мало пользы. Терапевты, не осознавая этого в полной мере, будут соревноваться в безумстве и неадекватности своих пациентов. Они (терапевты), как уставшие носильщики, захотят сбросить тяжелую ношу контрпереноса в общее пространство группы и не без удовольствия понаблюдать, как ведущий-супервизор будет надрываться.

Здравомыслящий групповой терапевт ни за то не соберет столько проблемных пациентов в одном месте в одно время — в свою группу. Только если это не демограмма. «Легенда» ограничивает разрушительное поведение и задает правила, по которым участникам придется играть ближайшие полчаса. Учитывая, что «время жизни» таких групп крайне ограничено, наладить ее работу с очень свободной «легендой» трудно. Четкая «легенда» о характере процесс-группы ставит барьер деструктивному отреагированию. К «легенде» сразу удобно добавить информацию, касающуюся доклада пациентов. Автор обычно это делает следующими словами:

«Наша с вами фантастическая группа существует уже полгода. Все, кто пришел в эту группу, хотят избавиться от своих симптомов, решить проблемы в отношениях и т. д., в общем, получить свою долю прогресса и улучшения своего существования за пределами группы. Не ограничивайте себя в сдерживании порывов ваших пациентов, но помните: вы пришли в группу за прогрессом, уже вложили в нее полгода своего времени и хотите получить от группы какой-то результат. Перед началом группы я прошу коротко за 2–3 минуты рассказать о пациенте, которого вы будете изображать. Обязательно имя, возраст, какая самая большая проблема у вас с этим пациентом, и еще что-то, что считаете важными. На группу у нас будет отведено 30 минут, после чего мы обсудим, что у нас получилось».

Такой установки бывает достаточно, чтобы сдержать фрагментацию группы при использовании стратегии, которая будет описана ниже наряду с основными тактиками и некоторыми техниками. Важен следующий момент: участники демограммы должны сразу сесть в круг после «легенды», как они будут сидеть в процесс-группе. После этого каждый из участников докладывает про своего пациента. Супервизору-ведущему, особенно если группа больше восьми человек, будет полезно использовать флипчарт на роликах (или доску, которая будет в поле его зрения), куда заносятся имя, возраст и главная особенность каждого пациента. На флипчарте/доске рекомендуется располагать информацию по кругу, как расселись участники в процесс-группе, — потом будет удобнее ориентироваться, когда терапевты заговорят от лица своих

пациентов, сидя на «своих» местах. Также облегчают работу ведущего-супервизора бейджи участников процесс-группы с именами «пациентов», но они не всегда хорошо видны.

Если участников много, то автоматически образуется «аквариум», т. е. те, кто окажется за пределами процесс-группы. Они будут наблюдать технические приемы ведущего и особенности паттернов пациентов, испытывать переживания, касающиеся их самих, своих собственных пациентов или пациентов процесс-группы. Вся эта информация будет полезна в третьей части. А пока они — «аквариум», и, значит, им надо молчать как рыбам до общего обсуждения. Участники «аквариума» видят картинку процесс-группы более цельной, т. к. не вовлечены в непосредственные взаимодействия и могут быть хорошим экспертами в плане анализа групповой динамики и сопротивлений отдельных участников. Им надо обязательно дать высказаться во время обсуждения как с целью отреагирования аффекта, так и для помощи участникам процесс-группы.

В «аквариуме» могут происходить разнообразные параллельные процессы, которые служат дополнительным источником информации для внимательного ведущего-супервизора. Минимальные вербальные и невербальные реакции участников «аквариума» будут отражать происходящие в процесс-группе события. Обычно это еще невербализованные в процесс-группе чувства и тенденции. Параллельные процессы демограмм, групповых супервизий, Балинтовских групп и т. д. — интересная тема для отдельного исследования.

Часть вторая — демограмма. Начало процесс-группы лучше инициировать несколькими громкими хлопками и словами: «Группа началась». Во-первых, это четко обозначает начало, а, во-вторых, аналогичный прием известит всех об окончании процесс-группы. Итак, группа началась. Фундамент уже заложен в первой части — время строить само здание. Главный вопрос в том, как сделать процесс-группу источником нового понимания своих пациентов.

Главная стратегия, которую можно назвать «Франкенштейн», состоит в следующем: связать разрозненные контрпереносы в единый процесс, словно «мертвые куски» в единое живое тело группы. Возможно, это будет переполненное агрессивными чувствами и хаотичными импульсами фантастическое чудовище — плод любви группового супервизора к ярким формам преподавания, а студентов — к интерактивному обучению. Но с этим чудовищем можно договориться, и тогда оно начнет раскрывать тайны своих отдельных частей. А для этого отдельные части надо хорошо «сшить», тогда можно будет «включить» разнообразные переносы участников процесс-группы друг на друга и на супервизора.

Стратегия «Франкенштейн» обеспечивается рядом тактик. Ни один даже самый замечательный специалист не способен обеспечить такую огромную гамму переносов, как это делает группа. Для этого используются различные приемы, способствующие развитию процесс-группы. Их можно отнести и к техникам, но уместнее рассматривать в рамках тактик, под которыми понимается «нужная линия поведения». А техники являются скорее конкретными инструментами.

Самая важная, тактика № 1, взята из современного американского группового психоанализа «бриджинг», или наведение мостов. Внешне бриджинг выглядит как вопрос ведущего-супервизора к одному из участников или группе, который касается переживаний или действий кого-то из членов группы или взаимодействия, которое произошло между двумя другими участниками (Ormont L., 2001). Цель бриджинга — вывести на поверхность скрытую психологическую энергию, которая заключена в невысказанных чувствах. В психоаналитических группах бриджинг используется, чтобы высвободить эту энергию и поддерживать ее в свободном состоянии, и тогда группа будет продуктивной. Даже у самого хорошего ведущего не хватит собственной энергии, чтобы поддерживать работу целой группы. Но внутри каждой группы эта энергия есть. Цель бриджинга в процесс-группе аналогичная — вывести скрытые чувства на поверхность. Переносы уже стали прорастать, когда участники сидели в пространстве группы и докладывали о своих пациентах. Настало время стимулировать их рост!

Вторая тактика — сиюминутность (Ormont L., 1996). В других направлениях она тоже хорошо известна под названием «здесь и сейчас». Нельзя давать участником погружаться в воспоминания «о прошлом» или в ситуации вне группы (дом, работа, знакомые и т. д.). Обращение к ранним травмам или текущим проблемам — занятие полезное, но оно обычно снижает интерес других участников к групповому процессу. К тому же и времени очень мало. Надо активно стимулировать участников к общению между собой, что будет усиливать проявления переноса. В этом прекрасно помогает бриджинг.

Третья тактика — смещение внимания с ведущего-супервизора на участников. Группа будет стараться, особенно первые минуты, искать точку опоры в ведущем, обращаясь к нему с разными вопросами. Отвечать на них — жертвовать сиюминутностью. Вопросы надо возвращать в группу по любимой нашей психоаналитической технике, генетически связанной с основателями психоанализа — отвечать вопросами на вопрос, например, заключая его в форму бриджинга. Это может выглядеть следующим образом:

— Катя, а как вы думаете, меня Петя спросил о моей квалификации, так как не уверен, что я справлюсь?

— Люба, вот Ира интересуется, почему я так много говорю. Я вам тоже мешаю говорить?

— Ваня, меня все спрашивают, почему я сейчас промолчал. Вам тоже были нужны мои слова?

— Костя, Женя мне говорит, что я ему не помогаю говорить. А вы молчите по этой же причине?

Здесь ведущему-супервизору будет помогать не только рисунок поведения каждого участника группы (кто много говорит, кто молчит, кто смущен, кто напряжен), но и та информация, что была получена во время докладов терапевтов о представляемых пациентах. Это даже следует выделить в отдельную тактику.

Четвертая тактика — «опора на доклад». Чтобы интервенция оказалась эффективной, ее надо делать с опорой на услышанные ранее истории от терапевтов в первой части. Ведущий использует эту информацию, связывая пациентов на основе схожести травм, семейных ситуаций, жалоб, симптомов и т. д. Люди со схожими проблемами лучше понимают друг друга. Аналогичные истории участников процесс-группы нередко сформированы подобными семейными паттернами, поэтому бриджинг на основе исторических параллелей будет активировать перенос на бессознательном уровне. Такая тактика будет способствовать усилению схожих переживаний и их вербализации.

Пятая тактика, также характерная для американского группового анализа, — перевод деструктивных тенденций на себя — ведущего. В процесс-группах будет много агрессии. Именно она служит главной причиной перехода пациента в разряд «трудных». Плохо осознаваемые агрессивные чувства пациент маскирует монотонностью, молчаливостью, стереотипностью жалоб и т. д. От всего этого в контрпереносе терапевт чувствует скуку, отвращение, страх, безысходность и т. п. Поэтому такой пациент становится проблемой, но решаемой, если терапевт обращается за супервизией. У агрессии есть и положительное качество: она дает силу для развития группы, а т. к. ее много, ведущему надо просто запустить этот мотор. Слово «просто» — ключевое и уходит в глубину психоаналитического тренинга, о чем еще пойдет речь в заключении.

В формате процесс-группы можно исследовать деструктивные силы в рамках безопасного пространства группового процесса. Во-первых, агрессия никогда не станет физически разрушительной, все-таки ее носителем является терапевт, хоть и в роли пациента. Однако важно следить, чтобы агрессия не парализовывала группу или ведущего. Во-вторых, злость участников послужит

хорошим тренингом для развития толерантности к агрессии в «тепличной» обстановке процесс-группы. В-третьих, вербализация агрессии прекрасно стимулирует группу. Тишина и унылое обсуждение текущих дел — вот настоящая опасность для сверхбыстрой процесс-группы. Если агрессии стало слишком много, ее надо так же, как и в обычных терапевтических группах, «заворачивать» на себя — ведущего. Например, таким образом:

— Саша, я тебя ненавижу! — восклицает Наташа.

— А чем Саша так плох? — удивленно спрашивает ведущий.

— Я не знаю, но он меня бесит!

— Что, больше, чем я? — продолжает ведущий.

— Не знаю, я не думала над этим, — говорит Наташа после небольшого замешательства.

— Пока вы думаете, я хочу узнать, что по этому поводу думает Аня.

— Ну, я не знаю. Мне кажется, что Наташа и Саша очень похожи.

— Что, правда? — удивляется Саша.

— Это плохая группа, мне здесь не помогают.

— Да, я создал эту группу, которая плохо помогает, — говорит ведущий с сожалением в голосе.

— Зачем вы сделали такую плохую группу?

— Плохая группа может принести много пользы, если вы сможете мне ее сделать хорошей.

— А что я могу сделать?

— Помочь мне.

— А как?

— Помогите говорить молчащему Диме.

— Дима, а почему ты молчишь?

— Меня бесит Петя, пусть он уйдет из этой группы!

— Лена, ну это же я пригласил его в группу. Петя не виноват. Это я ему объяснил, что наша группа — лучший инструмент для решения его проблем.

— Ведущий, вы что, издеваетесь? Он ничего не понимает, что я ему говорю! И никогда наша группа не была понимающей!

— Лена, я с тобой не согласна. — В диалог вступает Маша: Вот Костя меня понимает.

Отлично! Начались взаимодействия друг с другом. Далее энергия агрессии поработает на групповой процесс, особенно если ей помогать бриджингом.

Шестая тактика — «подводная лодка» — никого не выпускать из группового пространства. Нередко трудные пациенты склонны к импульсивности, в том числе в отношениях. Они часто

разрывают социальные связи под воздействием переполняющих их чувств, как правило, агрессивных. В ситуации процесс-группы следует всех удерживать и не давать им покинуть кабинет (аудиторию). Если кто-то хочет оставить процесс-группу, значит, и у этого терапевта аналогичная проблема с демонстрируемым пациентом. Может, он регулярно шантажирует группу своим уходом, или не говорит об этом, а просто молчит, или все время опаздывает — еще более опасный вариант, т. к. менее заметный. Не давая участнику покинуть пространство группы и, таким образом, усиливая этот паттерн, ведущий делает скрываемые переживания пациента заметными для его терапевта. Теперь у него появляется возможность понять, какие чувства и желания двигают пациентом и заставляют покинуть терапию. Нередко высказанное желание уйти — крик о помощи: «меня не видят, мне плохо, сделайте что-нибудь». Но вообще-то, если мы будем пренебрегать этими сигналами, участник и правда может покинуть процесс-группу. Бриджинг и команды, мобилизующие сопротивление, будут весьма действенны. Это может выглядеть следующим образом:

— Все, я хочу выйти, — с капризными нотками говорит Катя.

— Конечно, одну минуту подождите, — говорит ведущий, посмотрев внимательно на Катю. Далее возвращается к прерванному Катей диалогу. Группа продолжается. Проходят две минуты.

— Уже три минуты прошли. Я хочу прогуляться! — кричит Катя.

— А что хорошего может быть на улице? — спрашивает ведущий у Вани.

— Солнце, наверное.

— Ваня, да какое солнце! Мне здесь скучно, и я хочу погулять, — говорит Катя возмущенно.

— Катя, а вы хотите одна погулять или с кем-то? — спрашивает ведущий.

— Можно было бы и с кем-то... — отвечает Катя немного растерянно.

— А Ваня подойдет?

— А он пойдет? — удивленно спрашивает Катя.

— Да он уже гуляет с Вами прямо сейчас по территории группы. Вы бы о чем его спросили? — продолжает ведущий.

— Ваня, зачем тебе эта группа?

У Кати в глазах появляется интерес. Ее заметили. Опасность миновала.

И, наконец, седьмая тактика — «метеор». Ведущий-супервизор должен быть очень активен. Психоаналитические группы, особенно в их классическом варианте, предполагают довольно пассивных ведущих. И в этом есть глубокий психодинамический смысл, подкрепленный продолжительностью

существования групп. Но период жизни процесс-группы очень короткий, поэтому ведущему придется быть очень активным. Он, словно внимательный инженер сталелитейного цеха, должен следить за оптимальной температурой доменной печи — групповой процесс не должен застыть в молчании или тоске, но и не должен разорваться от хаоса или ярости. Предыдущие тактики помогают в этом. Они, переплетаясь друг с другом, связывают процесс-группу в единое целое.

Формат данной статьи не позволяет подробно остановиться на техниках, да и разделение тактик и техник весьма условно. Тем не менее следует сказать о присоединении как об основном инструменте работы с доэдипальными пациентами. В демо-группах будет много доэдипальных паттернов, тесно связанных с агрессией, поэтому присоединение будет незаменимым инструментом, чтобы справиться с деструктивными тенденциями. Суть техники в том, что ведущий стремится поддерживать действующее сопротивление пациента или подгруппы. Присоединение усиливает защиты и снижает напряжение. Аналитик словно транслирует: «Я вам подобен, я вас понимаю». Пациент скорее захочет установить контакт с похожим на него самого объектом, чем с чужим и непонятым. Присоединение направлено на ранние довербальные паттерны и способствует разрядке агрессивных импульсов путем вербализации переживаний. Многие из приведенных выше примеров вполне соответствуют этой технике. Например, когда участник обвиняет ведущего, то супервизор соглашается с обвинением, а не оправдывается или нападает в ответ.

Часть третья — обсуждение. Этой самой полезной части демо-группы будет уделено меньше всего места в статье, но ему следует оставлять минимум треть времени, а если есть «аквариум», то половину. Когда время процесс-группы закончилось, очень важно четко обозначить ее завершение. Для этого как раз и подойдут повторные громкие хлопки ведущего-супервизора, теперь уже сигнализирующие об окончании процесс-группы, и четкое объявление: «Стоп, демонстрационная процесс-группа закончена! Всем выйти из образов! Теперь вы снова психотерапевты!». Обычно эти слова вызывают шум, оживление и смех. Если кто-то все равно «задерживается в пациенте», то ему следует уделить больше внимания, может, порекомендовать выпить воды или пройти по кабинету.

В начале использования демо-групп если автор не делал этого (четко не обозначал выход терапевтов из образов своих пациентов), то у некоторых коллег наблюдались различные виды соматизации и легкие депрессионные реакции в течение дня и более. Когда процедура окончания процесс-группы стала обозначаться ясно и определенно, последствия влияния интенсивного контрпереноса в

ситуации процесс-группы стали минимальными, или, другими словами, терапевтический эффект от демо-группы преобладал над ее «побочным эффектом».

Когда ведущий-супервизор убедился, что в кругу процесс-группы сидят снова психотерапевты, то можно приступить к получению обратной связи. Это будет касаться в первую очередь новых идей в отношении демонстрируемого пациента, но возможны и другие прозрения, связанные с самим терапевтом или с другими пациентами. Если у терапевта не будет новых идей (что бывает крайне редко), он может рассказать о своих чувствах от процесс-группы целиком или по отношению к отдельным участникам. Важно, чтобы высказался каждый из участников процесс-группы. Это помогает канализировать чувства и служит профилактикой «побочных эффектов».

Теперь настало время «аквариума», если он был. Его участники обычно менее включены в контрпереносные реакции, но это не значит, что индуцированных чувств у них мало. Они тоже «заразились» переживаниями, и надо дать время и место для их выражения. Это могут быть ассоциации, идеи и чувства относительно происшедшего на процесс-группе целиком или в отношении отдельных участников. Интерпретации приветствуются, но надо следить, чтобы они имели «помогающий» характер, а не служили оценкой профессионального поведения кого-то из участников процесс-группы. На «аквариум» влияние переживаний было меньше, поэтому его участники обычно сохраняют возможность к более беспристрастному анализу происходящего, или, как говорят психоаналитики, у них больше возможности использовать свое наблюдающее Эго.

Если, на вкус супервизора, положительных отзывов было не так много (справедливости ради, надо сказать, что автору не удается припомнить такой демо-группы), то все равно не стоит расстраиваться. Часть полезного багажа терапевтами будет унесена с собой. Интуитивные прозрения потом «догонят» терапевта дома или в кабинете. Бессознательное терапевта наверняка обогатилось свежими идеями и получило новые инструменты для работы. А бессознательное такое — хочешь или нет, оно даст о себе знать.

Заключение. Если эта статья заинтриговала таким форматом супервизии, она выполнила свою задачу минимум. Если вызвала желание использовать демо-группы — выполнена задача максимум. Провести демо-группу не сложно: собрать коллег, дать правильную вводную, «завести» процесс-группу и просто пожинать плоды сложного переплетения контрпереносов. Однако следует напомнить, что работа ведущего-супервизора демо-группы — это верхушка профессионального айсберга. Нижними слоями являются сухая тео-

рия, личный анализ в индивидуальном и групповом сеттинге, практика работы с разными пациентами в разных форматах терапии. Тогда все это количество может перейти в качество и обеспечить ключевое слово — «просто».

Инструменты и последовательность действий демографы являются «открытым кодом», по аналогии с программированием: меняйте, улучшайте, используйте! Как вести такую группу, как сформировать процесс-группу, как лучше получить обратную связь — все это автор указал исходя из собственных предпочтений. Для другого профессионала будут свои приоритеты и техники. Но когда мы вступаем в новую область, нам бывает необходима карта, по которой можно ориентироваться. Автору статьи менее всего хотелось бы, чтобы описанная выше форма проведения демографов была принята «правильной», а значит, стала ригидной и малоэффективной. Но если подобные демографы вы будете называть «группстановками

по Федорову», автор не обидится (на всякий случай, — это шутка).

ЛИТЕРАТУРА

1. Винер Дж., Майзен Р., Дахэм Дж. Супервизия супервизора. Практика в поиске теории. М.: Когито-Центр, 2006. 352 с.
2. МакВильямс Н. Психоаналитическая психотерапия: руководство практика / Нэнкси МакВильямс; пер. с англ. Ижевск: ERGO, 2016. XXIV. 392 с.
3. Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д. Супервизорство. Техника и методы корректирующего консультирования / пер. с англ. СПб.: «Б.С.К.», 1997. 235 с.
4. Ormont L. The training of group therapists through the study of counter transference *Modern Psychoanalysis*. Vol. XVI, No. 2, 1991.
5. Ormont L. Bringing Life into the Group Experience: The Power of Immediacy. *Group*. Vol. 20, No. 3, 1996.
6. Ormont L. *The Technique of Group Treatment*. Connecticut: Psychosocial Press., 2001.

МОДЕЛЬ СУПЕРВИЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

THE MODEL OF SUPERVISION IN MODERN PERSONALITY-ORIENTED PSYCHOTHERAPY



Д.А. Федоряка
D. Fedoriaka

врач-психотерапевт, супервизор Российской психотерапевтической ассоциации, Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, Санкт-Петербург;
MD, psychotherapist, supervisor of Russian psychotherapeutic association, supervisor of Professional psychotherapeutic league, Saint-Petersburg;
e-mail: psyfed@gmail.com

В статье предложена клиническая специфическая модель супервизии. Рассмотрены основные принципы, подходы и требования к супервизии с позиций современной личностно-ориентированной психотерапии. Данная модель решает задачи как административные, связанные с необходимостью обучения, общей оценки компетентности, организации процесса терапии и консультирования, так и содержательные, предполагающие помощь в самом процессе психотерапии. Подробное изложение вопроса представлено в пособии для психотерапевтов и супервизоров «Супервизия в психотерапевтической практике».

Ключевые слова: супервизия, личностно-ориентированная психотерапия.

A specific model of clinical supervision was offered in this article. Discussed the main principles, approaches and requirements of supervision from the standpoint of modern personality-oriented psychotherapy. This model solves the problems as administrative, related to the need for training, overall evaluation of competence, the organization of the process of therapy and counseling, and meaningful, involving assistance in the process of psychotherapy. A detailed statement of the issue presented in the manual for psychotherapists and supervisors «Supervision in psychotherapeutic practice».

Keywords: supervision, personality-oriented psychotherapy.

Уважаемые коллеги! В 2015 году было издано пособие для психотерапевтов и супервизоров «Супервизия в психотерапевтической практике». Автор — Д.А. Федоряка, рецензенты — проф. В.А. Винокур, проф. С.А. Кулаков. В связи с нарастающим интересом специалистов в области психотерапии и

необходимостью подготовки квалифицированных супервизоров подготовлено второе издание, которое будет выпущено в 2017 году. В пособии излагаются основные принципы, подходы и требования к супервизии в психотерапии. Структурированно рассматривается практическая реализация супер-

визии в модели современной личностно-ориентированной психотерапии.

Резюме: предлагаемый нами вариант супервизии, относящейся к клинической специфичной модели, решает задачи как административные, связанные с необходимостью обучения, общей оценки компетентности, организации процесса терапии и консультирования, так и содержательные, предполагающие помощь в самом процессе психотерапии. Первый блок задач является универсальным, вне зависимости от методических предпочтений психотерапевтов или клинических показаний к той или иной психотерапии. Содержательные задачи предлагается решать, используя в качестве объединяющей базы отечественный личностно-ориентированный подход (и психологию отношений), который находится в развитии как психодинамический метод психотерапии. Это развитие представляется нам постепенным движением основного фокуса терапии от процессов осознания внутриличностных конфликтов и причинно-следственных связей к фокусу на процессе взаимоотношений и отношений участников психотерапии. При этом классические психодинамические задачи по-прежнему нуждаются в терапевтическом решении, но несколько иным способом. Соответственно, меняется и фокус содержательной части представляемой модели супервизии, что никак не мешает работе над административной частью.

В ходе супервизии конкретного клинического случая супервизор ориентируется на запрос супервизируемого. Ориентиром может являться представление о психотерапии отношений на основе теории отношений В.М. Мясищева как ведущей теории и практики психотерапии. Наличие ориентира не исключает возможности помощи супервизируемым относительно используемых методов и направлений психотерапии (при наличии соответствующих возможностей супервизора), поскольку теория отношений обладает мощным интегративным потенциалом.

Приведенное ниже определение супервизии охватывает те ее аспекты, на которые ориентируется предлагаемая клиническая специфическая модель.

Супервизия — организованный, обучающий процесс, имеющий административные (организационные) и содержательные (клинические) задачи, в котором принципы трансформируются в практические навыки.

Общими целями супервизии являются повышение качества проведения психотерапии, а также подготовка профессионалов в области психотерапии.

Задачи супервизии представленной модели делятся на две группы: «внешние» (административные, обусловленные необходимостью включения психотерапии и сопровождающей ее супервизии в контекст медицинского или иного учреждения)

и «внутренние» (содержательные, необходимые для непосредственного осуществления качественной психотерапии).

Административные (организационные) задачи:

- управление институтом супервизии в организации;
- оценка общей компетентности психотерапевтов и супервизоров;
- обучение будущих супервизоров и их аттестация;
- контроль этических норм в психотерапии.

Содержательные (клинические) задачи:

- коррекция психотерапевтического контакта;
- ревизия психотерапевтического контракта;
- помощь в техническом выполнении психотерапевтических навыков (общих — конфронтация и эмоциональная поддержка или специальных — поведенческие задания и др.);
- наблюдение за соответствием тактики патогенетической психотерапии и применяемых технических средств ее реализации, этапности психотерапии;
- концептуализация процесса и содержания психотерапии во время встречи (в данном случае). Результатом является появление целостного понимания сути возникшей сложности, особенностей пациента и его страдания, проводимой психотерапии у супервизируемого;
- профилактика эмоционального сгорания за счет поддержки и разделения ответственности за психотерапевтический случай. Результатом является изменение эмоционального фона супервизируемого по окончании супервизионной сессии (чаще с тревожного на радостный);
- обучение супервизируемого выполнению конкретных психотерапевтических действий на примере представленного случая. Результатами являются появление навыка и его использование в психотерапевтическом процессе у супервизируемого.

Административные задачи могут быть решены при использовании в работе таких формализованных понятий, как уровни супервизии, определения действующих лиц, их функции, супервизорский контакт и контракт, виды и формы супервизии. Необходимым условием адекватного управления является наличие супервизионного кодекса (устава), инструкций и другой документации. Примером может служить нижеприведенная таблица.

Порядок оказываемой супервизионной помощи целесообразно рассматривать в контексте этапности современной патогенетической психотерапии, которая логически отражает стадийность реализации биопсихосоциального подхода. Такими этапами являются:

Таблица. Формализованный вариант отчета супервизора

Задачи супервизии (что сделать)	Описательная часть (что и как сделано)
1. Помощь в организации лечебного процесса	
2. Коррекция психотерапевтического контакта	
3. Ревизия психотерапевтического контракта	
4. Определение согласованности проводимой работы, соответствия тактики психотерапии, особенностей пациента (клинических, личностных) и применяемых технических средств, этапности психотерапии	
5. Помощь в формулировании психотерапевтической гипотезы	
6. Различение процесса и содержания психотерапии во время встречи	
7. Определение и корректировка степени раскрытия и включенности психотерапевта и пациента, ролевых позиций и привычных паттернов	
8. Помощь в техническом выполнении психотерапевтических навыков, обучение супервизируемого выполнению конкретных психотерапевтических задач на примере представленного случая	
9. Наблюдение за сложностями проведения психотерапии (контрпереносные реакции, созависимые отношения, нарушение границ)	
10. Дополнительные примечания (индивидуальный стиль, поддержка и др.)	

1) начальный этап (включает определение показаний и редукцию актуальной невротической симптоматики, формирование терапевтического союза, терапевтических отношений);

2) терапевтический этап;

3) реконструкция системы отношений и генерализация результатов.

Заметно, что на первом этапе одна из задач лежит в биологической сфере (диагностика, возможная фармакотерапия). Далее основное внимание уделяется психологическим механизмам и связанным с ними феноменам. Завершающий этап имеет выраженную ориентировку на социальную область. Сам запрос на супервизию психотерапии может реализовываться как в последовательном сопровождении специалиста по этапам работы, так и в помощи на отдельных отрезках лечебного процесса. Первым вариантом чаще пользуются начинающие психотерапевты, вторым — более опытные коллеги.

Супервизия начального этапа терапии строится на наблюдении и направлении супервизируемого в следующих моментах:

1) клиническая психотерапевтическая диагностика с позиций биопсихосоциального подхода и теории отношений;

2) адекватность назначаемых диагностических и лечебных мероприятий на начальном этапе;

3) качество построения коммуникации и психотерапевтического контакта;

4) заключение психотерапевтического контракта.

На терапевтическом (основном) этапе супервизор уделяет наиболее пристальное внимание техническим элементам, средствам реализации, сложностям и личностным проблемам, мешающим проведению психотерапии, а также индивидуальному стилю психотерапевта. Отдельно рассматриваются уровни межличностного взаимодействия, отражающие качество взаимоотношений (отношений) между психотерапевтом и пациентом, влияющие на эффективность психотерапевтического процесса. Супервизор наблюдает и рассматривает:

— наличие и качество конфронтации, эмоциональной поддержки, эмпатии как базовых технологий психотерапии;

— превалирующую во взаимоотношениях процессуальную часть (когнитивную, поведенческую или эмоциональную) и средства реализации;

— способность специалиста различать процесс и содержание психотерапии;

— степень раскрытия психотерапевта и его включенности в происходящее;

— степень раскрытия пациента и его включенности в происходящее;

- преимущественные ролевые позиции психотерапевта и пациента и их полезность для терапии в данный момент времени;
- конкретные привычные паттерны пациента и терапевта, реализующиеся в терапии в отношении друг друга;
- проблемы и сложности супервизируемого, его индивидуальный стиль.

На заключительном этапе терапии супервизия центрируется на следующих аспектах:

- проработка созависимых отношений и завершения психотерапии;
- расширение возможностей психотерапии за счет изменения ее формы;
- своевременная ревизия и изменение психотерапевтического контракта.

Супервизия может проводиться для разных методов психотерапии.

С точки зрения теории, отличительным признаком семейной супервизии на протяжении всей ее короткой истории была системная ориентация. Другими характерными ее чертами были акцент на очные формы супервизии и рассмотрение этических вопросов в более широком семейном, культуральном и общественном контексте. В целом, супервизия индивидуальной работы позволяет в большей степени лично контактировать супервизору и супервизируемому, отражая психотерапевтический процесс. Однако это не исключает наличия параллельных процессов в супервизии групповой и семейной работы. Принципы остаются теми же, с оговоркой гораздо меньшего вмешательства супервизора, остающегося истинным консультантом в работе с парой психотерапевтов, в отличие от индивидуального подхода, в котором понятие наставничества реализуется более широко.

Кратко коснемся супервизии психодинамических групп.

1. Групповая психотерапия рассматривается в нашем случае как метод, ориентированный на групповую динамику (кроме того, в других случаях это форма психотерапии, которая применяется в каждом направлении).

2. Вы столкнетесь с высокой личностной вовлеченностью супервизоров в процесс, а также с путаницей ролей со стороны ведущих между групповым лечебным процессом и психотерапией в группе, что заставляет супервизора принять дополнительную ответственность.

3. На что обращает внимание супервизор динамической группы:

- фаза группового процесса (ориентировки и зависимости, агрессии и псевдосплочения, рабочая, завершающая);
- взаимодействие ведущих согласно фазам;
- формирование групповых ролей участников;

- баланс эмоциональной поддержки и конфронтации ведущими;
- индивидуальные характеристики участников (активность / пассивность, изолированность / вовлеченность в фазу, лично значимые события);
- индивидуальные характеристики ведущих (соответствие заявленной роли, эмпатия, последовательность, аутентичность).

Проблема супервизии групповой психотерапии настолько объемна, что требует отдельной детальной проработки и публикации.

Процесс супервизии является достаточно многогранным и сложным и требует определенного структурирования в целях сохранения ответственности. В данном случае последовательность и структура задается, с одной стороны, выделением двух групп задач, нуждающихся в решении, а с другой — привязкой к проверенному практикой и наукой методу патогенетической (лично ориентированной) психотерапии отечественной Санкт-Петербургской (Ленинградской) школы. Таким образом, создается клиническая специфическая модель супервизии, обладающая и достаточной широтой, и собственной внутренней логикой. Предложенный вариант супервизии патогенетической психотерапии может быть использован как базовый в практической деятельности и подготовке супервизоров, аккредитованных Российской психотерапевтической ассоциацией (РПА).

ЛИТЕРАТУРА

1. Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж. Супервизия супервизора: Практика в поиске теории / пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2006. 352 с. (Юнгианская психология).
2. Винокур В.А. Балинтовские группы в профессиональном развитии и усовершенствовании врачей и психологов. СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. 64 с.
3. Джейкоб Д., Дэвид П., Мейер Д. Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа / пер. с англ. Ю.М. Донца и В.В. Зеленского. СПб.: Б.С.К., 1997.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для вузов. 2-е изд., перераб. СПб.: Питер, 2002. 672 с.
5. Кириллов И.О. Супервизия в позитивной психотерапии: дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.
6. Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей-психотерапевтов) / под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковой. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. 456 с.
7. Кулаков С.А. Методологические принципы супервизии // Сибирский психологический журнал. Вып. 30, 2008. С. 3–6.
8. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии: учеб. пособие для психотерапевтов и супервизоров. СПб.: ООО Медицинский центр С.П. Семенова «Вита», 2004. 128 с.
9. Кулаков С.А., Федоряка Д.А. Синергетическая модель супервизии в психотерапии // Психическое здоровье. 2010. № 3. С. 26–29.
10. Назыров Р.К., Логачева С.В., Ремесло М.Б., Холявко В.В., Павловский И.О. Типология психотерапевтических ми-

- шенных и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами: методические рекомендации. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. 18 с.
11. Уильямс Э. Вы — супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / пер. с англ. Т.С. Дабкиной. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 288 с. (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 96).
 12. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия: индивидуальный, групповой и индивидуальный подходы. СПб.: Речь, 2002. 350 с.
 13. Федоряка Д.А. Супервизия в психотерапевтической практике. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014. 104 с.



Т.Н. Иванова

консультирующий психолог экзистенциального направления, терапевт и супервизор НЕРП, ведущий авторских программ и семинаров для специалистов помогающих профессий, экс-президент Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной терапии, ведет прием в Иваново, Санкт-Петербурге; e-mail: baino@rambler.ru

Цель статьи — рассмотреть некоторые аспекты взаимодействия супервизора и терапевта, вдохновляясь работами Михаила Бахтина. В контексте экзистенциальной супервизии диалог важен как цель, т. к. именно в диалоге рождается терапевт. Выбор быть в супервизии, взаимность и равенство участников, уважение к чувствам и онтологическая чувствительность — то, что помогает диалогу быть. Для экзистенциального подхода, действительно, более органична диалоговая позиция участников. Тем не менее в супервизиях может быть и диалог, и монолог. Ответственность за соотношение монолога и диалога в супервизии несут оба участника. Возможность диалога есть всегда, но мы можем ее игнорировать. Поэтому стоит стремиться к диалогу, и, тем не менее, это чудо, которое или случится, или нет.

Ключевые слова: экзистенциальная супервизия, Михаил Бахтин, диалог, монолог, равенство, онтологическая чувствительность.

The purpose of this article is to consider some aspects of the supervisor's and supervisee's interaction under the influence of Mikhail Bakhtin. In the context of existential supervision the dialogue is important as a purpose. As in dialogue, is born therapist. The choice to be in supervision, the reciprocity and equality of participants, respect for the feelings and ontological sensitivity that helps the dialogue to be. To the existential approach, indeed a more organic dialog the position of the participants. However, supervision can be a dialogue and a monologue. Responsibility for the balance of monologue and dialogue in supervision are both participants. The possibility of dialogue is always there, but we can ignore it. Therefore it is necessary to seek dialogue, and, nevertheless, it is a miracle that will happen or not.

Key words: existential supervision, Mikhail Bakhtin, dialogue, monologue, equality, ontological sensitivity.

Супервизии являются неотъемлемой частью практики терапевта, независимо от его опыта. Есть ли различия супервизий в рамках разных направлений? Особенности в каждом направлении, на мой взгляд, точно есть. Об экзистенциальной супервизии на русском языке написано совсем немного. Наиболее известна статья Римантаса Кочюнаса «Процесс супервизии: экзистенциальный взгляд» (2005) (6). Осознать, на практике почувствовать, что такое экзистенциальная суперви-

зия, мы можем на семинарах Саймона дю Плока, Эрнесто Спинелли и других коллег.

В этом очерке мне бы хотелось сфокусироваться на некоторых аспектах диалога в контексте экзистенциальной супервизии: поставить ряд вопросов, поразмышлять.

Несколько вводных замечаний.

Первое, вслед за Спинелли, обратим внимание на два близких, но разных смысла слова «супервизия». Супервизия предполагает лучшее, боль-

шее видение сверху (над-видение, *over-seeing*) или вширь (видение-вокруг, *seeing-over*). Можно предположить, что над-видение и видение-вокруг не находятся в контротношениях, не исключают друг друга, а, наоборот, при благоприятных обстоятельствах являются дополняющими и в сочетании могут давать объем супервизии.

Следующее замечание о том, что позиционно участники супервизии могут быть в вертикальных (иерархических) или горизонтальных (равных) отношениях. И, соответственно, в какой-то определенный момент форма контакта, отношений между участниками супервизии может быть диалогом (когда равные отношения) или монологом (когда участники в позициях «выше — ниже»). В самой сути супервизии есть путь как в монологичность, так и в диалогичность.

Для диалога недостаточно просто двоих, двух людей. Хотя нередко приставку *δια* из древнегреческого ассоциируют с числительным *δύο* — два: такой ассоциации способствует современный словесный ряд: монолог, триалог, полилог; в греческом же слове *διαλέγομαι* приставка *δια* имеет более интересное для нас значение «взаимость».

Есть такое выражение: «Разговор был, а диалога не получилось». Когда же диалог в супервизии происходит? От кого и от чего это зависит? Как увеличить пространство диалога в супервизии? Можем ли мы избавиться от монолога в супервизии? И стоит ли пытаться это сделать?

Зависит ли возможность диалога в супервизии от профессиональной зрелости коллег? Характер отношений супервизора и супервизируемого соотносится с процессом обретения терапевтом профессиональной идентичности. В начале практики терапевт понимает, что супервизия необходима, но личное желание может отсутствовать. Первоначально приход терапевта на супервизию может быть от «надо» (условия институции, коллеги говорят), а не от личного желания. По словам некоторых коллег, пока не берешь супервизии, не включен в этот процесс по-настоящему, не понимаешь, зачем он нужен. С положительным опытом супервизий убежденность в их пользе создает и укрепляет свое, личное «хочу» супервизироваться. Когда терапевт только начинает ориентироваться в сути профессии, ему часто свойственна зависимость от супервизора. Проявляться зависимость может в диапазоне от принятия терапевтом позиции «очень старательного ученика» до избегания супервизий и временного отказа от помощи супервизора вовсе. Из своей зависимости терапевт запрашивает экспертной, учительской или родительской позиции, одновременно внутри себя часто не принимая и не желая ее. Тем не менее у супервизора есть выбор: либо откликнуться на запрашиваемую позицию, либо нет. Когда профессиональная идентичность движется к тому,

чтобы становиться частью терапевтического стиля, терапевт сам ищет возможности супервизироваться, выбирает супервизоров, ситуации обучения и своего развития в них. Опыт терапевта, его включенность в профессию, конечно, влияют на супервизорский диалог. Но нельзя утверждать, что с более опытным терапевтом диалог возможен больше, нежели с начинающим. Ибо, считая так, мы невольно согласимся с традиционным взглядом на супервизию, которому свойственна метафора «родительских отношений». Терапевт с небольшим опытом или без опыта вовсе — не младший или меньший по отношению к более опытному терапевту-супервизору. Он — Другой, другой мир. Чтобы диалог был, необходим личностный выбор — быть в диалоге, выбор Диалога.

То, как видит диалоговую природу Михаил Бахтин через творчество Достоевского, может быть близко и нам. Он пишет: «Вполне понятно, что в центре художественного мира Достоевского должен находиться диалог, притом диалог не как средство, а как самоцель. Диалог здесь не преддверие к действию, а само действие. Он и не средство раскрытия, обнаружения как бы уже готового характера человека; нет, здесь человек не только проявляет себя вовне, а впервые становится тем, что он есть, повторяем, — не только для других, но и для себя самого» (1).

В контексте экзистенциальной супервизии диалог так же важен, как цель. Именно в диалоге лично рождается терапевт. В монологе можно учить и научить коллегу, как быть терапевтом, в диалоге становятся терапевтом.

Особенностями диалога являются равноценное паритетное взаимодействие сторон, равноправие участников и их несамодостаточность.

Как осуществляется равенство разных в супервизорских отношениях? Без сомнения, супервизором выбирают более опытного коллегу. А супервизору немаловажно быть состоявшимся, чтобы было чем поделиться с терапевтом. Психолог Сергей Братченко считает, что «обращенность к чувствам, опыту переживаний, к этим бытийным первоосновам человеческой жизни является в диалоге еще одним проявлением принципа равноценности собеседников: чувства (в отличие от знаний, умений и т. п.) делают нас более равными, близкими и понятными друг другу» (4).

У многих в какой-то момент или период во внутреннем мире случился переход от иерархической коллегиальной системы в равенство с другими коллегами. Конечно, эти процессы индивидуальны. Супервизируясь сама у более опытных коллег, я ощутила себя с супервизорами в более равных отношениях тогда, когда появилось много моей радости и удивления: радости от обнаружения своего «ляпа», от проявления «слепого пятна», от открытия очевидного; удивления от

парадоксальности переживания своей радости: обнаруживаешь свои ограничения, недосмотры и недочеты, свою недостаточность и искренне этому радуешься, благодаришь супервизора за его свидетельство твоих несовершенств, за соучастие в проявлении всего этого «безобразия». Сейчас я так же радуюсь, встречая подобные переживания у своих супервизируемых. Для меня это признак включенности, открытости и взаимности в супервизорском процессе.

Человек — существо онтико-онтологическое, живущее одновременно и в онтическом, и в онтологическом. У нас всегда есть возможность перейти от бытийно-конкретного к философскому видению бытия. Попробуем и сейчас с помощью Михаила Бахтина перенести наше внимание с онтического на онтологическое. В работе «Проблемы поэтики Достоевского» он пишет: «В плане своего религиозно-утопического мировоззрения Достоевский переносит диалог в вечность, мысля ее как вечное со-радование, со-любование, со-гласие. В плане романа это дано как незавершенность диалога, а первоначально — как дурная бесконечность его» (1).

Когда в супервизии с другими, очень отличными от меня, появляется наше со-радование, со-любование, со-гласие, хотя бы мгновениями, это верный признак диалога. Незавершенность супервизорского процесса проявляется в нашем желании, готовности, открытости быть в супервизорских диалогах с коллегами. Переживание «дурной бесконечности» любого процесса, в том числе и супервизии, говорит, скорее, об отсутствии диалога.

Следующее, на чем хочется остановиться, — участников побуждает к диалогу их несамодостаточность. Если кому-то из участников «все ясно», «он все знает», то это точка. Диалогу нет шанса быть. Несамодостаточность терапевта очевидна. Он испытывает конкретные трудности, у него есть вопросы о совместности с определенным клиентом. Что касается супервизора, он не знает, не видит этого клиента: какой, как выглядит, как живет, что хочет, чувствует; он встречается с неким образом через рассказ и переживания терапевта. Супервизору не стоит быть лучшим для этого клиента, подвигая реального терапевта с его места. Ибо есть опасность, принимая онтическую несамодостаточность терапевта как свою, ограничить возможности супервизии. В чем же может быть несамодостаточность супервизора? Какова она?

Супервизору, на мой взгляд, имеет смысл находиться в контакте со своей онтологической несамодостаточностью, даже активизировать ее в себе.

Кирк Шнайдер в «Случае Дженис» пишет о том, что большинство из нас значительную часть времени стараются отрицать, а именно что все мы живем во взвешенном состоянии. «Сейчас вы,

скорее всего, сидите в удобном кресле внутри здания, которое кажется прочно стоящим на земле, но такая картина далека от завершенности. При внимательном рассмотрении оказывается, что вы сидите в удобном кресле в здании, которое стоит на огромном шаре, кружащемся вокруг солнца со скоростью 67 000 миль в час. Более того, этот шар расположен в галактике, которая мчится через Вселенную со скоростью 1,2 миллиона миль в час в совершенно неизвестном направлении. Но это еще недостаточно, и вы по-настоящему не знаете, откуда вы появились в этом здании и в этом кресле. Да, знаю, вы, наверное, возразите, что проделали уйму вещей, чтобы оказаться на этом конкретном месте в этот конкретный момент, и можете все эти шаги проследить далеко в вашем прошлом. Но для меня это по-настоящему значит мало, как и якобы прекрасное предположение, что задолго до занятий какими-либо вещами вы стали «счастливым» продуктом слияния случайного сперматозоида и восприимчивой яйцеклетки. На самом деле так много из того, что мы даже сегодня считаем само собой разумеющимся, является культурно обусловленным явлением — хрупкой и лишь временной преградой, за которой океан растерянности» (5).

О самом Кирке Шнайдере коллеги говорят как «об особенно принимающем, дающем собеседнику много свободы и безопасности в супервизиях». Рискну предположить, что такие возможности ему и другим из коллег дает чуткость к своей онтологической несамодостаточности. Это переживание позволяет, будучи в контакте со своей уязвимостью, принимать, выдерживать неопределенность и ненадежность ситуации и через это быть открытым диалогу.

У меня есть немало ресурсных переживаний, полученных в группах, в супервизиях. Например, это переживания чудесного стыда, или потрясающей разобранности, или удивительного признания и принятия, и многие-многие другие. Все они как будто очень разные, но с каждым из них ко мне приходило что-то новое, случалось некое преобразование. По словам коллег, они особенно ценят те изменения, которые происходят именно с ними на супервизиях. Мне кажется, большая освоенность себя в онтологических переживаниях также способствует равенству в диалоге, во многом позволяет ему быть, поддерживает позицию вне-находимости.

В работах «Автор и герой в эстетической деятельности» Михаил Бахтин читателя и автора называет носителями позиции вне-находимости. Читатель и автор являются эстетическими субъектами и находятся в положении, которое может быть определено как вне-находимость временная, пространственная и смысловая. Именно из этого положения исходит их художественная, формиру-

ющая активность. С этой венаходящейся точки активно совершается эстетическое вживание — видение предметов и героев изнутри, объединяются и оформляются в единое и целое добытый вживанием материал с материей внешнего видения и слышания (2).

Когда терапевт и супервизор «в диалоге», они сродни автору и читателю. И каждый из них и автор, и читатель. Можно сказать, что позиции венаходимости в супервизорских отношениях свойственны:

- совместный взгляд из «вне» рассматриваемого содержания;
- творческая, формирующая диалог активность;
- вживание в рассматриваемый материал;
- соединение переживания с внешним взглядом в единую картину понимания.

Позволю себе несколькими простыми предложениями ответить на ряд вопросов, поставленных мной в начале статьи.

- Для экзистенциального подхода более органична диалоговая позиция участников.
- В экзистенциальных супервизиях может быть и диалог, и монолог.
- Ответственность за соотношение монолога и диалога в супервизии несут оба участника.
- Всегда есть возможность диалога, но мы можем ее игнорировать.
- Стоит стремиться к диалогу, и, тем не менее, это чудо, которое или случится, или нет.

Коллегам в нашем сообществе свойственно желание большей осознанности своей практики через философские идеи. Для нас несомненна взаимосвязь философии и психотерапии, и есть уверенность в том, что большая осознанность, оче-

видность этой взаимосвязанности помогает нашей практике с клиентами быть глубже, честнее, человечнее. На размышления о диалоге в экзистенциальной супервизии меня вдохновили работы Михаила Бахтина. И завершить свои размышления я хотела бы тоже фрагментом из его рабочих записей начала 1970-х годов: «Текст живет, только соприкасаясь с другим текстом (контекстом). Только в точке этого контакта текстов вспыхивает свет, освещающий и назад, и вперед, приобщающий данный текст к диалогу. Подчеркнем, что этот контакт есть диалогический контакт между текстами (высказываниями), а не механический контакт оппозиций... За этим контактом — контакт личностей, а не вещей... Если мы превратим диалог в один сплошной текст, т. е. сотрем разделы голосов (смены говорящих субъектов)... то глубинный (бесконечный) смысл исчезнет (мы стукнемся о дно, поставим мертвую точку)» (3).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского. СПб.: Азбука, 2015. С. 382, 383.
2. Бахтин М.М. Автор и герой в эстетической деятельности: работы 20-х гг. Киев, 1994. С. 74.
3. Бахтин М.М. Рабочие записи 60-х — начала 70-х // Бахтин М.М. Собр. соч. Т. 6. М., 2002. С. 424.
4. Братченко С.Л. Межличностный диалог и его основные атрибуты // Психология с человеческим лицом. М., 1997. С. 81.
5. Кирк Шнайдер. Случай Дженис // EXISTENTIA: психология и психотерапия. 2013(6). С. 246, 247.
6. Кочюнас Римантас. Процесс супервизии: экзистенциальный взгляд // Экзистенциальное измерение в консультировании и психотерапии: сб. Т. 2. Вильнюс; Бирштонас, 2005.

ДИСКУРСЫ СОВРЕМЕННОЙ СУПЕРВИЗИИ – ВОЗМОЖНО ЛИ ПРЕОДОЛЕНИЕ ХАОСА?

DISCOURSES OF MODERN SUPERVISION – IS IT POSSIBLE TO OVERCOME CHAOS?



Г.А. Нюхалов
G.A. Nyukhalov

врач-психотерапевт высшей категории,
ведущий специалист Оренбургского областного психотерапевтического центра
ГБУЗ «ООКПБ № 2»,
директор частного центра «Онтология», преподаватель судебной медицины
и судебной психиатрии кафедры уголовного права и процесса
Оренбургского государственного аграрного университета;
e-mail: nyukhaloff@yandex.ru

В статье описывается оригинальный субъективный взгляд на место супервизии в современной российской психотерапии. Предпринята попытка выявить основные тенденции, перемены супервизии в психотерапевтической и консультативной работе.

Ключевые слова: супервизия, психотерапия, консультирование, изменения, современная, российская.

The article describes the original subjective view of supervision place in psychotherapy and consulting work. The author attempts to identify major trends, changes of supervision in Russia nowadays.

Keywords: supervision, psychotherapy, consulting, trends, changes, Russia.

Супервизия — это неотъемлемая, крайне важная часть подготовки и последующей поддержки специалистов в области консультирования, имеющая огромное значение для формирования высокообразованного и гармоничного профессионала. Возникнув из психоаналитического направления и оставив в прошлом классические догматы, супервизия сейчас является мультидисциплинарной, интегративной, транстеоретической, а порой и эклектической. В настоящее время методика и методология этого процесса весьма размыты и не могут быть общепринятыми, отсутствуют стандарты не только самой супервизии и ее учета, но вообще обучения и последующего сопровождения во многих психологических специальностях. Специалисты в России сталкиваются с дополни-

тельными институциональными и организационными сложностями: престиж, качество обучения и последующей работы в государственных учреждениях снизились, авторитетность ведущих государственных институтов в образовательной и научной деятельности в условиях рыночной экономики нивелируется, ресурсов для эффективного менеджмента и социально ориентированной материальной базы в этой сфере все меньше. Частные структуры не склонны к интеграции, а влияние общественных организаций и профессиональных сообществ еще недостаточно выражено, чтобы формировать единый менталитет в образовании и профилактике эмоционального выгорания.

На постсоветском пространстве длительное время наиболее значимым и авторитетным тру-

дом, исследующим супервизию в психотерапии, была монография Сергея Александровича Кулакова (2002, 2004) (2). Уже в те годы определение супервизии было довольно многогранным и предполагало различные цели и модели. Нужно ли говорить, что с течением времени понимание этого процесса расширилось и дополнилось? Иностранные авторы также предлагали скорее общетеоретическое понимание супервизии, используя термины деконструкции в традициях Хайдеггера и Деррида: «Достигаемая при этом внутренняя свобода может переходить в промежуточное пространство, в рамках которого оба они — супервизор и супервизируемый — генерируют новые смыслы, не достижимые в случае одной лишь внутренней психической работы каждого из партнеров в отдельности» (8). Традиционный взгляд, согласно которому «супервизия — это чуть больше, чем обучение, и чуть меньше, чем терапия», ясности также не добавляет. Не претендуя на более точные определения и формирование новых стандартов, следует заметить, что психотерапия является неклассической наукой и крайне зависит от текущих тенденций и мировоззрений общества (4, 7). Таким образом, супервизия меняется вместе с психотерапией, и в статье предпринимается попытка обозначить хотя бы некоторые направления этих изменений. Приведенные ниже данные являются отражением субъективных наблюдений супервизоров Оренбургской области и требуют более системных и аналитических исследований.

1. Изменения, связанные с супервизором и участниками, условиями и возможностями.

Большинство авторов сходятся во мнении, что супервизор — это опытный, ответственный, компетентный и разносторонний специалист (2). Вместе с тем в современных условиях наблюдаются две противоположные тенденции: рост авторитета супервизора или, наоборот, изменение его ведущей «преподавательской» роли по отношению к другим участникам, снижение авторитарности. Первая появилась благодаря большим возможностям взаимодействия с авторитетными иностранными специалистами (мультикультуральности), развитию технологий и ориентированности на повышение интереса и популяризацию психотерапии. Практически каждая конференция корифеев и «звезд» мировой психотерапии сопровождается показательными супервизиями (Отто Кернберг, Ирвин Ялом, Джеймс Холлис). Новые технологии (Skype) позволяют проводить дистанционные и «выездные» супервизии, в том числе в виде телемостов, вебинаров со многими участниками. Одновременно на такие события приходят представители различных терапевтических школ, и, подстраиваясь под участников, данный вид супервизии превращается скорее в мультидисциплинарный. И здесь проявляет себя

вторая тенденция. Любые интегративные модели неизбежно ведут к компромиссам, заимствованиям от ведущих систем самых разных техник и воззрений и, как следствие, к уменьшению научной базы, основ, методов оценки эффективности такой супервизии. А при использовании новых технологий следует учитывать направленность большинства гаджетов и изобретений на индивидуализацию и даже аутизацию человека и, порой, на замену живого человеческого общения его компьютеризированным суррогатом (кнопка выключения, которая может быть применена в любой момент супервизии, отсутствие или искажение невербальной составляющей при дистанционном контакте, технические помехи и др.). Помимо суррогата общения новые технологии претендуют на суррогат некоторых психических функций (смайлы, эмодзи, плюсы или цифры в общем чате как замена обратной связи или символ эмоциональных проявлений), что делает интерактивный процесс (особенно групповой) еще более неструктурированным и неуправляемым. Появление понятия «интервизия» — «интерколлегиальный», или «межколлегиальный», метод работы в группе равных по уровню специалистов, отражает стремление к новым, «экспериментальным» видам супервизии. Описанные разнонаправленные тенденции можно охарактеризовать большей ориентацией на участников, т. н. большая «клиентцентрированность». Ведущему такой группы вместо цели «передачи знаний и опыта», как в классической супервизии, приходится ставить другую цель — «заинтересовать участников, погрузить в процесс, продемонстрировать полезность данного процесса». Это ведет к разного рода экспериментам, в том числе с методологией и границами, что не всегда благоприятно сказывается на эффективности самой супервизии.

Что касается участников, то в силу различных причин одной из тенденций является более частое формирование локально существующих групп. Если при формировании подобной группы учитывается приверженность тому или иному направлению психотерапии (современный принцип формирования психотерапевтических сообществ), то в целом это можно считать относительно благоприятным течением. Однако часто группы формируются по принципу территориальности и с нарушениями принципа иерархических связей (работа в одном частном центре, ведущий супервизии — руководитель центра), что является грубым искажением и обесцениванием идеи и целей супервизионного процесса (впрочем, в некоторых случаях подобные формы тоже могут быть оправданы необходимостью). Снижение возраста и большое разнообразие образования (не только медицинского, но и психологического, педагогического), желание получить «все и сра-

зу» в различных направлениях, размытая профессиональная идентичность также характерны для современных участников супервизии.

2. Изменения, связанные с методикой и методологией, процессом, социокультуральные и мировоззренческие изменения.

Методология и методика процесса супервизии также исторически весьма разнообразна. В индивидуальной супервизии очень тонкой является грань между «терапией терапевта» и наставничеством, профессиональным образованием. В групповой супервизии проблем в разграничении процессов еще больше. Например, разные авторы по-разному трактуют интеграцию балинтовских и супервизионных групп (1). В основном эта граница сводится к договоренности о «глубине процесса» между супервизором и участниками (например, стандартное групповое правило «стоп»), т. к. часто эмоциональные или личностные особенности супервизируемого связаны со сложностями в его профессиональной деятельности. Современными тенденциями являются: включение новых «составных частей» в процесс, изменение методики и методологии (например, договоренность о количестве вопросов от каждого участника и «кругов вопросов» при групповой супервизии), появление новых форм (клинические разборы и анализ клинических случаев представителями разных школ и направлений, case-management и кейс-конференции в психотерапии (3)) и, соответственно, новых, не всегда высоких целей (включение в сообщество, интеграция, реклама, потребительство и консьюмеризм, репрессированное проигрывание и питание своих нарциссических и истерических черт, другие формальные и специфические цели). Следует упомянуть о т. н. «треугольнике Мэттисона», означающем, что в обсуждении какого-либо случая участвуют не два, а три персонажа: супервизор, практикант и пациент, каждый из которых влияет на обсуждаемый процесс (8). В современных условиях и ведущий, и участники часто склонны забывать об этом, исключать одного из персонажей или делать значительный крен в одну из сторон этой динамической триангулярной системы.

Определенную помощь супервизору в преодолении этих сложностей (и при индивидуальной, и при групповой форме работы) могут оказать различные тестовые методики (эмоциональная безопасность психотерапевта, форма для персонализации супервизии) (2, 5) и ориентация на них супервизора во время процесса (фактически это переключается с изменениями, описанными выше: большая ориентация на участников и идеи об интеграции психотерапии на уровне терапевтических факторов). Огромными проблемами остаются небольшое количество информации о супервизии, отсутствие единого стандартизиро-

ванного и внятного обучения и сертификации на звание супервизора в большинстве школ и институтов. Этот вопрос сталкивается со сложностями психотерапии в правовом поле Российской Федерации, и наибольший оптимизм вызывает в настоящее время развитие общественных организаций и общероссийских профессиональных сообществ и энтузиазм личностей, психотерапевтов, заинтересованных в развитии специальности и собственно супервизии.

Обобщить эти разнонаправленные тенденции в одной статье довольно сложно. В целом, описывая состояние современной супервизии в России в традициях свободных ассоциаций, можно использовать термины «джунгли», «хаос», «размытая идентичность». Наверное, структура и упорядоченность в данной сфере желанны и полезны, но возможны ли они в современном мире — остается открытым вопросом.

В наше время социокультуральное давление оперирует стереотипами, ориентирует на «культ силы», в моде успешность, гипертимность, вторичность и т. н. «наивное знание» научно-технического прогресса, информационная перегрузка, не подкрепленные солидной теоретической базой, постправда, ориентированная скорее на эмоциональный отклик, значительная зависимость от экономической выгоды. Развитие нейробиологии и, как следствие, обесценивание ряда психологических феноменов могут угрожать исчезновением (или как минимум интеграцией) не только супервизии, но и психотерапии в целом. Это заставляет психотерапию и супервизию быть более гибкими, часто отходить от основ и структуры, применять иррациональный подход, порой ориентироваться на парадоксальные техники, стимулирующие открытое проявление эмоций, интервенции с применением различных видов творческой активности.

Обозначив основные особенности, проблемы и сложности современной супервизии, хочется призвать всех коллег, заинтересованных в развитии психотерапии, быть интенциональными и объединить силы для сохранения и развития этой важнейшей составляющей нашей профессии. Супервизия способствует развитию у психотерапевта самостоятельного мышления, умения выслушивать и учитывать альтернативную точку зрения, аргументированно высказать свою. Это инструмент, позволяющий применить теоретические знания к решению практических задач, с помощью которого психотерапевты имеют возможность проявить и усовершенствовать аналитические и оценочные навыки, научиться работать в команде, находить наиболее рациональное решение поставленной проблемы. Развитие методологии и стандартизация супервизии — важнейшая (хотя почти неразрешимая в современных условиях) задача, «так как любая дисциплинарная

система является также местом формирования особого рода дискурса истины» (6).

ЛИТЕРАТУРА

1. Винокур В.А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы: учеб. пособие / В.А. Винокур. СПб.: СпецЛит, 2015. 191 с.
2. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии: учеб. пособие для психотерапевтов и супервизоров. СПб.: ООО «Медицинский центр С.П. Семенова «Вита», 2004. 128 с.
3. Нюхалов Г.А. CASE-MANAGEMENT в психотерапии: интегрирование консультирования, супервизии, педагогики // Материалы 5-й международной научно-практической конференции «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии» / под ред. В.Г. Будзы, Е.Ю. Антохина. Оренбург, 2015. С. 93–94.
4. Нюхалов Г.А., Журавлев Я.С. Современная психотерапия — изменение и развитие // Психиатрическая служба Казахстана и России: общие традиции, перспективы развития и международного сотрудничества: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием. Актобе, ЗКГМУ им. Марата Оспанова, 2014. С. 73–76.
5. Римантас Кочюнас, личная беседа на цикле «Супервизия случаев в экзистенциальном подходе». СПб., 2016.
6. Фуко М. Психиатрическая власть: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973–1974 учебном году / М. Фуко; пер. с фр. А.В. Шестакова. СПб.: Наука, 2007. 450 с.
7. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д., Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. Т. XIX. № 3. 2009. С. 92–99. М., 2009.
8. Verman, 2000, p. 284–285 (цит. по: Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж. Супервизия супервизора: практика в поиске теории / пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2006. 352 с.).

ДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ФЕНОМЕН ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В СУПЕРВИЗИИ¹



С.М. Бабин
S.M. Babin

президент РПА, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, руководитель русскоязычной группы Международного общества психологических и социальных подходов к психозам (ISPS-ru) (Санкт-Петербург); e-mail: sergbabin@inbox.ru



А.В. Васильева
A.V. Vasilieva

доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, доцент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, руководитель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP), член Координационного совета РПА (Санкт-Петербург); e-mail: annavdoc@yahoo.com

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

Характер взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом является ключевым вопросом для успеха психотерапии. Не останавливаясь на деталях, выделим лишь основные параметры психотерапевтического контакта: явления переноса и контрпереноса, эмпатическое отношение, безусловное положительное принятие пациента, конгруэнтность и аутентичность психотерапевта (так называемая триада К. Роджерса), которые являются во многом определяющими для успеха психотерапии. При каждой встрече с пациентом вопрос о контрпереносе в широком понимании этого термина («как действует на меня другой, что он во мне вызывает?») должен стать основой нашей деятельности (Дернер К., Плог У., 1997).

Помимо формальных характеристик, самыми значимыми для успеха психотерапии являются особые параметры специалиста: его умение устанавли-

вать психотерапевтический контакт с пациентом, неспецифические внеролевые характеристики его поведения, требования, предъявляемые к его личным качествам и профессиональной подготовке.

Психотерапевтическое мышление должно стать личностной характеристикой, пронизывать весь стиль поведения врача. Для психотерапевта необходимы совершенное владение навыками общения, ролевая гибкость, эмоциональная стабильность, безупречный эмоциональный контроль. По выражению Г.С. Салливана, «психотерапия — это ситуация, в которой встречаются два человека, один из которых менее тревожен» (цит. по: Вид В.Д., 2001).

П. Хайманн считала, что психоаналитик должен использовать свою эмоциональную реакцию как ключ к бессознательному пациента. «Контрперенос аналитика — это инструмент исследования бессознательного пациента... Бессознательное

¹ Данная статья первоначально была опубликована в 2007 г. в Московском психотерапевтическом журнале (сейчас — журнал «Консультативная психология и психотерапия») — Динамический подход и феномен параллельных процессов в супервизии // Московский психотерапевтический журнал. 2007. № 2 (53). С. 211–224. Авторы благодарны редакционной коллегии и лично главному редактору журнала «Консультативная психология и психотерапия» А.Б. Холмогоровой за разрешение перепечатать статью в тематическом выпуске Российского психотерапевтического журнала.

аналитика понимает бессознательное пациента». П. Хайманн на основании концепции проективной идентификации М. Кляйн пришла к выводу, что «контрперенос является не только составной частью аналитических взаимоотношений, но и творением самого пациента, частью его личности» (Хайманн П., 2005).

В связи с этим большое значение приобретает обязательное постоянное последипломное совершенствование своего профессионального уровня. Речь идет об участии в профессиональных и личностных тренингах, в балинтовской группе и о процессе супервизии. Различные формы и методы такой работы подробно изложены в специальной литературе (Бараш Б.А. и др., 1992; Винокуров В.А. и др., 1998; Кулаков С.А., 2002; Ховкинс П., Шохет Р., 2002). Здесь имеет смысл остановиться лишь на самых основных моментах.

При условии работы психотерапевтов в одном учреждении более предпочтительны балинтовские и супервизионные группы. При этом имеет смысл, чтобы руководитель таких групп был не связан с участниками формальными иерархическими отношениями. Это, с одной стороны, дает участникам группы большую степень внутренней свободы и открытости, а с другой стороны, защищает ведущего от клишированных интерпретаций, обусловленных повседневным общением и сложившимся мнением о том или ином участнике психотерапевтической бригады, а также *искажений, обусловленных его собственными отношениями и контрпереносными реакциями по отношению к участникам группы.*

Супервизия является одним из методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии. Это форма консультирования психотерапевта в ходе его работы более опытным, специально подготовленным коллегой (супервизором), позволяющая психотерапевту (супервизируемому) систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение (Карвасарский Б.Д., 2000). Супервизия может осуществляться в индивидуальной и групповой формах (Кулаков С.А., 2004). Работа под наблюдением супервизора помогает обратить внимание на технические погрешности, ригидные способы решения определенных проблем, обсудить тактику лечения и поведения в некоторых сложных ситуациях.

Групповая супервизия позволяет выявить сложности и искажения, связанные с индивидуальными особенностями характера психотерапевта. Данные проблемы носят выраженный эго-синтонный характер (индивидуально приемлемы) и поэтому часто просматриваются в индивидуальной супервизии. В процессе же группового взаимодействия они становятся зримыми и психотерапевт получает возможность для их рефлексии

и дальнейшего профессионального роста. Психопрофилактика участников группы базируется на возможности проработки «неудачных случаев» в ситуации групповой поддержки.

При групповой психотерапии возможным способом общения с супервизором — это работа в качестве копсихотерапевта в одной группе. Применение видеотехники позволяет значительно расширить формы и методы профессионального совершенствования. Видеозапись психотерапии можно использовать в рамках профессионального тренинга для последующего обсуждения в балинтовской группе или для обсуждения с супервизором.

Когда во время работы психотерапевт запинаятся, ошибается или теряется и в последующем не может вербализовать собственные переживания, значит, он в замешательстве от того, что пока отсутствует осознание (это сравнимо с известным литературным оборотом: «как трудно выразить словами»). Данный феномен, получивший название «немые пятна» психотерапевта (Mc Laughlin J., Johan M., 1991), часто приводит к воспроизведению динамического паттерна психотерапевтических отношений в процессе супервизии и является составляющим параллельных процессов. То, что пока по разным причинам не может быть вербализовано, должно быть «реинсценировано» в психотерапии или супервизии.

Другим феноменом являются т. н. «тяжелые пятна», когда ригидность, отсутствие достаточной профессиональной свободы приводят к невозможности выявить и увидеть необходимую информацию о пациенте из-за приобретенных искажений и определенных предпочтений в технике (образно эту ситуацию можно описать так: «Что ни играет, все на один мотив»). В данном случае групповые формы супервизии имеют большое значение, поскольку являются более чувствительными к стереотипным ригидным формам работы. Обмен мнениями в группе коллег позволяет сделать работу психотерапевта более творческой, ориентированной на нужды конкретного пациента, расширить спектр применяемых приемов и подходов.

Супервизия способствует также осознанию того, что проблемы и кризисы в психотерапевтической ситуации могут возникать из-за не до конца разрешенного интрапсихического конфликта — личностных «слепых пятен» (или, как сказал классик, «лицом к лицу лица не увидать»), «отказа» или неспособности «увидеть», о чем идет речь в материале. Такая реакция объясняется тем, что аналитик не желает, чтобы рассказ пациента напоминал ему о собственных бессознательных конфликтах, мешающих психотерапевтическим отношениям с пациентом (Mc Laughlin J., Johan M., 1991).

Б. Грюнберже указывает на то, что отдельные детали поведения переходят от психоаналитика к

пациенту, «от бессознательного к бессознательному, поскольку оба действующих лица не подозревают о них» (Грюнберже Б., 2005). Нередко точка сходства может иметь парадоксальный характер и не подчиняется законам логики, часто она скрывается за деталью, которую легко пропустить. Это может быть одной из причин отсутствия прогресса в психотерапии, когда терапевт бессознательно поддерживает сопротивление пациента. Поэтому супервизором должен быть человек с большим клиническим опытом, в ряде случаев мы рекомендуем проводить дополнительную супервизионную работу с использованием контрольных или балинтовских групп для супервизоров с обсуждением трудных супервизионных случаев.

При этом следует помнить о том, что цель супервизии — улучшение профессиональной деятельности, а не проработка внутриличностных конфликтов, и, соответственно, работа должна оставаться в рамках обсуждения лечебного процесса. При необходимости и повторяемости одних и тех же трудностей супервизируемому может быть рекомендовано обратиться за психотерапевтической помощью. Основным должен быть вопрос, знает ли психотерапевт, что его мотивировало поступить тем или иным образом. При этом не стоит акцентировать супервизионную работу на личностном значении дискомфорта или его генетическом происхождении, или на других динамических констелляциях, связанных с его личной биографией. Вмешательство супервизора должно быть направлено на препятствия, запреты и их непосредственные предвестники, которые влияют на проведение психотерапии. 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, а также для интеграции различных психотерапевтических аспектов, касающихся отдельных пациентов (Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003; Джейкобс Д. и др., 1997).

Из-за многоликости контрольного материала супервизия предъявляет к супервизору очень высокие требования по интуитивному применению знаний и опыта. Основное внимание должно быть направлено на снижение тревоги супервизируемого и посредством этого на редукцию тревоги его пациентов, так как мобилизованный страх и чрезмерные защитные реакции против этого страха в форме контрпереноса действуют как «шоры» и препятствуют пониманию бессознательного и сопротивления пациента. В центре внимания при супервизии находятся уровень тревоги супервизируемого, а также возникающие технические сложности в процессе психотерапии. При проведении контрольной работы отслеживаются

волны нарастания и снижения тревоги или защит. Прежде всего, необходимо установить по возможности свободные от страха самораскрытия рабочие супервизионные отношения. Для этого важно воспринимать супервизионный материал не как проявления чрезмерной эмоциональности супервизируемого, вследствие его неопытности и незрелости, но как важный материал, необходимый для совместной исследовательской работы.

Не рекомендуется чрезмерная прямая конфронтация супервизируемого с его тревогами и чрезмерными эмоциональными реакциями, поскольку это часто приводит к гиперконформному поведению и 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 супервизором и супервизируемым, между супервизором и другими опытными сотрудниками, между кандидатами и их преподавателями, между супервизируемым и другими супервизорами, между стажером и другими сотрудниками института (Ackermann N., 1952; Emch M., 1955).

В групповой супервизии особое значение приобретают исследования т. н. «параллельных процессов». Впервые Г. Сирлз описал концепцию «отражающего процесса», который вскоре стал известен как «параллельный процесс» (Searles H.F., 1955). Понятие было введено для обозначения тенденции супервизора, психотерапевта и пациента становиться похожими друг на друга, т. е. воспроизводить взаимные интеракционные паттерны (Уильямс Э., 2001). Супервизионный процесс использует феномен отражения и групповую динамику. Феномен отражения был подробно раскрыт Р. Экстейном и Р.С. Валлерстейном, которые при проверке молодых кандидатов на обучение случайно констатировали некоторые параллельные процессы между ними и их пациентами (Eckstein R., Wallerstein R.S., 1958). Появление этого феномена связано с тем, что оба участника психотерапевтического процесса пытаются соответствовать нереалистичным требованиям и разделяют взаимоперекрывающие уязвимости (Sachs D. M., Shapiro S. H., 1976).

Параллельные процессы часто являются признаком смещения и конфликта и ведут к застою в психотерапевтической работе, говорят об определенной схожести супервизионной и психотерапевтической ситуации, что и обуславливает манифестацию параллельных процессов (Gediman H.K., Wolkenfeld F., 1980). Обе они направлены на оказание помощи, требуют вовлечения собственной личности и в большой степени зависят от мно-

жественных идентификаций. При этом супервизор должен проводить четкую дифференциацию между транзиторными идентификациями, которые являются важным аккомпанементом эмпатии, и идентификациями, основанными на общих тревоге и защитных механизмах. Поэтому особую ценность представляет контрольная работа в психотерапевтической бригаде, где различные специалисты, участвующие в психотерапевтической работе, обеспечивают воспроизведение конфликта в условиях группы и конфронтацию с ним на «динамически активной сцене», что наилучшим образом способствует его преодолению.

Этим 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) и психотерапевтическом коллективе (Аммон Г., 1995). Таким образом, важная информация о пациенте может быть получена на основе бессознательных процессов отражения как при взаимодействии диады пациент — психотерапевт, так и при анализе групповой динамики в клинике в целом.

Параллельные процессы — это одно из проявлений групповой динамики, в ходе которой складываются взаимозависимые отношения между участниками (пациентом и психотерапевтом/супервизором или группой психотерапевтов), когда изменения состояния одной группы оказывают влияние на состояние другой даже при опосредованном взаимодействии. Пациенты с преэдиальными нарушениями склонны индуцировать в своем социальном поле, к примеру, в лечебном коллективе реинсценировку своих интрапсихических конфликтов. Однако справедливо и обратное: разногласия, скрытые конфликты внутри лечащего коллектива могут существенно ухудшать динамику отдельных пациентов с ранними нарушениями. Происходит реципрокное усиление в рамках функционирования этих двух систем.

Каждый пациент различным образом показывает себя при взаимодействии с отдельными членами психотерапевтической бригады. В психотерапевтической системе в условиях стационара отдельный пациент стремится воспроизвести модель групподинамических отношений, унаследованную им из его семьи. Возникающие в психотерапевтическом поле мультилатеральные переносные реакции обеспечивают воспроизведение патогенных ситуаций. Контрольная групповая работа в психотерапевтической бригаде с использованием параллельных процессов в триаде супервизор — психотерапевтическая бригада — пациент предоставляет возможность для лучшего понимания особенно сложных больных и создания возможностей для психокоррекции и последующей постепенной интернализации пациентом нового опыта. Группа по-

зволяет разорвать «порочный круг», поскольку вся она целиком гораздо в меньшей степени поддается бессознательным манипуляциям пациента, чем индивидуальный психотерапевт.

Так как личность больного дезинтегрирована, часто преобладает использование примитивных психологических защит, в первую очередь расщепления, проективной идентификации, доминирующим является дихотомический образ мышления с поляризованной оценкой повседневных событий и сниженной способностью улавливать полутона, то он ищет одного человека для проявления негативных чувств и другого для проявления позитивных, любви и ненависти, по Ш. Роуту (Роут Ш., 2002). Это противоречие способно усилить дальнейшее расщепление и спровоцировать конфликты и раскол внутри психотерапевтической бригады. Если во время процесса супервизии (Булюбаш И.Д., 2003) или врачебной конференции (Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003) учитывается феномен параллельных процессов, могут быть прояснены реальная жизненная ситуация пациента, его как актуальная, так и ранняя групповая динамика. Все члены супервизионной группы могут ощутить и испытать на себе, какая динамика лежит в основе интрапсихического конфликта пациента. Становятся ясными процессы разногласий, проекции, жизненные запреты, враждебные отношения, но также и позитивные, креативные проявления внутренней жизни больного. Встречи персонала выполняют интегративную синтетическую роль и восполняют фрагментированное «Я» пациента.

Другим важным аспектом супервизионной работы является правильная интерпретация протестных реакций пациентов. В первую очередь это относится к пограничным пациентам, которые, по словам Б. Грюнберже, саботируют анализ только для того, чтобы помешать аналитику его проводить и доказать его бесполезность (Грюнберже Б., 2005). За всем этим скрывается фантазм немедленного головокружительного успеха, который придет в один день без каких-либо усилий вопреки системе официальных институтов. В супервизии важно разбирать характер подобных расстройств с акцентом на том факте, что провокации и чрезмерные нападки со стороны таких пациентов обусловлены сильнейшей потребностью удостовериться, что отцовская фигура, в данном случае психотерапевт, действительно реальна. Часто это 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 между индивидуальным и групповым психотерапевтами, при ее успешном проведении возможно достижение нового уровня внутриличностной интеграции больного и преодоление тенденции к дихотомии даже без личного

участия пациента. Так, на контрольной сессии при обсуждении пациента психотерапевты, участвующие в его лечении, могут высказываться о нем противоречиво, полностью игнорируя замечания друг друга, что воспроизводит особенности коммуникации в первичной семье, а также внутрисемейную дезинтеграцию пациента. Групповые усилия, направленные на улучшение коммуникации между участниками психотерапевтического процесса, прояснение конфликтных, конкурентных отношений между ними являются необходимым условием прогресса лечения. Другим примером может быть гиперопекающее поведение психотерапевтов по отношению к психотическим пациентам, с принятием на себя ответственности даже за незначительные решения и блокированием любой инициативы со стороны самого больного.

Иллюстрацией описанных выше феноменов может служить пример из практики работы высокосплоченной супервизионной группы с доброжелательным отношением участников друг к другу и открытым высказыванием своего мнения. Психотерапевт, представляющий случай, отличаясь повышенной ранимостью, чувствительностью к критике и перфекционистскими чертами характера, описал проблему застоя в терапии с мужчиной средних лет. В группе проявилось и стало очевидным отсутствие эмоциональных реакций у пациента в ответ на психотерапевтические интервенции, которые могли бы вызвать у него ряд жалоб. Групповая сессия закончилась ощущением ссоры и растерянности в отношении дальнейших возможных действий по преодолению «слепого пятна» психотерапевта. На следующей встрече психотерапевт пытался привлечь формальную историю болезни в оправдательных целях. Когда группа указала ему на защитный характер подобного поведения, психотерапевт признал, что он чувствовал себя сильно критикуемым группой, но был слишком подавлен, чтобы что-нибудь сказать. Было отмечено, что данная ситуация в супервизионной группе отражает застойную ситуацию в психотерапии. Психотерапевт неохотно согласился с этой интерпретацией, и последовавшее продолжение психотерапевтической работы подтвердило правильность интервенции. Пациент действительно испытывал сильную злость по отношению к психотерапевту, но из-за своей потребности в зависимости не мог открыто высказать критику. Таким образом, внимание к параллельным процессам привело к мишени вмешательства в конфликт психотерапевта, конфликт пациента и разрешению застоя.

Другим примером может быть представление в супервизионной группе проблемы эмоционального сгорания, усталости, внутренней опустошенности, застоя в работе, ощущения, «что все усилия остаются без ответа», одним из психотерапевтов.

При этом во время обсуждения случая в группе при выраженной эмоциональной заинтересованности других участников группы супервизируемый занимал пассивную позицию, избегал зрительного контакта, монотонно, односложно отвечал на вопросы, часто вообще оставлял без ответа реплики в свой адрес. Таким образом, в группе произошло воспроизведение привычной психотерапевтической ситуации. После обсуждения собственного страха живых близких отношений, неожиданных ситуаций, которые могут возникнуть в процессе спонтанного диалога супервизируемого, а также создания живой групповой атмосферы возможно было преодолеть профессиональные сложности, а также справиться с внутренним недовольством.

Важным аспектом супервизии является интеграция значимых событий и изменений, влияющих на эмоциональную атмосферу всего стационара, например: смена главврача, уход в декретный отпуск важного члена психотерапевтического коллектива, чрезвычайные происшествия в стране и в мире, циклические события, имеющие символическое значение (праздники и т. п.). Их обсуждение и интрапсихическая интеграция работниками клиники способствуют редукции аффективных вспышек и деструктивных способов совладания с эмоциональным напряжением среди пациентов. В противном случае, по выражению С. Фулкса, «сам госпиталь как организация может заболеть, т. е. перестать выполнять свои задачи, и тогда сам он нуждается в лечении» (цит. по: Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. 2000).

Особого внимания заслуживает работа с пациентами с пограничными личностными расстройствами (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997; Кернберг О., 2000). Таких больных отличают настойчивая требовательность к немедленному удовлетворению своих потребностей, умение тонко манипулировать поведением других. Часто их семейная динамика отличается хаотической, изменчивой системой отношений, с отсутствием четких правил и границ, противоречивым характером воспитания, скрытыми конкурентными отношениями между родителями. Это приводит к тому, что они еще в раннем детстве приобретают навыки манипуляции. Такие пациенты вызывают особенно сильные, противоречивые реакции у профессионалов, интенсивные эмоциональные дискуссии в психотерапевтической бригаде с высказыванием полярных взглядов и часто вызывают нарушение этических и профессиональных границ. У части психотерапевтов такие пациенты индуцируют выраженные позитивные чувства, которые обычно конгруэнтны с идеализированным отношением больного к своему психотерапевту. Это приводит к убеждению врача в своей исключительности, некой «миссионерской» роли, фантазии, что только он может спасти

этого пациента, сохранению секретов, образованию «скрытых альянсов» с больными, что, по сути, повторяет патогенную семейную ситуацию и препятствует прогрессу лечения. Крайним проявлением является нарушение психотерапевтических и сексуальных границ.

Часто с такими пациентами психотерапевт оказывается перед дилеммой между проведением лечения должным образом и своей тревогой перед напором и недовольством пациента, что может приводить к избеганию конфронтации и стремлению удовлетворять запросы больного. Обычно эта ситуация воспроизводится в супервизии в гиперконформном поведении, соглашательстве с супервизором, что должно быть своевременно диагностировано. Другой крайностью являются стремление наказать пациента, по сути, за его симптоматику; холодное морализаторское отношение; назначение неадекватно высоких доз лекарств с использованием медикаментов в качестве «фармацевтической смирительной рубашки». Работа с такими пациентами должна подвергаться регулярной еженедельной супервизии.

Специфические контрпереносные реакции, нуждающиеся в супервизионной коррекции, возникают у психотерапевтов при работе с пациентами с обсессивной и параноидной личностной организацией (Мак-Вильямс Н., 1998). В переносе таких пациентов преобладают недоверие и провоцирующая враждебность по отношению к психотерапевту. Следствием этого является контрперенос в виде ощущения собственной бесполезности, никчемности, недостаточной образованности. Психотерапевт или начинает сомневаться в своих психотерапевтических способностях, причем, чем больше угроза самоуважению, тем меньше он способен понять бессознательные фантазии пациента. Или психотерапевт впадает в другую крайность и пытается поразить пациента интеллектуальным блеском своих интерпретаций. При этом существует угроза, что его чрезмерно саркастические замечания нанесут урон ложной гордости пациента. При этом особенно важно своевременное вмешательство супервизора, которое может помочь понять нарушенную мотивационную систему пациента, со склонностью к негативной психотерапевтической реакции, и тем самым снизить зеркальную тревогу супервизируемого.

Истерические и депрессивные пациенты, как правило, развивают цепляющиеся зависимости в переносе с более или менее соблазнительным уходом/агитацией с целью признания. Часто имеет место кажущееся подчинение и терапевт чувствует под угрозой из-за ненасытной потребности в любви из-за сближения дистанции, драматизации страха быть покинутым.

Таким образом, в плоскости супервизии происходит важная интегративная работа как для

пациента, так и для лечащего коллектива в целом. Прояснение разногласий, конфликтов, открытое вербальное выражение существующего напряжения в отделении способствует ликвидации процессов сопротивления, осознанию контрпереноса, пониманию и ощущению противоречивости, одиночества, беспомощности пациентов и их защитных механизмов и позволяет сделать важный шаг в психотерапевтическом понимании, бессознательные процессы могут стать сознательными и тем самым быть ликвидированы. При этом позитивное влияние распространяется не только на пациентов, но и на сотрудников, на всю полипрофессиональную бригаду.

Все, что касается последипломного профессионального совершенствования врачей-психотерапевтов, относится и к другим специалистам, участвующим в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи (психологам, социальным работникам, персоналу и т. д.), тем более если речь идет о полипрофессиональной бригаде. Согласно Д. Джейкобс (Джейкобс Д. и др., 1997), для того, чтобы стать психодинамическим психотерапевтом, обучающийся должен в первую очередь ознакомиться с методами саморефлексии и их применением. Особенностью работы с психотическими и пограничными пациентами является значительно большая психологическая нагрузка, с одной стороны, и специфические требования к личностным качествам психотерапевта (способность выступать для пациента в качестве переходного объекта) — с другой (Роут Ш., 2002). Эти обстоятельства также делают крайне необходимым для психотерапевта участие в профессиональных группах.

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

В качестве примера системы супервизии в психотерапевтической практике укажем на организацию ее в г. Оренбурге. В основу ее был положен многолетний опыт сотрудничества психотерапевтов области с Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России, Российской психотерапевтической ассоциацией, под научным руководством и при активном участии Б.Д. Карвасарского и его сотрудников. Подтверждением большой работы, которую проводят ведущие психотерапевты области не только в рамках какого-либо отдельного лечебного учреждения, но и в масштабах всего региона, стал факт присвоения трем представителям Оренбургской области

(Бабину С.М., Тевелевой Т.А., Шуваловой Т.В.) звания «Супервизор РПА». Оренбургское региональное отделение — единственное в РПА, не считая столичных, имеющее в своем составе трех сертифицированных супервизоров.

В настоящее время в Оренбургской области постепенно формируется современная система супервизии в психотерапии. С 2000 г. служебным распоряжением главного психотерапевта области врачи-психотерапевты, клинические психологи, осуществляющие психокоррекционные мероприятия, и врачи-интерны обязаны в течение года проходить супервизию в объеме минимум 15 часов. Супервизия осуществляется в индивидуальном и преимущественно групповом варианте. Функционируют три супервизионные группы, ежемесячно объединяющие психотерапевтов и психологов различных лечебных учреждений (Бабин С.М., Тевелева Т.А., Шувалова Т.В., 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 позволит постепенно выработать потребность в профессиональной поддержке и одновременно повысить качество оказания психотерапевтической помощи в области.

ЛИТЕРАТУРА

1. (Ammon G.) Аммон Г. Динамическая психиатрия / пер. с нем. СПб.: Изд-во Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1995. 200 с.
2. 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.
3. Бабин С.М., Тевелева Т.А., Шувалова Т.В. Балинтовские группы и супервизия в последипломной подготовке специалиста // Здоровьесберегающие технологии в образовании: научные труды 1-й Всероссийской научно-практической конференции... Оренбург: РИК ГОУ ОГУ, 2003. С. 273—276.
4. Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. 223 с.
5. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2001. 432 с.
6. 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: учеб. пособие. СПб., 1998. 83 с.
7. (Grunberger V.) Грюнберже В. Нарцисс и Эдип // Французская психоаналитическая школа / под ред. А. Жибо, А.В. Россохина. СПб.: Питер, 2005. С. 85—98.
8. (Dorner K., Plog U.) Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку / пер. с нем. СПб.: Изд-во Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1997. 520 с.
9. (Jacobs D., David P., Meyer D.J.) 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.
10. (Kahn M.) Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения / пер. с англ. СПб., 1997. 143 с.
11. (Kernberg O.) Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / пер. с нем. М.: Класс, 2000. 360 с.
12. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2002. 236 с.
13. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии: учеб. пособие для психотерапевтов и супервизоров. СПб.: Вита, 2004. 128 с.
14. (McWilliams N.) Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / пер. с англ. М.: Класс, 1998. 480 с.
15. Методические приемы усовершенствования в области психотерапии (социально-психологический тренинг, тренинговые психотерапевтические группы, балинтовские группы) / сост. Б.А. Бараш, Г.Л. Исурин, Б.Д. Карвасарский и др. СПб., 1992. 17 с.
16. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
17. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997. 496 с.
18. Психотерапевтическая энциклопедия. 2-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер Ком, 2000. 1019 с.
19. (Roth S.) Роут Ш. Психотерапия: Искусство постигать природу / пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2002. 346 с.
20. (Williams A.) Уильямс Э. Вы — супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / пер. с англ. М.: Класс, 2001. 288 с.
21. (Heimann P.) Хайманн П. О контрпереносе // Эра контрпереноса: антология психоаналитических исследований (1949—1999 гг.) / под ред. И.Ю. Романова. М.: Академический Проект, 2005. С. 239—247.
22. (Hawkins P., Shohet R.) Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы / пер. с англ. СПб.: Речь, 2002. 352 с.
23. Ackermann N., Selected Problems in Supervised Analysis. Psychiatry, XVI, 1952. P. 231—243.
24. Eckstein R., Wallerstein R. S. The Teaching and Learning of Psychotherapy. New York: Basic Books, Inc., 1958.
25. Emch M. The Social Context of Supervision. Internat. J. of Psycho-Anal. XXXVI, 1955. P. 298—306.
26. 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.
27. Mc Laughlin J., Johan M. Enactments in Psychoanalysis // Journal of the American Psychoanalytic association, 1991. P. 826—840.
28. Sachs D. M., Shapiro S. H. On parallel processes in therapy and teaching Psychoanal., 1976. Q. 45, p. 394—415.
29. Searles H.F. The informational value of the supervisor's emotional experience // Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. London: Hogarth Press, 1955.

АРТ-АНАЛИЗ И СТАНОВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСИИ ПСИХОТЕРАПЕВТА



В.В. Зайцев

кандидат медицинских наук, доцент, СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
кафедра психотерапии и сексологии, Санкт-Петербург;
e-mail: zaitsev-mechnik@mail.ru

Статья посвящена значению рефлексии проективного поведения для профессиональной компетенции психотерапевта. Описывается предложенная автором психотерапевтическая методика «арт-анализ». Рассматривается возможность использования методики в качестве удобного инструмента самостоятельной реконструкции психотерапевтом проблем, возникающих у него в процессе работы с клиентами.

Ключевые слова: самонаблюдение, профессиональная рефлексия, апперцепция, арт-терапия, арт-анализ.

The article focuses on the importance of the reflection of projective behavior for the professional competence of the psychotherapist. It is described the author psychotherapeutic method «Art Analysis». The possibility of using the technique as a convenient tool for self-reconstruction by the psychotherapist of the problems that arise in his work with clients is considered.

Keywords: introspection, professional reflection, apperception, art-therapy, art-analysis.

Важной составляющей успеха психотерапевтической практики является способность специалиста к конструктивному самоанализу препятствий, возникающих в работе с клиентом, необходимому для коррекции своих стратегий оценки и принятия решений. Проблемы, возникающие в терапевтической ситуации, могут быть связаны с различными аспектами межличностного взаимодействия: контрпереносом, актуализацией конфликтов и травм, тревожным отношением к результатам сеанса, спецификой совладающего поведения, нарушением границ, неадекватным объемом директивности и актив-

ности, морально-этическими установками и т. д. Осуществляемая на регулярной основе супервизия является важнейшим средством преодоления вышеперечисленных препятствий. Но, кроме этого, терапевт должен уметь сам оценивать свои эмоциональные, когнитивные и экзистенциальные затруднения, сопровождающие процесс психотерапии и звучащие в его жизни после консультирования. Супервизия и самонаблюдение — это тесно взаимодействующие между собой процессы. Процедура супервизии организует процессы профессиональной рефлексии, структурирует содержание терапевтических ситуаций и трансфор-

мирует их в осознанный опыт, который распространяется на дальнейшую профессиональную практику. В связи с этим некоторые авторы считают, что, например, «экзистенциальную супервизию следовало бы более точно называть “рефлексивной дискуссией”...» (9, с. 147).

Интрорспекция как метод психологического познания в философском контексте была обоснована Р. Декартом в его представлении о самоочевидности как критерии истинности и онтологическом качестве мышления как такового — «*cogito ergo sum*». Крайне идеалистическое восприятие такого взгляда на интрорспекцию как единственно достоверного способа познания психического было подвергнуто критике со стороны представителей философского позитивизма, которые считали невозможным объективное самонаблюдение вследствие невозможности раздвоения субъекта на субъект и объект познания. Дальнейшие психологические исследования и философское переосмысление проблемы интрорспекции отвергли обе крайние точки зрения, и рефлексивная способность субъекта, называемая часто метакогнитивной, будучи предметно соотносенной с объективным миром, была признана важным источником психологических данных. Кроме этого, большое внимание было уделено значению интрорспекции в процессах саморегуляции и самодетерминации субъекта (6), когда рефлексия рассматривается как базовое условие перехода человека из детерминированной природой и обстоятельствами позиции в позицию самодетерминации. М. Чиксентмихайи писал: «Случай и необходимость — единственное, что управляет существами, неспособными к рефлексии. Однако эволюция создала буфер между детерминирующими силами и человеческим действием... Конечно, рефлексивное сознание, которое, по-видимому, приобрели на нашей планете только люди, не является чистой благодатью. Оно лежит в основе не только беззаветной отваги Ганди и Мартина Лютера Кинга, но и “нестественных” желаний маркиза де Сада...» (12).

Продуктивная рефлексия противопоставляется руминации, бесплодным рефлексивным размышлениям, возникающим в ответ на травмирующее событие и проявляющимся в бесполезном и пассивном сосредоточении на своем состоянии и возможных его причинах. В основе продуктивной рефлексии лежит описанная В. Франклом фундаментальная антропологическая способность человека к самодистанцированию (11), именно поэтому в экзистенциальной психотерапии и супервизии такое большое внимание уделяется рефлексивной способности. Так, Лэнгле пишет: «Нужно сначала увидеть самого себя и составить картину себя, что становится возможным благодаря определенной внутренней и внешней дистанции по отношению к собственным чувствам, решениям, действиям» (7, с. 46).

Процесс интрорспекции тесно связан с процессом апперцепции, позволяющим соотносить наше восприятие с нашим внутренним опытом. Эта связь между рефлексией и апперцепцией была отмечена еще автором данного понятия Лейбницем, который писал: «...следует делать различие между *восприятием-перцепцией*, которое есть внутреннее состояние монады, воспроизводящее внешние вещи, и *апперцепцией-сознанием*, или рефлексивным познанием этого внутреннего состояния...» (5). Тем не менее и эта более ясная, осознанная и структурированная информация представляет собой знание личное, отклоняющееся от общепринятого. Такое индивидуальное восприятие стимула Л. Беллак называл апперцептивным искажением (1). Апперцептивное искажение, в принципе, является сутью механизмов психологической защиты, призванных исказить реальность до соответствия переносимому уровню тревоги. Работа терапевта в этом случае заключается в том, чтобы в благоприятные моменты показывать разницу между искажениями и фактами.

Апперцептивное искажение является организующей основой проективного поведения человека. В статье рассматривается возможность анализа терапевтического процесса с помощью самостоятельного исследования специалистом собственного проективного поведения, актуализирующегося в терапевтической ситуации. Проективное поведение человека соотносится с его адаптивным поведением, поведением, соответствующим «объективным», т. е. единодушно разделяемым, аспектам реальности стимула (8). Психотерапевтическая ситуация в этом случае рассматривается как *ситуация перцептивная* и выступает в роли аутохтонной доминанты для поведения терапевта. Кроме того, люди отличаются мионейрональными особенностями, которые Г. Олпорт называл экспрессивным поведением (8). «Адаптация и апперцептивное искажение определяют, что делает человек, а внешняя экспрессия обуславливает то, как он это делает» (1). Адаптивное, апперцептивное и экспрессивное поведение всегда сосуществуют.

Если рассматривать психотерапевтическую ситуацию как ситуацию перцептивную, важно учитывать, что чем более неструктурированно стимульное поле, тем более важной становится роль установки и внутренних фактов в восприятии, и, наоборот, при большей структурированности поля поведение более подчинено действию внешних факторов перцепции. Этот принцип лежит в основе проективных тестов и техники свободных ассоциаций. Действие проективного механизма осуществляется постоянно, когда человек вынужден сталкиваться со всеми видами социально и физически неоднозначных стимульных полей, как, например, в ситуациях психоте-

рапии, требующих поведенческого отклика. Чем менее подготовлен терапевт, чем меньше у него опыта, тем более неоднозначным и неструктурированным для него будет восприятие диады «терапевт — пациент» и тем сильнее будет выражена тенденция к функционированию проективного механизма и соответствующим ему искажениям, и неэффективным действиям.

Если степень выраженности проективного механизма будет обусловлена фактором неопределенности, то его содержательная сторона — личная перцептивная история терапевта. Перцептивная история представляет собой историю организации объектного мира человека и его поступательных трансформаций, связанных с процессами аффективной интеграции/деинтеграции интроектов. В результате ранние объекты, поглощаясь, становятся неузнаваемыми как для человека, так и для стороннего наблюдателя. Важным методом анализа проективного поведения человека является арт-терапия. В 2001 г. для прояснения перцептивной истории пациентов нами был предложен метод под названием «арт-анализ» (2, 3, 13). История метода связана с попыткой создать арт-терапевтический аналог технике свободных ассоциаций для психодинамической работы с пациентами психотического и пограничного уровня расстройств. В первоначальной версии пациентам в ситуации затруднения вербализации своих переживаний или в ситуациях проявления сопротивления давалась инструкция: «Представьте, что я человек, который может вам помочь, но я глухой, и единственный способ объяснить мне свое состояние — это его нарисовать, но на создание рисунка вам дается ограниченное время — не больше пяти минут». Пациенту предоставлялись лист А4 и простой карандаш. После создания рисунка, независимо от того, что рисовал пациент, терапевт говорил, что ему «ничего непонятно», и просил нарисовать еще один рисунок, чтобы выразить то же переживание, затем третий рисунок, также с ограничением времени исполнения. К содержанию третьего рисунка пациент получал следующую инструкцию: «Представьте, что вы смотрите на последний рисунок как на чужой, и когда у вас появится любая ассоциация, нарисуйте ее, времени у вас не больше трех минут». В дальнейшем пациенту предлагалось создать серию последовательных ассоциаций на каждый вновь создаваемый образ, обычно не более 6—7 рисунков.

С самого начала применения метод помог обнаружению динамической, т. е. причинно-следственной, связи симптома пациента с его аффективно-значимой объектной констелляцией и текущей жизненной ситуацией. Например, представлена серия рисунков пациента М., 16 лет, с шизотипическим расстройством личности, поступившего в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева с жа-

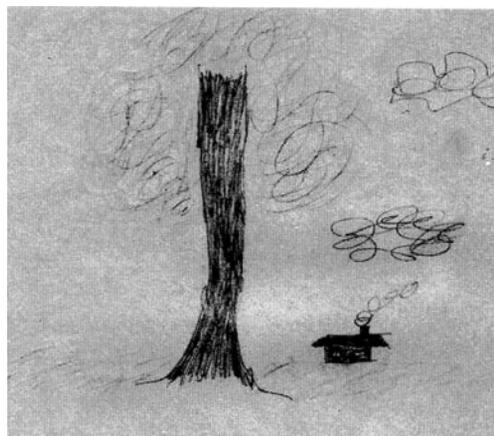


Рис. 1

лобами на «необъяснимое препятствие», сопровождавшееся тревогой при попытке приступить к выполнению домашних заданий, из-за чего пациент вынужден был прервать обучение. Дать какое-либо рациональное объяснение, кроме слова «препятствие», пациент не мог. После предложения выразить это препятствие в серии рисунков пациент изобразил на первичном рисунке «расколотый мозг» (рис. 2), потом «тучу, закрывающую солнце» (рис. 3), затем «молнию, разбивающую тучу на черную и белую» (рис. 4), далее «человека с запутанным лабиринтом в голове» (рис. 5) и, наконец, «большой человек давит маленького» (рис. 6). Этот последний рисунок буквально отразил чрезмерные требования и эмоциональное давление со стороны отца, которым пациент подвергался с раннего детства. Дальнейшая работа в рамках семейной психотерапии подтвердила предположение о связи симптома с позицией отца. Интересно, что в ситуации неограниченного времени и использования цветных карандашей пациент создал спонтанный рисунок с огромным деревом, нависшим над маленьким домиком, что символически отражало ту же ситуацию (рис. 1).

Техника арт-анализа предполагает следующие процедуры.

- Задание рисовать дается в ситуациях затруднения вербализации переживаний, в ситуациях проявления сопротивления, в ситуациях отсутствия терапевтической гипотезы, в ситуациях, требующих прояснения вербального материала.

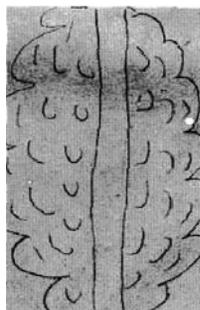


Рис. 2

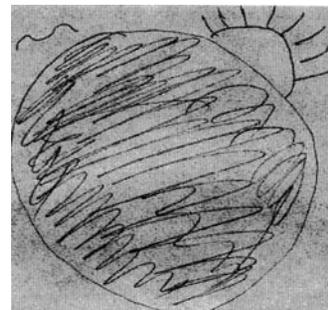


Рис. 3

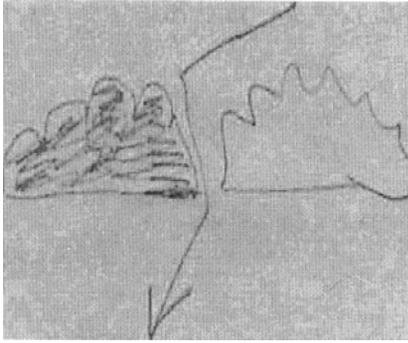


Рис. 4

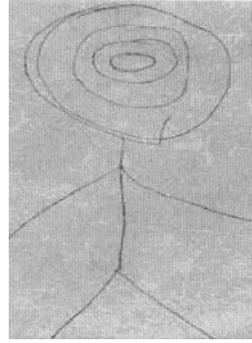


Рис. 5.

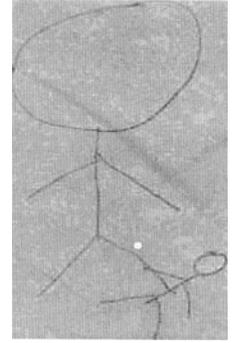


Рис. 6

- Всегда используются лист А4 и простой карандаш.
- На одном листе создается один рисунок.
- Создание рисунка ограничено по времени, что способствует преодолению механизмов защиты.
- При выборе ассоциаций пациентом отдается предпочтение конкретным ситуациям из жизни и воспоминаниям.
- Вербальная интерпретация начинается после создания серии.
- Пациент объясняет каждый рисунок.
- В случае чисто символического изображения терапевт проясняет связанные с этим символом чувства.
- В случае изображения конкретных сцен или событий терапевт уточняет, изображены ли события из реальной жизни пациента или из реальной жизни вообще.
- В случае если сцена придумана, необходимо уточнить у пациента, может ли она быть похожа на какую-то конкретную сцену или событие из личной жизни.
- Уточняется, какое настроение соответствует каждому из созданных в серии рисунков, и анализируется динамика аффекта от рисунка к рисунку.
- Пациента просят выдвинуть гипотезу о том, какая существует связь между первым и последним рисунком серии.
- Один из рисунков, не обязательно последний, вместе с пациентом может быть отобран для создания серии на следующей встрече.
- Отдельные рисунки могут быть более глубоко интерпретированы на основе классических арт-терапевтических признаков и феноменов.
- Терапевт обязательно использует свою эмоциональную и содержательную реакцию на рисунки и предлагает ее для обсуждения пациенту.
- Семейная, ролевая и психодраматическая проработка сюжетов и символов является прямым связующим звеном между арт-

аналитическим процессом и вербальной психотерапией.

- Учитывая, что экстернализированные образы часто опережают темп естественной психотерапевтической проработки, терапевт отбирает для вербальной работы тот объектный материал, который соответствует стадии и задачам психотерапевтического процесса.
- Рисунки начального этапа психотерапии часто становятся материалом для более поздних этапов.

Создание первых трех рисунков, отражающих разным экспрессивным способом одно и то же переживание, позволяет генерировать напряжение, необходимое для большей осознанности серии образов в памяти. Дальнейшие ассоциации становятся аффективно и семантически привязанными к этому первичному напряжению и позволяют создать растянутую во времени конфигурацию, соответствующую продольному характеру личностных процессов. Общее направление восстановления мнестических следов движется от семантического слоя памяти через обобщенное изображение переживаемого состояния к ситуационному эпизодическому слою, содержащему событийную информацию в полимодальной форме, где имеют значение такие контекстуальные свойства, как место и время. По замечанию Р. Мэя, вопрос к клиенту, где он сейчас, раскрывает больше, чем вопрос о том, как он себя чувствует или живет (9, с. 149).

В процессе использования метода обнаружился его дополнительный эффект. Регулярное применение «арт-анализа» способствовало формированию у пациентов когнитивного механизма, позволявшего в ситуациях эмоционального напряжения или поведенческих симптомов автоматически делать несколько воображаемых срезов своих представлений, что приводило к конструктивному изменению соответствующих аффекта и поведения. Пациент начинает действовать в ответ на внешний стимул скорее рефлексивно и более рационально, чем импульсивно. Этот эффект может быть обусловлен двумя процессами. Во-первых, оживлением ситуативно организуемых, рекурсивных операций мышления; во-вторых, норма-

лизацией символической функции сознания (10), проявляющейся через такие свойства символа, как арerefлексивность и антиномичность. Арerefлексивность символа в отличие от знака не позволяет делать его основой для непродуктивной рефлексии, а его многозначность и антиномичность позволяют осуществлять интеграцию в целое ранее независимых объектов. Эти же механизмы обеспечивают работу арт-анализа вообще.

Метод эффективно использовался в терапии пациентов с тяжелыми обсессивно-компульсивными расстройствами, патологической склонностью к азартным играм и эндогенными психозами (4). Использование арт-анализа позволяло терапевту быстро обнаруживать значимые и аффективно насыщенные объектные конфигурации пациентов, участвующие в патогенезе текущей симптоматики, организации доминирующего поведения и опосредованной стрессовой конфигурации.

Естественно, как и всякий метод, используемый в психотерапии, автор проверял пригодность и действенность арт-анализа для личного самоанализа и рекомендовал его использование другим специалистам, проходившим усовершенствование на кафедре психотерапии нашего университета. Так же как и в работе с пациентами, использование арт-анализа позволило обогатить содержание рефлексивных процессов репрезентациями объектов из ранней личной истории и историй значимых лиц из настоящего окружения. Таким образом, появлялась возможность организации дополнительного, динамически более глубокого измерения для проработки психологических затруднений, возникающих в психотерапевтических отношениях. И хотя речь идет о «рефлексии-после», а не о «рефлексии-в-процессе» терапии (9, с. 157), материал, получаемый в результате личного арт-анализа, отражал те объекты и их констелляции, которые «всплывали» и активизировались в самой терапевтической ситуации. Для такой работы личного самонаблюдения по мере выработки привычки часто не требовалась работа в формате А4 на отдельных листах, а возникала возможность создавать серию рисунков малого формата на отдельном листе. При создании такого набора рисунков зачастую возникал оживляющий переживание «арт-строскопический» эффект, особенно если серия отражала в своем содержании последовательность эпизодов личной жизни.

Арт-анализ прост в использовании, легок в интерпретации, естественно интегрируется с другими психотерапевтическими подходами. Предлагае-

мая методика может стать удобным инструментом самостоятельной реконструкции психотерапевтом проблем, возникающих у него в процессе работы с клиентами, общении с коллегами и в эмоциогенных внутрерапевтических ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беллак Л. Теоретические основы проективной психологии о проблемах концепции проекции, теория апперцептивного искажения. Проективная психология. М.: Эксмо-Пресс, Апрель-Пресс, 2000. С. 9–29.
2. Зайцев В.В. Использование арт-аналитического подхода в психотерапии патологической склонности к азартным играм. Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе: Тезисы докладов международной конференции СПб 16–17 октября 2001. СПРНИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 2001. С. 45.
3. Коцюбинский А.П., Скорик А.И. и др. С. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. СПб.: Гиппократ, 2004. 335 с.
4. Коцюбинский А.П., Аристова Т.А., Зайцев В.В. Арт-анализ — метод психотерапевтической коррекции больных эндогенными психическими расстройствами: учеб. пособие / МЗРФ НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 2007. 13 с.
5. Лейбниц Г.В. Соч.: в 4 т. Т. 1. М.: Мысль, 1983а. С. 406.
6. Леонтьев Д. А. Рефлексия как предпосылка самодетерминации. Психология человека в современном мире. Т. 2. Проблема сознания в трудах С.Л. Рубинштейна, Д.Н. Узнадзе, Л.С. Выготского: материалы Всероссийской юбилейной научной конференции, посвященной 120-летию со дня рождения С.Л. Рубинштейна, 15–16 октября 2009 г. / отв. ред.: А.Л. Журавлев, И.А. Джидарьян и др. М.: Институт психологии РАН, 2009. С. 40–49.
7. Лэнгле А. Person: Экзистенциально-аналитическая теория личности. М.: Генезис, 2005. 159 с.
8. Олпорт Г. Тенденции в теории мотивации. Проективная психология. М.: Эксмо-Пресс, Апрель-Пресс, 2000. С. 53.
9. дю Плок С. На пути становления рефлексивного экзистенциального терапевта: Саморефлексия и самоосознание как помощники в терапевтической практике // EXISTENTIA: психология и психотерапия. 2013 (6). С. 146–166.
10. Поляков А.М. Роль символической функции сознания в становлении субъектности // Психология человека в современном мире. Т. 2. Проблема сознания в трудах С.Л. Рубинштейна, Д.Н. Узнадзе, Л.С. Выготского: материалы Всероссийской юбилейной научной конференции, посвященной 120-летию со дня рождения С.Л. Рубинштейна, 15–16 октября 2009 г.) / отв. ред.: А.Л. Журавлев, И.А. Джидарьян и др. М.: Институт психологии РАН, 2009. С. 51–59.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
12. Csikszentmihalyi M. The Evolving Self. N. Y.: HarperPerennial, 1993. Csikszentmihalyi M. Introduction / Edited by M. Csikszentmihalyi, I. S. Csikszentmihalyi // A Life Worth Living: Contributions to Positive Psychology. N. Y.
13. Zaitsev V.V. A «graphical regression phenomenon» in the process of group and individual art-therapy. 13th World Congress WADP XXVth International Symposium DAP, Physiologikum Ludwig-Maximilians-University Munich, March 13–17, 2001. abstract P. 87.

«ЧЕЛОВЕК НОЭТИЧЕСКИЙ» КАК БАЗОВЫЙ КОНСТРУКТ В УЧЕНИИ ВИКТОРА ФРАНКЛА



С.А. Замалиева

кандидат философских наук, психолог-консультант,
коуч, бизнес-тренер;
www.zamalieva.ru; shartley961@gmail.com

Логотерапия и экзистенциальный анализ Виктора Франкла уже несколько десятилетий находятся в центре внимания психотерапевтической и философской элиты, провоцируя пересмотр ряда устоявшихся взглядов со стороны одних, вызывая критическое неприятие со стороны вторых и восторженное отношение третьих. Но при всем противоречии оценок нельзя не признать, что его идеи оказали существенное влияние на формирование и развитие философской и психотерапевтической культуры современности, обосновывая новый взгляд на сущность человека, а именно «человека ноэтического». Согласно теории Виктора Франкла, основной движущей силой человеческого поведения является стремление найти и реализовать смысл жизни. Более того, у каждой личности имеются почти «органическая» потребность в обретении смысла своего существования и стремление к смыслу (воля к смыслу). В данной статье рассмотрены воззрения австрийского ученого на природу человека, раскрыта идея основной мотивационной силы — «воли к смыслу»; выделены правила смыслоискания.

Ключевые слова: Виктор Франкл, логотерапия и экзистенциальный анализ, воля к смыслу, ноэтическое измерение.

Drawing a particular attention from the psychotherapeutic and philosophical communities, logotherapy and the Franklian existential analysis have been extensively studied in the past several decades. Influenced by this teaching, some scholars and practitioners represented a dramatic change in their thinking, others showed some resentment and non-acceptance towards this theory, yet others gave rave reviews of Frankl's philosophy. With all these differing approaches in view, we still cannot but acknowledge that Viktor Frankl's ideas deeply affect the development of modern psychotherapy and philosophy as these ideas give a new account of human nature through the introduction of the concept of noetic man. According to his theory, the basic driving force for human behavior is the desire to attain and get the meaning of life. Moreover, every person manifests an almost organic demand for the search of meaning and will to it. This article theorizes on the Franklian approach to human nature, analyzes the key driving force of human motivation, i. e. the will to meaning, and sets up the principles of searching for meaning.

Keywords: Victor Frankl, logotherapy and existential analysis, will to meaning, noetic dimension.

Широкая общественность в России познакомилась с творчеством Франкла сравнительно недавно, в 80–90-е годы XX в., хотя его идеи и книги хорошо известны специалистам уже в течение последних 80 лет. В США и в Европе функционируют большие научные школы, основанные на учении австрийского психотерапевта, проводятся прикладные исследования, развивается теория логотерапии и экзистенциального анализа, открыт Институт логотерапии Виктора Франкла с штаб-квартирой в Вене.

О логотерапии на Западе за последние десятилетия опубликовано свыше 200 монографий и диссертационных исследований. Это, прежде всего, работы таких известных франкловедов, как Дж. Фабри, Р. Барнес, А. Грабер, Ф. Капелла, А. Ленгле, Э. Лукас, А. Паттакос.

В конце 1980-х годов Франкл посетил Москву с лекциями, после чего интерес к его творчеству среди отечественных специалистов стал быстро расти.

Часто основой идей в области психологии личности и социальной психологии служит анализ индивидуальных случаев. «Виктор Франкл сделал основой своей психологии “случай” собственной жизни. В истории психологии это не единственный, но, пожалуй, самый яркий пример связи жизненного пути психолога с его идеями, когда биография человека не менее важна для их понимания, чем написанные тексты. “Случай” Виктора Франкла — это то достаточно редкое явление, когда человек собственной жизнью доказывает правоту и действенность своей теории» (Леонтьев Д., с. 118).

Мысль, созвучную этой, высказывает А. Лэнгле. По его мнению, Франкл «сам был примером для многих и воплощал человеческое стремление противодействовать страданию без смысла... То обстоятельство, что фундамент этого стремления составила его собственная биография, только сделало логотерапию для многих людей еще более убедительной» (Лэнгле А., с. 36).

Франкл был ярким, неутомимым популяризатором своего учения. Он побывал с лекциями во множестве стран мира, что способствовало возрастанию его авторитета как ученого и мыслителя. Яркое впечатление оставили его выступления на факультете психологии Московского университета 4 и 5 марта 1986 г. В них он обозначил три ключевых момента, выражающих специфику созданной им психотерапевтической теории.

1. «Логотерапия — это терапия, основанная на смысле, и она рассматривает человека как существо, ориентированное на смысл» (Франкл В., 2005, с. 247).

2. «Логотерапия не применима для всех абсолютно случаев. Это специфический вид терапии для так называемых ноогенных неврозов. Это неврозы, причина которых лежит в экзистенциаль-

ном вакууме (ситуация, когда воля к смыслу фрустрирована) или кризисе морального сознания» (Франкл В., 2005, с. 257).

3. «Логотерапия не выходит за границы научного знания в область теологии, но в отличие от других психотерапевтических систем логотерапия оставляет открытым путь от человека к сверхчеловеческому высшему началу, она эту связь однозначно не закрывает» (Франкл В., 2005, с. 268).

При разработке концепта «человека ноэтического» Франкл отталкивался от моделей Макса Шелера и Николая Гартмана. В соответствии с традиционным, идущим от Платона и Аристотеля, подразделением человека на тело, душу и дух у Гартмана модель человека состоит из слоев, покоящихся один на другом, причем каждый нижележащий уровень создает предпосылки для ниже следующего. По Шелеру, человек состоит из трех концентрических слоев: телесное, психическое и духовное, так что духовное является внутренним ядром человека, а тело его внешней частью.

Однако Франкла не вполне устраивало данное представление о человеке.

На его взгляд, шелеровская модель не отражает целостность человека, не позволяет увидеть процесс взаимодействия между разными формами его бытия. Поэтому он вносит в нее существенные исправления, представляя человека в единстве трех ортогональных измерений: соматического, психического и ноэтического (духовного).

Все это суммируется им в понятии «дименсиональная онтология» (от англ. dimension — измерение), которая переносит фокус внимания с телесных и психических аспектов человека на ноэтическое (духовное) измерение. При таком подходе, полагает Франкл, человек получает способность выйти за пределы своих психофизических рамок и совершить экзистенциальный акт по входу в новое, ноэтическое измерение свободы и ответственности, используя при этом две важнейшие характеристики: способность к самодистанцированию и самотрансценденции. Следовательно, «собственно человеческим» или «свободным в человеке» является ноэтическое измерение.

Плоскость же психофизического детерминирована наследственностью, инстинктивными потребностями, психодинамическими влечениями и социальным научением. При этом данные, приобретенные в плоскости низших измерений, сохраняют свою значимость только в пределах этой плоскости.

Говоря о взаимодействии трех измерений, Франкл описывает соотношение соматического и психического как «психофизический параллелизм». Например, любая тревога, которая по своему происхождению связана с психическим измерением, имеет следствием физиологические и телесные симптомы. И, наоборот, сильное серд-

цебиение может вызвать тревогу в психическом измерении (если отношение к сердцебиению не обработано ноэтическим измерением).

В противоположность психофизическому параллелизму Франкл постулирует фундаментальную дистанцию и даже «психоноэтический антагонизм» между свободным духовным измерением и детерминированной плоскостью психофизического» (см. подр.: Шумский В.Б., с. 92–95).

Таким образом, три измерения находятся друг с другом в особых отношениях: духовное измерение протiwостоит психофизическому, при этом каждое из трех измерений человеческого бытия имеет собственную динамику, и эти три типа динамики проявляются как разнонаправленные мотивационные силы. Их несовпадение может приводить к напряженности и мотивационным конфликтам. Как существо телесно-физическое, человек стремится к поддержанию здоровья своего тела и для этого удовлетворяет свои физические потребности (еда, секс и проч.). Как существо психическое, человек стремится к положительным чувствам, душевному комфорту и отсутствию внешнего давления. Осуществление этих стремлений воспринимается как удовольствие, неосуществление — как напряжение, фрустрация.

Как существо ноэтическое, человек ищет смысл жизни. Благодаря своему духовному измерению человек остается открытым к себе и к миру. Франкл ставит знак равенства между ноэтическим и экзистенцией. Он пишет, что духовный подъем над психофизической ограниченностью может быть также назван экзистенциальным актом, и духовное, т. е. экзистенция, представляет собой подлинное человеческое бытие.

Франкл иллюстрирует свою модель человека ноэтического следующим примером: «Если спроецировать трехмерный стакан в двухмерную плоскость, находящуюся внизу, получится круг. Тот же стакан, спроецированный сбоку, в двухмерной плоскости будет выглядеть как прямоугольник. Но кто же станет утверждать, что стакан состоит из круга и прямоугольника? Точно так же мы не можем утверждать, что человек состоит из таких частей, как тело и душа. Это насилие над человеком — проецировать его из сферы чисто человеческой на плоскость телесного или психического. Образ измерений и проекций позволяет нам говорить, с одной стороны, о целостности и единстве человека, а с другой стороны, о различиях между телесными, психическими и ноэтическими процессами» (Франкл В., 1999, с. 49–50).

Идеи Франкла оказали существенное влияние на формирование и развитие философской и психотерапевтической культуры современности,

обосновывая новый взгляд на сущность человека, а именно «человека ноэтического».

Основной мотивационной силой человека является стремление к смыслу, или «воля к смыслу». Это личностное осознание и ответственность сказать жизни «Да!», даже если она исполнена тягот и страданий.

Франкл поддерживает идею об относительности всякого смысла, поскольку он всегда касается отдельного, конкретного человека, вовлеченного в определенный круг действий, — нет такой вещи, как универсальный смысл жизни, есть лишь уникальные смыслы индивидуальных ситуаций. Данный тезис подкрепляется им целым рядом правил смыслоискания, которые и составляют экзистенциальный пласт теории логотерапии.

Всего этих правил семь¹.

1. «Нельзя придать смысл жизни, смысл нужно найти».

Согласно Франклу, понятие смысла существует объективно, а вовсе не в идее.

2. «Смысл нужно найти, но нельзя выдумать».

Выдумать можно лишь субъективный, т. е. совершенно иллюзорный, смысл. «Дверь к счастью открывается вовне», — цитирует Франкл Кьеркегора.

3. «Смысл не только нужно, но и можно найти».

В поисках смысла жизни человек должен полагаться исключительно на свою совесть. Ценности становятся смысловыми универсалиями.

4. «Смысл раскрывается только в конкретной ситуации».

Это значит, что он связан с «требованием момента», который всегда единичен и уникален.

5. «Смысл может раскрыться всем, но каждому — свой».

С точки зрения Франкла, найти смысл жизни может любой человек вне зависимости от половой принадлежности, уровня интеллекта и образованности. Не имеют значения также характер вероисповедания и отношение к религии: «И в этом нет ничего удивительного, поскольку мы полагаем, что человек, который сознательно придерживается атеистических взглядов, вполне может быть верующим на бессознательном уровне, — “верующим” хотя бы в том широком смысле, в каком употребляли это понятие Альберт Эйнштейн, Пауль Тиллих и Людвиг Витгенштейн».

6. «Жизнь всегда и для всех имеет смысл».

Здесь важно слово «всегда». Человек способен черпать силы не только в радостях, но и горестях. Вот почему даже страдания дают нам шанс уяснить смысл жизни, разумеется, если эти страдания неизбежны и с ними невозможно справиться.

¹ Замалиева С.А. Человек все решает сам. Логотерапия и экзистенциальная антропология В. Франкла. СПб.: Университетская книга, 2012.

Именно в этом контексте и раскрывается воля к смыслу.

7. «Раскрывая смысл жизни, человек раскрывается сам».

Относительно этого правила Франкл говорит: «Я не только поступаю в соответствии с тем, что я есть, но и становлюсь в соответствии с тем, как я поступаю». Другими словами, между мной, каким я являюсь теперь, и мной, каким я могу стать в будущем, существует интенциональная связь, которая придает смысловую направленность всем моим целеполаганиям и поступкам.

Учение Виктора Эмиля Франкла — это не просто психотерапевтический метод лечения неврозов ноогенного происхождения, но и мировоззрение, философия, утверждающая пафос антропологии — оправдания и возвышения бытия человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Замалиева С.А. Человек все решает сам. Логотерапия и экзистенциальная антропология В. Франкла. СПб.: Университетская книга, 2012.
2. Леонтьев Д. «Случай» Виктора Франкла // Психологический журнал. Т. 26. № 2. 2005.
3. Лэнгле А. Человек в поисках смысла (К 100-летию юбилею Виктора Франкла) // Психология. Журнал Высшей школы экономики. Т. 2. № 2. 2005.
4. Франкл В. Московские лекции 1986 года // Проблема смысла в науках о человеке (К 100-летию Виктора Франкла): материалы международной конференции (Москва, 19–21 мая 2005 г.). М., 2005.
5. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1999.
6. Шумский В.Б. Экзистенциальная психология и психотерапия: Теория, методология, практика. М., 2010.

РОЛЬ ИНТЕГРАТИВНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



Е.Г. Ильченко
E.G. Ilchenko

аспирант отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева;
e-mail: dr_ilchenko@mail.ru



Т.А. Каравеева
T.A. Karavaeva

доктор медицинских наук, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева,
вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации;
e-mail: tania_kar@mail.ru

В статье дается обоснование актуальности исследования современных психотерапевтических подходов в лечении тревожных невротических расстройств, приводятся эпидемиологические данные по соответствующей нозологии. Рассматриваются факторы, лежащие в основе эффективности моделей и алгоритмов психотерапевтического воздействия. На основании научной литературы приводится сущностный сравнительный анализ интегративных и эклектических моделей психотерапии, с обоснованием целесообразности обоснованной и концептуальной интеграции на современном этапе развития клинической психотерапии.

Ключевые слова: тревожные невротические расстройства, интегративные модели психотерапии, современные тенденции психотерапевтических подходов, эклектика, интеграция, эффективность психотерапии.

The article substantiates of the relevance of the research of modern psychotherapeutic approaches in the treatment of anxious neurotic disorders is provide; provides epidemiological data are given on the corresponding nosology. The factors underlying the effectiveness of models and algorithms of psychotherapeutic influence are considered. On the basis of the scientific literature, an essential comparative analysis of integrative and eclectic models of psychotherapy is given, with the justification of the feasibility of a justified and conceptual integration at the present stage of the development of clinical psychotherapy.

Key words: anxiety and neurotic disorders, an integrative model of psychotherapy and modern trends of psychotherapeutic approaches, eclecticism, integration, the effectiveness of psychotherapy.

Тревожные нарушения невротического уровня широко распространены в популяции и в настоящее время занимают ведущее место по частоте встречаемости среди пограничных психических расстройств (Вертугина Т.П., Иванова С.А., Черенько В.Б., Никифорова О.А., 2009). Исследование частоты регистрации тревожных расстройств у лиц при обращении в первичную медицинскую сеть, проведенное в 14 странах Всемирной организацией здравоохранения, показало, что более чем у 15 % пациентов диагностировался какой-либо вид тревожности. Эпидемиологические исследования в США (Лыков В.И., 2003) свидетельствуют, что 3,8 % жителей этой страны страдают приступами паники, от 3 до 5 % — агорофобией с приступами или без приступов паники и около 2 % — подвержено социальной фобии (Kessler R.C., Stein M.B., Berglund P., 2000; Ловелле Р.П., 2003). В последние годы в нашей стране на фоне нестабильной социально-экономической ситуации отмечается рост невротических тревожных расстройств, что определяет особую актуальность разработки научно обоснованной, эффективной краткосрочной персонализированной терапии этих нарушений.

В своем диссертационном исследовании «Оптимизация индивидуальных программ и типология мишеней личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии невротических расстройств» С.В. Ляшковская (2016) указывает, что оказание психотерапевтической помощи пациентам с психическими расстройствами предполагает интеграцию и синтез теоретических представлений, накопленных научных данных, практического опыта в области психотерапии и смежных дисциплин. Это обусловлено сложностью и многомерностью современной многоосевой биопсихосоциальной модели психических нарушений, включающей и объединяющей различные факторы их возникновения и существования (Карвасарский Б.Д., 2006; Холмогорова А.Б., 2006; Колотильщикова Е.А., 2011; Караваева Т.А., 2015). Приоритетной научно-практической задачей является создание эффективных моделей и алгоритмов психотерапевтического воздействия, которые, основываясь на системной оценке пациента, позволяют учитывать и использовать биологическую, психологическую и социальную составляющие комплексной лечебной помощи, а также организуют вокруг каждого пациента необходимые психотерапевтические мероприятия, специалистов и их взаимодействие между собой. Поэтому в рамках клинической модели психотерапии наблюдается интенсивное развитие интегративных тенденций, направленных на решение этих задач (Ледер С., 1992; Ташлыков В.А., 1992; Тупицын Ю.Я., 1992; Холмогорова А.Б., 1996; Александров А.А., 2008; Вахренева О.А., Караваева Т.А., 2014).

Проблемы совершенствования подходов интегративной психотерапии тревожных невротических расстройств в последнее время широко представлены в научных публикациях, монографиях, руководствах (Evans K.R., Gilbert M.C., 2005; Erskine R.G., Moursund J.P., 2010). Специализированный международный журнал «Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy», издающийся с 1987 г., отражает современные мировые тенденции объединения теоретических психологических концепций и практических техник и методов психотерапии, проводит оценку их эффективности, рассматривает реакцию профессионального сообщества на новые разработки. Вместе с тем и сама идея интегративной психотерапии, и возможность ее реализации являются по-прежнему предметом глубоких дискуссий, в которых нередко сталкиваются различные профессиональные мнения.

При системном анализе научной литературы можно выделить несколько подходов, лежащих в основе формирования моделей клинической психотерапии, ориентированных на оказание помощи пациентам с тревожными невротическими расстройствами. В диссертационных исследованиях В.А. Лыковой (2003), Е.А. Кругловой (2003), И.В. Франовой (2009), Н.А. Забылиной (2013) приводятся данные о том, что в последнее десятилетие, с одной стороны, нарастает интерес исследователей и практиков к проблемам и возможностям развития интегративной психотерапии, а с другой — все больше обостряется противоречие между содержанием понятий «интеграция» и «эkleктика».

Если при интегративной стратегии синтез осуществляется на концептуальной основе — имеются определяющие направленность, эффективность, прогноз методы, играющие стратегическую роль, и другие методы, решающие частные тактические задачи, повышающие эффективность психотерапии в целом, то эkleктическая стратегия не включает методов, которые определяли бы основную направленность психотерапии, и выступает проявлением невысокого уровня методической целостности в понимании психотерапии, показателем низкой профессиональной компетенции специалиста. Г. Айзенк (1954) писал, что эkleктизм является «мешаниной из теорий, хаосом процедур, смесью разных видов терапии, путаницей различных действий, не имеющих определенной направленности, которые не представляется возможным оценить или проверить». Если обратиться к философской литературе, в частности к энциклопедиям, то понятие «эkleктическая» определяется следующим образом: «механическое соединение разнородных, часто противоположных принципов, взглядов, теорий». И если даже мы сегодня склонны к меньшей иде-

ологизации научных, в том числе философских, понятий, в нашем случае мало что меняется (Карвасарский Б.Д., 2008). В исследовании Т.А. Караваевой (2003) по характеру сочетания методов выделялось шесть типов ведущих психотерапевтических стратегий, отличающихся между собой теоретическими взглядами врачей-психотерапевтов на сущность болезни и здоровья, закономерностями применения тех или иных технических приемов, отражающих различные модели интеграции методов психотерапии. И только в группе методов, которые условно составили содержание эклектической стратегии, не обнаружилось достоверных корреляционных связей между ними, что и характеризует отличие атеоретического эклектического подхода от целостного интегративного.

Интегративная психотерапия может развиваться на основе следующих подходов: 1) использование эмпирической модели, объединяющей различные методы психотерапии, исходя из потребностей лечебной практики; 2) интеграция соответствующих научных дисциплин — медицины, психологии, социологии, педагогики, нейрофизиологии, философии, психолингвистики и др.; 3) синтез теоретических положений различных психотерапевтических ориентаций с учетом ведущей концепции личности и ее развития, психопатологии и симптомообразования. Следующие факторы способствовали развитию интегративного движения в психотерапии: 1) распространение многочисленных форм и методов психотерапии, затрудняющих выбор, а также их изучение и применение; 2) неадекватность ни одного из психотерапевтических направлений для всех категорий пациентов; 3) наличие базовых процессов, характерных для всех форм психотерапии, и признание того факта, что разные методы, по сути, могут иметь больше сходств, чем различий; 4) примерно равная эффективность лечения независимо от форм психотерапии; 5) акцент существенной роли взаимоотношений психотерапевт — пациент при любых формах психотерапии; 6) социально-экономические процессы в обществе, предъявляющие повышенные требования к качеству продолжительности и эффективности лечения и оказывающие более спланированное, чем разъединяющее психотерапевтов действие (Александровский Ю.А., 1993; Вольпе Д., 1998; Мармор Д., 1998). Важнейшей характеристикой интегративного движения в психотерапии является учет психотерапевтом при выборе метода не столько собственных теоретических позиций, сколько индивидуальных качеств психологических особенностей личности и болезни, а также потребностей пациента (Лазарус А.А., 1998; Коноплева Т.В., Команденко Н.И., 2000).

В своей статье «Интегративный подход в современной психотерапии и психологии» В.В. Коз-

лов (2012) отмечает, что такая точка зрения дает возможность более широкого, целостного и многогранного взгляда на понимание человеческой сущности. С позиции этого подхода ему представляется возможным свести воедино основные положения различных направлений психологии и психотерапии: ортодоксального, гуманистического и трансперсонального в рамках единой концептуальной схемы. Автор отмечает, что различные компоненты из этих методов наиболее детально разработаны в том или ином психотерапевтическом направлении и могут дополнять друг друга.

В основных формах психотерапии общими этапами терапевтического вмешательства, во многом определяющими эффективность психотерапевтических интервенций у пациентов с тревожными невротическими расстройствами, являются установление доверительного контакта с пациентом и его мотивация на активное участие в психотерапевтическом процессе; выделение психотерапевтических мишеней (симптоматика, внутри- или межличностные конфликты, личностные особенности, адаптационные ресурсы, саморегуляционные возможности и др.); изменение прежних дезадаптивных способов восприятия, переживания, поведения; окончание лечебного курса, включающее в себя интеграцию полученного опыта. В лечении пациентов с тревожными нарушениями невротического уровня внутри единого психотерапевтического метода в зависимости от задач лечения целесообразно применять определенные приемы и техники, воздействующие на познавательные, эмоциональные и поведенческие стереотипы нарушенного функционирования пациентов.

В зависимости от целей и задач психотерапии на одном этапе лечения более целесообразен психодинамический подход, расширяющий сферу познания через осознание бессознательного материала, лежащего в основе переживания тревоги, на другом — когнитивный, обеспечивающий анализ и переработку дисфункциональных установок, поддерживающих искаженную оценку реальности, на заключительном этапе эффективными оказываются поведенческие методы, помогающие выработать новое, более конструктивное, адаптивное, зрелое поведение, реконструировать деструктивные интенции, сформировать эффективные механизмы совладания, обучить навыкам проблемно-решающего поведения.

Таким образом, в стремлении к интеграции и созданию универсальной психотерапевтической модели важно не потерять ценность метода и его методологическую основу. Б.Д. Карвасарский (1999) указывал: «Психотерапевтическая техника должна зиждиться на прочной концептуальной основе — только в этом случае она будет “осмысленной”, то есть эффективной прак-

тической функцией определенных теоретических представлений (это верно как для искусства, так и для психотерапии с психологией). В противном случае «техника» превращается в красивую блестящую «штучку» от какого-то неведомого механизма, найденную туземцем, который, не зная ее предназначения, вешает себе на шею в качестве украшения...».

В публикации Г.Л. Исуриной «Интегративная психотерапия: аргументы за и против» (2017) отмечается, что и сегодня проблема формирования интегративной модели психотерапии широко дискутируется в профессиональном сообществе. Этот интерес обусловлен, прежде всего, основными тенденциями развития современной психотерапии, состоящими как в разработке новых подходов и методов, так и в попытке синтеза концепций и технических приемов, поиска более гибкой психотерапевтической парадигмы.

Научные исследования в области психотерапии невротических расстройств направлены как на прикладные цели (в первую очередь на выяснение эффективности психотерапевтического воздействия) (Lambert M.J., Ogles V.M., 2004), так и на фундаментальные — на научную валидацию психотерапевтического процесса и его результатов. С течением времени фокус исследовательского интереса смещался от необходимости доказать полезность применения психотерапевтического лечения к вопросам дифференцированных показаний разных видов психотерапии для пациентов с разными психическими расстройствами, в том числе для пациентов с тревожными невротическими расстройствами. В эмпирических исследованиях последнего времени традиционный вопрос об эффективности психотерапии невротических расстройств в целом уступает место иной формулировке: как на эффективность данной модели влияют изменения отдельных ее параметров, что, по-видимому, свидетельствует о смене парадигмы исследований в психотерапии (Вид В.Д., 1994; Калмыкова Е.С., Х. Кэхеле, 2000; Холмогорова А.Б., 2009; Bergin A.E., Garfield S.L., 2004). С.В. Ляшковская (2016) в диссертационной работе указывает на то, что большинство клинических моделей психотерапии можно отнести к интегративным, мультимодальным, транс-теоретическим. При этом клинические модели интеграции двигаются не столько в направлении создания объединенной теории личности и методическом синтезе психотерапевтических методов (что, по мнению многих авторов, практически невозможно), сколько в направлении создания интегративной теории психического расстройства и соответствующей модели психотерапии, способной работать в отношении тех психосоциальных механизмов нервно-психического расстройства, которые учитывает данная клиническая модель.

В целом, интегративные тенденции в психотерапии можно считать актуальным этапом ее развития, и, несмотря на большое количество приверженцев «чистоты» методов, в научной литературе появляется все больше попыток поиска теоретико-методологических основ интеграции в психотерапии, в частности в терапии тревожных невротических расстройств (Александров А.А., Бараш Б.А., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П., 1992; Ташлыков В.А., Norcross J.C., 1995; Аммон Г., 1996; Холмогорова А.Б., 1996; Баранов В.С., 2005; Бурно М.Е., 2006; 1992; Макаров В.В., 2003; Тукаев Р.Д., 2003; Горобец Н.Л., 2008; Александров А.А., 2009, 2014; Катков А.Л., 2013; Винокур В.А., Новикова И.А., 2015; и др.). Таким образом, интегративное направление — последовательный, закономерный этап эволюционного развития психотерапии, основанный на накопленных теоретических знаниях и практическом опыте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А.А. Интегративная психотерапия / А.А. Александров. СПб.: Питер, 2009.
2. Александров А.А. Методика аналитико-катартической терапии эмоциональных нарушений // Вестник психотерапии. 2016. № 60 (65).
3. Вахренева О.А. Клинические, социально-психологические характеристики больных неврастениями и их индивидуальная интегративная психотерапия: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. А. Вахренева. СПб., 2014.
4. Интегративные аспекты современной психотерапии: сб. науч. трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 1992. Т. 131.
5. Исурина Г.Л. Интегративная психотерапия: аргументы за и против: Тезисы Международного конгресса «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование — грани исследуемого!». М., 2017.
6. Караваева Т.А. Индивидуально-психологические, социальные и образовательные факторы, определяющие общую профессиональную стратегию врача-психотерапевта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003.
7. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1995.
8. Катков А.Л. Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии / А.Л. Катков // Психотерапия. 2003. № 7.
9. Колотильщикова Е.А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004.
10. Ляшковская С.В. Оптимизация индивидуальных программ и типология мишеней личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии невротических расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2016.
11. Мизинова Е.Б. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004.
12. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2000.
13. Coursey R.D. Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: The clients' perspective / R.D. Coursey, A.V. Keller, E.W. Farrell // Schizo-phrenia Bulletin. 1995. Vol. 21 (2).

МОДИФИКАЦИЯ ТЕХНИКИ РАБОТЫ С ИНТРОЕКТАМИ ПРИ ПРОРАБОТКЕ СЕПАРАЦИОННЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ В ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДЕ



Н.А. Кривдюк
N.A. Krivdyuk

практический психолог, гештальт-терапевт, Санкт-Петербург



Л.Л. Третьяк
L.L. Thyak

кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт, гештальт-терапевт, супервизор, старший преподаватель НОУ

ДПО Восточно-Европейский гештальт-институт, член Координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), Санкт-Петербург; e-mail: 79219771795@yandex.ru

В статье приводится описание применения в клинической практике традиционной гештальт-терапевтической техники работы с интроектами. Данная техника в форме самостоятельного домашнего задания применяется в работе с проблемами сепарации, в частности при проработке сепарационной вины.

Ключевые слова: гештальт-терапия, техники психотерапии, работа с интроектами, домашние задания в психотерапии, конфликты сепарации.

The article describes the application in the clinical practice of traditional gestalt techniques of working with introjects. This technique in the form of an independent homework assignment is used in the work with separation problems, in particular, in the study of separation fault.

Key words: gestalt-therapy, techniques of psychotherapy, work with introjects, homework in psychotherapy, conflicts of separation.

В практической работе психотерапевты часто сталкиваются с интенсивными эмоциями клиента, возникающими вследствие конфликта между потребностями, продиктованными актуальной жизненной ситуацией клиента, и прежними лояльностями и аффилиативными мотивами.

Как правило, эти переживания содержат значительный компонент труднопереносимых и избегаемых чувств вины и стыда. Их интенсивность отражает трудность формирования межличностных границ, которая в свою очередь базируется на смутном представлении о собственных мотивах, трудностях в распознавании собственных по-

требностей и нужд и отражает общую диффузию идентичности.

В свою очередь диффузия идентичности отражает незавершенность выстраивания внутренних отграничений, в частности собственных потребностей и навязанных извне чувств других по отношению к субъекту и субъекта по отношению к ним. Постоянная амбивалентность в сфере значимых отношений личности наталкивается на безуспешные попытки простых и однозначных решений, базирующихся на дихотомическом и генерализованном мышлении. Любая попытка индивидуации сопровождается риском выхода из слияния и обнаружением амбивалентности и

чувств, связанных с сепарацией: тревогой, виной, стыдом. В психопатологии мы можем обнаружить преобладание трудно переносимых эмоций сепарации в неврозах избегания (агорафобия, паническое расстройство), проблемах созависимого поведения, расстройствах настроения. Трудность сепарации-индивидуации определяется в том числе и влиянием механизма интроекции.

Термин был введен Ш.Ференчи в 1909 г. и активно использовался в теории гештальт-подхода, где его изначальный смысл хоть и был в целом сохранен, но претерпел модификацию на основе перлзовской идеи об усвоении чужого опыта («ментального метаболизма»). Роль интроективных процессов в регуляции настроения и развитии депрессивных и маниакальных состояний подчеркивали в своих работах К. Абрахам (1911) и З. Фрейд (1917).

В 1974 г. С. Блатт описал т. н. интроективный и анаклитический подтипы депрессии, при которых развитие депрессивного переживания плотно увязывалось с трудностями сепарации и интроективным механизмом. Присоединение интроективного механизма обуславливает высокий уровень самокритики пациентов, находящихся в несчастливой связи. Чем больше неудовлетворенности качеством отношений, тем более выражена самокритика.

Согласно психоаналитической концепции слияние с интроецированным объектом в результате утраты реального объекта значимости провоцирует развитие депрессивных переживаний (тоски, вины, подавленности), попытки болезненной сепарации и обесценивания интроективного материала приводят к развитию маниакальных аффектов (подъему настроения, эйфории, переживанию всемогущества). Неспособность к интеграции эмоционального опыта приводит либо к замещению непереносимых чувств «эмоциональным протезом» в форме психоактивных веществ, либо к неудачным попыткам поведенческой регуляции в форме отреагирования и отыгрывания вовне.

Интроекция базируется на бессознательном отождествлении с опытом другого человека и поглощении этого опыта, когда не критическим образом усваивается либо отношение, либо опыт действия в какой-либо ситуации. Интроекция в основном неосознаваема. Но распознавание интроективных процессов может быть облегчено путем конкретизации вербализации долженствований и предписаний, вербализации и записи внутреннего монолога, выделения субличности («части Я») в форме внутреннего критика и т. п. Иногда выходу из слияния с интроектом помогает генетический анализ, прослеживающий историю интроекта в истории индивида и семейной системы в целом (вплоть до трансгенерационной передачи).

Как указывает Н. Мак-Вильямс (1994), «работая с депрессивными пациентами, мы можем практически услышать говорящий интернализированный объект». Таким образом, вербализация и конкретизация интроективных посланий, относящихся к опыту взаимодействия с родительскими фигурами, способствует лучшей переносимости интенсивных переживаний, сопровождающих сепарацию. Переживания сепарационной вины и тревоги резко обостряются, когда ситуация требует сложных выборов и гибких решений, неизбежно связанных с изменением системных решений и нарушением сложившегося, пусть и патологического, равновесия.

Изначально сформировавшись в результате незавершенных задач развития и сепарации в детско-родительских отношениях, подобного рода эмоции, базирующиеся на интроекции, проецируются на значимых лиц в актуальной жизненной ситуации (члены собственной семьи, партнеры, руководство). Зачастую члены дисфункциональных систем распознают уязвимость клиента по отношению к межличностным манипуляциям, вовлекающим его в трудно переносимые для него чувства тревоги, вины и стыда, используя данную уязвимость для сохранения внешнего контроля и поддержания стабильности дисфункциональной системы. В теории гештальт-терапии различают слияние с интроектами (лежащее в основе тревоги вины и тревоги в целом), проекцию интроектов (с переживанием тревоги преследования), ретрофлексию интроектов (сомнения в правильности выбора и недоверие).

В таком случае интервенции терапевта направляются на выявление и присвоение плохо ассимилированных интроектов, лежащих в основе эмоциональных переживаний. Конкретизация и вербализация интроективного материала позволяет выстроить гибкие внутренние границы и сделать более прочными и устойчивыми границы внешние.

Ниже мы приведем пример использования структурированной техники в работе с сепарационными виной и стыдом, базирующимися на интроекции. Она используется в форме домашнего задания, которое предписывается клиенту, столкнувшемуся с интенсивными переживаниями. Методы, предполагающие запись и регистрацию переживаний, широко используются в когнитивной терапии, в гештальт-терапии они применяются в качестве инструмента домашней работы, позволяющего облегчить ассимиляцию опыта. Трудности с присвоением опыта могут быть обусловлены действием механизмов вытеснения, отрицания и обесценивания, и использование «внешнего носителя» позволяет сохранить непрерывность переживания. Возвращаясь к собственным записям, клиенты достигают большего

в присвоении ответственности и развитии осознанности собственного поведения.

Сама техника очень проста: клиентам предлагается заполнить таблицу, состоящую из четырех колонок:

Я должен:

Кому?	Что?	Сколько?	За что?
-------	------	----------	---------

Первая колонка «Кому?»

Ее содержание определяет, собственно, сам объект должностования. Частые ответы: «маме», «папе», «ребенку», «мужу», «жене». Эти должностования и обязательства просты и понятны. Однако иногда встречается, что клиент обозначает свои долги перед «обществом» «семьей», «человечеством» или какой-нибудь группой (работа, политические или религиозные сообщества, порой даже сообщества в соцсетях).

Рекомендуется предлагать клиенту конкретизировать абстрактное понятие, например, «общество» до некоего конкретного лица. Не всегда клиент способен это сделать сразу. Конкретизация является одной из супрессивных техник гештальт-терапии, позволяющей фрустрировать избегания чувственного опыта и передачи ответственности безличным понятиям (Наранхо К., 1995).

Вторичная выгода в таких обобщенных долгах вполне очевидна: долг перед обществом или перед человечеством всегда огромен, и его практически невозможно погасить. Предлагается настойчиво узнавать у клиента, перед кем именно (конкретным лицом) существует долг.

Из сессии с клиенткой:

Терапевт: Вы написали в графе «кому» общество. Конкретизируйте, кто это?

Клиентка: Ну, как, общество — это все люди вокруг.

Терапевт: Все? Что именно Вы должны вот тому проходящему за окном мужчине?

Клиентка: Гм... Нет, тому мужчине ничего не должна.

Терапевт: Разве он не является частью общества?

Клиентка: Гм... /пауза/ является, конечно... но я должна просто обществу, а не этому человеку конкретно.

Терапевт: Значит, есть люди, которые не входят в общество? А вон та женщина (глядя в окно)? Или тот молодой человек?

Клиентка: Ну, скорей всего, я не имею в виду все общество, скорей всего, общество — это для меня школа, в которой я училась.

Терапевт: Школа — это всего лишь здание из нескольких этажей. Кому в школе Вы должны?

Клиентка: Гм... Директору. Хотя нет, завучу, потому что она была добра ко мне.

Таким образом, находится некое конкретное лицо, на кого направлен долг. От абстрактного «общества» клиентка пришла к определенной персоне — конкретному завучу конкретной школы, человеку с именем и фамилией. Персонализация в данном случае направлена на разрушение стереотипа клиента восприятия долга чему-то или кому-то (как общество) глобальному, неподъемному, чему-то с размытыми границами и соответственно несоизмеримому с «отдачей».

Вторая колонка «Что?»

Казалось бы, она достаточно проста. Например, клиент заполнил первую колонку «кому» — «маме» и вторую заполняет практически автоматически, не задумываясь при ответе на вопрос «что?», — «внимание». На самом деле такие понятия, как «внимание», «забота», «любовь», — тоже требуют конкретизации. Кажется, что это как бы само собой разумеется, но на поверку каждый человек наделяет данные понятия разным смыслом. Для кого-то внимание — проводить с другим, которому оказывается это самое внимание, 24 часа в сутки, в то время как для другого — подарить дорогой подарок. На этом этапе заполнения таблицы рекомендуется прояснять и конкретизировать понятия клиента. Что это означает конкретно для него? Чаще всего клиент и сам не задумывается о том, какой смысл вкладывает в абстрактное высказывание.

Из сессии с клиентом:

Терапевт: Вы написали, что Вы должны отцу заботу. Что значит забота для Вас?

Клиент (с недоумением): Как? Да просто заботиться.

Терапевт: Что конкретно Вы должны делать? Давать деньги? Ходить для него в магазин? Проводить с ним время? Заниматься вместе делами? Что-то еще? Как именно для Вас выражается забота?

Клиент: Гм... Я никогда не задумывался об этом, даже в голову не приходило... дайте подумать... ну, заботиться — это, да, это проводить с ним время, оплачивать его больницу, возить куда-нибудь, если ему нужно. Да, наверное, так.

Терапевт: А что не включает Ваша забота о нем?

Клиент: Да всё включает!

Терапевт: Должны ли Вы стирать для него одежду? Совершать гигиенические процедуры?

Клиент: Ну уж нет, этого я не должен!

Терапевт: Значит, не всё включает?

Клиент (удивленно): Да, смотрите-ка, получается, что не всё.

В итоге от достаточно абстрактного понятия «забота» мы приходим к конкретным действиям, т. е. к тому, что именно клиент включает для себя в понятие отдачи долга. Рекомендуется в этой колонке конкретизировать понятие до тех пор, пока на месте понятия как такового не обнаружатся

конкретные действия. Это формирует у клиента границу обязанностей. Полезно расспрашивать клиента о том, что НЕ входит в данное понятие, — так формирование границы происходит четче и воспринимается клиентом яснее.

Третья колонка «Сколько?»

На этой колонке многие клиенты «застревают», недоумевают, задумываются, иногда возмущаются и злятся. И в самом деле, можно ли измерить любовь? Заботу? Внимание? Абстрактное понятие «забота» — нет, а вот действия, которые это понятие включает, — вполне. Если клиенту очень сложно заполнить эту графу, можно предложить ход «от обратного». Или включить критерии «максимума—минимума», например.

Из сессии с клиенткой:

Терапевт: Вы написали, что должны заботиться о муже, готовить еду, стирать его вещи. Сколько времени Вы должны этому посвятить? И когда? Бывают ли из этой аксиомы исключения?

Клиентка (возмущенно): Как это сколько? Я всегда должна готовить еду и всегда должна убираться!

Терапевт: 24 часа в сутки? До конца дней своих?

Клиентка: Н-н-ну... нет, я не готовлю 24 часа в сутки. Но в доме всегда должна быть еда.

Терапевт: Даже если Вы больны и у Вас температура 39? Даже если Вы рождаете или лежите в больнице? Вы не можете уехать в другой город? В командировку? В гости? Вы должны готовить как повар из хорошего ресторана? Каждый день? Или пельмени — это тоже еда?

Клиентка (пауза): Я даже не знаю. Я когда-то лежала в больнице две недели и, конечно, не готовила ничего, муж справлялся сам. Но тогда у меня было оправдание — я болела.

Терапевт: А Вы можете просто не захотеть готовить?

Клиентка: Гм... не знаю, я никогда не думала об этом. Меня так воспитали, что в доме всегда должна быть еда.

Такой диалог выводит клиента на вопрос «а что будет если?», т. е. возможность вербализации и исследования самой «катастрофической» фантазии. И сама возможность исследования этой фантазии уже допускает варианты и возражения, расшатывает аксиоматичность и незыблемость интродективных конструкций. Заставляет клиента задуматься над вопросом, «почему» он должен. Лежащие в основе интродекты могут быть сведены к простым заключениям по типу «так нельзя делать», «это неправильно». Далее они доступны либо мягкому обсуждению в диалоге, либо жесткой конфронтации, когда терапевт в ролевой игре берет на себя «роль» интродектора, озвучивая предписание, а клиент конфронтирует его собственными контраргументами. В приведенном выше диалоге клиенткой используется слово

«всегда». Такие сверхобобщенные и глобальные понятия, как «всегда», «никогда» или «меня так воспитали», отражают беспомощность клиента и его неспособность принять ответственность за действия на себя.

Еще один диалог из сессии с клиентом:

Терапевт: Вы должны маме внимание в виде Вашего времени. Сколько времени Вы ей должны?

Клиент: Как можно больше! Она говорит, что я всегда недостаточно времени с ней провожу.

Терапевт: А достаточно — это сколько? 24 часа в сутки? Каждый день? Всегда?

Клиент: Нет, ну что Вы! Если я буду проводить с ней 24 часа в сутки, то что останется мне?

Терапевт: Тогда сколько времени Вы ей должны?

Клиент: Ну как минимум звонить каждый день, чтобы она не волновалась. И приезжать каждые выходные.

Терапевт: Минимум для Вас или для нее?

Клиент: Минимум для нее, как по мне, то хватило бы и раз в месяц приехать, да и звонить можно бы раз в неделю.

Шкалирование минимума—максимума позволяет узнавать, сколько своих сил, времени и внимания клиент должен отдавать в качестве платы за долги. И разницу между своими представлениями о минимуме—максимуме и требованиями лица, которому отдается долг. Здесь полезно уточнять, запрашивает ли конкретное лицо (в данном случае мама) этот долг, т. е. приезды по выходным и звонки каждый день, или это является собственными проекциями клиента. Эта колонка проясняет величину долга, помогает должествования структурировать и соразмерить. Часто, прописав это на бумаге, клиенты очень удивляются тому реальному объему долга, который они для себя внутренне сформулировали.

Четвертая колонка «За что?»

Чаще всего у клиентов не возникает трудностей с заполнением этой колонки, если речь идет о конкретном близком человеке: «мама», «ребенок» «муж». И, напротив, они возникают, если говорится об абстрактных понятиях «семья», «человечество». Поэтому абстрактные понятия мы конкретизируем еще в первой колонке. Колонка «За что?» отражает разделение ответственности должника и того, кому он должен. Что такого важного и ценного сделало для клиента данное лицо, что человек так много, оказывается, ему должен?

Из сессии с клиентом:

Терапевт: Вы написали, что должны маме внимание в виде своего времени. Должны звонить каждый день и приезжать в выходные. За то, что она Вас родила, дала Вам жизнь?

Клиент: Да, так и есть. Я у мамы в неоплатном долгу. Ей было сложно решиться на второго ребенка (коим является клиент), и это отец ее уговорил.

Терапевт: Давайте поразмышляем, когда Ваша мама Вас родила, сколько ей было лет?

Клиент: Какое это имеет отношение? Ну, 27, кажется, да, 27.

Терапевт: Т. е. не 7 и не 17? Когда мама приняла решение о том, что Вы у нее родитесь, Ваша мама была взрослым человеком в здравом уме, трезвой памяти и сама приняла решение иметь второго ребенка.

Клиент: Это ее отец уговорил.

Терапевт: Может быть. Но для того, чтобы Вы родились, она не подвергалась пыткам или насилию, и это не Вы ее уговорили, правильно? Как-ва именно Ваша ответственность в том, что Вы появились на свет?

Клиент: Моя? Гм... да, если рассуждать, то вроде никакой. Странно даже. Я все время думал, что это из-за меня у нее жизнь не сложилась.

Разделение ответственности — очень важно. Интроектор стремится переложить ответственность на интроецируемого. Родительские фразы «из-за тебя все плохо» или «ты получил двойку, я понервничала и заболела» и т. д. нагружают ребенка той ответственностью, которая на самом деле ему не принадлежит. Последняя колонка «За что?» помогает прояснить и разделить зоны ответственности, а порой просто сводит на нет сам долг, который клиент успел «вырастить» вследствие некритическим образом присвоенных интроектов.

Подводя итоги, можно сказать, что данная техника успешно работает у лиц с погранично-не-

вротическим уровнем личностной организации, которые хоть и имеют определенную диффузию идентичности, тем не менее способны переносить противоречия и тревогу, связанную с их наличием. Она позволяет измерить «несоизмеримое», подвергает здоровой критике закрепленные интроекты и расшатывает аксиоматичность устоявшихся убеждений; позволяет сделать границы клиента более четкими, менее ригидными, настраивает внутренние «фильтры» критики, позволяя принимать или отвергать приходящие извне утверждения по собственному выбору.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрахам К. Характер и развитие / Карл Абрахам; пер. с нем.; под науч. ред. С.Ф. Сироткина; предисл. В.М. Лейбина. Ижевск: ERGO, 2007. 180 с.
2. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1994. 480 с. (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 49).
3. Наранхо К. Гештальт-терапия: Отношение и Практика атеоретического эмпиризма / пер. с англ. Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. 304 с.
4. Перлз Ф.С. Эго, голод и агрессия / пер. с англ. М.: Смысл, 2000. 358 с.
5. Blatt S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 24, p. 107–157.
6. Blatt S.J. & Blass R.B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of psychological development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 45, p. 107–127.

О МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛЯХ ПСИХОТЕРАПИИ

М.М. Решетников
M.M. Reshetnikov

доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского института
психоанализа (Санкт-Петербург),
паст-президент, обучающий аналитик и супервизор
Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (Вена, Австрия);
e-mail: veip@yandex.ru; www.reshetnikov.org



В процессе ряда конференций и круглых столов психотерапевтов неоднократно высказывалось мнение, что «нет никакой медицинской модели психотерапии», т. к. все ее направления действуют на основе сугубо психологических концепций: П. Дюбуа, З. Фрейда, Дж. Уотсона, Ф. Перлза, К. Роджерса. В подтверждение этого положения приводилось определение Б.Д. Карвасарского, который характеризовал психотерапию как систему воздействия «на психику и через психику»; упоминалось утверждение В.М. Бехтерева о том, что психиатрия — это наука о духе, поэтому она не должна входить в «круг ведения естествоиспытателей и врачей»; обосновывалось, что сам тезис о психических болезнях не выдерживает критики, поскольку определение «болезнь» предполагает, что установлены ее этиология, патогенез, клиническая картина и морфологические изменения в органах и тканях, что неприменимо к большинству форм психопатологии.

Другие не менее уважаемые специалисты в процессе тех же конференций с тревогой констатировали «отход ряда специалистов от меди-

цинской модели оказания психотерапевтической помощи», обвиняя своих коллег в том, что некоторые врачи, забывая о нозологии и биологической терапии, фактически «работают клиническими психологами с врачебными дипломами».

Наиболее убедительными (против якобы мифологической медицинской модели) были высказывания, где предлагалось, наблюдая со стороны за психотерапевтическим процессом, сделать однозначный вывод: кто выступает в качестве психотерапевта — врач или психолог? В вопросе подразывалось, что никаких отличий в их работе нет. Это не совсем так.

Отличия есть, а медицинская и психологическая модели, безусловно, существуют. Врач-психотерапевт чаще всего работает в халате (в некотором смысле «отгораживаясь» им от пациента и подчеркивая свою исключительность¹), а психолог — нет. Врач в процессе диагностических сессий будет больше внимания уделять вопросам выявления патогенеза и симптоматики в соответствии с МКБ, а психолог — апеллировать к теории

¹ Первые медицинские халаты появились в конце XIX в. исходя из соображений гигиены и асептики и вначале — только у хирургов, и только на время операций. Но после всемирной эпидемии испанки в 1918 г. ношение халата и шапочки стало типичным не только для хирургов, но и для врачей всех специальностей. В настоящее время общепризнанно, что медицинский халат — это неотъемлемая часть не только гигиены, но и авторитета врача, его визитная карточка. От ношения исключительно белых халатов врачи отказались только во второй половине XX в.

развития личности и психогенезу. Установив клинический диагноз, врач в большинстве случаев будет думать о необходимости назначения психофармакологической терапии (или об отсутствии такой необходимости). Психологи также иногда задумываются над этим вопросом, но не имеют права делать такие назначения.

В наиболее примитивном варианте медицинской модели, назначив тот или иной препарат (на срок от месяца до шести месяцев), врач-психотерапевт затем будет отслеживать комплаенс и динамику течения заболевания с той или иной периодичностью, иногда предлагая пациенту (с учетом расширения амбулаторной модели терапии) показываться ему раз в неделю или раз в месяц. В процессе этих встреч проводятся терапевтические беседы, а основное внимание обращается на то, как в результате лечения меняется симптоматика, с которой обратился пациент. Психолог, скорее всего, предложит пациенту встречаться, как минимум, два раза в неделю. Но «водораздел» таится не в этом.

Обратимся к главному отличию медицинской и психологической модели. Врач действует в полном соответствии со сложившейся системой медицинского подхода к тому или иному заболеванию: собери анамнез, проанализируй симптоматику, установи диагноз, назначь лечение и наблюдай за тем, как идет выздоровление. В некоторых клиниках, которые считаются более прогрессивными, к психодиагностике активно привлекаются психологи и используется всяческий психодиагностический инструментарий, в последние годы — реализуемый в компьютерном варианте. Фактически и здесь реализуется медицинская модель: лаборант делает анализы, а врач их анализирует и затем лечит. Еще более прогрессивный подход предполагает (после завершения диагностики) включение психолога в бригадную работу в качестве ко-терапевта или группового терапевта. И на первый взгляд, кажется, что все идет правильно.

Сделаю маленькое отступление. В определенный период моей практической и научной работы мне довелось около 15 лет заниматься профессиональной и клинической психодиагностикой на многотысячных выборках. В силу этого были освоены практически все бланковые и аппарат-

ные методы психодиагностики, осуществлялась их интерпретация и верификация, в том числе в процессе лонгитюдных (от 4 до 10 лет) исследований. Несмотря на множество недостатков этих методов (обсуждение которых не входит в задачи данной публикации), могу признать, что этот психологический инструментарий показал достаточно высокую эффективность в работе по подбору персонала, а также по выявлению лиц, потенциально склонных к отклоняющемуся поведению и психопатологии. Но данный прогноз совершенно не учитывает степень компенсации и внутренних резервов личности, благодаря которым эти потенциальные предпосылки могут никогда не проявиться.

В эти же годы динамическое наблюдение одних и тех же людей на протяжении как минимум четырех лет и сопоставление этих наблюдений с обширными данными проведенной ранее комплексной психодиагностики позволили сделать один очень важный вывод. В частности, о том, что психологический инструментарий не представляет мне ничего нового, по сравнению с тем, что при наличии опыта можно получить из непосредственного общения с той или иной личностью.

Уже позднее в процессе перехода исключительно к психотерапевтической практике мной был осознан и усвоен тезис о том, что я и есть мой диагностический инструментарий, к тому же куда более тонкий и точный, чем любая бланковая или аппаратная методика.

А теперь о главном отличии медицинской и психологической модели психотерапии. В отличие от традиционно-медицинского подхода, динамическая психодиагностика и динамическая терапия идут рука об руку на протяжении всей психотерапевтической работы, на каждой сессии, желательно — как минимум два раза в неделю, включая заключительный период. И в зависимости от результатов этой динамической психодиагностики могут качественно меняться стратегия и тактика психотерапевтической работы не только на каждой, а даже в процессе каждой сессии. Это предполагает особое внимание не столько к симптоматике, сколько к малейшим изменениям в содержании психической сферы, эмоциональной окраске и всем другим нюансам материала, предъявляемого пациентами.

О МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛЯХ ПСИХОТЕРАПИИ: ДИСКУССИЯ



С.В. Ляшковская

кандидат медицинских наук,
врач-психотерапевт, научный сотрудник Национального медицинского
исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева;
e-mail: asl_dok@mail.ru

В режиме дискуссии позволю себе несколько возражений относительно высказанной точки зрения.

Глубоко мною уважаемый Михаил Михайлович Решетников в своей статье, на мой взгляд, не был бесстрастен и объективен в отношении различий медицинской и психологической моделей психотерапии и, имея явную расположенность ко второй, всячески подчеркивал недостатки медицинской модели.

Ниже я отвечу на утверждения Михаила Михайловича, с которыми не могу согласиться.

Бесспорно, дискуссия о соотношении психологической и медицинской моделей психотерапии в нашей стране обостряется существующим законодательным положением о том, что психотерапевт — это врач. При этом на практике психотерапии обучаются как врачи, так и психологи. И не стихают споры о том, кто больше психотерапевт — врач или психолог. Граней у данной проблемы много, и зачастую споры переходят в плоскость — какой психотерапевт лучше, с медицинским образованием или с гуманитарным?

В обсуждаемой статье определение психотерапии, по Б.Д. Карвасарскому, приведено не полностью (надеюсь, не умышленно). Борис Дмитриевич определял психотерапию как «систему воздействия на психику, и через психику — на организм человека», подчеркивая системность всех явлений, связанных с человеком, и невозможность отделения его психологии от всего остального. Медицинская модель психотерапии, по Б.Д. Карвасарскому, предполагает применение психотерапии для лечения различных психических расстройств. Наиболее широко психотера-

пия применяется при лечении расстройств невротического спектра.

Проблема лечения психических расстройств заключается в том, что в их этиопатогенезе тесно переплетены психология, физиология и социальные факторы. И каждая из «спорящих за психотерапию» специальностей имеет слабые места в этом смысле: психологу, как правило, не хватает глубины знаний относительно физиологии человека, а врачу — глубины психологических знаний.

Проводя психотерапевтическое лечение, врач-психотерапевт организует терапевтический процесс и терапевтические отношения, исходя из конкретного метода, который он использует. И от этого зависят длительность работы и частота встреч, а вовсе не от того, к медицинской или психологической модели психотерапии относит себя специалист.

В медицинской модели отлично себя чувствуют большинство современных методов психотерапии — когнитивная, поведенческая, гештальт-терапия и психодинамическая психотерапия. Особенности применения того или иного метода в зависимости от вида психического расстройства, стадии его течения и личностных особенностей пациента — это и есть собственно признаки медицинского подхода, учет клинических обстоятельств и понимание того, как именно связаны психологические и соматические процессы у конкретного пациента.

Относительно белых халатов. Врач-психотерапевт даже в клинике чаще работает без халата. В отделении неврозов ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» от халатов психотерапевты отказались еще в 70-х годах прошлого века. Если

сейчас еще и можно встретить «халатного» психотерапевта, то, скорее всего, это административное требование, либо этот врач в своей профессиональной идентификации больше видит себя психиатром, нежели психотерапевтом.

На диагностическом этапе врач-психотерапевт, конечно, занят изучением этиопатогенеза имеющегося у пациента расстройства, поскольку очень важно дифференцировать его от других психических и особенно непсихических расстройств и исключить патологию, требующую биологического лечения. И врач при этом несет ответственность за правильность своих действий, в отличие от психологов, и ошибка врача в данном случае стоит дорого. Необходимость использования критериев МКБ существует не оттого, что врачу очень хочется навесить обезличенные психиатрические ярлыки на пациента, а в силу того, что единые статистические критерии служат многим важным целям.

То, что Михаил Михайлович называет главным отличием психологической и медицинской моделей психотерапии, а именно что «динамическая психодиагностика и динамическая терапия идут рука об руку на протяжении всей психотерапевтической работы, на каждой сессии, желательно как минимум два раза в неделю, включая заключительный период, и в зависимости от результатов этой динамической психодиагностики может качественно меняться стратегия и тактика психотерапевтической работы не только на каждой, а даже в процессе каждой сессии», — скорее можно отнести к особенностям именно психоаналитического (психодинамического) метода, а не всей психологической модели психотерапии. Например, в когнитивной и поведенческой психотерапии процесс четко делится на диагностический, предполагающий концептуализацию имеющихся у клиента сложностей, и рабочий этап, предпо-

лагающий коррекцию выявленных механизмов. А медицинская модель личностно-ориентированной психотерапии (относящейся к психодинамическому направлению) также предполагает, что изучение личности пациента происходит на протяжении всех этапов терапевтической работы.

Ситуация, когда врач-психотерапевт, поставив диагноз и назначив тот или иной препарат (на срок от месяца до шести месяцев), затем будет отслеживать комплаенс и динамику течения заболевания, иногда предлагая пациенту показываться ему раз в неделю или в месяц, в основном для обсуждения того, как меняется симптоматика, — это вовсе НЕ пример медицинской модели психотерапии. Это вообще не психотерапия. Это психиатрическое лечение. Так работают врачи-психотерапевты (которые имеют психиатрическую подготовку в обязательном порядке) в силу того, что ими плохо освоены методы психотерапии. А это частая ситуация, к сожалению, когда психиатры получают «корочку» по психотерапии и занимают дополнительно к основной своей ставке еще и психотерапевтическую.

Это не недостаток медицинской модели психотерапии, это системный недостаток подготовки психотерапевтов. Однако в настоящее время возможности глубокого освоения теории и практики методов психотерапии широко доступны, и хороших специалистов-психотерапевтов становится, к счастью, все больше.

В заключение хочу выразить надежду на то, что мы, психологи и врачи-психотерапевты, все больше будем находить сильные стороны деятельности друг друга и совместно работать над повышением качества психотерапевтических услуг, вместо того, чтобы обнаруженные недостатки работы отдельных специалистов или учреждений преподносить как общие изъяны специальности.

«ОБЪЯСНЕНИЕ» И «ПОНИМАНИЕ» КАК ВЗАИМОДОПОЛНЯЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ



В.В. Дунаевский

кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии
Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета
им. акад. И.П. Павлова

Инспирированная К. Ясперсом дискуссия вокруг принципов объяснения и понимания иллюстрирует два возможных подхода к изучению психических заболеваний.

Классическая психиатрия, опирающаяся на телесно ориентированную доктрину Гиппократов, трактовала психопатологическую феноменологию с позиций ее обусловленности физическим процессом разрушения человеческой личности и первичности ее биологической основы. Следует признать, что попытки использования общемедицинских представлений в области психиатрии не только имели достаточные основания, но и были весьма плодотворными, в первую очередь в тех случаях, когда удавалось обнаружить реально существующий морфологический субстрат.

Что касается т. н. душевных болезней, причины которых по-прежнему являются неизвестными, основания подобного переноса остаются гипотетическими и не исключают иных интерпретаций. Отсутствие в этих случаях доказанной биологической основы принципиально ставит под сомнение возможность использования принципа «объяснения».

Альтернативной является точка зрения, рассматривающая душевные болезни как экзистенциальные модальности, возникающие в качестве вариантов конституционально преформированных личностных реакций на бытовые и жизненные ситуации. Для их изучения используется принцип понимания.

Традиционная психиатрия, ориентированная прежде всего на клиническое исследование пациента, вряд ли может похвастаться большими достижениями в этой области, так же как и функциональная психология. Подобные задачи ставили перед собой в первую очередь беллетристическая литература и экзистенциальная философия. При этом и та, и другая либо оставляли в стороне, либо игнорировали вовсе медицинские аспекты проблемы существования. В контексте рассмотрения критериев понятий нормы и патологии, попыток их разграничения подобный анализ становится предметом экзистенциальной психиатрии.

Несколько схематизируя и упрощая, данную альтернативу можно свести к вопросу: были ли больными людьми в медицинском смысле Раскольников или Анна Каренина, были ли безумцами Наполеон, Гитлер или Сталин?

В связи с этим также возникает следующий принципиальный вопрос: могут ли при обсуждении проблематики клинической психиатрии приниматься во внимание историко-биографические патогRAFические описания или другие жанры литературной психиатрической беллетристики?

По нашему мнению, такие сопоставления правомочны настолько, насколько правомочно вообще отнесение психиатрии душевных болезней к области медицины. Последняя, как известно, за

исключением психосоматики руководствуется в своей деятельности принципом объяснения болезни как изучаемого естественнонаучно физического процесса, развивающегося в организме человека. Субъективно он переживается в сознании индивидуума в качестве реакции личности. Обратная связь, несмотря на известные призывы лечить больного, а не болезнь, редко принимается во внимание. Психическая рефлексия, представляющая собой собственно страдание, в общей медицине рассматривается с позиций принципа понимания, однако, будучи вторичным актом отражения, она, как считается многими, вряд ли может оказать существенное влияние на причинные механизмы и движущие силы физического процесса. Даже если, учитывая все сложности взаимозависимости психического и телесного в природе человека, допустить, что оно все же имеет место, расстройства соматического функционирования в рамках психосоматической концепции рассматриваются и изучаются как исключительно вторичные.

Подобным же образом могут рассматриваться не только соматические, но и психические заболевания, имеющие церебральный субстрат. Если согласиться с тем, что т. н. душевные болезни не имеют физической основы, понятия болезни и страдания становятся синонимами, а их отнесение к области медицины — условностью.

Возможно, со временем этот взгляд на их природу изменится, но до тех пор, пока не найдено то, что нужно было бы «объяснять», основным принципом изучения страданий человеческой души остается «понимание». При таком подходе мы выходим за рамки не только медицины, но и науки вообще, поскольку понимание страдания одного человека другим так же субъективно, как и страдание того, кто его испытывает.

Если возникающие таким образом в области психиатрии проблемы не могут быть объективно и доказательно решены научными методами, то это не значит, что их не нужно пытаться решать вообще. Кроме того, если имеющаяся информация не может быть обобщена в виде определенных закономерностей, изучение вероятностей тех или иных событий (с чем все чаще имеет дело современная наука), происходящих в том числе и в сфере человеческого бытия, не может не иметь клинического значения. Это замечание существенно как для психиатрии, так и особенно для психосоматической медицины.

По этой причине творческое использование принципа понимания за пределами медицины любыми другими просветителями, предлагающими позитивное решение мировоззренческих, воспитательных, нравственных и других проблем, избавляя от трагических заблуждений и страданий, играет не только гуманистическую, но и психопрофилактическую роль.

При такой постановке вопроса, на наш взгляд, продуктивному экзистенциальному анализу могут быть подвергнуты не только пациенты психиатрических учреждений или исторические фигуры, но и вышедшие из-под пера талантливого беллетриста жизнеописания литературных персонажей, отражающие жизненную реальность.

В качестве иллюстрации сказанного и примера экзистенциально-аналитических оценок в их сопоставлении с традиционно медицинскими можно привести ставшую уже исторической фигуру Сталина.

С точки зрения психопатологических критериев он предстает в качестве параноидной личности, исключительность которой заключалась в беспрецедентно неограниченных возможностях безжалостной реализации своих бредовых идей. Диагноз «сухорукого параноика», поставленный ему Бехтеревым и стоивший последнему жизни, является авторитетным свидетельством правомочности подобного мнения.

Тем не менее экзистенциальный анализ его личностных установок и их практического воплощения допускает и другие оценочные возможности. Вполне вероятно, что попытка упорядочения им дезорганизованного, лишенного жизненных ресурсов хаотизированного множества на основе примитивно культовой идеологии и жестоких репрессивных мер была осознанно вынужденной. В связи с этим заслуживает внимания малоизвестное высказывание его, может быть, главного политического оппонента Уинстона Черчилля: «Сталин оставил во мне впечатление глубокой холодной мудрости и отсутствия иллюзий».

Оставляла ли ему конкретная историческая реальность возможность какого-либо иного выбора? Можно ли считать использованные им средства в сопоставлении с достигнутыми результатами, включавшими массовый энтузиазм, управляемость аппарата власти, возрождение государственности, индустриализацию страны, выигранную войну и пр., всего лишь признаками безумия? Можно ли однозначно ответить на вопрос, возникающий и сегодня: являлись ли попытки поддержать видимость компромисса с фашистской Германией проявлением политической слепоты или, учитывая неготовность СССР к открытому столкновению, мудрым дипломатическим ходом? Даже если мнение Бехтерева отчасти допустимо, медицинская оценка исключает значение всех остальных и может вызвать лишь казуистический интерес к историческому артефакту.

В то же время экзистенциальное понимание прецедентности опыта его жизни и государственной деятельности было бы весьма полезным последующим властным институтам.

Таким образом, психиатрия, ориентированная на анализ экзистенциальных типологий, мог-

ла бы помимо всего прочего внести существенный вклад в развитие культурного и даже политического процесса, подобно тому, как это сделал, например, в своих «Сравнительных жизнеописаниях» Плутарх.

Исключительные возможности понимания того, что происходит в мире человеческой души, предлагает большая литература. В первую очередь та, которая, подобно экзистенциальной психиатрии, описывает очевидно клинические случаи с нравственно психологических позиций. Особую ценность этим дескрипциям придает не только способность автора к обобщениям актуальной жизненной проблематики, но и интроспективное использование опыта самонаблюдения.

Типичным и хорошо известным практикующему психиатру случаем, также постоянно привлекающим внимание романистов, является драматургия «неравного брака»; чаще всего альянса женщины ярко выраженного художественного типа и ее партнера рационально-мыслительного. Проблема заключается не только в том, что суицидальное безумие героинь Флобера, Толстого или Набокова не может быть убедительно объяснено с точки зрения этиологических медицинских теорий, несчастная любовь сама по себе вряд ли является его причиной, поскольку мало кому известно, существует ли любовь счастливая. Толстой и Набоков не сходятся даже во мнении, «похожи ли все счастливые семьи друг на друга».

Обращающиеся к психиатру мужа во всех остальных отношениях нормальных и благополучных «несчастных» жен, так же как Каренин и Вронский, Шарль и набоковский психиатр Ван, остаются в полном недоумении относительно причин абсолютной неспособности их партнерш к взаимопониманию, эмоционального снижения, утраты личностной цельности, реализующейся в поведении постоянной готовности к бредовой конфронтации. В не меньшем недоумении остается и теряющийся в диагностических догадках весьма широкого диапазона врач. Единственное убедительное объяснение, которое может удовлетворить прежде всего мужей «проданных невест», предлагает народная мудрость: «Не делай добра — не получишь зла».

Идет ли в этих случаях речь о болезни в медицинском смысле, которую можно «объяснить», или об экзистенциальной модальности пребывания в особой жизненной ситуации, которую необходимо «понять»? Может ли человек считаться нормальным (таким как все) и одновременно уличать себя в проявлениях суицидального безумия или агрессивной глупости — парадокс, который классическая психиатрия разрешить не в состоянии.

Отсутствие взаимопонимания со своими партнерами несколько не мешает этим «несчастливым» созданиям находить общий язык в своем кругу и

даже иметь высокий авторитет в глазах тех, кто еще не достиг их социального уровня. Близкие отношения с вышестоящим партнером независимо от его индивидуальных качеств, будь то высокоинтеллектуальный немолодой Каренин или блестящий красавец Вронский, другие толстовские персонажи — князь Нехлюдов, женоубийцы Иртнев и Позднышев, при наличии исключительного терпимости высокого самомнения, претенциозного эгоцентризма, незаурядного темперамента, кататимных реакций, ориентированных на новые установки, принципиально бесперспективны.

Провоцирующая специфичность ситуации в таких случаях заключается в том, что вынужденная соответствовать форме вербального общения партнерша остается не в состоянии адекватно воспринимать понятийное содержание рационализированного речевого контекста. Следствием этого является фрустрирующее ощущение невозможности не только понять позицию контрагента, но и найти объяснение своим собственным не соответствующим испытываемым чувствам мыслям при попытке их сформулировать.

Развязки этих весьма часто встречающихся историй в зависимости от темперамента партнерши могут быть довольно драматичными и в некоторых случаях достигать психотического уровня. Однако представить себе, что все эти «несчастные» женщины, как считают непосредственно заинтересованные лица, истинно «безумны или слабоумны», можно с большим трудом. Так же как и поставить знак равенства между психическим заболеванием и экзистенциальными модальностями, которые, по мнению Набокова, делают все «несчастливые семьи довольно-таки похожими».

Противоположенное суждение, которым Толстой начинает «Анну Каренину», также не является бесспорным. Возможно, похожесть счастливых семей состоит в наличии взаимопонимания, по каким бы причинам и на каком бы уровне оно ни достигалось. Гоголь, который своей женоненавистнической позицией навлек на себя подозрения в нестандартной сексуальной ориентации, в «Старосветских помещиках» отчасти поддерживая эту идею, отчасти ее пародируя, выдает свой скепсис как общим гротескно-мелодраматическим тоном изложения, так и язвительными замечаниями по поводу комических ситуаций, характеризующих повседневную жизнь счастливой супружеской пары. В его же фантастических повестях страстная исступленность неистовых валькирий не содержит и намек даже на мнимое взаимопонимание между партнерами.

Возможно, Набоков и Толстой, высказывая, на первый взгляд, противоположные мнения, опирались на собственный приватный опыт супружеской жизни, от «безмятежного хода» которой первый получал «острое и неординарное удоволь-

стве», а второй до восьмидесяти лет вынашивал планы ухода из семьи. Если это так, логическое противоречие двух суждений устраняется, и каждый из них имеет в виду одно и то же: похожими счастливые семьи делает редкий дар взаимопонимания, чем бы оно ни достигалось, гораздо реже и в основном иллюзорно — христианская терпимость, не исключающая внутреннего конфликта.

Последнее обстоятельство отчасти объясняет тот широкий общественный резонанс, который получили психоаналитические идеи. Своей популярностью в англоязычных странах они в первую очередь обязаны викторианскому ригоризму. В Центральной Европе возвращение через религиозное реформаторство к традициям Позднего Возрождения с его свободой нравов, воспетой Боккаччо, Рабле, у французских беллетристов, прежде всего у Мопассана, знаменуется еще одной формулой семейного счастья. Сегодня, благодаря усилиям психоаналитиков, она, по-видимому, становится наиболее распространенной.

Использование принципа понимания для экзистенциального анализа подобных случаев может позволить найти ответ на многие трудноразрешимые вопросы.

Ситуация «неравного брака» кажется привлекательной ее инициаторам ввиду иллюзорной возможности добиться взаимопонимания на основе интеллектуального превосходства либо, используя рычаг социального неравенства, — вынужденного подчинения. Мнимая бесконфликтность отношений чаще всего продолжается до тех пор, пока с течением времени не возникнет в принципе ничего не меняющая идентичность социального статуса и новая самооценка партнерши. С какой бы помпезностью ни позиционировалась ею рамка автопортрета, с реальным изображением чаще всего происходит то же самое, что случилось с портретом Дориана Грея в известном романе О. Уайльда. Начиная с этого момента исключаящее взаимопонимание мнимое равноправие становится причиной либо краха брачного альянса, либо открытой хронической конфронтации. Сексуальные отношения, какими бы они ни были и как бы ни переоценивались их роль психоаналитиками, чаще всего приобретают лишь вторичное значение инструмента достижения тактических целей.

Если признать, что инициатива заключения «неравных браков» принадлежит мужчинам, то свойственная им рационализация мотивов поведения совершенно понятна. Интеллектуальное превосходство позволяет им рассчитывать на то, что эгоцентрическое чувство любви к самим себе приобретет еще одно реальное основание и постоянные доказательства заслуженности, а скромные горизонты эмоциональной жизни существенно расширятся за чужой счет. Взамен «бесприданнице», «проданной невесте» в лучшем случае может

быть предложено повышение социального статуса и материальное благополучие. Гарантами сделки выступают традиционная мораль и авторитет религиозной догматики. В духе подобных циничных резонов об устоях и радостях семейной жизни рассуждают некоторые персонажи Достоевского.

Однако достигнутое по обоюдному желанию соглашение чаще всего не выдерживает испытания временем. Вопреки ожиданиям при отсутствии или мнимой разделенности чувств осчастливленный мечтатель может рассчитывать лишь на сдержанное проявление благодарности, а потом на вынужденную терпимость должника, которая при дальнейшем нарастании внутреннего напряжения и осознании ложности положения сменяется хронической раздражительностью, «беспричинными» аффективными вспышками и протестными реакциями.

В зависимости от темперамента, других конституциональных и чисто физиологических особенностей эти эксцессы могут либо носить эмоционально-поведенческий характер, либо рационализироваться со свойственной этим созданиям парадоксальной логикой. Жертве, в роли которой они не без удовольствия рано или поздно начинают себя осознавать, как и при других формах помешательства, сопровождающихся кристаллизацией бреда, позволено все. Приобретая внутренние основания для мстительности, она очень часто становится безжалостной Ксантиппой, палачом — «преследуемым преследователем», упивающимся сладким ядом бытового садомазохизма или супружеских измен. Ожесточенная brutality ответных реакций красноречиво иллюстрируется классической литературой, а у героинь современных романов оформляется еще и в соответствии с общим уровнем люмпенизированной культуры.

Вопрос, заключающийся в том, идет ли в этих случаях речь о понимаемой психологически категории морального самооправдания или о симптоме первичного («истинного») бреда, вряд ли может быть разрешен однозначно. Каким бы термином мы ни обозначили подобный феномен, мотивированное им поведение становится причиной несчастья для многих людей. Но если мы, выведя за скобки нормальной человеческой жизни, назовем его бредом, то тогда и несчастье следует расценивать как противоестественное (болезненное) состояние. Можно ли, положив руку на сердце, примирить это мнение со здравым смыслом? Кто тогда и с каким результатом сможет оспорить христианский догмат ценности страдания как цели и смысла земной жизни? «А кто скажет: “безумный”, подлежит геенне огненной» (Евангелие от Матфея, 5:22).

Рано или поздно совершенно не понятная партнерам озлобленность провоцирует их на попытки объяснения, которые, во-первых, выявляют внешнюю беспричинность, паралогичность, эмо-

циональную заряженность, системный характер суждений с невозможностью их коррекции. (Вот тут-то у профессионалов возникает понятный соблазн «объяснить» семантическую инконгруэнтность формальными расстройками мышления эндогенного происхождения или даже основными симптомами шизофрении.) А во-вторых, как в чеховском рассказе «Жена», — провоцируют теряющего самообладание оппонента на обидные и даже оскорбительные высказывания, становящиеся для противной стороны уже реальными доказательствами враждебного отношения.

Чаще всего эти попытки инспирируются либо мужчинами, которые как Каренин самодовольно убеждены в своих способностях склонить к здравомыслию любого оппонента, либо теми, кто прекраснодушно и простодушно видит в гендерных отношениях повод не только для обмена вещами, но и для обмена идеями.

Парадоксальная бесперспективность подобных попыток также состоит в том, что чем логичнее и убедительнее звучат доказательства беспочвенности женских претензий, тем в большей степени они уличают их в сознании собственной интеллектуальной беспомощности, воспринимаются как оскорбительные и еще больше увеличивают внутреннюю напряженность. Любой кумир, рядом с которым чувствуешь себя ничтожеством, рано или поздно, как предупреждает христианский декалог, вызывает желание его низвергнуть. Подобная психология, определяющая этику поведения, для большинства альянсов является скорее правилом, чем исключением.

Болезненный характер статуса, включающего в своем дальнейшем развитии целый ряд новых симптомов — бреда особой значимости, инсценировки, депрессивной деперсонализации, спутанности, аментивности сознания и др., — часто заставляет романиста, если он проследивает его до момента трагической развязки, превращать художественное произведение в историю болезни.

Описывая клиническую реальность, как это делает в «Анне Карениной» Толстой, писатель тем не менее не может позволить себе без ущерба для творческого замысла свести всю сложность жизненной коллизии исключительно к медицинской проблематике. Профессиональный психиатр, напротив, отрешившись от сюжетного камуфляжа, пытается разглядеть в полутонах и орнаментах душевной смуты каркасы известных симптомов, контуры знакомого психического заболевания.

Сакральная глубина большой литературы в отличие от малой и специальной отражает пространственно-временное единство человеческой жизни и судьбы во всей многомерности взаимодействующих причин и следствий, которые вопреки привычной, бытовой логике иррационально меняются местами. Эмоциональное, оставаясь по

ту сторону, не может быть сведено к рациональному. В этом импрессионистском качестве заключается реалистичность большой литературы, сила ее художественного воздействия. То же самое можно было бы сказать о «большой» психиатрии.

Отечественная литературная традиция, оппонирующая биологизму и рационализму научного подхода, как нам кажется, открывает удивительный мир совершенно неповторимых индивидуальных переживаний и реакций, ассоциирующихся с метафизическим понятием души, иррациональность которых может быть исследована на основе экзистенциально аналитического метода. Подобная альтернативная мировоззренческая позиция объясняет скептическое отношение к материалистической медицине Толстого и в «Анне Карениной», и в «Смерти Ивана Ильича», делает понятными рассуждения Достоевского о «механиках» и «машинистах» в «Братьях Карамазовых».

Биологически ориентированная психология и психиатрия «объясняет» мотивы поведения человека физиологическими реакциями на внешние раздражители (рефлексом), отражающими либо одобренные сознанием инстинктивные потребности индивидуума, либо их корковое сознательное преодоление, либо возникающие как результат церебральных или функциональных болезненных нарушений. Между тем многие побуждения и поступки реальных людей часто не только не могут быть объяснены ни низшими потребностями, ни с точки зрения здравого смысла, ни болезненными причинами, но и возникают вопреки им.

Великодушие, милосердие, благородство, жертвенная доброта, самоотверженность, так же как и злонамеренный эгоизм, сознательная жестокость, расчетливое коварство и другие сугубо человеческие душевные движения, тяготеющие к морально-этическим категориям, необъяснимые естественнонаучно, могут быть поняты как явления совершенно другого порядка. Эти императивы вслед за Кантом могут быть отнесены к нравственным и безнравственным первичным побуждениям и характеризуют скорее духовный склад, некую духовную конституцию индивидуума, его шестое измерение. В этом смысле духовное величие существует так же, как моральное помешательство.

Относительная независимость биологического и духовного в природе человека, обозначаемая понятием психофизического параллелизма (К. Ясперс), вызывает неразрешимые противоречия в попытках естественнонаучного объяснения эксклюзивных явлений человеческой жизни. Гениальность и злодейство как моральные категории могут быть не только несовместными между собой, но и несовместными с симптомами душевного заболевания, хотя практическое изучение реальной бытийной феноменологии может выявлять и более сложные соотношения духовного и телесного.

Так называемый безнравственный императив, возможно, возникает как следствие врожденного или приобретенного дефицита корковых функций с селективным ограничением или утратой у маргиналов способности к высшим проявлениям эмоциональной жизни. Как это бывает в начальных стадиях алкоголизма и наркомании, несмотря на аморальное поведение, интеллектуальная сохранность может весьма эффективно обеспечивать эгоистические потребности сферы инстинктов, социальную коммуникативность, создавая иллюзию психической полноценности.

Не меньшую опасность таят в себе деструктивные изменения «коллективного сознания». Вырвавшиеся на свободу во времена «больших перемен», возникающие вторично и инициативно заявляемые этими субъектами мировоззренческие, психологические, морально-этические деформации, с одной стороны, реформируют представления о традиционной нормативности, с другой — создают новую картину общественной жизни. Эти процессы неизбежно влекут за собой необходимость пересмотра, в том числе и существующих научных доктрин.

На основе подобных допущений, представляющих собой попытку преодолеть пропасть, разделяющую душу и тело, может быть достигнут компромисс с классическими представлениями клинической психиатрии.

В любом случае психиатрия, альтернативно односторонне ориентированная на какую-либо канонизированную теоретическую парадигму, остается по ту сторону реальной жизни. В первую очередь в области душевных заболеваний, как показывает опыт отечественной и мировой беллетристики, экзистенциально аналитический принцип понимания может быть использован весьма плодотворно, в том числе и для прогностических предсказаний. Это, разумеется, не означает, что он обладает исключительной приоритетностью. Телесно-церебральный аспект, будь то психоорганическая или соматогенная астения, эндогенная деперсонализация с субманиакальной расторможенностью, депрессивными колебаниями эмоционального фона или прогрессивной апатичностью, как и любые другие болезненные стигмы, остаются не менее важными объектами клинического исследования.

Только такое понимание того, что есть человек и мир его души, делает врачевание искусством.

К каким же выводам мы, в конце концов, должны прийти, если движущей силой этих процессов становится не специфическая болезненная первопричина, приводящая в движение не менее специфический маховик болезни, а сама жизнь в ее полифонической многогранности, поэтапно вскрывающая заложенные в природе человека универсальные потенции типологизированных реакций.

Может быть, свободная от идеологических предвзятостей экзистенциальная психиатрия, преодолев академический догматизм, на паритетных началах сумеет приблизиться к пониманию ее сакральной подлинности и ответить на поставленные вопросы.

Комментарий С.М. Бабина

Сроки выпуска нашего журнала не позволили подготовить развернутый комментарий к статье глубокоуважаемого Владимира Владимировича Дунаевского. Однако, предлагая перенести возможную дискуссию на страницы следующих выпусков, не могу не остановиться на нескольких значимых для меня моментах.

Положительно отвечая на вопрос автора, «могут ли при обсуждении проблематики клинической психиатрии приниматься во внимание историко-биографические патографические описания или другие жанры литературной психиатрической беллетристики», выскажу несколько соображений касательно характеристик И.С. Сталина, которые неоднократно обсуждались в психологическом и/или психоаналитическом аспектах. Диагноз «сухорукого параноика», на мой взгляд, характеризует преимущественно личностный уровень проблематики, а именно «параноидной личности», а о бредовых идеях вряд ли мы можем обоснованно говорить, за исключением, возможно, последних лет жизни диктатора.

Безусловные возражения вызывает вопрос: «Можно ли считать использованные им (Сталиным. — Прим. комментатора) средства в сопоставлении с достигнутыми результатами, включившими массовый энтузиазм, управляемость аппарата власти, возрождение государственности, индустриализацию страны, выигранную войну и пр., всего лишь признаками безумия?». Речь идет не только о том, что индивидуальная патология клинического (психотического) уровня не может объяснять закономерности развития целой страны. Представляется весьма странным позитивная коннотация результатов правления «сухорукого параноика», приведших в итоге к огромным человеческим, нравственным и материальным потерям, отдаленные последствия которых мы все ощущаем до сих пор. Аналогичное возражение вызывает предположение о «мудром дипломатическом ходе» относительно компромисса с фашистской Германией (речь идет, очевидно, о пакте Молотова — Риббентропа, с печально знаменитыми секретными протоколами).

Единственно, с чем нельзя не согласиться, так это с тем, что понимание трагических результатов многолетнего правления — «понимание прецедентности опыта его жизни и государственной деятельности было бы весьма полезным последующим властным институтам».

Разделяя высказывания автора о том, что «психиатрия, альтернативно односторонне ориентированная на какую-либо канонизированную теоретическую парадигму, остается по ту сторону реальной жизни», а также о том, что преодолеть это способна может быть «свободная от идеологических предвзятостей экзистенциальная психиатрия», я считаю, что в своей трактовке «драматургии “неравного брака”» В.В. Дунаевский остается в плену именно определенной идеологической предвзятости. А именно жестких гендерных стереотипов, явно противоречащих декларируемому стремлению описания «экзистенциальной модальности пребывания в особой жизненной ситуации, которую необходимо “понять”».

Современная экзистенциальная психотерапия стремится рассмотреть и осознать не только то, каким образом традиционная медицинская парадигма влияет на наше восприятие другого человека и/или пары, но и то, каким образом общепринятые социальные (гендерные) стереотипы искажают это наше «понимание», несмотря на самые лучшие намерения.

«Поскольку понимание страдания одного человека другим так же субъективно, как и страдание того, кто его испытывает» (В.В. Дунаевский), призываю всех заинтересованных читателей продолжить дискуссию и поделиться своими соображениями.

ПОЧЕМУ У ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ НЕТ БУДУЩЕГО?



А.М. Демьяненко

заведующий Городским психотерапевтическим центром СПб ГУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 им. академика И.П. Павлова», ассистент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, преподаватель Восточно-Европейского гештальт института (ВЕГИ), психиатр, психотерапевт, соучредитель центра системного консультирования «Искусство перемен»;
e-mail: demyanenko2005@rambler.ru

И тех, психотерапевтов,
кто не будет выписывать лекарства,
будем штрафовать!!!
(из личного общения с одним
Уважаемым Специалистом)

Скажите, а чем же психотерапевт должен
отличаться от психиатра? — Ничем, и плохо,
что они отличаются! Вот ты, а также П., Т., и разрушили
психотерапию, занимаетесь тренингами всякими!!!
(из личного общения с одним Уважаемым Специалистом)

Да, понятно, что у психотерапии нет будущего,
даже у этой статьи нет будущего!
(комментарий уважаемого Александра Богданова
в ответ на мои объяснения, что мне некогда дописать
эту статью)

Да простят меня уважаемые читатели за столь провокационное и одновременно амбициозно-экспертное название статьи. Надеюсь, дальнейшее повествование полностью прояснит мое видение и объяснит такое название. Для того чтобы говорить о психотерапии, а тем более рассуждать относительно того, есть ли у нее будущее или нет, целесообразно определить, что есть психотерапия. В книге Б. Д. Карвасарского «Психотерапия. Учебник для студентов медицинских ВУЗов» содержится следующее определение и понимание

психотерапии: «Отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется прежде всего как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины. Зарубежные определения психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

В качестве примера медицинского подхода к пониманию психотерапии можно привести следующие ее определения, которые обязательно включают такие понятия, как лечебные воздействия, больной, здоровье или болезнь.

Психотерапия —

«— «система лечебных воздействий на психику и через психику — на организм человека»;

— «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;

— «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание»».

Таким образом, из данного определения и понимания ясно следует, что психотерапия в России — это медицинская специальность, деятельность в области которой осуществляет врач-психотерапевт. Другими словами, с точки зрения законодательства:

— психотерапия — это ВСЕГДА медицина;

— специалист, который практикует психотерапию, — это ВСЕГДА врач-психотерапевт, кроме того, имеющий базовую подготовку по специальности «психиатрия»;

— медицинская деятельность в России является лицензируемой, т. е. занятие любой медицинской специальностью предполагает огромное количество требований, лишь малая часть которых напрямую связана с профессиональными компетенциями. В первую очередь требования касаются места (помещения), в котором оказывается помощь, и наличия огромного количества необходимых документов. Фактически, если вы хотите получить лицензию на ЛЮБУЮ медицинскую деятельность в РФ, следует ясно понимать, что прежде всего речь идет о лицензировании ПОМЕЩЕНИЯ и соответствующих бумаг (особо любопытным рекомендую посмотреть лицензионные требования для осуществления психотерапевтической деятельности).

Вроде бы с понятием, что есть психотерапия, и предметом деятельности определились. Теперь чуть-чуть о себе, кто я такой, что беру на себя смелость рассуждать о том, если ли будущее у психотерапии в России или нет. Я врач по образованию, закончил интернатуру по психиатрии и ординатуру по психотерапии, кроме того, я прошел длительную подготовку в области гештальт-подхода и являюсь сертифицированным гештальт-практиком, также получил дополнительное образование в области организационного развития (Кливлендская модель), в настоящее время продолжаю профессиональное обучение в программе GATLA (Гештальт ассоциация тренеров Лос-Анджелеса). Особенность моей профессиональной деятельности заключается в том, что уже длительное время мне удается сочетать разные роли в области психотерапевтической и около психотерапевтической деятельности. В настоящее время я являюсь заведующим Городским психотерапевтическим центром Санкт-Петербурга; это государственный центр, одно из структурных подразделений

Клиники неврозов имени И.П. Павлова (СПб ГБУЗ ГПБ № 7). Мой профессиональный путь в области государственной медицины таков: врач-психотерапевт психиатрического отделения, заведующий отделением, заместитель главного врача по медицинской части, заведующий центром. Но это лишь один из векторов моей деятельности, вместе с тем я являюсь преподавателем кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, преподавателем Восточно-Европейского гештальт института (ВЕГИ), соавтором и соведущим программы «Гештальт-подход в клинической практике» (Л.Л. — привет!). Кроме того, как и у большинства коллег, у меня обширная частная практика, в рамках которой я занят индивидуальной работой, работой с парами и группами. Кроме того, я руководитель регионального отделения Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) и сертифицированный супервизор РПА. Если спросить меня о профессиональной идентификации, то я в первую очередь практик-психотерапевт и преподаватель в области психотерапии и гештальт-подхода. Я перечислил основные направления своей деятельности не с нарциссической целью (разве что чуть-чуть☺), а прежде всего для того, чтобы было ясное представление о том, что если я и не очень большой специалист в области психотерапии, то, по крайней мере, присутствую достаточно обширно в ее разных областях и имею представление и о психотерапии в рамках государственной медицины, и о частной психотерапевтической практике, а также об образовании в сфере психотерапии (государственном и негосударственном) и о деятельности общественных организаций в области психотерапии.

Итак, вводная часть закончена, надеюсь, мой уважаемый читатель не сильно утомился. Перейдем к сути вопроса.

1. *Модель отношений.* Привычная модель отношений в общемедицинской практике — это патерналистские отношения, где есть врач — основной эксперт по изменению, и пациент, по сути своей являющийся пассивным получателем помощи. Взаимодействия в данной диаде, в рамках осуществления профессиональной деятельности, субъект-объектные. Если говорить об отношениях в психотерапевтической модели отношений, то необходимо пояснить границы компетенции и эффективности метода. Фактически психотерапия эффективна там, где то, что происходит с человеком (людьми) — симптом (ситуация и т. д.), так или иначе появляется с участием самого человека. Можно сказать, что задача любой «хорошей» психотерапии заключается в том, чтобы помочь узнать то, как человек участвует в создании своих собственных проблемных зон. При этом позиция психотерапевта не носит директивного, един-

ственно верного, экспертного характера. Клиент психотерапевта — равноправный участник терапевтической работы, отношения в психотерапии носят субъект-субъектный характер. Но вернемся к определению психотерапии, которое дано в начале статьи: «Отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется прежде всего как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины», а привычный способ выстраивания отношений в медицинской практике патерналистский, а по законодательству психотерапевт — это врач, а врач лечит больных, а больные должны соблюдать предписания врача, и т. д. Возникает парадокс, в котором находятся специалисты, практикующие психотерапию, в рамках медицинской модели: с одной стороны, для возможности «технологически» осуществлять психотерапию необходимы равные, диалогические отношения, а с другой стороны, медицинская модель отношений их не предполагает. Фактически врач-психотерапевт становится заложником своего белого халата.

2. *Условия психотерапевтической практики.* Если говорить о психотерапии как о медицинском виде деятельности, то становится ясным, что она должна осуществляться в стенах медицинского учреждения (вспомним про лицензирование). В реальной практике психотерапия проводится как амбулаторно, так и стационарно. Особо сложно осуществлять психотерапевтическую работу в стационарных условиях. Как вы прекрасно знаете, если говорить о медицинском применении психотерапии (о том, есть ли медицинская модель психотерапии или нет, чуть ниже), то прежде всего область практического применения — «лечение» невротических расстройств. Почему лечение в кавычках? Как минимум потому, что симптомы невротического расстройства всего лишь маркеры нарушенной системы отношений с внутренними и внешними объектами. Симптом является частью (следствием) приспособительных реакций в контексте ситуации. Задача «хорошей» психотерапии состоит не в устранении симптома, а в раскрытии тех внутренних механизмов и их связи с настоящим контекстом ситуации, которые и приводят к возникновению симптомов. В данном случае симптом лишь точка входа в психотерапевтическую работу. В реальной практике в медучреждении государственного образца это становится мало возможным по ряду причин: нозоцентрический подход к любым психическим расстройствам, в том числе и невротического уровня, когда основная задача — добиться устранения симптомов в кратчайшие сроки; недостаточные сроки психотерапевтической работы для проведения патогенетической, а не симптомоцентрированной психотерапии; наличие первичной и вторичной выгоды при невротических расстройствах, отсутствие факта реальной оплаты за психотерапию, что приводит к

низкой мотивации и высокому уровню сопротивления у реципиента психотерапии; параллельная, не всегда необходимая фармакотерапия, которая в значительной мере обесценивает процесс психотерапевтической работы; привычная модель изменений для общемедицинской практики, где основным источником изменений — врач; часто встречающаяся ситуация, когда врач-психотерапевт находится в медицинской практике в роли помогающего специалиста, а основным является врач-психиатр, роль которого предполагает фармакологический ответ на любое предъявление симптомов.

3. *Образование.* Единственный и основной документ, который подтверждает право врача-специалиста заниматься психотерапией, — сертификат по специальности «психотерапия». В настоящее время получить данный сертификат можно следующим образом: либо прохождение клинической ординатуры в течение двух лет, либо первичная специализация длительностью от четырех до шести месяцев. Да, в анамнезе необходим сертификат врача-психиатра. Мой опыт обучения в рамках клинической ординатуры и опыт преподавания на кафедре психотерапии говорит о том, что данные сроки недостаточны для осуществления качественной, самостоятельной практики. В рамках государственных программ обучения и сертификации требования к собственной терапии курсантов отсутствуют, а они крайне необходимы, так как психотерапевт сам своего рода основной «инструмент» работы.

4. *Медицинская модель психотерапии.* Вернемся к отечественной традиции определения психотерапии как сферы медицины и метода лечения. Насколько я понимаю, психотерапия по сути своей является собирательным понятием, которое объединяет различные психотерапевтические направления и подходы. На сегодняшний день выделяют три основных психотерапевтических направления: психодинамическое, когнитивно-поведенческое, экзистенциально-гуманистическое. Но все указанные подходы — психологические, а не медицинские модели. Получается, медицинская модель психотерапии — это то, чего нет, корректно говорить лишь о клиническом применении психотерапии, об осуществлении психотерапевтической практики в области медицины. Таким образом, термин «медицинская психотерапия» является несостоятельным, а отечественная традиция, в которой психотерапевтом может именоваться только врач и лишь он осуществляет психотерапию, крайне сомнительна. Парадокс заключается в том, что, допустим, есть врач-психотерапевт, практикующий, например, в когнитивно-поведенческой модели терапии, рядом с ним на отделении работает психолог, который также является последователем когнитивно-поведенческого подхода. Оба ходят в белых ха-

латах, с точки зрения реальной практики делают идентичные вещи; если не знать, кто из них кто, наблюдая за их работой, то не отличить! НО — законодатель четко определяет: психолог осуществляет психокоррекцию, а психотерапевт — психотерапию, и никак иначе! Парадокс!!!

5. *Частная практика.* Не секрет, что специализация в области психотерапии определяет очень большую степень свободы в реальной практике. Психотерапевт почти полностью свободен от орудий производства, так как сам своего рода основной инструмент деятельности. Я всегда шучу (а в каждой шутке, как известно, есть доля шутки), что фактически для индивидуальной работы в психотерапии нужны клиент, терапевт и два пенька, в принципе, можно даже и без пеньков. По сути, осуществлять реальную работу можно где угодно и когда угодно. Более того, в практике психотерапии часто наблюдается следующая ситуация: толковый специалист, придя работать в госучреждение, по мере своего профессионального становления и получения дополнительного образования формирует клиентскую базу и уходит в частную практику. В реальности для этого достаточно снять кабинет в каком-либо офисном центре, а иногда практикующие специалисты обходятся и без этого, принимая, допустим, дома. Будет ли это с точки зрения законодательства осуществлением психотерапевтической деятельности? Ни разу! Как вы помните, психотерапия в России является медицинской деятельностью, существует перечень лицензионных требований, мало имеющих отношение к осуществлению реальной практики. Например, прежде всего, для легальной практики необходимо создание юридического лица. Сразу скажу, что я не знаю ни одного прецедента в Санкт-Петербурге, чтобы кто-то получил медицинскую лицензию на юридическое лицо в форме ИП. Обычно, чтобы пройти процедуру лицензирования, надо как минимум создать ООО, что крайне обременительно и не нужно с точки зрения сути и смысла реальной психотерапевтической практики. В результате всех законодательных сложностей возникает следующая ситуация: согласно закону подавляющее меньшинство психотерапевтов занимается легально психотерапией вне стен госучреждения. Если это осуществляет врач-психотерапевт без оформления юридического лица, то это незаконное осуществление медицинской деятельности и незаконное предпринимательство; если психотерапию проводит психолог, то это по определению не психотерапия. Среди путей, которым идут коллеги, — получение дополнительного образования в области психологии, открытие ИП, заявление вида деятельности, как психологическое консультирование, т. е., по сути, полный отказ от использования термина «психотерапия», который тянет за собой огромное количество проблем. В реаль-

ности все еще проще: специалисты предпочитают практиковать, чаще всего никак не оформляя свои отношения с государством. Учитывая особенности практической деятельности, можно сказать, что это самая простая и необременительная ситуация, так как доказать незаконное проведение психотерапии почти не представляется возможным — сидим, разговоры разговариваем. Грань между психотерапией и уродливым, на мой взгляд, словом «психокоррекция» вообще кажется невидимой (а есть ли она???), с точки зрения сути работы. В результате в частной психотерапевтической практике возникает следующая ситуация: согласно законодательному пониманию психотерапевтической деятельности психотерапией практически никто не занимается, это либо психокоррекция, либо психологическое консультирование, либо просто консультирование, например в гештальт-подходе по вопросам качества жизни.

Вернемся к названию статьи. Если учитывать феномены, которые я описал, то возникает парадокс: то, что понимается как психотерапия и осуществляется в стенах государственных медицинских учреждений, во многом обречено на провал на основании вышеописанных процессов. Создание легальной частной практики в области психотерапии крайне затруднено и обременительно. Государственная система образования в области психотерапии несовершенна и не обеспечивает формирование специалиста. Негосударственные формы образования в области психотерапии, которых сейчас немало (и среди них есть очень достойные!), с точки зрения закона не могут присваивать какую-либо квалификацию в области психотерапии. Напомню, что ЕДИНСТВЕННЫМ (!!!) документом, дающим право называть себя психотерапевтом согласно российскому законодательству, является сертификат государственного образца по специальности «психотерапия», все остальное не валидно, и получить этот сертификат может только врач, имея для начала диплом и сертификат по специальности «психиатрия». Общественные профессиональные объединения, такие, например, как Российская психотерапевтическая ассоциация, также не имеют прав в области сертификации и аккредитации специалистов. Напрашивается следующий вывод: то, что понимается психотерапией с точки зрения закона, часто не является психотерапией по сути своей, а то, что по сути является психотерапией, не считается психотерапией с точки зрения закона. Туманным вырисовывается не только будущее психотерапии в России, но и ее настоящее.

А есть ли будущее у психотерапии в России? Мне представляется, что есть, но лишь в том случае, если законодательное понимание того, что есть психотерапия, будет соответствовать сути осуществляемой деятельности. Наиболее опти-

мальными мне видятся следующие пути решения этой проблемы:

1) отказ от термина «медицинская психотерапия» как несостоятельного;

2) понимание термина «психотерапевт» как специалиста, имеющего специальную подготовку в области психологического консультирования и отдельных общепринятых в мире психотерапевтических подходов;

3) выделение отдельных дополнительных специализаций в области психотерапии, например, психотерапевт в области клинической (медицинской) практики. В этом случае резонным требованием может быть требование дополнительного образования в области психиатрии и клинической психологии;

4) изменения в области лицензирования психотерапевтической практики, направленные на

упрощение лицензионных требований или вовсе отказ от них, например, если речь не идет о психотерапии в клинической практике;

5) расширение полномочий профессиональных ассоциаций и негосударственных учебных учреждений в сфере обучения, сертификации и аккредитации специалистов.

Надеюсь, в этом случае психотерапию в России ожидают новый этап развития и процветание!

P. S. Выражаю огромную благодарность моему старшему товарищу, другу, коллеге и учителю, профессору, д. м. н., президенту РПА Бабину С.М. за творческую поддержку, идею, обсуждения и предварительный просмотр данного опуса.

Сентябрь 2017

СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ: СМЕНА ПАРАДИГМЫ РАЗВИТИЯ



М.М. Решетников

доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского института психоанализа (Санкт-Петербург), паст-президент, обучающий аналитик и супервизор Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (Вена, Австрия); e-mail: veip@yandex.ru; www.reshetnikov.org

В статье рассматривается модификация терапевтического метода и сеттинга в процессе развития современного психоанализа, а также анализируется, как модификация психоаналитического знания и практики привела к тому, что автором было обозначено как «смена парадигмы развития». Обобщаются вклад Фрейда в исследование психических процессов и психопатологии, а также развитие его идей в работах Биона, Боулби, Кляйн, Лакана и других авторов. Отмечается особая роль межличностного (Салливан) и межсубъектного (Баранджер) подходов к отношениям в системе терапевт — пациент. Анализируется появление феномена психоаналитической самокритики и то, как критическое отношение к психоаналитическому образованию, профессиональному тренингу и сеттингу, традиционные требования которых уже не соответствовали современной эпохе, начало воплощаться в практике российской школы психоанализа.

Ключевые слова: теория психоанализа, современные концепции психоанализа, психоаналитическая практика, сеттинг, модификация психоаналитической практики.

Введение. Понятием «психоанализ» обычно объединяют теорию, исследовательский и терапевтический метод, разработанный Зигмундом Фрейдом. Это определение уже давно казалось мне недостаточно полным, и после некоторых размышлений был найден третий — относительно независимый от двух первых компонент — особый психоаналитический сеттинг. Таким образом, предлагаемое расширенное определение психоанализа включает теорию, метод и сеттинг. Затем была поставлена задача — сделать некоторое обобщение 120-летней истории психоанализа с точки зрения этих трех компонентов и проанализировать, как модификация психоаналитического зна-

ния и практики постепенно привела к тому, что и было обозначено в названии доклада как смена парадигмы развития.

Часть 1. Исследовательский психоанализ. За последние десятилетия в психоанализе появилось множество новых концепций, но в год 160-летия со дня рождения Зигмунда Фрейда уместно еще раз подчеркнуть, что они лишь расширяли и углубляли содержание гениальных открытий основателя психоанализа. Нужно признать, что значимость этих открытий за пределами психоанализа еще не получила должной оценки. И даже в психоанализе на фоне модных теорий и концепций о них иногда забы-

вают или считают чем-то устаревшим. По моим представлениям, это ошибка.

Напомню только основные положения теории Фрейда: теория бессознательного; концепция метапсихологии; структуры психики (две топики Фрейда); теория психической травмы и влечений; теория объектных отношений, переноса и контрпереноса; концепция психической энергии; концепция агрессии, сублимации и вины; теория сновидений; теория психосексуального развития; концепция защитных механизмов и сопротивления; теория неврозов, конверсионных, пограничных и психотических расстройств; концепция психосоматических расстройств; концепция нарциссических расстройств... А еще были психоанализ культуры, религии, массовых процессов, литературы и искусства...

Это далеко не полный перечень, и каждый из названных разделов теории Фрейда (даже один из них) мог бы составить имя любому ученому. Но все эти выдающиеся открытия принадлежат только одному человеку. Эти открытия обладают огромной притягательной силой и мощным внутренним обаянием. Каким-то непостижимым образом они приоткрывают завесу над невидимым и неосознанным миром психического. И во многом именно эта красота и универсальность разработок Фрейда, которые убедительно и тысячекратно подтверждаются практикой, определяют нашу потребность в идентификации с психоанализом. Этот (повторю еще раз — далеко не полный) перечень выдающихся наблюдений и открытий стоило бы дополнить еще одной (редко упоминаемой) заслугой Фрейда, а именно его заслугой в создании для описания душевной жизни особого языка, на котором фактически говорят все современные направления психотерапии. Более того, его терминология вошла в обиходную речь, многократно тиражирована в художественной литературе и кинематографе. Нет никаких сомнений, что, сколько бы ни появилось новых концепций и теорий, эти классические положения составляют и будут составлять методическую основу и теоретический базис всех современных вариантов психоанализа.

В последующем этот теоретический базис постоянно расширялся. Можно было бы назвать десятка два-три заслуживающих упоминания имен, и, вероятно, не менее сотни новых терминов, появившихся уже после Фрейда: проективная идентификация М. Кляйн, контейнирование, альфа- и бета-элементы Биона; теория привязанности Боулби; стадия зеркала, концепция Другого и новые подходы к языку Жака Лакана и т. д. Но это не так уж существенно повлияло на концептуальные положения психоанализа. Новые теоретические разработки уточняли теорию Фрейда, вводили новые термины и обобщения или даже смещали акценты, но существенных изменений не происходило.

Еще раз напомню, что в классическом психоанализе основные терапевтические подходы базировались на идеях особой роли вытесненных воспоминаний, а также на восстановлении бессознательных содержаний и их интерпретации. В центре внимания аналитиков находились преимущественно *интрапсихические процессы и конфликты пациентов*, выявление которых осуществлялось методом свободных ассоциаций, путем исследования речи пациентов, их воспоминаний, сновидений и фантазий. По сути, все психоаналитики и первого, и последующих поколений, хотя и выдвигали новые гипотезы и концепции, следовали по пути, обозначенному Фрейдом: «Сделать бессознательное сознательным».

Как (в целом) можно было бы оценить общий вклад Фрейда в науку с современных позиций? Фрейд был исследователем. Даже его рабочий кабинет был больше похож на лабораторию.



Фото 1. Рабочий кабинет З. Фрейда

Позволю себе (ничуть не умаляя его гениальности) высказать предположение, что закономерности и механизмы функционирования психики интересовали создателя психоанализа гораздо больше, чем терапия. И этим путем пошло большинство его выдающихся последователей, которые исследовали, изучали и обобщали данные о новых гипотетических структурах и механизмах психики. Появлялось все больше новых теорий, концепций, гипотез, терминов и обобщающих понятий. Но — повторю еще раз — главным в процедуре анализа оставался исследовательский вариант. Я думаю, что многим понятно отличие врача-терапевта от врача-исследователя, который делает анализы, проводит рентгеновское и всякие прочие исследования, изучает, создает концепции и теории — но он не лечит. Отмечу, что здесь вовсе не ставится под вопрос эффективность Фрейда как терапевта, а лишь акцентируется внимание на специфике его аналитической работы.

Часть 2. Терапевтический психоанализ. Однако постепенно фокус внимания психоаналитиков смещается к терапии. Вслед за периодом «увлечения инсайтом» значительно большее внимание начинает уделяться проработке. Напомню, что вначале цель терапии состояла в том, чтобы вызвать (оживить) в памяти пациента патогенное травматическое событие, а затем стимулировать отреагирование подавляемого материала (в безопасной обстановке). Позднее восстановление травматических событий, хотя и осталось значимым этапом аналитического исследования, стало уже не самым важным в терапевтической работе. Более существенное внимание уделялось уже не отреагированию, а именно повторной проработке патогенного материала.

При этом основное внимание аналитика теперь переносилось на интерпретацию сопротивления (которое ранее рассматривалось как нечто мешающее терапии). В качестве второй существенной задачи аналитика определялось раскрытие того, как сложившиеся в прошлом патологические паттерны повторяются в настоящем. В определенный период времени этот подход был главенствующим и, надо признать, достаточно эффективным. Многие коллеги продолжают действовать в рамках этой парадигмы до настоящего времени. Данный подход, получивший в психотерапии наименование персонцентрического, пришел на смену медицинскому — нозоцентрическому. И это был, безусловно, прогресс.

Однако затем появляются работы Гарри Салливана, который обосновывал, что для понимания психопатологии недостаточно персонцентрической концентрации внимания на личности пациента. На основании своего терапевтического опыта Салливан формулирует несколько, казалось бы, довольно простых, но чрезвычайно продуктивных идей. Повторю некоторые из них:

- люди неотделимы от своего окружения;
- личность формируется только в рамках межличностного общения;
- личность и характер находятся не «внутри» человека, а проявляются только в отношениях с другими людьми, при этом с разными людьми по-разному.

Далее Салливан конкретизирует, что личность проявляется исключительно в ситуациях межличностного общения, а сама личность — это сравнительно прочный стереотип повторяющихся межличностных ситуаций, которые и являются особенностью ее жизни. *На смену персонцентрическому приходит межличностный подход.* Наряду с традиционными подходами, более суще-

ственное внимание начинает уделяться стереотипам типичных межличностных ситуаций пациента, включая его отношения с терапевтом. Позднее Маделайн и Вилли Баранджер развивают эти положения, и появляется *межсубъектный подход*, в котором формулируется ряд принципиально новых тезисов. Но одно из главных положений данного подхода можно было бы сформулировать так: *психотерапия — это не то, что терапевт делает с пациентом, а то, что происходит между ними.* У одного и того же пациента могут быть совершенно несовместимые переносы к разным аналитикам, и каждый аналитик меняется в процессе работы с каждым новым пациентом, модифицируя свои контрпереносы. В итоге терапевтические подходы начинают качественно меняться.

Часть 3. Сеттинг. Неизменным оставалось только одно: все, что относилось к терапевтическому сеттингу. Роль сеттинга долгое время замалчивалась, но именно он был тем оселком (или лакмусовой бумажкой), с помощью которого не разделялись, а, точнее, категорически размежевались психоанализ и психоаналитическая терапия. Это удивительно и даже парадоксально: при полном теоретическом и методическом единстве еще в 80-е годы XX в. все, что не было связано с кушеткой, все, что не включало как минимум 4 сессии в неделю по 50 минут каждая, не могло считаться психоанализом. Психоаналитический сеттинг оставался своеобразной «священной коровой», а все, кто пытался пересмотреть эти принципы, именовались отступниками, ревизионистами и т. д.¹

И именно в этот период неожиданно начался процесс, который можно было бы определить как «психоаналитическая самокритика». Карикатур по поводу психоанализа всегда было в избытке. Но в данном случае это не было злопыхательством или иронией тех, кто не понимает или не любит психоанализ, — сюжеты карикатуристам подсказывали сами психоаналитики. Напомню широко известную фразу: «Человечество, смеясь, расстается со своим прошлым» — и повторю: иронизировать над приверженностью консервативному сеттингу начали сами аналитики. В результате появилась целая серия карикатур, которые можно было бы объединить общим наименованием «Психоаналитики шутят». А затем критическое отношение к сеттингу, требования которого уже не соответствовали современной эпохе, начали воплощаться в практике.

Ниже демонстрируются некоторые из таких сюжетов.

¹ Не могу не процитировать здесь нашего выдающегося коллегу Хорста Кэхеле: «Кто может называться психоаналитиком? Имеет ли Международная психоаналитическая ассоциация (ИПА) право единолично определять, кто должен называться психоаналитиком? Являются ли психоаналитики разных стран, к примеру, из Германии, Италии, Великобритании, не являющиеся членами ИПА, специалистами какого-то другого рода? Можно ли предположить, что Российская и Китайская ассоциации психоанализа с их новоиспеченными членами не являются (пока) психоаналитическими?» (статья «Психоанализ и психотерапия», 2012).



Рис. 1–6. Из серии «Психоаналитики шутят»

В результате этой самокритики в практике и психоаналитической этике произошли кардинальные изменения. Попытаюсь сформулировать суть этого парадигмального сдвига (с учетом специфики российской ситуации и с позиций российской психоаналитической школы).

Мы отказались от термина «лечение» и заменили его на более нейтральный — «терапия». Для западных коллег это вряд ли будет понятно, но в русском языке термин «лечение» имеет несколько иной оттенок. Кроме того, в большинстве российских клиник пациентов даже с легкими невротами все еще именно лечат, и преимущественно лекарствами, разясняя, что как при диабете нужно постоянно вводить инсулин, так и при депрессии нужно систематически принимать amitриптилин¹.

Мы отказались от определения «больной человек» и перешли к более нейтральным определениям «пациент» или «клиент». Западные коллеги опять же вряд ли поймут, о чем идет речь, но в большинстве клиник России к пациентам по-прежнему обращаются в уничижительной форме: «Больной, идите к врачу». Мы отказались от определения «психическая болезнь» и употребляем в отношении наблюдаемых феноменов термин «психическое расстройство». За исключением случаев большой психиатрии, мы отказались от стигматизации пациентов клиническим диагнозом и перешли к психоаналитическому или психологическому определению психических расстройств².

Мы отказались от роли «гуру» и идей «посвященных» и в отличие от врачей-психотерапевтов традиционных клиник не носим медицинских халатов, исходя из классического определения Карла Роджерса: «Человек пришел к человеку».

Мы отказались от идей кастовости и закрытости психоаналитических обществ и активно контактируем со всеми психотерапевтическими направлениями, участвуем в их конференциях и приглашаем коллег, действующих в рамках других модальностей, на свои конференции.

Мы стараемся по мере возможностей избегать терминологической перегруженности психоаналитических презентаций и публикаций, по сути, пытаемся вернуться к тому языку, которым писал Фрейд, понятному любому образованному человеку.

В процессе терапии также произошли определенные изменения, в частности, снизилась ориентация на инсайт пациента, усилилось внимание к проработке. К сожалению, не помню автора, но кто-то дал очень точное сравнение: к проработке нужно относиться столь же настойчиво, как к приучению ребенка к горшку. Снизилась роль интерпретаций, которые в большинстве случаев предоставляются самому пациенту. Не мы ему объясняем, оставляя его в роли пассивного «ребенка» (или «невротика»), а он (с нашей помощью) ищет, находит и предъявляет интерпретации, даже если терапевту уже давно было все ясно. Многим чрезвычайно трудно дается эта роль «предельно тупого аналитика», но раздражение пациента, который «сам все уже понял» (а терапевт все еще «не понимает»), стоит куда дороже, чем его невротический восторг от блестящих интерпретаций аналитика. В процессе терапии мы не подавляем сопротивление, а работаем с ним, исходя из тезиса о том, что каждый раз, когда преодолевается сопротивление, пациент растет (здесь уместно напомнить идею Фрейда о «доразвивании пациентов»). Значительно увеличилось внимание к контрпереносу, в том числе к его обсуждению не только с супервизором, но и с пациентом. Наряду с традиционными техническими приемами, направленными на свободную, ничем не ограничиваемую речь пациента и контейнирование, активно внедряются современные методы проработки, такие как конфронтация, присоединение, использование юмора и др.

Особенно нужно остановиться на снижении роли принципа психоаналитической нейтральности. Если пациент проявляет много эмоций, мы сохраняем нейтральность. Если пациент не проявляет эмоций, мы действуем более эмоционально и демонстрируем ему, что это возможно и безопасно. Если пациент нуждается в сопереживании, мы выражаем ему это чувство. Первыми это начали делать израильские психоаналитики после покушения на национального героя и премьер-министра Ицхака Рабина в 1995 г. Они задали себе вопрос: не является ли это лицемерием, когда наши пациенты в процессе сессий оплакивают эту утрату, а мы, глотая слезы, пытаемся сохранять нейтральность?

¹ Но это вовсе не значит, что нами отрицаются успехи психофармакологии. В ряде случаев, прежде чем начинать работать с психической травмой, так же, как и с любой физической, например, с переломом костей, ее надо вначале обезболить. К сожалению, приверженцы психофармакологической терапии нередко на этом обезболивании и останавливаются, надеясь, что как-нибудь «срастется» само собой. Бывает, что и срастается вполне нормально (на фоне обезболивания), а бывает, что и кое-как... Поэтому мы всегда выступаем против необоснованного, изолированного и неконтролируемого применения фармакотерапии (т. е. без постоянного контакта психотерапевта с пациентом и внимательного отслеживания его реакций и фармакологического эффекта в целом).

² В некоторых странах, например в частных клиниках Японии, как мне сообщил один из западных коллег, начался даже более радикальный процесс — полного отказа от DSM с постепенным формированием психологической классификации психических расстройств. В рамках этого подхода шизофрения обозначается как «синдром дисрегуляции интегративных процессов»; деменция — как «большое когнитивное расстройство»; бред — как «неразделяемые дисфункциональные идеи». По мнению японских коллег, такой подход способствует снижению стигматизации пациентов и создает у них более адекватные представления об их состоянии и установленном диагнозе. Кроме того, это позволяет перейти от «патерналистской модели» психиатрии к модели, получившей наименование «информированное согласие» (в последнем случае имеется в виду согласие пациентов и с диагнозом, и с назначаемой терапией).

Затем этот же вопрос повторили американские психоаналитики после трагедии 9 сентября 2001 г.

Мы разделили психоаналитическое (теоретическое) образование и (практический) тренинг, исходя из того, что вовсе не каждый, кто проявил интерес к изучению психоанализа как теории, должен обязательно претендовать на практику; каждый должен иметь свободу выбора. Мы разработали университетский курс психоанализа, включающий лекции, семинары, изучение первоисточников, групповые супервизии и презентации. В настоящее время количество студентов в нашем психоаналитическом институте (университете) составляет более 1800 человек. Но лишь 10–15 % из них затем или параллельно идут в профессиональный психоаналитический тренинг. Однако мы ни разу не слышали заявлений наших выпускников о том, что полученные знания были бесполезными. Более того, при анонимных опросах до 30 % студентов подчеркивали, что сам процесс обучения психоанализу играет терапевтическую роль.

Мы отказались от ставшего анахронизмом еще в XX в. принципа филиации, придававшего психоанализу оттенок некой секты, с процедурой «рукоположения в сан» и т. д., и признаем тренинг, полученный в соответствии с Европейским стандартом в других уважаемых профессиональных сообществах. В отдельных случаях мы также допускаем выполнение профессионального стандарта тренинга, полученного у двух аналитиков.

Признавая, что психоаналитический сеттинг играет самостоятельную роль, мы, тем не менее, отказались от жесткого сеттинга, включая возможность проведения сессий в виде «краткого кадра». Опыт показывает, что если динамический процесс запущен, он идет независимо от частоты сессий — двух, трех или даже одной в неделю.

Применительно к работе с пациентами мы признаем возможность краткосрочного анализа (включая симптом — ориентированный анализ), исходя из запроса, временных или финансовых возможностей пациентов. Мы активно развиваем дистанционный анализ — по телефону и скайпу. Для России, протянувшейся на тысячи километров с востока на запад и с севера на юг, при наличии (на 140 млн населения) всего около двух тысяч врачей-психотерапевтов, 80 % которых сосредоточены в пяти мегаполисах, — это особенно актуально. Но дистанционный анализ проводится не только с удаленными пациентами и клиентами. В наше динамичное время вряд ли можно признать рациональным, когда пациент, живущий в мегаполисе, должен тратить по два часа на дорогу к аналитику и обратно для 50-минутной сессии.

Мы также установили четкие границы теоретического обучения и профессионального тренинга, а также четкие требования сертификации и аккредитации специалистов, обучающих анали-

тиков и супервизоров. При этом после выполнения установленного стандарта анализант сам принимает решение о его завершении или продлении, или повторном анализе. Человек, уже имеющий высшее образование и желающий стать психоаналитиком, приходит в обучение и тренинг, чтобы получить новую профессию. Поэтому он не должен на годы, а то и десятилетия оставаться кандидатом или анализантом, терпеливо ожидая чьего-то «благословения». Особенно следует отметить, что лишь около 20 % анализантов пользуются своим правом завершения анализа после выполнения установленного стандарта тренинга, а остальные продолжают анализ и супервизии, общий объем которых в ряде случаев достигает 200 и даже 300 % от установленного стандарта.

В заключение приведу схематическое изображение, которое наглядно демонстрирует, как одни подходы дополнялись другими. Но главное — они не противоречат, а именно дополняют друг друга.

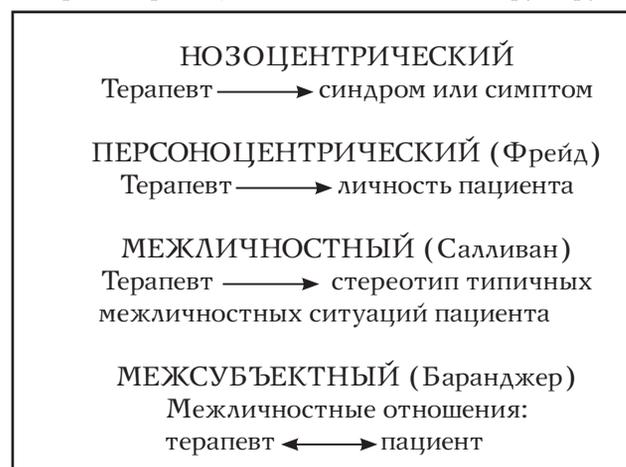


Рис. 1. Схематическое изображение развития подходов к терапии и направленности внимания терапевта

В этих реформах психоаналитического образования, тренинга и сеттинга мы опирались на «Меморандум о реформе психоаналитического образования» (Г. Томэ, Х. Кэхеле, 2000) и на постоянно растущий авторитет Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии, которая последовательно внедряет обозначенные выше принципы, прежде всего в Восточной Европе, где формируется новый центр развития современного психоанализа. Приведем один из главных аргументов, подтверждающих этот тезис. В то время, как наши западные коллеги на протяжении последних десятилетий постоянно сетуют на существенное старение состава своих ассоциаций и снижение числа кандидатов в их институтах и обществах, количество членов ЕКПП за первые 10 лет деятельности этой международной организации увеличилось в 50 раз при среднем возрасте членов ЕКПП 37 лет.

ОБУЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

БАЗОВЫЙ КУРС ДАЗАЙН-АНАЛИЗА



др. Алис Холцхэй

Институт гуманистической и экзистенциальной психологии (Вильнюс — Бирштонас, Литва) совместно с Центром практической психологии «БАЙНО» (Иваново, Россия) предлагает вашему вниманию базовый курс одной из школ экзистенциальной терапии — Дазайн-анализа. Приглашаем практикующих психотерапевтов.

Объем программы — 120 аудиторных часов. Ее продолжительность — 1,5 года. За это время состоятся 4 четырехдневных семинара. Семинары будут проходить в городах Золотого кольца (Суздаль, Ярославль, Кострома, Владимир).

Программу будет вести др. Алис Холцхэй (Швейцария), лидер современного Дазайн-анализа, ученица основоположника Дазайн-анализа М. Босса, президент Общества герменевтической антропологии и Дазайн-анализа.

Язык семинара — немецкий; будет перевод на русский язык.

Переводчик программы — Ирина Глухова, преподаватель НЕРІ, ведущая авторских семинаров «Философия и психотерапия», перевела ряд книг с английского и немецкого языков, в том числе книгу Алис Холцхэй «Страдание из-за собственного бытия».

Первый семинар состоится 8—11 февраля 2018 г. в г. Суздаль. Стоимость курса обучения — € 1450. Непосредственно перед первым семинаром участники обязаны оплатить часть указанной суммы — € 400 (не считая регистрационного взноса; остальное оплачивается частями перед началом каждого следующего семинара).

Второй семинар программы состоится в Ярославле 5—8 июля 2018 г.; третий семинар в Костроме 4—7 октября 2018 г. Последний, четвертый, семинар будет проходить во Владимире — время этого семинара пока не определено.

Заявки принимаются до 15 января 2018 г. В заявке просим указать: имя, фамилию; дату рождения; образование (с указанием приобретенной специальности); место работы и должность; электронный адрес.

Заявки принимаются вместе с регистрационным взносом — € 100, который входит в общую стоимость программы. Его можно оплатить наличными, почтовым переводом или переводом на банковский счет, связавшись с координатором программы Татьяной Ивановой:

e-mail: baino@rambler.ru;

тел. 8 910 985 2616.

ИЗДАНИЯ В ОБЛАСТИ СУПЕРВИЗИИ

Уважаемые коллеги! После некоторого перерыва мы вновь возвращаемся к публикации в нашей колонке «Книжное обозрение» аннотаций к книгам, монографиям и руководствам, представляющим интерес для практикующих психотерапевтов и психологов. В этом номере наша колонка посвящена литературе по супервизии в психотерапии.

С.В. Полтораки

кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, доцент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова



1. С.А. Кулаков. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии: учеб. пособие для супервизоров и психотерапевтов. СПб.: Вита, 2004. 128 с.



В книге отражены модели супервизии, описаны условия, уровни, формы и варианты супервизии, приведены отличия балинтовской группы от супервизии. Проанализированы наиболее характерные трудности и ошибки проведения консультирования и психотерапии в области наркологии и подростковой психотерапии. Практикум содержит большое количество авторских методических разработок, клинико-психологических наблюдений, супервизорских протоколов.

Супервизия становится неотъемлемым звеном до- и последипломной подготовки психотерапевтов и клинических психологов.

Супервизия (от лат. *supervidere* — обозревать сверху) — это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, клинической психологии 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. Психотерапия дает возможность пациенту высказать свои переживания на приеме у специалиста, супервизия позволяет психотерапевту (супервизируемому) предоставить на супервизию выборочный материал психотерапии.

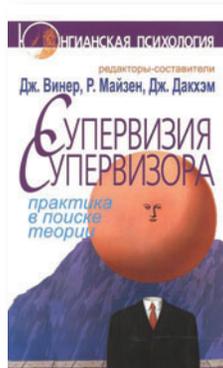
2. Д.А. Федоряка. Супервизия в психотерапевтической практике. 2-е изд., доп. Издательские решения, 2016. 102 с.



Супервизия в той или иной форме является обязательной составляющей частью подготовки и повышения квалификации специалистов в области психотерапии. Варианты взаимодействия между людьми, которыми оперирует как личностно-ориентированная, так и симптоматическая терапия,

настолько бесконечно разнообразны, что, несмотря на профессиональный и жизненный опыт, формальный статус психотерапевта, испытание сложностями неизбежно. Это могут быть сложности общего порядка, идущие от недостаточной информированности, опыта или эмоционального выгорания терапевта, или частного — такие, как вопросы контрпереноса, личных отношений с пациентом, «слепых пятен», технических аспектов проводимой психотерапии. 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 их 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 терапии клиента и его лечения.

3. Дж. Винер, Р. Майзен, Дж. Дакхэм.
Супервизия супервизора. Практика в поиске теории.
Когито-Центр, 2006.
352 с.



Данная работа представляет собой новейший опыт супервизионного процесса, накопленный британской школой юнгианского анализа и предложенный в книге «Супервизировать и быть супервизируемым», публикация которой на русском языке осуществилась в рамках совместного издательского проекта Общества аналитической психологии (ОАП) в Лондоне и Информационного центра психоаналитической культуры (ИЦПК) в Санкт-Петербурге. Это коллективная монография, авторы которой являются опытными аналитиками юнгианского направления, имеющими разные взгляды, но объединенными в книге общим стремлением глубже понять природу супервизионных процессов. Замечательно, что на этом пути им удалось достичь значительного консенсуса в отношении главных вопросов по затрагиваемым ими темам.

4. Э.У. Уильямс. Вы — супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. Независимая фирма «Класс», 2001. 288 с. (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 96).



Даже опытные психотерапевты (не говоря уже о начинающих) порой испытывают профессиональные трудности и попадают в тупик при работе с клиентами. В мировой практике существует институт супервизии — профессиональной помощи профессиональным терапевтам. В нашей стране институт супервизии пока не развит, хотя супервизорская практика существует. Тем более полезна и интересна будет эта книга, в которой описаны и шестифокусная модель процесса супервизии, и контракт, и взаимные ожидания супервизора и супервизируемого, и техники, и роли, в которых выступает супервизор, и опасности, которые его подстерегают. И много примеров конкретной работы, как индивидуальной, так и групповой. На протяжении всей книги автор напоминает читателю, что супервизия — это захватывающее интеллектуальное приключение, и приглашает поразмышлять над приведенными случаями, примерив на себя «мантию» супервизора.

5. Д. Якобс, П. Дэвис, Д. Мейер.
Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций.
Б. С. К., СПб., 1997.
132 с.



В процессе профессионального роста и развития психотерапевта или психоаналитика корректирующая консультация (супервизия) уступает по своему значению лишь непосредственно самой клинической консультации. Никакие другие аспекты психотерапевтического обучения не обеспечивают обучающегося столь доверительными, индивидуальными и продолжительными беседами с опытным наставником. Поскольку консультации с супервизором имеют решающее значение для развития психотерапевта как личности и профессионала, необходимо понять, что при этом происходит. Что помогает углубить супервизорский диалог? Что ограничивает возможности преподавателя и слушателя к откровенной беседе друг с другом?

ЗАЯВЛЕНИЕ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (РПА) В ОТНОШЕНИИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

В последнее время этическая проблематика становится все более актуальной для профессионального сообщества в России. Большой резонанс вызвал недавний конфликт между клиентом и психологическим центром в связи с сексуальной ориентацией обратившегося. Данная ситуация находится вне правового поля Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), т. к. сотрудники центра не являются членами ассоциации. Однако, учитывая большой общественный резонанс и социальную значимость обсуждаемых вопросов, РПА считает необходимым высказать свою позицию.

Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА) объединяет в своем составе профессионалов, придерживающихся в своей деятельности основополагающих принципов психотерапии и психологического консультирования, в том числе уважения прав и достоинств личности, компетентности, ответственности, честности, конфиденциальности, информированного согласия, права на самоопределение.

Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА) полностью разделяет и поддерживает положения Мадридской декларации по этическим стандартам в психиатрической практике, принятой Всемирной психиатрической ассоциацией (WPA) 25 августа 1996 г. (с последующими дополнениями, в частности Руководством к действию в особых ситуациях (1996, 1999, 2002, 2005, 2011 гг.)).

В отношении клиентов (пациентов) с проблемами клинического уровня РПА следует общепризнанной мировой классификации психических и поведенческих расстройств — Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10/ISD-10), принятой в том числе и в Российской Федерации.

В отношении клиентов с различной сексуальной ориентацией РПА разделяет положения, высказанные в Заявлении о позиции Всемирной психиатрической ассоциации (WPA) в отношении гендерной идентичности и однополый ориентации, влечения и поведения (World Psychiatry

2016; 15: 299) (<http://psychiatr.ru/magazine/wpa/80/1034>), в котором, в частности, сказано, «что лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендеры являются ценными полноправными членами общества, которые имеют точно такие же права и обязанности, как и все остальные граждане. Это включает в себя равный доступ к медицинскому обслуживанию, а также права и обязанности, которые необходимы для жизни в цивилизованном обществе». Кроме того, «WPA расценивает однополое влечение, ориентацию и поведение в качестве нормального варианта человеческой сексуальности».

РПА в своей деятельности поддерживает методы психотерапии и психологического консультирования с доказанной эффективностью. «Нет никаких достоверных научных данных, что врожденная сексуальная ориентация может быть изменена... Проведение какого-либо вмешательства, призванного “лечить” что-либо, не являющееся заболеванием, абсолютно неэтично» (World Psychiatry 2016; 15: 299). РПА разделяет положения, сформулированные в Резолюции об адекватных аффирмативных (подтверждающих) реакциях в отношении дистресса, связанного с сексуальной ориентацией, и попыток ее изменения (2009) специальной комиссии Американской психологической ассоциации (APA) по адекватным терапевтическим реакциям на сексуальную ориентацию (http://spectr.ucoz.org/index/otchet_specialnoj_komissii_amerikanskoj_psihologicheskoi_associacii_ara_po_adekvatnym_terapevticheski/0-45).

Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА) призывает профессиональное сообщество к неукоснительному соблюдению этических принципов в своей работе, максимально широкому обсуждению этических проблем и готова всячески поддерживать общественные инициативы в этой области.

21 мая 2017 г.

ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ

С 8 ФЕВРАЛЯ 2016 г. ПО СЕНТЯБРЬ 2017 г.

1. Проведены Координационные советы 3 марта, 9 июня, 15 сентября, 1 декабря 2016 г., 1 марта, 18 мая 2017 г.

2. Проведен Внеочередной Съезд РПА 7 октября 2016 г.

3. Сформированы рабочие группы по следующим направлениям:

- Рабочая группа по разработке стандартов РПА (в том числе ступенчатого членства в РПА): Андрушин В.В., Бабин С.М., Демьяненко А.М., Еричев А.Н., Караваева Т.А., Ковпак Д.В., Ляшковская С.В., Сазонов В.Я., Третьяк Л.Л., Хетрик С.В., Шаболтас А.В.
- Комитет по супервизии в составе: Бабин С.М., Демьяненко А.М., Еричев А.Н., Исурина Г.Л., Ковпак Д.В., Кулаков С.А., Павлов К.В., Подсадный С.А., Сазонов В.Я., Третьяк Л.Л., Шаболтас А.В.).
- Редакторская группа РПА (Российский психотерапевтический журнал): Бабин С.М., Кулаков С.А., Назыров Р.К., Подсадный С.А. Основные рецензенты: Исурина Г.Л., Ляшковская С.В., Медведева Н.С., Соловьева С.Л., Третьяк Л.Л.
- Экспертная группа по утверждению мероприятий с участием РПА: Васильева А.В., Ковпак Д.В., Сазонов В.Я.
- Этический комитет: Медведева Н.С., Подсадный С.А., Холмогорова А.Б., Шаболтас А.В.

4. Сформированы и начали работать секции РПА по направлениям и методам психотерапии:

- когнитивно-поведенческая психотерапия (Еричев А.Н., Ковпак Д.В.),
- экзистенциальная психотерапия (Андрушин В.В., Бабин С.М.),
- гештальт-терапия (Демьяненко А.М., Павлов К.В., Третьяк Л.Л.),
- детская и семейная психотерапия (Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.А., Хайретдинов О.З.),
- гипнотерапия (Хетрик С.В.),
- ЛОРП (Подсадный С.В.),
- психоаналитическая психотерапия (Федоров Я.О.),
- психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии (Гебель К.М., Леонтьева И.Б.).

5. Координационным советом утверждены ключевые документы РПА, которыми регламентируется порядок членства в ассоциации:

- Положение о квалификационных (сертификационных) уровнях членов РПА,
- Положение о супервизоре РПА,
- соответствующие анкеты и заявления.

6. Координационный совет принял Заявление Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) в отношении гендерной идентичности (18.05.2017).

7. Крупные мероприятия, прошедшие в Санкт-Петербурге и региональных отделениях РПА, в организации которых РПА принимала участие:

- Научно-практическая конференция с международным участием «Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития». 5–6 февраля 2016 г., Санкт-Петербург (РОП, РПА, ППД, ЕКПП и др.);
- Всероссийский симпозиум «Современные методы психотерапии. Психотерапия: вольные художники и роботизированные протоколы. Где мы?» 25 марта 2016 г. (кафедра психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова);
- Научно-практическая конференция «Смысл тревоги». СПб., 16–17 апреля 2016 г. (Альянс помогающих практик «ПроБоно»);
- II ежегодная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная Всемирному дню Биполярного расстройства, 15 апреля 2016 г. в Москве;
- СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 им. академика И.П. Павлова», Городской психотерапевтический центр (ГПТЦ), кафедра психотерапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова и Российская психотерапевтическая ассоциация предлагают совместную программу ежемесячных информационно-методических семинаров для врачей-психотерапевтов и медицинских психологов. Участие в семинарах бесплатное. В рамках семинаров планируется заочная супервизия психотерапевтических случаев в рамках заданной темы и, возможно, трансляция он-лайн;
- В рамках VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее» (Уфа, 18–20 мая 2016 г.) проведен Постконгресс — заседание РО РПА совместно с представителями психотерапевтического и психологического сообщества Республики Башкортостан. Участие в заседании приняли 5 членов КС РПА;
- Всероссийский конгресс с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания» (СПб., 9–11 июня 2016 г. (РОП, РПА, ЕКПП, ISPS RU и др.));
- III Международная научно-практическая конференция «Медицинская (клиническая)

- психология: исторические традиции и современная практика». Конференция состоялась 13–15 октября 2016 г. в Ярославле;
- Кроме того, члены РПА провели выездные семинары и приняли участие во встречах членов региональных отделений РПА: Тюмень — Третьяк Л.А., Самара — Хайретдинов О.З., Петрозаводск — Ковпак Д.В., Ростов-на-Дону — Бабин С.М.;
 - VI Международная научно-практическая конференция «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии». Оренбург, 26–29 октября 2016 г.;
 - 2-я Научно-практическая конференция «Когнитивно-поведенческая психотерапия, доказательная медицина, психиатрия — общий путь». СПб., 7 октября 2016 г.;
 - Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Случевские чтения»: феноменология и экзистенциальная психотерапия. СПб., 16 ноября 2016 г.;
 - Круглый стол «Лед и пламя психотерапии». СПб., 1 декабря 2016 г. (АКПП);
 - VII Международный Санкт-Петербургский конгресс «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование — грани исследуемого». 17–18 марта 2017 г. (РОП, ОППА);
 - Научно-образовательный симпозиум «Острый стресс и психотравма в психотерапевтической практике». СПб., 23 марта 2017 г. (кафедра психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова);
 - Конференция «Клиническое взаимодействие. Техника и вдохновение». СПб., 25 марта 2017 г. (Альянс помогающих практик «Про-Боно»);
 - Конференция «Психиатрия и психоанализ: клинические диалоги». СПб., 25 марта 2017 г. (ЕКПП, Межрегиональный центр современного психоанализа, Общество интегративного психоанализа);
 - Научно-образовательный семинар в рамках непрерывного последипломного образования «Расстройства личности: современные клинико-терапевтические аспекты». СПб., 30 марта 2017 г. (РОП);
 - Международный симпозиум «Профессиональная этика в психологии: Европейская перспектива и роль Этического комитета Европейской федерации психологических ассоциаций (ЕФПА)». СПб., 12–14 мая 2017 г. (РПО);
 - Научно-образовательный семинар в рамках непрерывного последипломного образования «Психотерапевтические и психофармакологические стратегии при зависимом поведении» 18 апреля 2017 г. (РОП);
 - Научно-практическая конференция XXI Клинические Павловские чтения «Этика и деонтология в современной психиатрии и психотерапии». 27 апреля 2017 г. (РОП, АКПП, ПБ № 7);
 - Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности», посвященная 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. СПб., 18–19 мая 2017 г. (РОП);
 - Научно-образовательный семинар в рамках непрерывного последипломного образования «Пограничные психические расстройства в неврологической практике». СПб., 23 мая 2017 г. (РОП);
 - Научно-образовательный семинар в рамках непрерывного последипломного образования «Зависимости. Гештальт-подход в лечении зависимостей. 2-я часть». СПб., 8 июня 2017 г. (РОП);
 - IV Научно-практическая конференция с международным участием «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии» и III Школа молодых психиатров Санкт-Петербурга. СПб., 6–17 июня 2017 г. (РОП);
 - Началась реализация Программы Студенческого психотерапевтического клуба Российской психотерапевтической ассоциации, Санкт-Петербургского государственного университета и СЗГМУ им. И.И. Мечникова. С марта по июнь проведено четыре заседания;
 - «Студенческий клуб» создан с целью знакомства студентов, недавних выпускников факультетов психологии всех вузов, начинающих специалистов с основными направлениями и методами психотерапии, психотерапевтическим сообществом города, а также для обретения навыка практической работы;
 - Встречи проходят в форме практических семинаров, на которых все участники смогут соприкоснуться с той или иной техникой в рамках различных методов психотерапии и психологического консультирования; познакомиться с ведущими специалистами в области психотерапии и задать им интересующие вопросы;
 - На сайте РПА и в группе на ФБ представлены видеозаписи заседаний.
8. Мероприятия в рамках отдельных секций РПА:
- Когнитивно-поведенческая психотерапия:
 - Сертификационный курс ISST по схеме-терапии «Основы схема-терапии». СПб., 28–29 мая 2016 г.,
 - Вторая летняя школа по схеме-терапии 24–26 июня 2016 г.
 - Экзистенциальная психотерапия:

- Интервизорская группа для специалистов, работающих в экзистенциальном подходе (Бабин С.М., Андришин В.В.). СПб., ежемесячно. Регулярные встречи проходят начиная с января 2016 г. каждый вторник месяца с 11:00 до 14:00.
 - Начата программа регулярных семинаров «Феноменологическая практика и практика психотерапии» (Бабин С.М., Андришин В.В., Артеменко А.Н.). Первый семинар прошел в СПб. 15 июня 2017 г.
- Гипнотерапия:
- Семинар Жана Беккио 9–11 июня 2016 г. в СПб.
- Детская и семейная психотерапия:
- Методический семинар «Диагностика и терапия депрессий у детей и подростков: границы и приграничные территории». СПб., 22 апреля 2016 г.
 - Совместно с Самарским РО РПА организована видеоконференция «Опыт работы с подростками в нарративном ключе» 25 мая 2016 г. с участием специалистов из других РО РПА.
- Психоаналитическая психотерапия:
- Еженедельные открытые супервизии на площадке ВЕИПа — проект ЕКПП.
9. Возобновил работу Совет супервизоров РПА (председатель — Кулаков С.А.): в данный момент дорабатываются и находятся в обсуждении положения «О супервизии». Также обновлен перечень супервизоров, основываясь на уже выписанных ранее и новых выданных сертификатах супервизоров РПА. Списки опубликованы на сайте РПА.
- Организованы он-лайн и очные супервизии в следующих РО (Тюмень — супервизия через скайп Кулаков С.А.). Планируем включить в этот формат Курган и Уфу.
- РПА вошла в состав участников проекта «Супервизия — открытый формат. Критерий — практика» Гильдии психотерапии и тренинга и Альянса помогающих практик «ПроБоно», ориентированный на психологов и психотерапевтов, ведущих клиентскую практику. Лучшие супервизоры из разных подходов, открытые встречи, возможность, сохраняя принадлежность к своей школе, обогащаться другими направлениями психотерапии и психологического консультирования. Регулярные встречи проходят начиная с декабря 2014 г. каждый третий вторник месяца с 15:00 до 17:00.
10. Экс-президент РПА Р.К. Назыров принял участие в работе Съезда Медицинской палаты в Смоленске. Представлен отчет об этом событии.
11. Открыт видеоканал РПА (Еричев А.Н.). (<https://vimeo.com/channels/1053206/videos>). Выложены материалы с конференции «Психотера-

пия: вольные художники и роботизированные протоколы. Где мы?», доклады с конференций «Смысл тревоги», «Когнитивно-поведенческая психотерапия, доказательная медицина, психиатрия — общий путь», «Острый стресс и психотравма», «Случевские чтения»: феноменология и экзистенциальная психотерапия». К настоящему времени доступны 40 видеофайлов. Планируется организовать закрытый доступ для членов РПА на видеоканал.

12. Открыто и активно разрабатывается новое направление деятельности РПА — «Психическое здоровье сегодня».

Проект ориентирован на заинтересованных людей, а не только на профессионалов. Основная миссия — профилактика психических расстройств. Фокус работы — психообразование, формирование ответственного и осознанного отношения к своему психическому здоровью и здоровью своих близких, дестигматизация в отношении психических расстройств, а также информирование о путях получения адекватной профессиональной помощи у квалифицированных специалистов.

Ответственные за проект — Кишка Т.Н., Хетрик С.В.

В рамках проекта выбраны темы месяца (можно ознакомиться на сайте), по которым проводятся лекции. Снято 4 видеофильма.

13. Всего в РПА насчитывается 387 членов на 01.12.2016 г.

14. За период с марта по декабрь 2016 г. в РПА вступили 92 новых члена. Из них: Санкт-Петербург (29), Самара (4), Хабаровск (4), Ленинградская область (1), Оренбург (7), Москва (3), Чита (1), Благовещенск (12), Ярославль (23), Екатеринбург (1), Тула (2), Ростов-на-Дону (3), Чувашская Республика (1), Калининград (1).

15. В настоящий момент документы РПА (устав) переданы на повторную (после исправления всех замечаний) регистрацию в Министерство юстиции — Москва.

16. Принят отчет ревизионной комиссии РПА за 2016 год.

17. РПА вышла из учредителей Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского.

18. Издан очередной номер Российского психотерапевтического журнала (2016 г.). Подготовлен очередной номер журнала — тема номера — супервизия. Срок выхода — ноябрь 2017 г. (электронная версия). Обновлены составы редакционной коллегии и редакционного совета журнала.

19. Напечатан мобильный рекламный плакат РПА.

20. Напечатаны новые пластиковые удостоверения о членстве.

НОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ РПА ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ПРЕЗИДЕНТА РПА С.М. БАБИНА

Уважаемые коллеги!

Перед вами Положение о квалификационных (сертификационных) уровнях членов РПА (далее — Положение). На мой взгляд, это один из наиболее важных документов, принятых нашей ассоциацией за последнее время. Принятию Положения предшествовала длительная дискуссия в региональных отделениях, соответствующей рабочей группе и Координационном совете. В результате нам удалось прийти к согласованному мнению, учитывающему различные точки зрения. Хотелось бы высказать несколько слов, предваряющих и объясняющих данный документ. Остановлюсь только на самых важных, принципиальных моментах.

Подавляющее большинство психотерапевтических общественных объединений имеют ступенчатую систему членства, подчеркивающую определенный профессиональный уровень своих участников. РПА также идет по этому пути. Данное Положение принимается решением Координационного совета, а не включается в Устав организации по следующим причинам. Во-первых, любые изменения, вносимые в Устав, требуют согласования с Министерством юстиции РФ, т. е. предполагают длительную бюрократическую процедуру. Во-вторых, в соответствии с действующим российским законодательством об общественных объединениях все члены организации имеют равные права, следовательно, мы не имеем права говорить о «ступенчатом членстве». Именно поэтому принятый документ имеет такое «сложное» название — «Положение о квалификационных (сертификационных) уровнях членов РПА». В-третьих, предлагаемые в Положении нормативы (количество часов подготовки, личной терапии и супервизии) принимаются на определенный период, и Координационный совет может оперативно их пересматривать.

В настоящее время в Уставе РПА требования к индивидуальному членству сформулированы следующим образом: «Членами Организации могут быть граждане Российской Федерации, достигшие 18-летнего возраста и имеющие специальную подготовку по психотерапии, — врачи, психологи, специалисты по социальной работе, лица с высшим образованием». Положение разъясняет и уточняет этот пункт Устава, вводя три группы квалификационных (сертификационных) уровней своих индивидуальных членов:

- действительный член РПА,
- специалист РПА,

— супервизор РПА.

Таким образом, членом РПА может быть только специалист, т. е. человек с высшим образованием (магистратура или специалитет) и дополнительной подготовкой в области психотерапии. Конкретные требования к этой подготовке и устанавливает данное Положение.

Как для вступления в РПА (действительный член РПА), так и для повышения квалификационного уровня (специалист РПА) необходимо иметь рекомендации как минимум двух членов РПА (рекомендацию Регионального отделения ассоциации). Хочу обратить ваше внимание на то, что требования ко второму уровню — специалисту РПА, помимо базовых (общих с требованиями к действительным членам), включают в себя минимум 700 часов последипломной подготовки в области психотерапии, устойчивую профессиональную практику в области психотерапии на протяжении минимум 3 лет и не менее 40 часов личной терапии и 20 часов супервизии.

В процессе обсуждения Положения конкретные цифры необходимых часов несколько раз пересматривались, дискутировались различные аспекты до- и последипломной подготовки, длительность личной терапии и супервизии. Предложенные нормативы меньше, чем у существующих международных ассоциаций и даже некоторых российских объединений. Но РПА делает лишь первые шаги к профессиональному членству, и в последующем, если этот опыт будет удачным, нормативы можно оперативно пересматривать, увеличивая количество часов. Нам представляется, что на данном этапе важнее не количественные, а качественные показатели специалиста.

Особо хочу подчеркнуть, что для получения, а в последующем и подтверждения квалификации (сертификата) члена РПА кандидату необходимо неукоснительно соблюдать Этический кодекс, что представляется весьма актуальным, учитывая только формирующееся профессиональное пространство российской психотерапии.

«Положение о супервизоре Российской психотерапевтической ассоциации» детально описывает статус и уровни супервизора Ассоциации (супервизор метода, аккредитованный РПА; супервизор внеметодической супервизии, аккредитованный РПА; супервизор Супервизорского совета), подчеркивая стремление РПА объединить специалистов различных направлений и школ, существующих в настоящее время в России.

Принятие Положения не означает окончания дискуссии о критериях профессионального участия в нашей ассоциации. Я приглашаю членов РПА и всех заинтересованных лиц продолжить обмен мнениями по этому вопросу как на страницах Российского психотерапевтического журнала, так и на нашем сайте и странице в Фейсбуке. Спасибо за ваше участие в дискуссии.

ПОЛОЖЕНИЕ О КВАЛИФИКАЦИОННЫХ (СЕРТИФИКАЦИОННЫХ) УРОВНЯХ ЧЛЕНОВ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (РПА)

1. Общероссийская общественная организация «Российская психотерапевтическая ассоциация», именуемая в дальнейшем «Организация», является основанным на членстве общественным объединением, созданным по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей, указанных в Уставе Организации.

2. Членами Организации могут быть граждане Российской Федерации, достигшие 18-летнего возраста и имеющие специальную подготовку по психотерапии, — врачи, психологи, специалисты по социальной работе, лица с высшим образованием, а также юридические лица — общественные объединения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, добровольно изъявившие желание стать членами Организации, разделяющие цели Организации, признающие настоящий Устав и принимающие участие в деятельности Организации. Иностранцы граждане и лица без гражданства могут быть членами Организации, если они законно находятся на территории Российской Федерации.

3. Прием граждан в члены Организации осуществляется решением Координационного совета Организации на основании заявления вступающего. Решение о приеме физических лиц в члены Организации осуществляется на основании рекомендаций Общего собрания регионального отделения, принимаемых простым большинством голосов. Решение о приеме юридических лиц — общественных объединений в члены Организации принимается простым большинством голосов членов Координационного совета Организации, присутствующих на заседании, открытым голосованием. Членство в Организации подтверждается способом, определенным решением Координационного совета Организации.

4. Российская психотерапевтическая ассоциация настоящим положением устанавливает следующие квалификационные (сертификационные) уровни своих индивидуальных членов:

- действительный член Российской психотерапевтической ассоциации (РПА),
- специалист Российской психотерапевтической ассоциации (РПА),

- супервизор Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), в том числе супервизор метода, аккредитованный РПА,
- супервизор внеметодической супервизии, аккредитованный РПА,
- супервизор Супервизорского совета.

4.1. Для получения квалификации (сертификата) действительного члена Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) кандидату необходимо соответствовать общим критериям членства в Организации (пункт 2 настоящего Положения), а именно:

- иметь высшее образование (специалитет, магистратура; подготовка кадров высшей квалификации);
- иметь минимум 144 часа дополнительной последипломной подготовки по психотерапии;
- иметь рекомендации как минимум двух членов РПА (рекомендацию Регионального отделения РПА);
- соблюдать Этический кодекс РПА.

4.2. Для получения квалификации (сертификата) специалиста Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) кандидату необходимо дополнительно:

- быть членом Организации;
- иметь минимум 700 часов последипломной подготовки в области психотерапии;
- иметь устойчивую профессиональную практику в области психотерапии на протяжении минимум 3 лет;
- иметь не менее 40 часов личной терапии и 20 часов супервизии;
- иметь рекомендации как минимум двух членов РПА (рекомендацию Регионального отделения РПА).

4.3. Статус супервизора Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), порядок его приобретения, продления и снятия детально определяется «Положением о супервизоре Российской психотерапевтической ассоциации». Статус присваивается Супервизорским советом РПА. Для получения квалификации (сертификата) супервизора Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) специалисту необходимы дополнительно:

4.3.1. Минимальные требования к специалисту для получения статуса «супервизор метода, аккредитованный РПА»:

- уровень профессиональной подготовки не менее: 700 часов теории и навыков, 50 часов личной терапии, 50 часов супервизии личной практики;
- согласие соблюдать Этический кодекс РПА;
- 7 лет стажа профессиональной деятельности.

4.3.2. Минимальные требования к специалисту для получения статуса «супервизор внеметодической супервизии, аккредитованный РПА»:

- уровень профессиональной подготовки не менее: 800 часов теории и навыков, 50 часов личной терапии, 50 часов супервизии личной практики, 10 лет стажа профессиональной деятельности;
- согласие соблюдать Этический кодекс РПА;
- 72 часа специальной программы подготовки по внеметодической супервизии;
- опыт проведения супервизии, подтвержденный наличием договоров о проведении профессиональной супервизии со специалистами (не менее пяти договоров в год);
- кандидат на получение статуса должен принимать активное участие в развитии института супервизоров в профессиональном сообществе психотерапевтов и психологов.

4.3.3. Минимальные требования к специалисту для получения статуса «супервизор Супервизорского совета РПА»:

- статус присваивается профессионалам, признанным профессиональным сообществом;
- уровень профессиональной подготовки не менее: 850 часов теории и навыков, 50 часов личной терапии, 50 часов супервизии личной практики, не менее 15 лет стажа профессиональной деятельности и 72 часа специальной программы подготовки супервизоров РПА;
- согласие соблюдать Этический кодекс РПА;
- присвоение статуса супервизора проводит Супервизорский совет по представлению двух действующих членов Супервизорского совета путем заключения договора.

5. Процедура получения квалификационных (сертификационных) уровней Организации.

5.1. Кандидат формирует электронный пакет документов, который включает:

- заявление о приеме в Организацию;
- согласие на обработку персональных данных;
- согласие на обработку персональных данных для размещения на официальном сайте Организации;
- анкету о профессиональном статусе;
- сканированные копии дипломов о высшем образовании и психотерапевтическом образовании;
- подтверждение часов личной психотерапии от тренингового (обучающего) специалиста — без какого-либо содержательного заключения;
- подтверждение количества часов супервизий (отдельно индивидуальной и групповой) от личного супервизора;
- соискатели на статус супервизора дополнительно представляют соответствующие документы, регламентированные Положе-

нием о супервизоре Российской психотерапевтической ассоциации.

5.2. Профессиональный статус действительного члена, специалиста и супервизора Организации устанавливается в каждом случае на основе индивидуальной оценки представленных документов, и, при необходимости, очного собеседования или посредством Skype и аналогичного программного обеспечения.

5.3. При наличии регионального отделения (РО) первичная проверка и корректировка документов кандидата осуществляется в РО. Если в регионе, где проживает кандидат, нет РО, то документы кандидата высылаются непосредственно в Координационный совет и Супервизорский совет (для получения квалификации супервизора) Организации.

5.4. Координационный совет (Супервизорский совет (для получения квалификации супервизора)) рассматривает документы кандидата и принимает решение одобрить квалификацию (сертификацию), отложить ее или отказать в сертификации. Решение оформляется Протоколом. Кандидат информируется об основных этапах прохождения документов.

5.5. Координационный совет может создавать рабочую группу для предварительного рассмотрения документов кандидатов. Регламент работы группы определяется Координационным советом.

6. Координационный совет оставляет за собой право присваивать квалификационные (сертификационные) уровни в индивидуальном порядке тем членам РПА, которые имеют особые заслуги и активно способствуют реализации целей и задач Организации.

7. Процедура апелляции. Если Региональное отделение, Супервизорский совет или Координационный совет отказывают кандидату в квалификации (сертификации), либо если его обращение не рассмотрено в шестимесячный срок, кандидат имеет право подать апелляцию на такое решение или отсутствие решения. Кандидат может обратиться непосредственно в Координационный совет с просьбой рассмотреть полный комплект его документов. Координационный совет повторно обязан принять решение в шестимесячный срок, и это решение будет окончательным.

8. Процедура оценки профессионального статуса, присвоения и регулярного подтверждения соответствующего квалификационного (сертификационного) уровня является для кандидата платной и составляет дополнительно к членским взносам 1000 рублей в год. Данная оплата не касается действительных членов Организации.

9. Все лица, являющиеся членами Организации на момент принятия данного Положения, получают статус действительных членов независимо от общей продолжительности подготовки по психотерапии.

10. При пересмотре требований к объему дополнительной специальной подготовки по психотерапии они не имеют обратной силы, т. е. не распространяются на уже действительных членов Организации.

11. Настоящее Положение утверждается Координационным советом Организации большинством голосов членов, принимающих в нем участие.

12. Правила и требования, не оговоренные настоящим Положением, регулируются Уставом Организации и законами Российской Федерации.

ПОЛОЖЕНИЕ О СУПЕРВИЗОРЕ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение определяет статус супервизора Ассоциации, порядок его приобретения, продления и снятия.

1.2. Присвоение члену РПА в установленном порядке статуса супервизора является профессиональной аккредитацией и означает признание Российской психотерапевтической ассоциацией:

- способности обладателя статуса (по своим моральным, психологическим, профессиональным, этическим качествам) заниматься проведением супервизии;
- моральной ответственности супервизора за действия обладателя статуса в профессиональной сфере и в сфере публичной деятельности как эксперта по проблемам психотерапии;
- права обладателя статуса фиксировать часы проведенной супервизии для специалиста.

1.3. Настоящее положение вводит и регулирует договорные отношения между специалистом, супервизором и Ассоциацией (как гарантом качества проводимой супервизии).

1.4. Настоящим положением вводятся статусы супервизоров:

1.4.1. Супервизор метода, аккредитованный РПА.

1.4.2. Супервизор внеметодической супервизии, аккредитованный РПА.

1.4.3. Супервизор Супервизорского совета.

2. Супервизор метода, аккредитованный РПА

2.1. Описание статуса:

2.1.1. Статус супервизора метода, аккредитованного РПА, может быть присвоен специалисту, способному проводить супервизию, практикующему в конкретном методе психотерапии.

2.1.2. Супервизор, аккредитованный РПА в конкретном методе:

- имеет право проводить (и документально подтверждать часы) индивидуальную и групповую супервизию в своем методе, участвовать в работе внеметодической супервизорской группы;
- статус Супервизора, аккредитованного РПА в конкретном методе, не предполагает возможности проведения и фиксации часов супервизии вне метода супервизора.

2.1.3. Супервизор, аккредитованный РПА по конкретному методу супервизии, обязан проходить супервизию своей деятельности в качестве супервизора.

2.2. Минимальные требования к кандидату для получения статуса «Супервизор метода, аккредитованный РПА»:

2.2.1. Уровень профессиональной подготовки не менее: 700 часов теории и навыков; 50 часов личной терапии; 50 часов супервизии личной практики, 7 лет стажа профессиональной деятельности.

2.2.2. Согласие соблюдать Этический кодекс РПА.

2.3. Порядок присвоения статуса супервизора метода, аккредитованного РПА:

2.3.1. Статус присваивается Супервизорским советом РПА.

2.3.2. Документы, представляемые специалистом, претендующим на получение статуса супервизора метода, аккредитованного РПА:

- заявление специалиста, претендующего на получение статуса;
- сведения об учете часов подготовки (подтверждается копиями документов);
- заключение о возможности присвоения статуса, составленное членом Супервизорского совета РПА на основании результатов экзамена по итогам специальной программы подготовки супервизии (для претендентов, получающих статус по супервизии метода).

2.3.3. При положительном решении Супервизорского совета о присвоении статуса супервизор подписывает:

- Этический кодекс РПА;
- договор с РПА.

2.3.4. Супервизору выдается свидетельство «Супервизора, аккредитованного РПА в методе...» утвержденного образца.

2.3.5. Данные специалиста вносятся в Реестр супервизоров РПА и публикуются на официальном сайте РПА, пребывание в реестре оплачивается супервизором.

2.4. Статус присваивается на срок до трех лет, после чего проводится процедура реаккредитации либо сертификации, в противном случае статус снимается.

2.5. Процедура реаккредитации проводится с учетом часов супервизии, проведенных «Супервизором, аккредитованным РПА». Учет часов супервизии осуществляется на основании договоров между специалистом и супервизором, зарегистрированных РПА.

3. Супервизор внеметодической супервизии РПА

3.1. Описание статуса:

3.1.1. Супервизор, аккредитованный РПА по внеметодической супервизии, имеет право проводить (и документально подтверждать часы) индивидуальную и групповую внеметодическую супервизию, участвовать, проводить и организовывать внеметодические супервизорские группы, участвовать в проведении специальной программы подготовки супервизоров.

3.1.2. Статус супервизора по внеметодической супервизии РПА предполагает возможность проведения супервизии индивидуального консультирования или психотерапии, терапии или консультирования в группе, навыков курсантов в процессе обучения и профессионального тренинга, а также проведения супервизии для супервизоров, аккредитованных РПА.

3.2. Минимальные требования к кандидату для получения статуса «Супервизор внеметодической супервизии, аккредитованный РПА»:

3.2.1. Уровень профессиональной подготовки не менее: 800 часов теории и навыков; 50 часов личной терапии; 50 часов супервизии личной практики, 10 лет стажа профессиональной деятельности.

3.2.2. 72 часа специальной программы подготовки по внеметодической супервизии.

3.2.3. Опыт проведения супервизии, подтвержденный наличием договоров о проведении профессиональной супервизии со специалистами (не менее пяти договоров в год).

3.2.4. Кандидат на получение статуса должен принимать активное участие в развитии института супервизоров в профессиональном сообществе психотерапевтов и психологов.

3.3. Порядок присвоения статуса супервизора, аккредитованного по внеметодической супервизии РПА:

3.3.1. Статус присваивается Супервизорским советом РПА.

3.3.2. Документы, представляемые специалистом, претендующим на получение статуса супервизора, аккредитованного по внеметодической супервизии РПА:

— заявление кандидата на присвоение статуса,

— таблица учета часов подготовки (подтверждается копиями документов),
— договоры со специалистами (минимум пять договоров в течение года).

3.4. При положительном решении Супервизорского совета о присвоении статуса супервизор подписывает:

— Этический кодекс РПА,
— договор с РПА.

3.5. Супервизору выдается свидетельство «Супервизора, аккредитованного по внеметодической супервизии РПА» утвержденного образца.

3.6. Данные специалиста вносятся в Реестр супервизоров РПА и публикуются на официальном сайте РПА, пребывание в реестре оплачивается супервизором.

3.7. Статус присваивается на срок до пяти лет, после чего проводится процедура реаккредитации, в противном случае статус снимается. Ежегодно проводится учет часов супервизии, проведенных «Супервизором, аккредитованным по внеметодической супервизии РПА». Учет часов супервизии осуществляется на основании договоров между специалистом и супервизором, зарегистрированных РПА.

4. Супервизор Супервизорского совета РПА

4.1. Описание статуса:

4.1.1. Супервизор Супервизорского совета РПА имеет право:

4.1.1.1. проводить супервизии индивидуального консультирования или психотерапии, терапии или консультирования в группе, навыков курсантов в процессе обучения и профессионального тренинга;

4.1.1.2. проводить супервизии для супервизоров, аккредитованных РПА;

4.1.1.3. разрабатывать и проводить программы подготовки супервизоров.

4.1.2. Супервизор Супервизорского совета РПА обязан:

4.1.2.1. работать в Супервизорском совете РПА;

4.1.2.2. осуществлять контроль над работой и обучением супервизоров в рамках профессионального сообщества;

4.1.2.3. создавать возможности для развития супервизии в методах и школах профессионального сообщества; популяризировать супервизорскую работу путем участия в мероприятиях, взаимодействия со СМИ; участвовать в работе этических комитетов РПА.

4.2. Требования к статусу:

4.2.1. Статус присваивается профессионалам, признанным профессиональным сообществом.

4.2.2. Уровень профессиональной подготовки не менее: 850 часов теории и навыков; 50 часов личной терапии; 50 часов супервизии личной

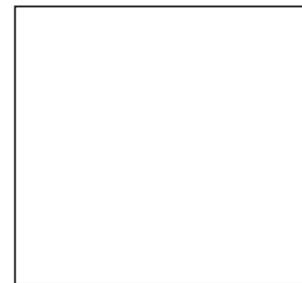
практики; не менее 15 лет стажа профессиональной деятельности и 72 часа специальной программы подготовки супервизоров РПА.

4.2.3. Присвоение статуса супервизора проводит Супервизорский совет по представлению двух действующих членов Супервизорского совета путем заключения договора.

4.3. Документами, удостоверяющими статус члена Супервизорского совета, являются свидетельство установленного образца и срочный договор.

4.4. Договор с членом Супервизорского совета РПА заключается на срок до пяти лет с возможностью продления.

АНКЕТА ЧЛЕНА РПА



ФОТО

1. Ф И О.	
2. Дата рождения	
3. Паспортные данные (номер, серия, дата и место выдачи)	
4. Место работы и должность	
5. Стаж работы в сфере психотерапии (основное место работы, совместительство, преподавание и др.)	
6. Высшее образование (вуз, специальность, дата окончания вуза)	
7.А. Пройденная подготовка по психиатрии (для врачей-психиатров)	
7.Б. Пройденная подготовка по психотерапии	
7.В. Пройденная подготовка по медицинской (клинической) психологии	
8. Ученая степень	
9. Домашний адрес и телефон	
10. Рабочий адрес и контактный телефон	
11. Адрес электронной почты	
12. Сфера профессиональных интересов	
Номер членского билета, дата и место выдачи	
Анкета заверена (председатель регионального отделения РПА, дата составления анкеты)	

АНКЕТА

о профессиональном статусе члена РПА
(для кандидатов на квалификационные (сертификационные) уровни
членов Российской психотерапевтической ассоциации)

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Образование (вуз, специальность) _____

Профессия _____

Психотерапевтическое образование (учебное заведение, название программы, продолжительность и общий объем часов, даты обучения, полученная квалификация)

Сведения о прохождении личной психотерапии (дата и объем каждой из пройденных терапий; имена, фамилии психотерапевтов, у которых проходили терапию, и ими представляемая теоретическая парадигма)

Сведения о супервизиях (объем индивидуальной и/или групповой супервизий и время их прохождения; супервизоры — имя, фамилия; квалификация; теоретическая парадигма)

Устойчивая профессиональная практика в области психотерапии (объем в часах в среднем в год — за три последних года; общая характеристика клиентов/пациентов)

Претендую на квалификационный (сертификационный) уровень (нужное подчеркнуть):

- действительный член Российской психотерапевтической ассоциации
- специалист Российской психотерапевтической ассоциации
- супервизор Российской психотерапевтической ассоциации

Телефон _____ (моб.) _____ (д)

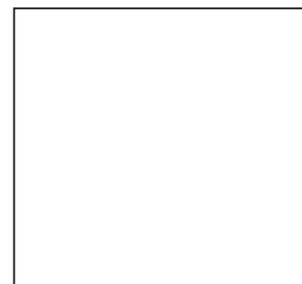
Эл. почта _____

Дата _____ Подпись _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
В СУПЕРВИЗОРСКИЙ СОВЕТ РОССИЙСКОЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

Прошу рассмотреть мою кандидатуру в качестве
соискателя статуса супервизора, аккредитованного в РПА

в методе _____
по внеметодической супервизии (ненужное зачеркнуть)



ФОТО

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения: _____

Почтовый адрес: (_____) _____

Телефон для связи: _____

E-mail: _____

Образование: _____

Специальность: _____

Место работы, должность: _____

Состою в РПА (с какого года):

Ученая степень, звания, участие в других организациях:

Я прохожу супервизию у/в _____

Перечень прилагаемых документов:

- сведения о профессиональной подготовке соискателя статуса супервизора;
- сведения о практической деятельности;
- образец протокола супервизии

(дата заполнения)

(подпись)

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ПУБЛИКАЦИЙ В РОССИЙСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

К публикации принимаются теоретические и обзорные статьи, результаты завершенных научно-практических исследований, краткие информационные сообщения, информация о съездах, конференциях и иных профессиональных мероприятиях, рецензии на книги и письма в редакцию.

Рубрики журнала:

- Тематические и проблемные статьи номера
- Научные исследования в психотерапии
- История психотерапии
- Техники и методы психотерапии
- Дискуссионный клуб
- «Психотерапевт — пациент»
- Супервизия в психотерапии
- Психотерапия и фармакотерапия
- Искусство и психическое здоровье
- Регионы
- Новые диссертации
- Обучение психотерапии
- Обзор учебных и практических психотерапевтических центров
- Газета РПА (Вестник РПА — печатный орган общественной профессиональной организации).

Статьи следует направлять на русском языке, в формате текстового редактора Microsoft Word, шрифт Times New Roman, размер шрифта — 12, междустрочный интервал полуторный, отступы: справа — 1,5 см, слева — 3 см, сверху — 2 см и снизу — 2 см.

На первой странице статьи указываются: название, фамилия, инициалы, звание, должность и место работы автора (авторов).

Рекомендуемый объем статьи — 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). Допускается использование в статье только общепринятых сокращений. Малоупотребительные и узкоспециальные термины должны быть расшифрованы, единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Список литературы обязателен, оформляется по ГОСТу 7.1-2003 «Библиографическая запись». В тексте статьи ссылка оформляется следующим образом (Иванов И.И., 2017). Список литературы оформляется по алфавиту, сначала отечественные авторы, затем зарубежные.

Пример: 1. Анисимов А.И. Социальное здоровье студентов / А.И. Анисимов, Н.Н. Киреева // Вестник СПбГУ. Серия 12: Психология. 2009. Вып. 1. С. 165–183.

К статье необходимо приложить резюме размером не более 0,5 страницы машинописного листа на русском и английском языках, в начале которого следует продублировать название статьи, фамилии и инициалы авторов на русском и английском языках, указать ключевые слова (не более 5).

На отдельном листе приводятся подробные данные об авторах: фамилия, имя, отчество, ученая степень и звание, занимаемая должность, служебный адрес с почтовым индексом, телефон, факс и адрес электронной почты, а также указывается автор, с которым редакция будет вести переписку.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегией. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Редакция оставляет за собой право вносить исправления в текст при обнаружении грамматических и смысловых ошибок, а также возвращать статью автору для доработки. Датой поступления статьи считается день получения редакцией окончательного текста. Отклоненные статьи не возвращаются.

Материалы необходимо отправлять в электронном виде на e-mail редакции. Если материалы представлены в электронном виде, отправка почтой не обязательна.

E-mail: rpaofficespb@gmail.com