

Значение супервизии в психотерапии затяжных форм невротических расстройств

С.М. Бабин¹, В.В. Бочаров², А.В. Васильева², Д.М. Сарайкин², П.В. Харин³

¹Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

³Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1

Резюме. В статье изложены основные принципы супервизионной работы в клинике пограничных нервно-психических расстройств. Представлена динамика личностных изменений психотерапевтов в процессе супервизии. Описаны основные трудности психотерапии пациентов с затяжными формами невротических расстройств и значение супервизии для их преодоления. На основании проведенных исследований демонстрируется параллельность процессов в психотерапевтической и супервизионной группах. Описываются основные закономерности параллельных процессов и их значение для психотерапии.

Ключевые слова: супервизия, затяжные формы невротических расстройств, психотерапия, ISTA

The significance of supervision in psychotherapy of lingering forms of neurotic disorders

S.M. Babin¹, V.V. Bocharov², A.V. Vasilyeva², D.M. Saraykin², P.V. Harin³

¹Orenburg district clinical hospital №2

²Saint Petersburg V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

³Orenburg district clinical hospital №1

Summary. The article presents the main principles of supervision work in the clinic of borderline and neurotic mental disorders. The dynamic of personality changes in psychotherapists during the training supervision process is presented. The main obstacles in the psychotherapy of patients with lingering forms of neurotic disorders are described. The article gives the guidelines how to deal with these difficulties in supervision work. The research results show the similarities of changes taking place in psychotherapeutic and supervision groups. The main principles of parallel processes and its meaning for psychotherapy are considered.

Key words: supervision, lingering forms of neurotic disorders, psychotherapy, ISTA

Супервизия является важной составляющей системы лечения пациентов с затяжными формами невротических расстройств. Эта группа больных требует от врача не только хороших диагностических знаний и владения определенными методами психотерапии, но и собственной эмоциональной зрелости, выраженной способностью к саморефлексии. Это форма консультирования психотерапевта в ходе его работы более опытным, специально подготовленным врачом или психологом (супервизором), позволяющая психотерапевту (супервизируемому) систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение [1]. Супервизия может осуществляться в индивидуальной и групповой формах [2, 3]. Различные методы такой работы подробно изложены в специальной литературе [4, 5, 6]. Работа под наблюдением супервизора помогает обратить внимание на технические погрешности, ригидные способы решения определенных проблем, обсудить тактику лечения и поведения в некоторых сложных ситуациях. 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 психотерапевтической бригаде. Согласно Д. Джейкобс, П. Дэвид, Д. Дж. Мейер (1997), для того чтобы стать психодинамическим психотерапевтом, обучающийся должен в первую очередь ознакомиться с методами саморефлексии и их применением [7]. Особенностью работы с данной группой больных является взаимная склонность как пациента, так и психотерапевта скорее воспроизводить, реконструировать типичные паттерны отношений со значимыми другими, чем вербализовать их содержание и значение. Таким образом, необходим третий наблюдающий человек, более опытный специалист, который сможет осуществить прояснение и интерпретацию подобных тенденций и таким образом преодолеть их бесконечное повторение. При существующих стандартах предоставления супервизионного материала в виде аудио- и видеозаписей наш опыт показал, что наиболее эффективными оказались подробные заметки, содержащие основные обсуждавшиеся темы и набор интервенций со стороны психотерапевта. Важным материалом являются аффективные реакции психотерапевта на

то или иное поведение пациента. Использование видеозаписи при их очевидной содержательной и информативной ценности в нашем опыте зарекомендовало себя негативно из-за распространенных представлений о недостаточной конфиденциальности и установочном поведении пациентов с затяжными формами невротических расстройств. Видеозапись вводит в психотерапевтическое поле неизвестного наблюдателя, что вызывает дополнительную тревогу и уменьшает доверие. В процессе анамнестического интервью пациенты, которые из-за длительного течения заболевания имели большой опыт общения со специалистами и пребывания в стационарах, часто сообщали о нарушениях правил конфиденциальности, эпизодах обсуждения клинических случаев как между профессионалами, так и между пациентами при проведении групповой психотерапии.

Когда во время работы психотерапевт запинается, ошибается или теряется — значит, он в замешательстве от того, что он пока не знает. Этот феномен, получивший название «немые пятна» психотерапевта, часто приводит к воспроизведению динамического паттерна терапевтических отношений в процессе супервизии и является составляющим «параллельных процессов» [8]. Впервые Н. Searles описал концепцию «отражающего процесса», который вскоре стал известен как «параллельный процесс» [9]. То, что пока по разным причинам не может быть вербализовано, должно быть «реинсценировано» в психотерапии или супервизии. 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. Понятие было введено для обозначения тенденции супервизора, психотерапевта и пациента становиться похожими друг на друга, то есть воспроизводить взаимные интеракционные паттерны [10]. Супервизионный процесс использует феномен отражения и групповую динамику. Феномен отражения был подробно раскрыт R. Eckstein, R.S. Wallerstein (1958), которые при проверке молодых кандидатов на обучение случайно констатировали некоторые параллельные процессы между ними и их пациентами [11]. Появление этого феномена связано с тем, что оба участника психотерапевтического процесса пытаются соответствовать нереалистичным требованиям и разделяют взаимоперекрывающиеся уязвимости [12]. Параллельные процессы часто являются признаком смещения и конфликта и ведут к застою в психотерапевтической работе. Н.К. Gediman, F. Wolkenfeld (1980) пишут об определенной схожести супервизионной и психотерапевтической ситуации, что обуславливает манифестацию параллельных процессов [13]. Обе они направлены на оказание помощи, требуют вовлечения собственной личности и в большой степени зависят от множественных 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 [14]. 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.

Другим феноменом являются «тяжелые пятна» — отсутствие достаточной свободы, чтобы узнать необходимую информацию о пациенте из-за приобретенных искажений и определенных предпочтений в технике. В данном случае групповые формы супервизии играют важную роль, поскольку являются более чувствительными к стереотипным ригидным формам работы, позволяют расширить спектр применяемых приемов и подходов, увидеть неразрешенные внутрилличностные конфликты и личностные «слепые пятна», мешающие терапевтическим отношениям с пациентом. Супервизия имеет большое значение в динамической психиатрии и психотерапии для проработки контрпереноса и сопротивления, а также для интеграции различных психотерапевтических аспектов, касающихся отдельных пациентов [15].

Личностный рост и развитие навыков практического применения собственной эмоциональной зрелости в профессиональной деятельности входят в круг задач, реализуемых в ходе последипломной подготовки специалиста. С целью изучения влияния процесса супервизии на динамику центральных Я-функций и некоторых особенностей профессиональной деятельности, обеспечивающих установление доверительных и безопасных отношений с пациентом, были обследованы 40 специалистов Оренбурга и Оренбургской области. Выбор региона определялся возможностью оценить изменения, которые происходят при непрерывном супервизионном процессе, когда состав участников практически не меняется.

В зависимости от длительности супервизионного процесса выделено две группы испытуемых. В первую группу (15 человек) вошли врачи-психотерапевты, которые не менее трех лет участвовали в индивидуальной и групповой супервизии. Вторую группу (25 человек) составили врачи-психотерапевты и интерны-психиатры, только начинающие проходить супервизию —

посетившие не более пяти групповых супервизионных сессий. Соответственно, первая группа может быть отнесена к супервизии второго (сертификационного) уровня, а вторая — к супервизии первого (базового) уровня. Было проведено исследование личностных характеристик врачей-психотерапевтов с различным опытом участия в процессе супервизии.

Для изучения особенностей центральных Я-функций использован Я-структурный тест (ISTA). Результаты исследования приведены в табл. 1.

В обеих группах средние показатели центральных Я-функций не выходили за пределы нормативных. Тем не менее были выявлены достоверные различия по девяти средним значениям шкал Я-структурного теста (ISTA) между указанными группами специалистов (см. табл. 1.).

Обнаруживаются значимые различия ($p < 0,01$) между средними значениями шкалы конструктивной агрессии врачей-психотерапевтов, проходящих супервизию базового и сертификацион-

ного уровней. У первых она достоверно выше. Этот на первый взгляд парадоксальный результат свидетельствует, что у начинающих врачей-психотерапевтов выше активность, открытость, коммуникабельность и инициативность. Возможно, в данном случае косвенно обнаруживается стремление представлять себя носителями ценных, необходимых для хорошего психотерапевта качеств.

Распределение показателей в исследованной группе представлено на рис. 1.

Между группами базового и сертификационного уровней супервизии обнаруживаются значимые различия ($p < 0,05$) по шкалам конструктивной и деструктивной тревоги. У врачей-психотерапевтов, длительно участвующих в процессе супервизии, достоверно выше средние значения конструктивной тревоги и достоверно ниже средние значения деструктивной тревоги. Таким образом, у более опытных специалистов отмечается лучшая способность трезво оценивать реальные угрозы и трудности, принимать обоснованные и взвешен-

Таблица 1
Показатели шкал Я-структурного теста (ISTA) у специалистов с различным опытом участия в процессе супервизии

Название шкалы	Супервизия сертификационного уровня	Супервизия базового уровня	Достоверность различий
Конструктивная агрессия	7,80 ± 0,38	9,20 ± 0,42	$p < 0,01$
Деструктивная агрессия	5,96 ± 0,31	6,20 ± 0,39	—
Дефицитарная агрессия	3,80 ± 0,24	4,64 ± 0,24	—
Конструктивная тревога	8,12 ± 0,19	6,96 ± 0,21	$p < 0,05$
Деструктивная тревога	1,60 ± 0,27	3,16 ± 0,41	$p < 0,05$
Дефицитарная тревога	3,80 ± 0,31	4,40 ± 0,35	—
Конструктивное внешнее Я-отграничение	8,08 ± 0,27	7,12 ± 0,34	$p < 0,05$
Деструктивное внешнее Я-отграничение	2,92 ± 0,29	3,12 ± 0,31	—
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	2,32 ± 0,36	3,76 ± 0,41	$p < 0,05$
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	9,32 ± 0,27	8,99 ± 0,32	—
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	3,56 ± 0,26	3,80 ± 0,34	—
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	3,76 ± 0,33	5,48 ± 0,40	$p < 0,05$
Конструктивный нарциссизм	7,52 ± 0,29	7,56 ± 0,31	—
Деструктивный нарциссизм	4,04 ± 0,37	4,40 ± 0,28	—
Дефицитарный нарциссизм	1,84 ± 0,42	3,01 ± 0,45	$p < 0,05$
Конструктивная сексуальность	9,76 ± 0,51	8,80 ± 0,49	$p < 0,05$
Деструктивная сексуальность	2,88 ± 0,47	3,20 ± 0,39	—
Дефицитарная сексуальность	1,28 ± 0,38	2,28 ± 0,37	$p < 0,05$

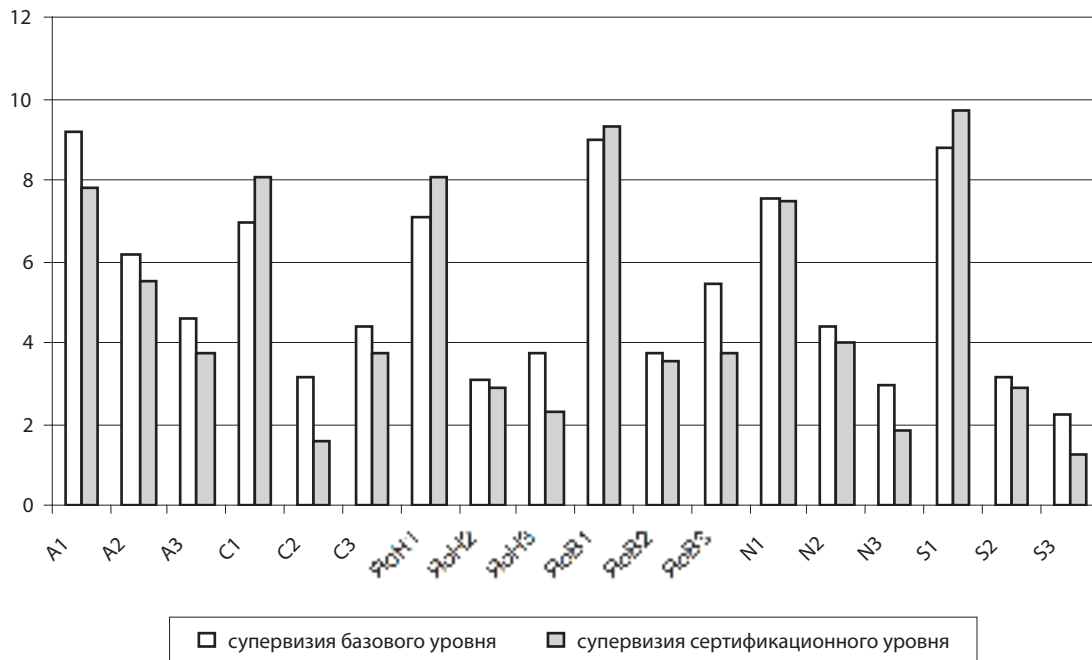


Рис. 1. Показатели шкал Я-структурного теста (ISTA) врачей-психотерапевтов в супервизионных группах базового и сертификационного уровней.

ные решения в кризисных ситуациях, тревога у них способствует повышению продуктивности и общей эффективности профессиональной деятельности, а уровень активности соответствует ситуации. Обычно они хорошо контролируют ситуацию, в том числе и профессионального контакта, не склонны к излишней тревожности и беспокойству, не испытывают трудностей в самореализации и подтверждении идентичности, легче и без излишних опасений способны доверять себе и окружающим. Если учитывать соотношения всех трех составляющих агрессии, то в группе опытных врачей-психотерапевтов в целом профиль характеризуется наличием разнообразных способов эмпатического контакта с пациентом, и, следовательно, возможностью ставить различные профессиональные цели и задачи и гибко реализовывать их даже в неблагоприятных обстоятельствах, творчески преобразовывая окружающее и самого себя.

У молодых врачей-психотерапевтов уровень деструктивной тревоги достоверно выше, что соответствует повышенной тревожности, склонности к беспокойству и волнениям даже по незначительным поводам, трудностям в организации собственной активности, проблемам в профессиональной самоидентификации, недостаточному опыту и, следовательно, переживанию беспомощности в ситуациях, требующих мобилизации и решительных действий.

Обнаруживаются значимые различия ($p < 0,05$) между средними значениями шкал конструктивного и дефицитарного внешнего Я-отграничения у врачей-психотерапевтов, проходящих супервизию

базового и сертификационного уровней. У более опытных специалистов показатели дефицитарного Я-отграничения ниже, а уровень конструктивного Я-отграничения выше, чем у начинающих врачей-психотерапевтов. Можно предположить, что в процессе последипломной подготовки и супервизии уменьшается зависимость от требований и установок окружающих, ориентация направлена преимущественно на внешние оценки и поощрения, например, стремление быть «идеальным» психотерапевтом, то есть соответствовать искусственным и весьма условным критериям. Возрастает способность к рефлексии, к формированию и отстаиванию собственной точки зрения, самостоятельные решения и действия воспринимаются как должное и усиливают профессиональную идентификацию.

Умение устанавливать и поддерживать устойчивые межличностные отношения, хороший эмоциональный контакт с внешней реальностью дает возможность выбора наиболее оптимальной стратегии поведения в соответствии как с собственными планами, так и с изменяющейся обстановкой. Высокие показатели конструктивного внешнего Я-отграничения для специалистов означают, что в ситуациях, требующих участия, они демонстрируют способность к оказанию помощи и поддержки окружающих.

У врачей-психотерапевтов, длительно участвующих в процессе супервизии, достоверно ниже ($p < 0,05$) средние значения дефицитарного внутреннего Я-отграничения. Таким образом, для них характерна высокая структурированность внутреннего опыта, достаточная выраженность

Таблица 2.
Показатели шкал Я-структурного теста (ISTA) у больных с невротическими расстройствами в процессе краткосрочной групповой личностно-ориентированной психотерапии

Название шкалы	М		σ		Достоверность различий
	Срез 1	Срез 2	Срез 1	Срез 2	
Конструктивная агрессия	58,29	46,07	12,37	10,79	p<0, 001
Деструктивная агрессия	46,07	57,06	9,71	9,05	p<0, 04
Дефицитарная агрессия	59,19	60,26	10,89	9,78	—
Конструктивная тревога	46,34	50,06	10,87	9,86	p<0, 001
Деструктивная тревога	67,17	68,68	9,30	10,33	—
Дефицитарная тревога	57,66	56,64	13,90	12,24	—
Конструктивное внешнее Я-отграничение	44,02	46,49	9,30	7,21	p<0, 05
Деструктивное внешнее Я-отграничение	55,28	57,62	13,39	14,49	—
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	61,77	63,67	14,49	10,79	—
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	41,81	43,29	13,84	13,27	—
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	58,77	57,61	12,19	11,02	—
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	61,86	60,63	11,15	9,14	—
Конструктивный нарциссизм	45,46	47,22	12,33	12,61	p<0, 03
Деструктивный нарциссизм	61,99	62,55	16,28	12,37	—
Дефицитарный нарциссизм	55,15	55,27	12,53	10,86	—
Конструктивная сексуальность	47,19	47,94	12,67	10,19	—
Деструктивная сексуальность	51,39	55,27	8,99	8,48	p<0, 001
Дефицитарная сексуальность	57,37	55,29	10,73	11,71	—

Примечание. Срез 1 — начало психотерапии, срез 2 — окончание психотерапии.

эмоционального контроля, большая взвешенность и последовательность в принимаемых решениях и поступках. С учетом показателей двух других шкал внутреннего Я-отграничения специалистам с большим опытом супервизии легче использовать в работе эмоциональные и интуитивные способы постижения действительности без опасения потери контроля над реальностью и психической деятельностью.

Достоверно различие между группами специалистов по параметру дефицитарного нарциссизма. У врачей-психотерапевтов, длительно участвующих в процессе супервизии, ниже средние значения шкалы дефицитарного нарциссизма (p<0,05).

Возможно, у начинающих врачей-психотерапевтов еще не сформировано целостное отношение к себе как к профессионалу, самооценка несколько снижена, так же как и представление о собственных способностях и возможностях. Это приводит к компенсаторному стремлению к чрезмерной идентификации с нормами и поведением значимого окружения, что неизбежно

наносит ущерб личным интересам, потребностям и планам. Эти результаты хорошо согласуются с высокими показателями шкалы дефицитарного внешнего Я-отграничения. В процессе супервизии у специалистов увеличивается ощущение уверенности и компетентности, они более целостно начинают воспринимать свои возможности и реализовывать их, научаются извлекать необходимые уроки из своих ошибок и тем самым увеличивают собственный жизненный и профессиональный потенциал.

У врачей-психотерапевтов, длительно участвующих в процессе супервизии, достоверно (p<0,05) ниже средние значения дефицитарной сексуальности и выше показатели конструктивной ее составляющей. Следовательно, для них типично в целом позитивное отношение к собственному образу «Я», в том числе к его телесному и сексуальному выражению. Интерперсональные отношения у представителей этой группы достаточно эмоционально насыщены, они лучше понимают как свои собственные, так и чужие чувственные по-

требности, что дает возможность интегрировать в работе более широкий спектр информации и использовать больший репертуар терапевтической активности.

Представляет интерес сопоставление этих данных с результатами, полученными при обследовании пациентов с невротическими расстройствами в процессе групповой психотерапии.

Для оценки динамики центральных Я-функций у больных с невротическими расстройствами в процессе краткосрочной групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии был также применен Я-структурный тест (ISTA). Результаты исследования приведены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, статистически значимый сдвиг показателей шкал методики Я-структурного теста (ISTA) был получен по следующим шкалам: «Конструктивная агрессия» (уменьшение показателя при $p < 0,001$), «Деструктивная агрессия» (увеличение показателя при $p < 0,04$), «Конструктивная тревога» (увеличение показателя при $p < 0,001$), «Конструктивное внешнее Я-отграничение» (увеличение показателя при $p < 0,05$), «Конструктивный нарциссизм» (увеличение показателя при $p < 0,03$), «Деструктивная сексуальность» (снижение показателя при $p < 0,001$).

Распределение показателей в исследованной группе представлено на рис. 2.

Как видно из рис. 2, общей тенденцией для всех исследованных в процессе психотерапии было снижение значений шкалы конструктивной агрессии и увеличение деструктивной и дефици-

тарной агрессии; увеличение конструктивной и деструктивной тревоги при снижении дефицитарной. Повысилось значение шкал конструктивного, деструктивного и дефицитарного внешнего Я-отграничения. Внутреннее Я-отграничение увеличилось по шкале конструктивности, по шкалам деструктивности и дефицитарности снизилось. Центральная Я-функция нарциссизма повысилась по всем шкалам. Снизилась дефицитарная сексуальность, конструктивная и деструктивная — увеличились.

Таким образом, известное выражение Н. Sullivan: «Психотерапия — это ситуация, в которой встречаются два человека, один из которых менее тревожен» (цит. по: В.Д. Вид) [16], получило свое экспериментальное подтверждение. В группе пациентов отмечается сходная динамика показателей, как и у психотерапевтов в процессе супервизии. Изначально более высокий уровень конструктивной агрессии и у пациентов, и у психотерапевтов, очевидно, отражает общую тенденцию несколько преувеличивать имеющийся конструктивный потенциал и демонстрировать готовность к межличностному взаимодействию, который не всегда соответствует реальному потенциалу, но это не достигает уровня фасадного профиля при личностных расстройствах, когда все центральные Я-функции приобретают «сверх-конструктивный» характер. В процессе самопознания представления о себе становятся более реалистичными. Одновременно функции Я-отграничения, способность гибко регулировать дистанцию в отношениях, функция

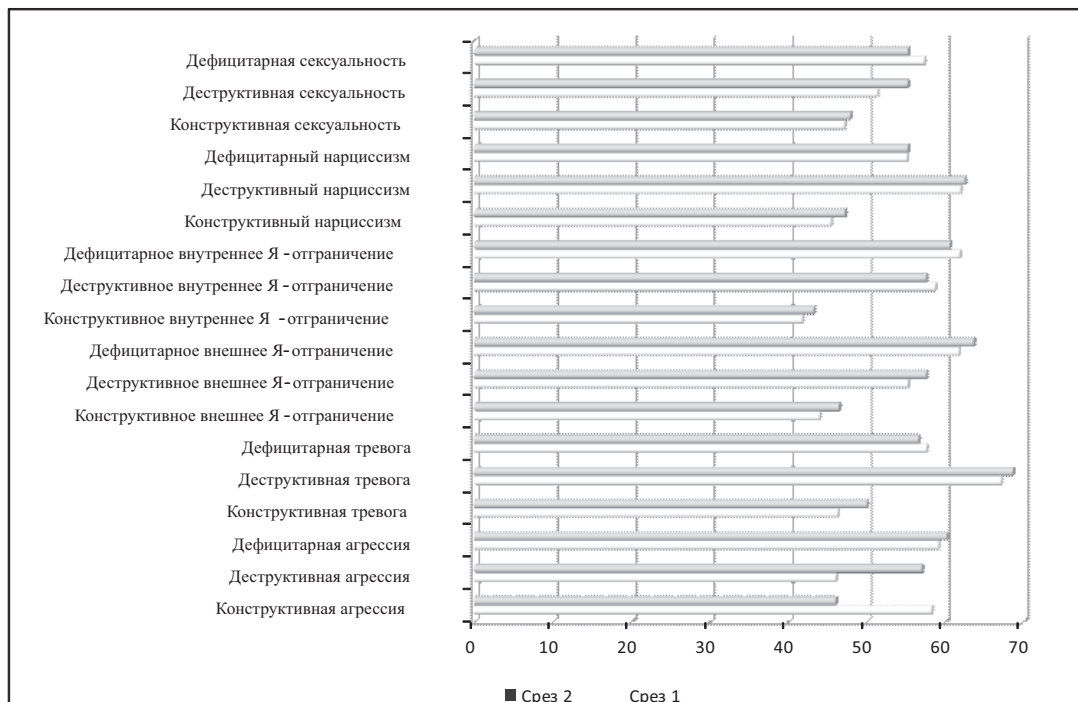


Рис. 2. Показатели шкал Я-структурного теста (ISTA) у больных с невротическими расстройствами до и после краткосрочной групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

тревоги, нарциссизма, то есть принятия себя на основе хорошего знания своих реальных достоинств, функция сексуальности имеют тенденцию к развитию в конструктивном ключе с уменьшением своих деструктивных и дефицитарных составляющих.

Помимо формальных характеристик самыми значимыми для успеха психотерапии являются особые параметры специалиста — его умение устанавливать терапевтический контакт с пациентом, неспецифические внерольевые характеристики его поведения, требования, предъявляемые к его личным качествам и профессиональной подготовке.

При сравнении пациентов с острыми и затяжными формами невротических расстройств были выделены следующие различия, которые определяют трудности в психотерапии этой группы пациентов и формируют супервизионные потребности, касающиеся не только технических приемов, но и эмоциональной поддержки, удержания и переработки аффектов пациента (контейнирования), часто сопутствующих психотерапевтическому процессу.

В связи с тем, что пациенты с затяжными формами невротических расстройств относятся к труднокурабельной группе для супервизии психотерапевта, работающего с этой категорией больных, целесообразно иметь представления о специфических особенностях структуры их центральных Я-функций, что оказывает влияние на построение психотерапевтического контакта, указывает ряд трудностей, к которым прогностически должен быть готов супервизор.

Для выявления специфических особенностей структуры центральных Я-функций больных с затяжным течением невротических расстройств было исследовано 80 человек, из них 38 — мужчины, 42 — женщины, возраст испытуемых варьировался от 25 до 50 лет. 1-я группа — больные с острым течением невротического расстройства; 2-я группа — больные с затяжным течением.

Для оценки центральных Я-функций у больных с острым и затяжным течением невротических расстройств был применен Я-структурный

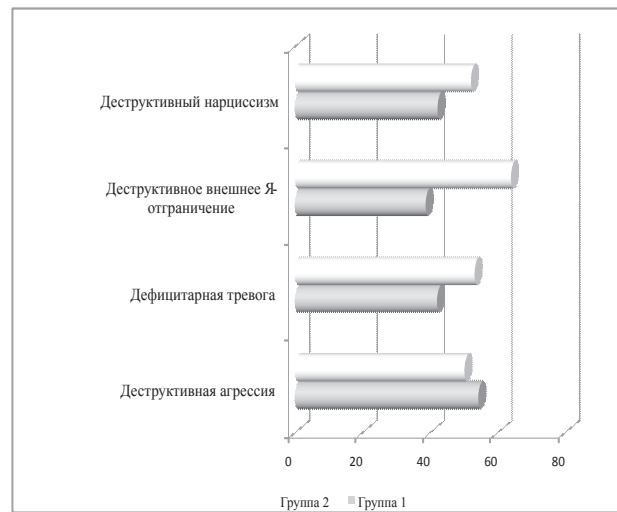


Рис. 3. Показатели шкал методики ISTA в группах больных с острым и затяжным течением невротических расстройств.

тест (ISTA). Результаты исследования приведены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, статистически значимые отличия были получены по следующим шкалам: «Деструктивная агрессия» (более высокий показатель при остром течении, $p < 0,05$), «Дефицитарная тревога» (более низкий показатель при остром течении, при $p < 0,01$), «Деструктивное внешнее Я-отграничение» (более низкий показатель при остром течении, $p < 0,01$) и «Деструктивный нарциссизм» (более низкий показатель при остром течении, $p < 0,05$).

Распределение показателей в исследованных группах представлено на рис. 3.

Таким образом, специфичный профиль центральных Я-функций пациентов с затяжными формами невротических расстройств, сочетающий высокие уровни деструктивной агрессии при одновременной дефицитарной тревоге, деструктивном внешнем Я-отграничении и деструктивном нарциссизме создает трудные условия для построения терапевтического контакта и продуктивного взаимодействия. У этих больных

Таблица 3

Показатели шкал Я-структурного теста (ISTA) у больных с острым и затяжным течением невротических расстройств

Название шкалы	M		p	σ	
	Группа 1	Группа 2		Группа 1	Группа 2
Деструктивная агрессия	54,29	50,21	<0,05	9,01	10,11
Дефицитарная тревога	42,08	53,22	<0,01	12,27	10,62
Деструктивное внешнее Я-отграничение	38,71	64,00	<0,01	10,22	9,04
Деструктивный нарциссизм	42,23	52,14	<0,05	9,17	9,21

Примечание. В таблице приведены значимые отличия.

деформирована способность к нормальному взаимодействию с окружающим миром и другими людьми, в том числе и психотерапевтом. Сформировавшись вследствие деструктивного характера системы отношений со значимыми другими в первичной группе, этот паттерн впоследствии воспроизводится с учителями, начальниками, лечащими врачами и другими имплицитно авторитетными лицами. Деструктивная агрессия проявляется блокированием реализации собственных планов, к примеру, достижения совместно намеченных психотерапевтических целей. В процессе психотерапии это может проявляться недоброжелательностью, обесцениванием усилий и поддержки психотерапевта, чрезмерной требовательностью. Конфликтные ситуации становятся самоцелью, больные ригидны и стеничны, стремясь к «символическому уничтожению» противника, а именно психотерапевта. Выполнению психотерапевтических домашних заданий препятствуют имеющиеся нарушения эмоционального и волевого контроля, что создает условия дополнительной фрустрации психотерапевта. Для прогресса в психотерапии необходимо общение с более опытным коллегой или группой коллег для восстановления профессиональной самооценки и удержания и переработки (контейнирования) деструктивной тревоги. Собственная повышенная дефицитарная тревога пациентов с затяжными формами невротических расстройств не позволяет им своевременно остановиться в своем деструктивном взаимодействии с другими. Без тревожных сигналов у пациентов снижена способность вовремя оценить возможные последствия своих действий, они склонны к эмоциональному обесцениванию важных отношений и возможному расставанию при отказе психотерапевта продолжить психотерапию. Деструктивный нарциссизм, дополняющий профиль, указывает на нестабильное отношение к себе и незнание себя, несформированную способность объективизировать себя, «отражаясь» в зеркале межличностного взаимодействия, что препятствует усвоению нового конструктивного опыта, получаемого в процессе психотерапии. Пациенты стараются избегать подлинных контактов с другими, создающими условия для подтверждения собственной идентичности. Общение нередко носит односторонний характер с тенденцией к нарастанию рассогласованности между внутренней оценкой себя, которая носит чрезмерно обобщенный неясный характер, и предполагаемой оценкой себя другими, терапевтически необходимый диалог трансформируется в монолог. Часто это вызывает у психотерапевта ощущение тщетности его усилий. Пациенты склонны повторно сообщать о переживаниях непонятности, неразделенности, проявлять чрезмерную требовательность, неприимчивость к недостаткам и слабостям других, в особенности психотерапевта, при одновременной выраженной чувствительности к критике в свой адрес, низкой фрустрационной толерантности, непереносимости конфронтации, склонности к

подмене искренних межличностных отношений манипулятивными приемами. Деструктивное внешнее Я-отграничение определяет нарушения «внешней» регуляции отношений личности с действительностью как с референтной группой, так и с событиями внешнего мира. Это проявляется в выстраивании жестких, малопроницаемых границ, между собственным Я и окружающими, наблюдается «обособление без коммуникации», психотерапевт чувствует себя исключенным из коммуникации. Эмоциональное дистанцирование, аффективная скованность, безучастность к потребностям других людей, неспособность принимать помощь часто вызывают у психотерапевта реципрокные переживания опустошенности, ненужности, некомпетентности вплоть до развития астено-апатического состояния. Только супервизия может привести к восстановлению уверенности в собственных силах. Для начинающих специалистов важным элементом становится дидактическое обучение тому, что это естественный этап наверстывающего развития для данной группы пациентов в процессе психотерапии. Супервизируемый при представлении случая лечения пациента с затяжным невротическим расстройством нередко воспроизводит трудную атмосферу психотерапевтической сессии в отношениях с супервизором или супервизионной группой. Этот феномен известен как «параллельный процесс». Понятие было введено для обозначения тенденции супервизора, психотерапевта и пациента становиться похожими друг на друга, то есть воспроизводить взаимные межличностные отношения. При каждой встрече с пациентом вопрос о терапевтических отношениях в широком понимании этого термина («как действует на меня другой, что он во мне вызывает?») должен стать основой психотерапевтической деятельности [17].

Важным элементом супервизии является возможность увидеть, как более опытный специалист справляется с проблематикой, которую трудный пациент привносит в психотерапию. Внутренние репрезентации супервизоров становятся тем, что психотерапевты включают в свою повседневную деятельность, они помогают им преодолевать профессиональные трудности.

Цель супервизии — улучшение профессиональной деятельности, а не проработка внутриличностных конфликтов, и, соответственно, работа должна оставаться в рамках обсуждения лечебного процесса. Психотерапевтическое мышление должно стать личностной характеристикой, пронизывать весь стиль поведения специалиста. Без сомнений, характер взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом является ключевым вопросом для успеха психотерапии. Для психотерапевта необходимы совершенное владение навыками общения, ролевая гибкость, эмоциональная стабильность, безупречный эмоциональный контроль.

Литература

1. Психотерапевтическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 2000. 1019 с.
2. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для психотерапевтов и супервизоров. СПб.: Вита, 2004. 128 с.
3. Бабин С.М., Васильева А.В. Значение супервизии в комплексном лечении психических расстройств. // Вестник Оренбургского государственного университета, декабрь 2005. С. 107–114.
4. Винокуров В.А., Кремлева О.В., Кулаков С.А., Токарев Н.А., Токарева Л.А., Эйдемиллер Э.Г. Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми. Учебное пособие. СПб., 1998. 83 с.
5. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2002. 236 с.
6. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. / Пер. с англ. СПб.: Речь, 2002. 352 с.
7. 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.
8. McLaughlin J., Johan M. Enactments in Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic association*, 1991; p. 826–840.
9. Searles H.F. *The informational value of the supervisor's emotional experience // Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects.* London: Hogarth Press, 1955.
10. Уильямс Э. Вы — супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. Пер. с англ. М.: Класс, 2001. 288 с.
11. Ekstein R., Wallerstein R.S. *The Teaching and Learning of Psychotherapy.* New York: Basic Books, Inc., 1958
12. Sachs D.M., Shapiro S. H. *On parallel processes in therapy and teaching Psychoanal.*, 1976, Q. 45, p. 394–415
13. 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.
14. Аммон Г. *Динамическая психиатрия.* Пер. с нем. СПб., изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. 200 с.
15. *Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова.* СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
16. Вид В.Д. *Психотерапия шизофрении.* 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2001. 432 с.
17. Дернер К., Плоуг У. *Заблуждаться свойственно человеку.* / Пер. с нем. СПб., изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997. 520 с.

Информация об авторах

Бабин Сергей Михайлович: д.м.н., главный внештатный психотерапевт Министерства здравоохранения Оренбургской области, зав. областным психотерапевтическим центром Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2. Тел. (3532) 39-70-16

Бочаров Виктор Викторович: к. психол. н., научный руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: wboch@hotmail.ru

Васильева Анна Владимировна: к.м.н., ст. науч. сотр. отделения неврозов и психотерапии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: annavdoc@yahoo.com

Сарайкин Дмитрий Михайлович: мл. науч. сотр. лаборатории клинической психологии и психодиагностики СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. E-mail: saraikindm@yandex.ru

Харин Павел Владимирович: врач-психотерапевт Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1. Тел. (3532) 57-21-65