

**ОБЩЕСТВО СЕМЕЙНЫХ КОНСУЛЬТАНТОВ И
ПСИХОТЕРАПЕВТОВ**

научно-практический сетевой журнал

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ

ЭЛ№ФС77-69364 от 6-го апреля 2017г.

<http://familypsychology.ru>



№ 4 октябрь 2018

«Электронный научно-
практический журнал
Психология и
психотерапия семьи»
Учредитель РОО
«Общество семейных
консультантов и
психотерапевтов»
Выходит с 2017г.
4 раза в год.
Регистрация в
роскомнадзоре
(Свидетельство о
регистрации средства
массовой информации
ЭЛ№ФС77-69364 от 6-
го апреля 2017г.)
2018 № 4



Главный редактор
Варга Анна Яковлевна.
Редакционная коллегия
Янковская Екатерина Борисовна
Травкова Марина Рахимджоновна
Редакционный совет
Болотова Алла Константиновна
Васягина Наталия Николаевна
Карабанова Ольга Александровна
Реан Артур Александрович
Шабельников Виталий Константинович
Кэтрин Бэйкер
Питер Тайтельман
Моника Макголдрик

ОТ РЕДАКТОРА:

Уважаемые читатели, коллеги! Это 4-й номер журнала «Психология и психотерапия семьи» за 2018 год. Он вышел с опозданием и совсем не в том виде, в каком планировался. Открывает номер уникальная статья В.Богомолова: обзор исследований эффективности психотерапии пар. На эту тему отечественных работ практически нет.

Этим номером мы открываем новую тему.

Общество семейных консультантов и психотерапевтов начало работу по подготовке супервизоров в системном подходе. Статьи на эту тему мы будем публиковать в ближайших номерах. Подоспели пока две статьи. Одна — это отредактированная распечатка лекции Г.Будинайте, которая предваряла проект Общества семейных консультантов и психотерапевтов по подготовке супервизоров. Текст объемный и довольно сложный. Показано из чего состоит супервизионный процесс, какие задачи он может решать, какие системы в нем взаимодействуют, какая позиция супервизора может быть.

Вторая статья Е.Жуйковой, посвящена более специальному вопросу: супервизионной работе с психологами, сопровождающими приемные семьи.

Надеемся, что номера следующего года будут более полновесными.

Приятного чтения!

А.Я.Варга

СОДЕРЖАНИЕ:

ОТ РЕДАКТОРА.....3

ОБЗОРЫ

Богомолов В.А.

"Обзор исследований эффективности супружеской терапии в условиях реальной клинической практики"5-14

ПРАКТИКА

Будинайте Г.Л.

"Поле профессиональной супервизии в системном подходе сегодня"15-29

Жуйкова Е.Б.

«Супервизия работы специалистов сферы семейного устройства, оказывающих помощь принимающим семьям: наиболее сложные темы».....30-42

ОБЗОРЫ

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Богомолов В.А.

В статье приводится обзор исследований эффективности психотерапии с парами в условиях реальной клинической практики. Приведены размеры эффекта для каждого исследования и процент клинически значимых изменений для пары. Раскрывается проблема более низкой эффективности, обнаруженной в таких исследованиях, по сравнению с рандомизированными контролируруемыми исследованиями терапии пар. Приведены данные исследований, использующих систематическое отслеживание результата, как способ повысить эффективность психотерапевтической работы с парами. Сформулированы рекомендации для практикующих психотерапевтов.

Ключевые слова: эффективность, терапия пар, размер эффекта, клиническая значимость, обратная связь от клиентов, систематическое отслеживание результата, предикторы.

REVIEW OF THE EFFECTIVENESS STUDIES OF COUPLES THERAPY.

Victor Bogomolov

The review lists effectiveness studies of couples therapy in clinical practice with effect sizes obtained for each study, and percentage of clinical significant change. The problem of lower effect sizes obtained in effectiveness studies compared to efficacy studies using randomized clinical trials for couples therapy is elaborated. In the review are included the results of newer studies using routine outcome monitoring for increasing effectiveness of couples therapy. Guidelines and recommendations are formulated for therapists practicing with couples.

Keywords: Effectiveness, couples therapy, effect size, clinical significance, clients feedback, routine outcome monitoring, predictors.

Виды эффективности в исследованиях психотерапии и оценка эффекта

В исследованиях психотерапии чаще всего различают два вида эффективности: эффективность в идеальных условиях (в английском языке efficacy) отвечает на вопрос, работает ли интервенция, а также используется термин effectiveness - он обозначает эффективность в условиях реальной практики и показывает, будет ли работать интервенция в обычных условиях, с обычными (а не специально отобранными) клиентами и психотерапевтами, смешивающими разные подходы и менее строго следующими психотерапевтическим протоколам.

Первый вид эффективности психотерапии (efficacy) исследуется в специальных условиях - так называемых рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ), ставших своеобразным “золотым стандартом” в научном мире психотерапии. В таких исследованиях клиенты специально отбираются, и случайным образом распределяются в одну из групп, в одной из которых - экспериментальной - тщательно обученные психотерапевты будут проводить интервенции в соответствии с достаточно строгими протоколами, а в другой - контрольной - либо будет применяться другой психотерапевтический подход, либо “обычное лечение”, либо лечение вообще будет

отсутствовать, а клиенты будут стоять в листе ожидания. Цель всех этих манипуляций - в установлении факта эффективности конкретного психотерапевтического подхода или интервенции. Данные нескольких или многих рандомизированных контролируемых исследований объединяются и анализируются в мета-анализах, что позволяет прийти к надежным выводам об эффективности проверяемого подхода. Обычно статистическим результатом отдельного исследования и мета-анализа является размер эффекта (effect size): это величина позволяет определить степень эффективности психотерапевтического подхода. Размер эффекта рассчитывается как среднее значение контрольной группы, вычтенное из среднего значения экспериментальной группы, поделенное на стандартное отклонение. Размер эффекта, выраженный в величине d Д. Коэна обычно объясняется как малый, если $d=0.2$, средний при $d=0.5$, и большой при $d=0.8$ (Cohen, 1992). Размер эффекта в 0.8 означает, что клиент или пара, проходившие терапию, чувствует себя лучше, чем 79% людей в группе сравнения, не получавших этот вид терапии.

Еще один способ оценить степень эффективности психотерапии - это оценка клинической значимости изменений, в некоторых исследованиях указываются и эти показатели. Чаще всего используется следующие критерии (Jacobson, Truax, 1991): для каждой методики, используемой для оценки эффективности психотерапии пар для обоих партнеров рассчитывается количество баллов, которое будет демонстрировать надежное *улучшение* (так называемый индекс надежного изменения, *reliable change index*), а для клинически значимого улучшения, необходимо в дополнение к этому превышение т.н. клинического порога. Этот показатель определяется либо как значение ровно посередине между двумя средними значениями - нормой для используемой методики и средним значением для исследуемой клинической группы - либо, если нормы для методики отсутствуют, как изменение на два стандартных отклонения (в сторону улучшения) для исследуемой группы. Таким образом, при выполнении только первого критерия используется термины *улучшение* или *надежное изменение*, а при выполнении первого и второго критерия - "*выздоровление*" (*recovered*) или *клинически значимое изменение*. Эти критерии являются достаточно строгими, и значительную часть пар в исследованиях эффективности оставляют в категории "без улучшений" (*unimproved*).

Эффективность терапии пар в условиях реальной клинической практики

В области супружеской терапии накоплено достаточно много данных РКИ и в результате проведенных мета-анализов отдельных психотерапевтических подходов были выявлены высокие уровни размера эффекта: от 0.59 до 0.84 (Petch, J., Lee, J., Huntingdon, B. and Murray, J. 2014). Такая эффективность сопоставима с результатами мета-анализов для индивидуальной психотерапии. При этом в мета-анализах РКИ не выявлено подхода, который дает превосходящие результаты по сравнению с другими методами (Snyder, Halford, 2012).

В рамках исследований эффективности терапии пар в обычной практике (*effectiveness*) почти всегда отсутствует такая группа сравнения, которая не получает терапии вообще, поскольку это нарушает этические принципы. Данные, полученные в РКИ, говорят о том, что пары, находящиеся в группе сравнения в листе ожидания, в среднем не показывают улучшений в отношениях (Baumont, 2003). Поэтому в исследованиях эффективности в обычной практике клиенты всегда сравниваются сами с собой в начале и в конце терапии или спустя какой-то срок после завершения терапии (обычно 6 месяцев) и размер эффекта говорит о выраженности этих изменений.

Эффективность супружеской терапии в рамках реальной практики исследована гораздо меньше и показывает менее обнадеживающие результаты, чем в рамках РКИ (Halford, Pepping, 2016). Еще в 1994 году в США среди почти 3000 человек был проведен опрос потребителей относительно качества услуг в области психологической помощи, данные которого были опубликованы и проанализированы (Seligman, 1995). Супружеские терапевты (marital counsellors) получили в нем самые низкие оценки респондентов по сравнению с другими специалистами в области психического здоровья по критерию улучшения состояния относительно проблемы, послужившей причиной обращения.

В Германии командой Курта Хальвега было проведено два исследования эффективности в реальной практике супружеских психотерапевтов. Первое исследование было проведено в 90-е годы, в нем участвовали 234 пары и 84 терапевта, практикующих в таких подходах, как интегративный, системный, психодинамический, гештальт, поведенческий и роджерсианский (Hahlweg, Klann, 1997). Эффективность оценивалась по опроснику удовлетворенности браком (Marital Satisfaction Inventory) в начале терапии, в конце и спустя 6 месяцев после завершения. Дополнительно оценивался уровень симптомов депрессии и психосоматических симптомов. Общий размер эффекта для удовлетворенности отношениями по всем 10 шкалам оказался малым и составил 0.28, а по шкале общей неудовлетворенности - 0.37, в то время как размер эффекта для улучшения симптомов депрессии составил 0.47. Только 24.5 % пар продемонстрировали “выздоровление” (recovered). Половина клиентов продемонстрировала досрочное выпадение из терапии, что значительно больше, чем в рандомизируемых контролируемых исследованиях. Среднее количество психотерапевтических сессий составило 14. Эффективность терапевтов не различалась в зависимости от указанной принадлежности к психотерапевтическим подходам.

В 2011 году та же команда авторов воспроизвела это исследование (Klann, N., Hahlweg, K., Vaucom, D. H., & Kroeger, C., 2011). Новая работа включала 50 терапевтов и 305 супружеских пар со схожими характеристиками. В этом исследовании для шкалы общей неудовлетворенности браком был получен размер эффекта 0.52, а для симптомов депрессии - 0.72. Однако досрочное прекращение терапии было очень распространённым - всего 35% клиентов заполнили шкалы второй раз. С точки зрения надежности клинических изменений, по оценке исследователей, 33 % пар продемонстрировали клинически значимое изменение, т.е. «выздоровление» (recovered).

В Швеции было проведено исследование супружеской терапии в рамках реальной практики в семейных консультативных центрах, специализирующихся на краткосрочной психологической помощи (Lundblad, Hansson, 2006). В исследовании приняли участие 16 терапевтов, использующих системную теорию, ориентированные на решение техники, когнитивные, психообразовательные и психодинамические интервенции в своей работе. Из 312 пар половина выпала досрочно из работы и не участвовала в заполнении методик второй раз при завершении терапии. Среднее количество сессий психотерапии составило 8.8, половина пар посетила менее 9 сессий. Эффективность терапии оценивалась Шкалой приспособления в паре (Dyadic Adjustment Scale); шкалой, оценивающей показатель “выраженных эмоций” (expressed emotion - показатель, фиксирующий частоту критических замечаний и эмоциональную сверхвключенность); Шкалой климата семьи; списком симптомов SCL-90 и опросником на резильентность.(устойчивость). Размер эффекта для удовлетворенности браком, оцениваемой с помощью шкалы DAS, составил 0.75 для женщин и 0.79 для мужчин, а через два года после окончания терапии тот же показатель равнялся для женщин 0.71 и

0.70 для мужчин. По всем остальным показателям у супругов произошли значимые позитивные изменения. В этом исследовании результаты были самыми позитивными из всех исследований эффективности в обычной клинической практике.

Чаще всего в Америке проводятся РКИ супружеской терапии, и очень редко - исследования эффективности в клинической практике. Такое исследование было проведено с парами, где один из партнеров являлся ветераном боевых действий (Doss, B.D., Rowe, L., Morrison, K.R., Libet, J., Birchler, G., Madsen, J., & McQuaid, J.R., 2012). В исследование вошло 177 пар и 59 команд специалистов, состоящих из двух ко-терапевтов. В основном в работе специалистов упор делался на коммуникативный тренинг и поведенческую терапию с элементами когнитивной и эмоционально-фокусированной терапии. Среднее количество терапевтических сессий составило 8.6, и только треть пар прошла полный курс терапии, по оценке специалистов. Оценка эффективности производилась с помощью опросника качества брака (Quality of Marriage Index), и размер эффекта составил 0.44 для мужчин и 0.47 для женщин. Те пары, у которых уровень неблагополучия в отношениях исходно был выше, получили больший позитивный эффект в результате психотерапии чем те, которые оценивали свои отношения скорее, как благополучные. Однако, с точки зрения уровня клинической значимости лишь 17 % пар перешли в категорию “выздоровевших” (recovered), и 26 % продемонстрировали улучшение (improved), 54 % пар не показали надежных изменений, а 3 % показали ухудшение в группе выраженного неблагополучия в отношениях в начале терапии. В группе пар, которые оценили в начале исследования свои отношения скорее, как благополучные, клиническая значимость изменений была еще менее обнадеживающей: только 20 % попали в категорию “улучшение”, 75 % пар не показали улучшений и в 5 % пар отношения ухудшились (соответственно, в этой подгруппе не было пересечения клинического порога, так как значения для партнеров изначально были выше).

Наконец, в Австралии было проведено крупное ретроспективное исследование пар, получавших психотерапию (Petch et al., 2014). Дизайн исследования позволил опросить 1649 клиентов: они должны были по памяти оценить, насколько хороши были их отношения с партнером на момент начала психотерапии по 5-балльной шкале. Также они заполняли шкалу удовлетворенности пар (Couple Satisfaction Index 4), позволяющую оценить текущие отношения с партнером. Среднее количество психотерапевтических сессий составило 5.3. Размер эффекта составил 0.67, однако у исследования есть важное ограничение, заключающееся в том, что оценка изначальной удовлетворенности отношениями производилась исключительно *после* окончания терапии и с помощью всего одного вопроса.

Британское исследование, проведенное в Тавистокской клинике, было посвящено оценке эффективности использования психоаналитической терапии в реальной практике (Hewison D, Casey P, Mwamba N., 2016). В отличие от РКИ, здесь не было контрольной группы и строгого отслеживания соответствия стандартам психодинамической терапии - терапевты работали в рамках повседневной практики. 877 участников посетили от 2 до 150 сессий вдвоем (в среднем 23.3 сеанса терапии), что неудивительно, учитывая, что клиника специализируется на психодинамической терапии, занимающей более длительное время и большая часть клиентов обращается самостоятельно. Уровень индивидуального благополучия измерялся шкалой CORE-OM, а уровень удовлетворенности отношениями - шкалой оценки состояния брака Голлобока-Раста (GRIMS). Размер эффекта для улучшения отношений в паре составил 0.58 и 1.04 для улучшения индивидуального благополучия. Хотя изначально женщины

в среднем оценивали отношения в паре как менее удовлетворительные, изменения были сходными для мужчин и женщин. Оценка значимости изменений в отношениях по шкале GRIMS показала, что 26 % клиентов показали надежные изменения и 12.1 % - клинически значимые изменения.

Во всех приведенных исследованиях не удалось обнаружить значимых предикторов эффективности, т.е. показателей, позволяющих делать надежные предположения о том, будет ли терапия с парой эффективна. Единственным исключением является исследование ветеранов боевых действий (Doss et al., 2012), показавшее, что чем ниже уровень удовлетворенности отношениями, тем больше положительных изменений происходит в терапии пары.

В целом, исследования эффективности терапии пар в реальной клинической практике показывают более низкий размер эффекта, чем исследования терапии пар в РКИ. Одно из возможных объяснений этому феномену заключается в том, что строгий отбор клиентов для РКИ способствует отсеву тех пар, которые хотят прояснить с помощью психотерапии судьбу своих отношений, и оставляет только те пары, которые готовы налаживать отношения. Пары, попадающие в РКИ, подписывают информированное согласие, в котором указана цель терапии - улучшение отношений. В реальной клинической практике значительная часть пар в процессе терапии хотят понять, насколько им нужны эти отношения. Также значительная часть РКИ отсеивает пары, в которых партнеры не состоят в официальном браке, но проживают вместе (Halford, Pepping, 2016).

Также важное отличие между исследованиями эффективности в РКИ и в клинической практике заключается в длительности терапии. Фактически, пары в условиях реальной практики посещают в два раза меньше сессий, чем в РКИ (15-30 в РКИ, цит. по Halford, Pepping, 2016) и как минимум половина из них досрочно выбывает из терапии. Значительное количество пар посещает менее 4-х встреч с психотерапевтом.

Систематическое отслеживание результата и обратная связь от клиентов как способ повышения эффективности

Одним из предлагаемых способов повышения эффективности в реальной клинической практике является систематическое отслеживание результатов и использование терапевтом обратной связи от клиентов. Такая обратная связь может быть использована специалистом для внесения изменений в работу, и усиления вовлеченности клиента, что, в конечном счете, повышает эффективность психологической помощи.

Норвежское исследование супружеской терапии стало первым исследованием в рамках реальной клинической практики, показавшим эффективность использования обратной связи (Anker M. G., Duncan B. L., Sparks J. A., 2009). Это исследование было не самым крупным, но одним из самых продуктивных с точки зрения количества полученных данных, которые были отражены в 6 публикациях. В исследование было включено 206 пар, проходивших терапию в государственном центре у 10 терапевтов, работающих в эклектичном подходе, использующих одновременно в своей работе такие виды терапии, как ориентированную на решение, нарративную, когнитивно-поведенческую, гуманистическую и системную. Это было рандомизированное исследование, в котором психотерапевты сравнивались сами с собой, в зависимости того, используют ли они обратную связь от клиентов или нет. В экспериментальной

группе партнеры давали перед каждой встречей обратную связь терапевтам относительно уровня своего благополучия с помощью Шкалы оценки результата (Outcome Rating Scale) (Богомолов и соавт.2013). Оценка отношений между супругами производилась перед началом терапии и спустя 6 месяцев после окончания психотерапевтической работы с помощью Теста приспособления в браке Локе-Вэлласа (Locke-Wallace Marital Adjustment Test). Результаты показали, что пары в группе с обратной связью через 6 месяцев после окончания терапии расставались или разводились в 18.4 % случаев, а пары в группе, проходившей терапию без использования обратной связи - в 34.2 %. Размер эффекта (сравнение до начала терапии и спустя 6 месяцев после окончания) по тесту приспособления в браке составил 0.55 для группы с использованием обратной связи и 0.21 для группы пар без обратной связи. Размер эффекта по шкале оценки результата (ORS) для группы, дававшей обратную связь психотерапевтам по сравнению с группой, не дававшей обратной связи, составил 0.50, а среднее количество терапевтических встреч в исследовании - 4.8. С точки зрения клинической значимости в категорию “клинически значимые изменения” по шкале ORS попали 40.8 % пар в группе с обратной связью и 10.8 % в группе обычной терапии пар без обратной связи. Данное исследование было воспроизведено в Америке на меньшей выборке со сходными результатами: размер эффекта составил 0.48, среднее количество встреч - 5.9 (Reese R., Toland M., Slone N., Norsworthy L., 2010).

В этом исследовании были обнаружены предикторы, относящиеся к терапевтам. Те терапевты, кто устанавливали лучший терапевтический альянс с клиентами, показали лучшие результаты терапии. Вторым фактором оказался опыт терапевтов: более опытные терапевты достигали лучших результатов (эффект был выражен в два раза меньше по сравнению со способностью устанавливать прочный терапевтический альянс). Однако эти факторы не были значимо связаны, то есть наличие большего опыта не означало, что терапевт показывает высокий уровень терапевтического альянса в работе с парами (Owen, J., Duncan, B. L., Reese, J., Anker, M. G., & Sparks, J. A., 2014). Со стороны клиентов оценка мужьями терапевтического альянса с терапевтом оказалась лучшим предиктором эффективности терапии, чем оценка альянса с терапевтом женами (Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., & Sparks, J. A., 2010).

Помимо количественных оценок благополучия и терапевтического альянса, участникам исследования спустя 6 месяцев после его завершения было предложено ответить письменно на ряд вопросов интервью, а затем был проведен качественный анализ ответов (Anker, M. G., Sparks, J. A., Duncan, B. L., Owen, J. J., & Stapnes, A. K., 2011). Клиенты, участвовавшие в исследовании, часто давали позитивные комментарии относительно того, как к ним относился психотерапевт, а негативные комментарии чаще всего относились к тому, как строилась работа с точки зрения структуры и задач. В частности, клиентам не хватало практических и ясных советов со стороны терапевта, его активности и способности задавать направление работы. По сути, пары в исследовании чаще всего говорили о необходимости большей директивности и конкретики со стороны терапевта. Однако самое большое число негативных комментариев касалось не содержания работы, а самого процесса предоставления услуг психотерапевтами. Так, клиенты были недовольны тем, что терапевты переносили встречу или были не готовы пойти навстречу пожеланиям пары относительно времени встреч, а также клиенты нуждались в более активной роли терапевта в назначении встреч после пропусков, независимо от того, по чьей вине они произошли. Этот аспект психотерапевтической практики до этого почти не был исследован.

Наконец, последний важный результат норвежского исследования был связан с целями партнеров в момент начала терапии (Owen, J., Duncan, B., Anker, M., & Sparks, J., 2012). Пары, в которых оба партнера указали при первом посещении психотерапевта цель как “улучшить отношения” значительно реже разводились спустя 6 месяцев после окончания терапии (7.8%), чем те, в которых один или оба партнера указали цель как “прояснить, нужно ли продолжать отношения” (56 % развелись, если оба отметили такую цель). При этом в среднем, независимо от указанных целей, благополучие клиентов, измеряемое шкалой оценки встречи, клинически значимо выросло по шкале оценки результата (Outcome Rating Scale). Показательно, что супружеская терапия может быть полезной даже для тех клиентов, которые выбирают развод или разрыв отношений в ходе такой работы.

Систематическое отслеживание результата с помощью обратной связи от клиентов на каждой терапевтической сессии позволяет делать выводы не только про эффективность практикующих терапевтов, но и описывать траектории изменений в паре, что ранее было невозможно, так как использовалось только две или три точки оценки - в начале, в конце терапии и, возможно после определенного срока (чаще всего 6 месяцев).

Одно из исследований, в котором использовалась специальная система систематического отслеживания результата с помощью обратной связи в ходе семейной и супружеской терапии (STIC - Systemic Therapy Inventory of Change), специально было сфокусировано на вопросе, как именно и в какой последовательности происходят изменения в паре (Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Haase, C. M., 2015). Данный инструмент содержит несколько шкал и позволяет отслеживать как уровень индивидуального благополучия партнеров, так и уровень удовлетворенности отношениями. 125 пар заполняли данные шкалы на каждой встрече с терапевтами, использующими в своей работе интегративный психотерапевтический метод IPCM (Integrated Problem-Centered Metaframeworks), базирующийся на системном подходе. Клиенты продемонстрировали сопоставимые с полученными в других исследованиях изменения: размер эффекта для улучшения отношений составил 0.44 для мужчин и 0.35 для женщин, а для улучшения индивидуального функционирования размер эффекта был равен 0.83 и 0.73 соответственно. Траектория изменений была нелинейна: первые 4 сессии происходило улучшение как в области отношений, так и индивидуального функционирования, последующие 4 - стабилизация достигнутых изменений (в исследовании использовались данные только первых 8 сессий). Таким образом, феномен ранних изменений, описанный в индивидуальной психотерапии, был продемонстрирован и в данном исследовании на первых сессиях работы с парой. Кроме того, были получены однозначные данные о последовательности изменений у мужчин: для них изменения в отношениях предшествовали индивидуальным изменениям. Для женщин такой последовательности не отмечалось, а общая выраженность изменений в обеих областях была одинакова для мужчин и женщин.

Другая надежда, связанная с использованием систематического отслеживания результатов в психотерапии пар - это возможность раннего обнаружения тех пар, которые не отвечают на лечение улучшением и либо преждевременно покидают терапию, либо остаются в ней без положительного результата. Алгоритм такого обнаружения либо опирается на массив данных, полученных ранее относительно средней траектории изменения, и дает возможность терапевту узнать о раннем отклонении конкретной пары, либо использует мнение экспертов относительно того, что считать повышенным риском. Одно из исследований было основано на использовании

мнения экспертов. (Pepping, C. A., Halford, W. K., Doss, B. D., 2015). Фраза не понятная. По их мнению, ухудшение показателей, оценивающих отношения в паре в ходе первых 4 сессий психотерапии или отсутствие улучшений к 5 сессии, свидетельствует о значимом отклонении от траектории изменений. Были проанализированы данные исследования, приведенного ранее в обзоре (Doss et al., 2012) и результаты использования алгоритма для показали, что к 4 сессии в 70 % он оказывался верным, т.е. правильно предсказывал неуспех в терапии. После 5-й сессии аккуратность выявления неуспешных случаев не повышалась.

Выводы для практикующих терапевтов:

1. На настоящий момент нет данных о том, что использование какого-либо психотерапевтического подхода для пар дает лучшие результаты по сравнению с использованием других. Эффективность работы с парами в клинической практике несколько ниже эффективности в РКИ. Эксперты в области терапии пар приходят к выводу, что необходимо не разрабатывать новые подходы, а стремиться улучшить результаты в клинической практике за счет интеграции подходов или использования специальных средств (Snyder, Halford, 2012).
2. Количество встреч в психотерапии пары будет скорее всего не совпадать с количеством, описанном в протоколах лечения - оно будет гораздо меньше. Среднее количество психотерапевтических сессий для приведенных в данном обзоре исследований - 10.1 (7.9 без учета исследования в психоаналитической клинике).
3. Фактически психотерапевтам нужно исходить из того, что первые 4-5 сессий являются определяющими для возможности изменений и значительная часть пар не перейдет этот порог.
4. Терапевтам необходимо внимательно отслеживать изменения, как в уровне индивидуального функционирования партнеров, так и в их оценке отношений. Существуют формализованные инструменты, позволяющие это делать на каждой сессии и вносить коррективы в работу на основе полученных данных в режиме реального времени.
5. Необходимо отслеживать терапевтический альянс обоих партнеров с терапевтом на каждой сессии и уделять особое внимание оценке альянса со стороны мужчин.
6. В начале терапии необходимо правильно оценить цели партнеров как улучшение отношений или как прояснение желания быть в отношениях. Вне зависимости от целей партнеров терапия пары может быть полезной для индивидуального благополучия каждого из партнеров.
7. Необходимо уделять повышенное внимание такому аспекту психотерапии, как особенности предоставления услуг клиентам. Терапевту следует быть более гибким и проактивным (не занимать ожидающую позицию) в назначении времени приемов, особенно после пропусков и перерывов в работе.
8. Терапевтам следует давать четкие и понятные советы и задания паре, которые клиенты смогут использовать в перерыве между сессиями.

ЛИТЕРАТУРА:

Богомолов В.А., Дмитриевский П.В., Милованова Е.А., Бочавер А.А., Сковычева О.А., Хломов К.Д., Павловский А.И. (2013) Шкала оценки результата (ORS): предварительные результаты адаптации русскоязычной версии инструмента для получения обратной связи от клиентов в психологическом консультировании. *Консультативная психология и психотерапия*, 3, 179-189.

Anker M. G., Duncan B. L., Sparks J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693–704.

Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2010). The alliance in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 635–645.

Anker, M. G., Sparks, J. A., Duncan, B. L., Owen, J. J., & Stapnes, A. K. (2011). Footprints of couple therapy: Client reflections at follow-up. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(1), 22–45.

Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Kuschel, A. (2003). Are waiting-list control groups needed in future marital therapy outcome research? *Behavior Therapy*, 34, 179 –188.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

Doss, B.D., Rowe, L., Morrison, K.R., Libet, J., Birchler, G., Madsen, J., & McQuaid, J.R. (2012). Couple therapy for military veterans: Overall effectiveness and predictors of response. *Behavior Therapy*, 43(1), 216–227.

Hahlweg, K., & Klann, N. (1997). The effectiveness of marital counseling in Germany: A contribution to health services research. *Journal of Family Psychology*, 11, 410 – 421.

Halford, W. K., Pepping, C. A. and Petch, J. (2016). The gap between couple therapy research efficacy and practice effectiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42, 32–44.

Hewison D, Casey P, Mwamba N. (2016) The effectiveness of couple therapy: Clinical outcomes in a naturalistic United Kingdom setting. *Psychotherapy*, 53(4), 377-387.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.

Klann, N., Hahlweg, K., Baucom, D. H., & Kroeger, C. (2011). The effectiveness of couple therapy in Germany: A replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 200 – 208.

Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Haase, C. M. (2015). Treatment response in couple therapy: Relationship adjustment and individual functioning change processes. *Journal of Family Psychology*, 29, 657–666.

Lundblad, A. and Hansson, K. (2006), Couples therapy: effectiveness of treatment and long-term follow-up. *Journal of Family Therapy*, 28, 136-152.

Owen, J., Duncan, B., Anker, M., & Sparks, J. (2012). Initial relationship goal and couple therapy outcomes at post and six-month follow-up. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 179–186.

Owen, J., Duncan, B. L., Reese, J., Anker, M. G., & Sparks, J. A. (2014). Accounting for therapist variability in couple therapy: What really matters? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40(6), 488-502.

Pepping, C. A., Halford, W. K., Doss, B. D. (2015). Can we predict failure in couple therapy early enough to enhance outcome? *Behaviour Research and Therapy*, 65, 60–66.

Petch, J., Lee, J., Huntingdon, B. and Murray, J. (2014). Couple Counselling Outcomes in an Australian Not for Profit: Evidence for the Effectiveness of Couple Counselling Conducted Within Routine Practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35, 445-461.

Reese R., Toland M., Slone N., Norsworthy L. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 616–630.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.

Snyder, D. K., & Halford, W. K. (2012). Evidence-based couple therapy: current status and future directions. *Journal of Family Therapy*, 34(3), 229 - 249.

Sparks, J. A. (2014). The Norway Couple Project: Lessons learned. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41, 481–494.

ПРАКТИКА

ПОЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СУПЕРВИЗИИ В СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ СЕГОДНЯ

Г.Л. Будинайте

Статья представляет собой откорректированную запись вводной лекции, прочитанной для слушателей Программы подготовки супервизоров Общества семейных консультантов и психотерапевтов (ОСКИП). Обсуждаются варианты супервизии с точки зрения реализуемых в ней задач, существующих видов и форм супервизий. Рассматриваются соотношения различных терапевтических школ и методологий, сосуществующих сегодня на поле системного подхода. Обозначаются и обсуждаются возникающие соотношения различных пересекающихся систем в процессе супервизии – что вместе с учетом форм, видов и различных методологий ставит целый ряд вопросов для дальнейшего обсуждения и исследований.

Ключевые слова: супервизия терапевтической практики, классическая системная терапия, постклассическая системная терапия, терапевтическое воздействие и терапевтическое взаимодействие, задачи супервизии, формы и виды супервизии, изоморфность терапии и супервизии.

THE MODERN FIELD OF THE SUPERVISION IN SYSTEMIC PSYCHOTHERAPY APPROACH

Budinaite Grazhina

The article presents the adjusted text of the introductory lecture, performed for participants of Program of supervisors training (provided by Society of Family counselors and psychotherapists). Different variants of supervision processes depending on different purposes and forms are discussed. Article observes also difference in psychotherapy schools and methodology coexisting in the modern Systemic Psychotherapy field. Possible interlocks and relationships among different systems- such as clients', psychotherapy's and supervision's- in context of difference of forms, purposes and especially –classical and postclassical methodology are also discussed.

Keywords: supervision in psychotherapy practice, classical systemic psychotherapy. postclassical systemic psychotherapy Influence (effect) and therapeutical interaction Tasks, forms and kinds of supervision. Therapy and supervision as isomorphic processes

Здравствуйте, я представляюсь, меня зовут Гражина Будинайте Я преподаю в Высшей школе экономики, департаменте психологии в бакалавриате и магистерской программе «ССП» (теперь я там еще и академический руководитель). Ну и я практикую как психотерапевт - и классический, и как использующий методы постмодернистских подходов - уже много лет. Член правления Общества семейных консультантов и психотерапевтов.

В магистерской программе уже много лет идет процесс обучающей супервизии. Процесс предполагает, что студенты наблюдают за показами терапевтической работы, а затем студенты сами начинают показывать свою (терапевтическую) работу в различных вариантах. Я работаю как психотерапевт уже очень давно, какие-то вещи мне удается

коцептуализировать. Ну и, конечно, все время идет супервизорский семинар в ОСКиП, в котором я нахожусь с момента создания общества. Работаем два раза в месяц. И там мы все бываем во всех ролях - и в роли супервизируемых, и в роли супервизирующих. Опыт очень интересный, но он не так просто описывается. Слава богу, у нас есть Энтони Уильямс, который написал книжечку на эту тему. Я буду где-то на него ссылаться, хотя это очень старая книжка, мне он нравится тем что он, во-первых, широко видит существующие на поле (терапии) разные подходы, а во-вторых, у него много конструктивных идей. Но не все фокусировки, не все типы концептуализации у него представлены, но это уже вопрос подхода и взгляда.

Моя задача обозначить пространство всего того, что вы будете в этом процессе обучения осваивать и дать вам «сегменты» того, на что вам надо обращать внимание. У разных направлений есть разные техники и приемы собственно терапии и соответственно, супервизии. Как их наиболее эффективно использовать, когда вы помогаете работе кого-то другого? На самом деле - это такое сложное поле сегодня. Я хочу вам показать, какие есть аспекты, для того чтобы вы определенным образом слушали следующие лекции, и какие существуют разные направления других классических школ, в том числе не имеющих к нам (системщикам) прямого отношения. Эти все лекции с нашей (авторов обучающей программы) точки зрения, должны не только расширить ваш профессиональный культурный кругозор, но и задать какие-то новые возможности как супервизорам.

Все вы, кто в эту группу собрался, предполагается, люди, которые уже опытные терапевты, уже сами по себе профессионалы. Вы владеете необходимой базой, которая состоит в том, что вы, как минимум, в двух специализациях, в двух системных подходах можете работать. Я уверена, что можете и больше, и вы знаете и применяете разные направления. Скажите, пожалуйста, теперь, когда вы оказываетесь в роли человека, который готовит другого терапевта стать готовым помогать другому человеку (клиенту(ам)), осуществлять терапевтическую работу, что будет признаком вашей эффективности, как супервизора? Какие у вас есть варианты?

Слушатель: Наверное, самое очевидное - удовлетворенность супервизируемого.

Лектор: А что значит удовлетворенность? То есть, чтобы системный супервизор был эффективен? Удовлетворенность (супервизируемого) ведь складывается из разных составляющих...

Слушатель: Для меня, например, если человек (клиент), ушел из терапии, чтобы не пропало желание работать у терапевта (супервизируемого).

Лектор: То есть вы как супервизор способны, как бы оказать поддержку, вдохновить. То есть вы способны обеспечить фасилитацию процесса, работы супервизируемого?.

Слушатель: чтобы он не чувствовал себя хуже, чем был до неудачи с клиентом.

Лектор: Осуществить поддержку. Давайте начнем с классической логики. То есть вы помогаете человеку, который к вам пришел, сопровождаете, если надо помогаете в его способности осознать, с чем он имеет дело: чтобы как-то описывать в профессиональных понятиях и ясно видеть проблему в этих терминах, он должен быть способен видеть ясно (нейтрально) клиента с его семьей. В хорошем итоге – он в общем ясно видит «поле» своей терапевтической работы - согласно, выбранному им методу работы, который он (супервизируемый) нам сообщает. Поэтому мы всегда с нашим терапевтом- супервизируемым выясняем, в какой логике, в каком подходе он работает. (Сейчас мы еще поговорим про форму оказания такой супервизионной помощи. Ведь часто супервизия - это какой-то систематический процесс, регулярно повторяющийся, а может быть и разовым).

Значит прежде всего, вы предполагаете, что вы эффективны тогда, когда ваш супервизируемый терапевт видит, что теперь способен произвести какие-то реальные изменения, воздействия на клиентскую систему или организовать такое взаимодействие с клиентами, чтобы это было эффективно. То есть он способен, ваш терапевт, произвести эффективные воздействия, если мы говорим в классических терминах (вытекающим из представлений о функциональности этого подхода – изменить структуру, «разбить коалицию», восстановить родительскую симметрию, прервать «порочный круг», вернуть «двойственность» взаимодействия и «добиваться» внятных посланий и т.п.), или организовать взаимодействия, которые приводят к каким-то необходимым результатам (перестроиться текст восприятия себя и функционирования клиентов, они приблизятся к нужной жизненной ситуации и т.п.)

Совершенно верно вы сказали, что есть еще задача фасилитации в супервизии терапевтического процесса. Но я бы построила задачи в другом порядке, потому что есть логика развития самой логики супервизии.

Супервизия начиналась в медицинской парадигме, в которой, вообще говоря, никто не интересуется особенностями взаимодействия с больным. Все интересуются тем, чтобы рана, болезнь или что-то еще были вылечены. Болезнь и есть объект нашего воздействия. Поэтому устанавливается правильное профессиональное воздействие на рану, на диагностированную болезнь, ну с телом, а не взаимодействие с их носителем с его мешающей психикой (хотя, конечно, на практике все умные врачи эту «психику» учитывают, но это как бы «сбоку»). И исходные наши супервизионные модели идут, вообще говоря, от этой медицинской модели. (Другое дело, что они эти модели потом очень сильно трансформировались - по разным причинам). Т.е. исходно нужен диагноз и правильные действия, вытекающие из диагноза. «Диагноз» есть и в нашей системной работе. И предполагается, что он у каждого профессионального системщика (работающего в одном системном подходе) будет в общем одинаковым как у врача, у которого протокол лечения желтухи такой же как у всех других врачей. Обратите внимание, учитывается НЕ линейность взаимодействия в семейной системе, но наше взаимодействие с этой системой пока понимается как бы не имеющим «плотности», в общем линейном *воздействии* – ни проблема, ни способы ее решения не зависят – ни от характера и нюансов конкретного взаимодействия самого терапевта с клиентами, ни от нашего супервизионного с ним (и опосредованно – с семьей) взаимодействия. – а иначе наступит в классической логике путаница. И вообще мы не сможем добиться внятного определения содержания необходимого воздействия.

Вы должны воздействовать «соответственно» протоколу – а то, какую вы информацию вносите в реальное взаимодействие, *помимо* самого содержания этого обсуждаемого и предлагаемого воздействия (например, как вы видите возможности самого терапевта, или видите ли его ошибки, или как-то «оцениваете» семью) и как она может влиять и на ту «реальность», которая создается в терапии и ту, что создается в супервизии – здесь не учитывается. Но понятно, что реально взаимодействие часто сопротивляется этому «протоколу» - и надо думать, как его преодолеть. И вы можете тут супервизируемому помогать это сделать. Но есть же еще характер вашего с ним, супервизируемым взаимодействием – он как влияет на его терапевтический «текст»? Как вы сами как супервизор — это текст строите и видите? (все эти сложности мы еще будем обсуждать) ...

То есть первый «выход» супервизии – это «техническое оснащение» супервизируемого, корректировка «мишени», «инструментов», если вдруг сбой случился или неясность, которая вот тогда и восстанавливается в обсуждении с другими профессионалами.

Хотя конечно, быстро возникает идея не просто недостаточной профессиональной технической «оптики» «оснащенности», а необходимой нейтральности профессионала, которую можно «терять», и тут уже появляется другой пласт, не касающийся только корректировки знаний и умений. Он появляется именно потому, что оказывается, что дело не только в оснащенности. Можно быть оснащенным и как бы не видеть. В классической логике появляется идея потери нейтральности, которая «внятно» объясняет почему недостаточно технической оснащенности.

Считается, что супервизируемому было бы хорошо обрести некоторую дополнительную креативность - не просто протокол действий, а еще вдохновение, тонус ... Он, например, должен иметь возможность в результате сам строить какие-то новые альтернативные терапевтические действия, свои приемы может даже порождать. У него появляются новые креативные возможности. Альтернативные, разнообразные действия. У него как- будто поле видения его возможных действий расширяется, У него повышается терапевтическая креативность. Он теперь видит свои «блоки» и свои препятствия.

В чем его блоки? И это второй (или третий с вашим первым-«выход»)

Блок бывает, во-первых, как мы уже сказали от того, что человеку просто не хватает знаний, ему не хватает понимания или знания техник.

Во-вторых, он может «уткнуться» в то, что по каким-то причинам он не видит каких-то креативных технических возможностей. А вы можете «уткнуться» в то что у супервизируемого присутствует – «личный блок», который связан с потерей нейтральности, говоря системным языком. Он не видит «профессионально» по личностным мотивам. Что это значит? Тут уже появляется тема особенностей контекста взаимодействия с клиентами и собственного контекста жизни терапевта, который как бы «затеняет» универсальное профессиональное видение случая, и это должно быть скорректировано.

Слушатель: Включают в процесс что-то кроме терапевтической части.

Лектор: Ну да, есть эмоции, или реакции, смысловые конструкты терапевта – как угодно - которые мешают вот этому предполагающемуся очевидным «профессиональному» видению.

Слушатель: Когда система встраивает его на чье-то место. Включение в систему.

Лектор: То есть он теряет нейтральность - в классической системной логике - и оказывается, частью клиентской системы. Тогда вы вынуждены, как супервизор, с ним обсуждать эту ситуацию, в которую он, в силу разных причин оказывается «втянут» или «склонен» занять определенное место в ситуации взаимодействия с семьей клиентов. Обнаружение этого, указание на это – третий «полезный выход» супервизии.

Коллеги, видите, в чем моя постоянная сложность? Когда я пытаюсь показать эти параметры эффективности я использую язык, который в каких-то случаях более универсален, в каких-то отражает логику именно классического системного подхода. А логика может быть разной. Мы должны в голове держать, что мы оказываемся супервизорами у людей, разговаривающих как минимум на трех языках - на языке классической системной семейной психотерапии, пост классическом языке, языке неоклассики с соответствующими им разными методологиями и терапии и супервизии. И мы можем видеть несовпадения языка терапевтического метода вашего супервизируемого и языка вашего с ним самим взаимодействия. Сложности начинаются с пост-классикой – в какой степени совпадают языки? Можно классически супервизировать пост-классически работающего терапевта? Спрашивать, например, какая была «интенция» у клиента, как терапевт видит его устремления или что-то подобное (аналитическое, экспертно интерпретирующее по сути), там, где

постклассический терапевт опирается только на «текст» самого клиента. Полезно это или нет? Тут ведь однозначного ответа нет. (А с неоклассикой - какой подход вы ни возьмете, он состоит из трех каких-нибудь уже известных классических, и дает еще как бы новый вариант классики).

Ясно, что само изменение, происходящее в пост-классике, например, смена идеи воздействия (экспертности) на идею *взаимодействия* (сотрудничество) меняет всю классическую логику видения терапевтического процесса и его задач, и значит видения – в каких-то пределах - самой супервизии. Поскольку это логика действия уже не с саморегулирующимися, а с саморазвивающимися системам, то надо иметь в виду что текст терапевтического решения и возможностей клиента понимается как зависящий не от уже существующего терапевтического процесса (и выявляемого анализируемого терапевтом-экспертом), а от выбираемой задачи супервизии и самого характера взаимодействия супервизора с супервизируемым .

Давайте с другой стороны посмотрим на поле, на котором все это разворачивается. Что за системы оказываются в нашем фокусе внимания, когда мы начинаем быть супервизорами (и обучать супервизоров – тут же еще уровень добавляется)?

Понятно, что первое - есть система жизни клиентов, с которыми работает наш терапевт. Так? Допустим, семейная система.

Итак, у вас есть семейная (или другая) система, где как-то осуществляется воздействие на нее вашего супервизируемого терапевта.

Кроме того, у вас есть еще одна система, которая состоит из клиентов и самого вашего супервизируемого терапевта.

И есть третья система - вас как супервизора и вашего супервизируемого терапевта. Понятно, что мы находимся в ситуации необходимости учета все этих уровней. Это тоже вопрос, как мы эти системы видим – как воздействие или как взаимодействие.

Если понимать супервизионный процесс в классической системной парадигме, то супервизор полагает, что то, как он строит процесс взаимодействия с супервизируемым, не влияет на то, как супервизируемый строит свое взаимодействие с клиентской системой. Мы просто начинаем «сначала» - с анализа информации о семье, находим «прореху», упущенное или что там еще, и исходя из этого организуем воздействие на супервизора (техническое или расширяющее видение, или поддерживающее), который в свою очередь оказывается способен адекватно воздействовать на клиентскую систему.

В постклассической логике ситуация супервизии видится иначе. Супервизор определенным образом взаимодействует с супервизируемым и запускает более сложную цепочку – взаимодействия и трансформации *видения и действия* супервизируемым самого себя и своих возможностей, а также возможностей семьи и т.п. Это верно, вообще говоря и для случая, если супервизируемый терапевт работает с клиентской семьей в классическом системном подходе, но осознается, рефлексивируется там иначе.

А ведь еще самую клиентскую систему - условно первый уровень- можно видеть по-разному. Что считать клиентской системой? Это часто зависит от системной школы. В Боуэновском подходе в каком-то смысле все 3 поколения (и шире) – ваша клиентская семья. В других – только ядерная семья...

Очень часто, вы имеете дело с ситуацией, где система - не только семейная система, но и, например, школа, в которой учится ребенок или хотя бы школьный класс с учителем. Или психиатр, который есть или возникнет благодаря вашему участию. Когда мы говорим о терапевте и клиентах, понятно, что у терапевта взаимодействие может разворачиваться с одним кем-то из ядерной системы, а может разворачиваться с

расширенной системой, в зависимости от того, как терапевт определяет границы той системы, которую он считает клиентской системой.

И с точки зрения состава супервизорская система - она же тоже разная бывает.

Одно дело - групповая супервизия, куда пришел супервизируемый и где сидит много коллег. И там есть своя динамика - групповая. В этой связи возникает очень много вопросов. Есть иерархия или нет, в этой системе супервизируемый - группа коллег? По какому принципу она устроена? Когда, кто и по каким - гласным и не гласным правилам - высказывается в группе коллег, дает обратную связь и т.п. Можно видеть этот процесс, как бы, не замечая самой это «плотности» - ну просто дискуссия профессионалов, обсуждающих суть проблемы клиентов (и иногда это очень правильно, экологично что ли так видеть). Т.е. дискуссия профессионалов: каков диагноз и как воздействовать кто лучше обоснует, аргументированнее. Но все мы чувствуем, с другой стороны, что это не совсем так, можно само взаимодействие это и принципы его построения как бы не учитывать, а можно про это думать - как оно влияет. И как, если эту «плотность» самого процесса взаимодействия в группе коллег принимать во внимание, строить сам процесс супервизии.

Я надеюсь, вы специально обсудите, как специфика рефлексивной команды, например, строится. Тут тоже много возникает дополнительных систем рассмотрения, которые как-бы включаются или выключаются.

Представим себе, что ваш супервизируемый получает индивидуальную супервизию у вас. Какой контекст тут на вас влияет или не влияет, когда вы работаете как супервизор в такой ситуации? Учитывать или нет его?

Супервизируемый оказывается на пересечении двух систем. Он часть терапевтической системы, и он же является частью супервизорской системы, куда входит он сам и его супервизор. Мы имеем дело с двумя системами взаимодействия: взаимодействие супервизируемого с клиентской системой и взаимодействие супервизора с супервизируемым.

Поговорим о видах супервизии теперь.

У вас есть разные ситуации в самой супервизии. Давайте их определим. Какие виды вообще супервизии бывают?

Вы тоже можете в разных ипостасях в процессе нашего долгого обучения оказаться.

Прежде всего - *обучающая* супервизия. Она тоже разная бывает. Тут много интересных вопросов возникает, например, когда обучающая супервизия строится по принципу условно "делай как я". Будущий (или уже действующий терапевт) наблюдает, как вы работаете.

И во многих подходах, например, в психоанализе, терапия — это такой интимный процесс. Один человек «работает» с другим человеком один на один. Терапевт будущий учится в процессе собственной личной терапии А наблюдений процесса терапевтического «извне» нет (хотя бывают показы видео сессий, кажется).

В некоторых случаях - в системной терапии это практически всегда наблюдающая группа - в нашем обучении это такой международный стандарт. Сидит группа обучающихся, и она смотрит прием, который ведет за зеркалом или за камерой терапевт понятно, что здесь роль супервизора, она как-бы специальная. Казалось бы, вот терапевт и наблюдающая за ним группа обучающихся, и больше ничего не происходит. Но на самом деле происходит довольно много. Я как человек, который делает это регулярно, могу вам сказать, что супервизируемый тут - это группа обучающихся терапевтов (не тот ведь, кто показывает прием). И этот процесс все же отличается от обычного терапевтического процесса, когда ты понимаешь, что на тебя смотрят обучающиеся. Он трансформируется не потому что ты стараешься как-то

выглядеть, трансформируется то, как ты строишь терапевтический процесс. Тебе нужно показать, например, наиболее "типическую линию работы". Или тебе нужно показать «чистый», «последовательный» вариант терапии той школы, которую ты показываешь. В реальной работе ты можешь много чего делать такого, что для обучающихся может быть просто сложным или запутывающим. Они не будут понимать, что ты там делаешь. Здесь опять возникает сложная система. Супервизор - участник системы терапевт и клиентская система, и одновременно он же - член другой системы: супервизируемая группа обучающихся, и он как супервизор этой группы. Кроме того, есть часть обучающего процесса, который связан с тем, что люди пишут анализы случаев. У вас как у преподавателя тоже интересная роль, потому что у вас есть свое видение, того как идет демонстрируемый терапевтический процесс. Что в нем получается, что не получается, но «изнутри». А в работе со студенческой группой вам необходимо инициировать студентов, давать какие-то свои варианты концептуализации происходящего. Это нужно для их собственного обучения. В то же время, и вас они наблюдают, и могут замечать какие-то моменты, которые вы могли пропустить.

В обучающую супервизию входит другой процесс, когда ваши студенты уже начинают практиковать. Теперь студент - уже супервизируемый терапевт, вот его клиент, и теперь вы наблюдаете его работу. Этот процесс ещё можно назвать сопровождение. И он имеет свою специфику, потому что здесь супервизор должен сопровождать процесс работы студента с клиентами. Супервизор может прервать этот процесс или остановить. Для супервизора это сложный процесс. Почему?

Есть представление об ответственности супервизора. Если выстроить иерархию, то он отвечает за весь процесс, все его уровни. Супервизор отвечает за то чтобы клиенты не были «повреждены» как минимум - чтобы с ними все было нормально. Он отвечает за то, чтобы обучающиеся двигались в своем обучении и могли видеть что-то, вдохновлялись, получали ресурсы и вместе с тем понимали, где у них есть зоны роста. И важно, чтобы студенты не были травмированы в процессе обучения тоже. Зона возможного травмирования клиентов и зона травмирования ваших супервизируемых, они все время взвешиваются обучающим супервизором. Вам надо все время выбирать между тем, что вы будете предпринимать. Как строить обратную связь? Вероятно, как-то иначе, чем с опытным коллегой, например. Или нет?

Какие еще есть виды супервизий?

Продолжая про сопровождение обучающегося в его работе с клиентами. Есть прямое сопровождение в реальном времени, когда идет живой процесс и вы наблюдаете его с помощью камеры или однонаправленного зеркала, сидите за стеклом или за камерой. Здесь можно непосредственно вмешиваться.

Однако, часть сопровождения осуществляется и с помощью просмотра видео или в виде «сухих» супервизий. Здесь вы уже не можете непосредственно вмешаться в процесс, потому что он *уже* состоялся. Поэтому вы воздействуете только на будущее. Вы можете повлиять в реальном наблюдении на "здесь и сейчас", а потом и на будущее. А здесь уже только на будущее. Но вы влияете не конкретно на его работу только с этими клиентами, вы влияете потенциально в этом обучении на многие его возможные другие случаи. Так устроено обучение, там много всего происходит. Ваши границы - ну пусть воздействия пока - так же расширяются через ваших обучающихся.

Выделяют отдельно такой процесс, как консультирование в супервизии. Если представить себе, что ваши студенты уже прошли процесс обучения и начинают работать, то вы переходите с ними в режим коллегиальный. Вы перестаете быть на вершине иерархии, где у вас ответственность за весь процесс, который имеет еще и формальные стороны - оценки выставляются, отчеты проверяются и т.д.

Консультирование, это коллегиальный процесс, но он тоже имеет очень разные аспекты. Это ситуация, в которой как-бы предполагается мозговой штурм. Особенно в коллективной форме. Собираются профессионалы, и они могут ориентироваться на разные способы концептуализации. Коллеги создают ситуацию возможного движения в работе супервизируемого через вопросы. «А можно ли было сделать так?» «А вот так?» И встает вопрос, что это для нашего терапевта-супервизируемого означает? Означает, что у него появляется поле возможных пониманий и возможных технических действий, которые он может применить. У супервизируемого появляются альтернативы, варианты концептуализаций. Коллегиальность в индивидуальном формате супервизии так же сохраняется (с самим супервизируемым), хотя здесь иерархия становится более выраженной, она не размыта как в группе коллег. Потому что если к тебе коллега пришел с просьбой о супервизии, и он тебе платит, то в этом взаимодействии (даже если ты его видишь предельно сотрудничающим образом) ты- эксперт, который знает и умеет больше, иначе бы он к тебе не пришел. И опять – как тут быть с другой логикой, насколько логика сотрудничества с клиентами должна трансформироваться в логику работы с супервизируемым? С одной стороны – обращение за помощью (иерархия) с другой – представление о сотрудничестве (поскольку характер взаимодействия влияет на возможный результат). Насколько я понимаю групповые формы взаимодействия, особый способ обратной связи в группе по сути и контролирует «иерархию», в какой-то мере обеспечивает сотрудничество. Но вообще иерархия, видимо, полностью непреодолима, это же тоже скорее ориентир (так же, как и нейтральность в классике - то к чему надо стремиться, но понимать ограничения, вероятно). Но как бы то ни было - супервизия в идеале дает дополнительную степень свободы, она дает возможность другого варианта, другого взгляда на терапевтический процесс.

Фасилитация это когда мы, будучи супервизорами, обнаруживаем что супервизируемый теоретически или технически при его подготовке должен был бы это мочь делать, а он почему-то не может. Или он это делал в других вариантах, вы его наблюдали. Он это уже делал, а сейчас он «блокируется». Он почему -то видит этот случай, как тяжелый. Для некоторых школ очень важно выделять целый перечень специальных тем. Некоторые школы выясняют работает ли супервизируемый с абюзом (насилием, в том числе инцестами, например). Были ли какие-то внезапные смерти, травмы в его личном опыте, но с профессиональной точки зрения, это все не объясняет его конкретного затруднения в частном случае его работы. Выгорание и трудная история учитываются, но не являются объяснением того, почему отдельный случай оказывается «трудным». Коллега мог, но почему- то вот не может. Знает, но не применяет. Другой, на его месте, с такой же подготовкой сделал бы это. Это опять про фасилитацию. Условно говоря, вы имеете дело с группой разных людей, которые все прошли один уровень подготовки, все работали. Но, почему -то один может, другой не может. Вот тут возникает вопрос этой фасилитации. По сути, возникает вопрос, почему на этого конкретного супервизируемого материал его случая производит такое впечатление? Тягостное, воодушевляющее, еще какое-то. Мы знаем этот перечень - когда терапевт очень много работает над конкретным случаем, когда наоборот, почему-то избегает эту работу, когда не избегает, идет работать, но чувствует себя как- будто он просто должен, и ему это трудно. Здесь возникает очень много вопросов. Прежде всего соотношение профессионального, корректирующего, направленного на корректировку собственно профессиональных знаний и умений, и того, в какой степени супервизия – это уже личная терапия. Здесь есть разные позиции и разные варианты обсуждений. В 80-е, 90-е, 2000-е появлялось много статей, некоторые специалисты занимали скептическую позицию и говорили о том, что супервизия не может превращаться в терапию, не может заменять саму личную терапию. Считали, что очень опасно, когда

это превращается в такой скрытый терапевтический процесс. Супервизор может оказаться в разных позициях. Процесс супервизии очень зависит от того - индивидуальный он или коллективный. Супервизор может обнаруживать какие-то трудные зоны супервизируемого. Он может как-то даже концептуализировать или возвращать это обнаруженное супервизируемому и в групповой супервизии. Но это очень зависит от контекста, в котором мы находимся. Мы можем задавать вопросы самому супервизируемому: «А почему вы думаете вам это трудно? «И это выводит его, часто, на какие-то новые идеи, новые размышления и т.д. Здесь есть целый ряд своих техник. Есть техники, как расширить видение терапевтом семьи своих клиентов - можно прибегать к метафорам, к картам, к расстановкам фигурок, хождению со стула на стул и пр. Понятно, что всегда возникает вопрос, где остановиться в супервизии. И понимать про какой материал мы говорим – клиентскую систему, терапевтическую систему, нашу собственно супервизионную или вообще семейную систему супервизируемого. Это очень деликатный вопрос. Важно понять где супервизия, где - личная терапия. Иногда достаточно «рабочего» инсайта «про себя». Разберется сам или пойдет куда-то в терапию ваш супервизируемый потом.

Но, конечно, главное - что человек выходит из процесса супервизии «усиленным», а не ослабленным. Технически, профессионально, психологически, эмоционально. Если он разрушен или подавлен – это не профессиональная супервизионная работа. Хотя это, согласитесь, тоже очень тонкий вопрос. Всегда ли вы в терапии, после первой сессии имеете воодушевленного клиента? Всегда ли клиенты испытывают сразу ощущения какой-то динамики? Зависит от многого, и от вашего метода работы в том числе. Если у вас есть все-таки разбег в супервизии, длинное дыхание, и вы понимаете, что у вас будет какая-то продленная супервизия (несколько сессий) - у вас одна ситуация. Если у вас разовая супервизия - у вас другая ситуация. В каких пропорциях вы будете реализовывать эту поддержку, эту актуализацию ресурса? Это очень зависит от вас как супервизора и от вашего взаимодействия и от того, что вы считаете продуктивным.

Наконец, есть еще один вид супервизии - для нас не очень актуальный, но будет, возможно, актуальным дальше. Я имею в виду экспертную оценку. Когда чья-то работа должна быть оценена. Какое-то агентство или центр заказывает супервизию чьей-то работы для того, чтобы решить, профессионально ли человек справляется с работой или нет. Или дать ему эту работу или нет. Есть отдельные экспертные супервизии, где человека можно описать, оценить, объяснить почему так выглядит профессиональный уровень подэкспертного. Экспертная оценка у нас в стране как-то меньше представлена. А между тем, похоже, например, наше Общество (ОСКИП) как профессиональная организация будет все чаще сталкиваться с такими запросами.

Давайте, я обозначу те темы, которые у вас появятся в процессе обучения и дальше- работы. Очевидно, что одна тема – контракт на супервизию. Как он делается? Нужно ли его вообще делать? Должен ли он быть письменный? Из чего он должен состоять? У Ульямса, которого я упоминала, есть своя форма этого контракта. Понятно, что в контракте про супервизию обговариваются объем работы, оплата, какие-то приемлемые формы обратной связи, частота встреч. До какой степени он документируется, например, требуется ли от супервизирующего, чтобы он документировал какие-то свои занятия? Записываются ли сами супервизии? Как супервизии должны закончиться? и т.д. Это отдельная тема.

Ну, и отдельная тема - этические аспекты супервизии. «Клиентская система – терапевт» и «терапевт – супервизор». Какая информация открыта, какая не открыта? Если это группа студентов в обучающейся супервизии - они должны знать все правила конфиденциальности, вы специально это обсуждаете. Что они, посмотрев случай, не

могут распространять информацию, даже друг с другом обсуждать. Сложная история – оценка вами клиентско-терапевтического взаимодействия. Можно увидеть этические нарушения, определить профессионально - не профессионально сделано. Включились, возможно, какие-то личные темы терапевта. Как быть с этой всей информацией, особенно когда супервизия работы протекает в группе, и сидят другие люди? Сведения как себя ведет консультирующийся у вас терапевт тоже ведь могут «просачиваться», с этической точки зрения это как? А если есть этические нарушения в процессе работы супервизируемого, и вы их видите? У вас тут тоже может быть протокол последовательности разных действий. Т.е. этические стороны с учетом всех систем супервизионного взаимодействия заслуживают отдельных исследований. Коллеги, я хочу тут сказать вам, что по ходу дела обозначаю вам все ваши возможности для прохождения третьего уровня этого тренинга по подготовке вас как супервизоров. Потому что третий уровень предполагает, что вы пишете статьи, выступаете, что-то оформляете публично. Тут есть много аспектов, которые можно взять и сделать объектом специального анализа. И это будет очень продуктивно и полезно.

Ну, что. Про формы групповые, про виды мы поговорили. И есть главный интересный вопрос, который мы определили выше, вернемся. У нас есть три связанных системы: клиентская система, терапевтическая система, супервизорская система. (Где-то на периферии – система жизни вашего супервизируемого, а в ней и вы с ним и его клиентская система...)

Обратите внимание, что идея, что объектом должно становиться не просто воздействие, а само взаимодействие не только «внутри» клиентской системы, а во всех этих системах, была не всегда. Возьмем опять медицинскую модель. Что в медицинской модели происходит? Тут я все время вспоминаю Доктора Хауса. Помните, как у них там совещания проходили? Видно, что конечным фокусом, их интересом является тело больного. Понятно, что тело тоже сложно устроено, но главная задача медицинского консилиума - скорректировать процесс лечения в нужную сторону, и иногда обучить и самим техникам, и способам их самокорректировки.

Но с какого-то момента становится важно учитывать, что поскольку есть не просто какое-то протокольное воздействие, а имеющее свою «плотность» взаимодействие - и в терапевтической системе и супервизионной, то его тоже нужно учитывать. Оно вообще влияет. Но можно учитывать, стремясь это влияние «очистить» (ориентироваться на нейтральность в классическом смысле), а можно считать, что оно само – при уже целенаправленной организации этого взаимодействия - становится частью всего процесса взаимодействия этих наших с вами «систем».

Существуют разные варианты как подходить к идее подобия. Как она реализуется? Или ее иногда называют изоморфизм, изоморфность. Возьмем пример. Как вы считаете какие идеи подобия существуют? Вы же с ними тоже сталкивались. Как обычно это выглядит? Есть идея, что взаимодействие в супервизии разворачивается примерно так же как взаимодействие в терапевтической системе. То есть, терапевт здесь в супервизии оказывается, как бы в подобии клиентской ситуации в терапии и ведет себя подобно клиенту – как клиенты или кто-то из них ведет себя с ним, когда он работает с ними.

Слушатель: Он иногда ведет себя, как в семье.

Лектор: Приведите пример.

Слушатель: Например, на супервизию пришла специалистка, которая говорит, что ее клиентка «затапливает», очень много информации дает, «я не понимаю, о чем она говорит». И вот супервизируемая специалистка, она мне так же все рассказывает. И я тоже не понимаю, о чем она говорит.

Лектор: Она ведет себя на супервизии так, как клиентка ведет себя с ней в терапии. Эта самая распространенная идея подобия. И она часто анализируется и исследуется.

К идее подобия можно как бы с другой стороны подходить. Должны ли вы использовать в построении взаимодействия со своим супервизируемым те приемы, которые вы хотите (считаете правильным), чтобы он использовал в работе с клиентами? Ну, например, вы возвращаете ему его способ действия. Показываете, что он действует здесь как его клиент. Это осознание, супервизируемый может с ним что-то поделаться. Предполагается, что что-то полезное. Он как это осознание потом использует? Показывает клиенту(ам) что собственно у них во взаимодействии с ним происходит? А они осознают? Поможет ли терапевту действовать с клиентами иначе? Поможет ли клиентам вести себя иначе с терапевтом? Ну и из этого могут вытекать и личные задачи супервизируемого терапевта. Возможно, решать свои собственные проблемы.

Что помогает? Что обучает?

Например, в пост классической логике все несколько иначе. Все время учитывается контекст взаимодействия. Но тут много вопросов. Вы можете обсуждать сам клиентский текст в терминах постклассического видения и при этом делать это, например, оценочно, или как бы, не учитывая ваш характер взаимодействия с супервизируемым.

Супервизор может спрашивать супервизируемого, что такое «нужный ему результат» терапии (на фоне обозначенных им сложностей в процессе, притом, что вы тоже по-разному можете спрашивать), а потом обсуждать, насколько близко супервизируемый подошел к результату, и что удалось. Или обсуждать соотношение «проблемного текста» самого супервизируемого и его «предпочитаемого текста» в его терапевтической работе. Это как сказывается на собственно работе с клиентами? Вы же можете и «напрямую» клиентские тексты обсуждать. Можно как бы «пропускать» необходимость «подобия» вашей супервизионной работы и того, что супервизируемый, вы считаете, делает или должен был бы делать с клиентами. Это будет супервизия в постклассике или полуклассике? Что адекватнее?

На терапевтическом уровне - от того, как вы строите свои взаимоотношения с клиентом, зависит и то, с какими проблемами вы будете работать. И вы отдаете себе отчет как терапевт, что влияете на проблемный текст, на то, каким он будет, например, в вашей работе. Но тогда нужно и с самим терапевтом (супервизируемым) организовывать беседу определенным образом, чтобы это помогало его умению влиять на это клиентский текст. Или ему уже его профессионального опыта должно быть достаточно? Вопрос этого подобия очень непростой. И буквального подобия здесь, видимо, быть не может...

Давайте возьмем такой пример. Допустим, мы находимся в классической логике. Что приносит супервизируемый? Пришел молодой человек, к моему супервизируемому, с тем, что он очень огорчен, опечален потому что его родители требуют, чтобы он оставил работу, которая ему нравится. Он работает таксистом. Работа ему нравится. Он такой живой, немного балбес такой, как описывает его супервизируемый. Но тут он очень подавлен и очень огорчен. Что мы знаем про эту семью? Мы знаем, что они все живут вместе. У них сестра работает после большого перерыва в какой-то допустим, инвестиционной компании. В этой семье все ухудшается здоровье матери. Все тяжелее и тяжелее состояние. Сейчас клиент пришел на фоне того, что у матери большой лишний вес, проблемы с сердцем. Она бывшая спортсменка и человек, который знает два языка. Она работала на ответственной должности, но уже 10 лет, как ухудшается ситуация. У нее не работает рука и нога, но четкого диагноза нет, заметьте. Когда мой супервизируемый спрашивает, что с ней, ему говорят – анемия, так врачи сказали,

истощена очень. Они живут все вместе, но молодой человек - с помощью родителей - взял себе ипотеку. И у него на оплате квартира. Он очень рад. Что говорит при этом его семья? «Ты не делаешь всего того, что должен делать хороший сын. Ты много работаешь. Конечно, все выходные нужно с нами на дачу ехать, да ты гуляешь с собакой, заводишь еду, но сейчас ты должен оставить работу, потому что матери нужен уход. И ты должен ипотеку передать сестре. Она сейчас работает и будет платить.» И моему супервизируемому (терапевту) было трудно справиться с своим возмущением. Он говорит: «Я ему очень сочувствую, потому что это полное безобразие» (уж точно с классической точки зрения, представлений о функциональности, так и есть), «семья сохраняет свой «статус кво» любой ценой» и т.д. Что будем делать? История такая, что клиент **расстроен**, он не говорит, что он возмущен. А **возмущен** терапевт. Такое повышение эмоционального градуса. Терапевт мужчина. Т.е. он видит определенным образом эту ситуацию, как ситуацию, которую нужно перестроить. Он видит ее структурно. Что тогда он хотел бы здесь сделать?

Слушатель: Выстроить коммуникацию, чтобы этот молодой человек видел свою автономию. Ощущал целостность в своих глазах.

Лектор: Понимаете, если он возмущен, то что произойдет? У них сейчас разговоры сводятся к одному. Он говорит клиенту: вы понимаете, что сейчас происходит? вашим родителям трудно перестраивать систему. Они должны были вас отпустить. Они должны были дать вам возможность...жить. Клиент говорит, да я правда чувствую, что мне жаль терять работу, но что я могу сделать, я чувствую себя ужасно, потому что все время чувствую себя плохим сыном. Я не хочу бросать работу. Но что я могу сделать? Я не хочу быть плохим сыном. Я хочу быть таксистом и платить свою ипотеку.

Какая у нас здесь самая опасность еще есть? Если мы находимся в такой логике, что надо «продать» эту клиентскую систему руками супервизируемого, то тогда у нас какие возникают идеи, как мы эту систему «приведем в порядок»?

Конечно, у нас может возникать много разных вариантов. Понятно, что варианты зависят от того как вы это увидели, как вы работаете и т.д. Можно обсуждать «сопротивление» всех и возмущение супервизируемого этим сопротивлением. Можно увидеть, что супервизор как-то «лично» воспринимает ситуацию клиента. И показать это ему. И возмущаться, когда он, например, отрицает это и говорит «нет, ну система то дисфункциональная»

И у вас есть возможность посмотреть за счет чего здесь можно «расширить» историю. Здесь конечно, виртуозно было бы, чтобы сам супервизируемый на это вышел. Тут получилась бы смесь учета его классической логики с чем-то еще.

В данном случае может помочь известное классическое положение о том, что люди адаптируются к своей ситуации максимально доступным им образом. Оно могло бы помочь терапевту обрести более гибкое профессиональное видение, так показалось – как один из вариантов.

В данном случае, какой вопрос возникает? Как родители могли бы справиться с этой ситуацией, есть ли вообще какие-то сценарии - при том, что клиент НЕ уходит с работы. Что им надо- то вообще? Потому что сейчас идет просто борьба за то, что он должен быть «хорошим сыном». А что это значит вообще? Какие обязанности имеет «хороший сын», ну или просто что нужно было бы? Что он должен взять на себя? «Ты уйди с работы и делай все как хороший сын». А что конкретно будет он делать- то? Что потребуется? Чтобы он сидел раз в неделю с матерью? Привозил там через день еду? Пошел с матерью в клинику на обследование? Что-то еще? И тогда появляется один из ходов, появляется какая-то степень свободы, которая позволяет этому молодому человеку оценивать уже то, что от него реально хотят. (А не то, что на него напали, требуют и вроде как неприлично не уступить). И дальше уже смотреть как этому списку

относиться. Дальше может быть много чего. Он может улаживать варианты с работой, может вступать в разные «контракты» с родителями. Может вести переговоры по поводу их ожиданий от него. Может договариваться с сестрой еще про что-то уже предметно.

Чтобы в эту сторону подумать, нужно перестать возмущаться нашему супервизируемому, потому что он с классической точки зрения видит всех членов семьи как людей, стремящихся только к патологическому слиянию. Идея про наилучшую возможную адаптацию здесь могла бы помочь терапевту выстроить более конструктивное видение клиентского случая, и начать его как-то распутывать. Супервизор думает:» Что дает возможность убрать возмущение? Как с ним в супервизии работать? «(А то можно и начать возмущаться, что супервизируемый в такой позиции неконструктивной оказался.) С другой стороны, можно начать выяснять, почему супервизируемый терапевт застрял в своем неконструктивном видении. Альтернатива супервизора может выглядеть так: расширение профессионального понимания или уход в личную историю супервизанта. Здесь это «подобное» сработало на уровне того что-давайте посмотрим, как ваше взаимодействие с клиентом выстраивается? И почему для вас вот так эта система выглядит? Почему здесь столько эмоций? Ведь вот как я понимаю, и супервизируемый и семья шли от понимания, что неправильно все устроено. Только «неправильное» «для них было разным. А для супервизора что «неправильно»? «Лобовое» понимание? Неправильность «экспертного» видения? Личной ассоциации с чем-то?.. И что здесь может дать какой-то другой ход, сохраняя, но и уточняя терапевтическую логику супервизируемого (Мы же саму логику, например, видения дисфункциональности не меняем. Согласны, что здесь есть нарушенная структура, дисфункциональное взаимодействие друг с другом и т.д.)

Здесь очевидны параллельные процессы. Допустим супервизор может начать возмущаться тем, что его супервизируемый так «агрессивно», «в лоб» подходит к этой семейной системе.

Что нужно сделать в супервизии? Уточнить, что он, терапевт хотел бы видеть от этой семьи? От самого клиента? Что для него хороший результат был бы? (не чего не надо, а что надо)

Он от этого «перейдет» к логике «а что конкретно им, семье нужно было бы от молодого человека?» А могут быть другие варианты нахождения терапевтических решений? А что подходит, если работа в классической логике? Много вопросов возникает.

Слушатель: Вы сказали сначала балбес.

Лектор: Мне, показалось, что этот супервизируемый говорил, как раз, что клиент - был такой веселый балбес, а теперь стал такой загруженный, подавленный. И его, терапевта, возмущает идея родителей. Или, когда он спрашивает клиента, "Что, совсем без девушки?" клиент про девушек говорит, так: "Вы девушек- то современных видели? Они же только по дискотекам шляются." Я, говорю, как вы думаете, в момент этого высказывания какой возраст у клиента? (ну уже классически совсем. Ну, они же в классике работают.) И тут мы с супервизируемым (понимаем, что клиент голосом деда разговаривает. Как пожилой человек. «Эти нынешние девушки, эта молодежь»). Есть много моментов, через которые можно выцепить полезное для терапевта, хочется надеется. Можно увидеть, например, что клиент и его сестра в такой системе подчинения воле старшего поколения находятся давно и дело не в злом умысле тут. Но в супервизии просто происходило расширение видения самого терапевтического материала. Супервизируемый же видел только подавляемого семьей юношу, дисфункциональность системы.

Напоследок табличка про наши с вами возможности. Метод терапии, метод супервизии, и варианты что может быть.

Метод психотерапии Метод супервизии	Классическая системная терапия	Постклассическая терапия	Неоклассическая терапия
Метод анализа кейса	Классический метод	Классический метод	Классический метод
	Постклассический метод	Постклассический метод	Постклассический метод
	Неоклассический метод	Неоклассический метод	Неоклассический метод
Метод построения взаимодействия в супервизии	Классическое (экспертное)	Классическое (экспертное)	Классическое (экспертное)
	Постклассическое (сотрудничество)	Постклассическое (сотрудничество)	Постклассическое (сотрудничество)
	Использование принципов неоклассических подходов	Использование принципов неоклассических подходов	Использование принципов неоклассических подходов

Первый вариант, когда вы исходите из того, что вы в супервизии, и содержательно, а может быть и формально следуете методу терапии, который практикует ваш супервизируемый. В классике, это больше означает, что вы скорее начинаете думать только в тех терминах, в которых думает ваш супервизируемый.

Второй вариант у вас может быть - вы видите метод работы как системный, но возможно для супервизии используете методы каких-то других подходов или школ. Мы можем –думать: а есть ли у в других школах и подходах в приемах что-то там такое, что не рушит мою концептуальную сетку, но при этом позволяет мне что-то из этого использовать для пользы моего супервизируемого? Например, может ли мне какая-то другая школа системная, метод расстановки, выявление субличностей, помочь, если человек работает совсем в другой логике? Если я с ним сейчас сделаю расстановку того как он видит клиентов, себя на этом месте, даст ли ему это новые возможности, хотя он здесь работает структурно или еще как-то.

Есть еще вариант, где вы можете думать о том могут ли какие-то техники, которые существуют в системной супервизии использоваться при работе вообще с другим подходом.

И наконец, есть какой-то другой подход и у него своя логика супервизии. А вы владеете другой логикой или видите иначе. То есть мне кажется для вас было бы продуктивно, если бы вы пытались посмотреть для этой таблицы какие есть варианты и внутри школ. Внутри системного подхода и для «перекрестных» каких-то возможностей. Может быть вы придете к выводу что это не эффективно. Или возникнут

новые варианты из того что мы умеем. И вот такая таблица подобия, трех зон видения систем (клиентская, терапевтическая, супервизионная). которые мы с вами обозначили, насколько они должны быть подобны и насколько трансформироваться? Этот вопрос открытый. Мне кажется вопрос творческий и сложный.

Вот знаете, обучился терапевт работает и работает. У него нет задачи обязательно не то что создания нового, даже специальной концептуализации. Он освоил все уже, но у него нет идеи, что он вносит инновации или как-то пытается что-то там новое на этом поле делать. Я не так давно разговаривала с теми, кто собирается работать и преподавать в нашей магистерской программе. И в общем понятно, что тот, кто не «просто» терапевт», а обучает, должен точно что-то концептуализировать, уметь видеть шире, иначе он никому ничего не объяснит и не научит. Точно также в супервизии, можно просто супервизировать, а есть еще разные уровни того, как вы будете концептуализировать и описывать то, что вы в этом процессе делаете. И вам эти уровни видения процесса понадобятся. Особенно если вы будете двигаться не только на первый уровень нашего обучения, а выше.

ПРАКТИКА

СУПЕРВИЗИЯ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ СФЕРЫ СЕМЕЙНОГО УСТРОЙСТВА, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ ПРИНИМАЮЩИМ СЕМЬЯМ: НАИБОЛЕЕ СЛОЖНЫЕ ТЕМЫ

Жуйкова Е.Б.

В статье описываются основные проблемные темы, предъявляемые на супервизии в качестве трудных для психотерапевтического процесса при работе с принимающими семьями, рассматриваются интервенции супервизора и альтернативные описания заявленных тем. Обсуждаются возможности проведения супервизии для междисциплинарных команд специалистов, работающих в сфере семейного устройства, а также для профессиональных приемных родителей. В супервизионной практике учитывается изоморфизм систем как ресурс в работе супервизора. Приводится анализ развития семейного устройства в мировой и отечественной практике, становлению различных форм принятия детей-сирот в семью, выделению различных систем, включенных в процесс заботы о ребенке, оставшимся без попечения. Подчеркивается потребность в среде специалистов различного профиля, помогающих приемным семьям и детям без опеки родителей, в супервизии их профессиональной деятельности с точки зрения системного семейного подхода.

Ключевые слова: семейное устройство, принимающая семья, приемная семья, супервизия, системная семейная психотерапия

SUPERVISION OF SPECIALISTS WHO WORKS IN FAMILY PLACEMENT ADJUSTMENT AND HELPING ADOPTIVE/FOSTER FAMILIES: THE MOST DIFFICULT ISSUES

Ekaterina Zhuikova

The article is devoted to the analysis of the development of a family placement practice both in the world and specifically in Russia, the emergence of various forms of orphans family placement, the assignment of various systems included in the process of caring for a child left without parent's care. Emphasizes the need for specialists of various profiles, who help adoptive/foster families and children without parental care, in the supervision of their professional activities in terms of a systematic family approach. It describes the main difficult issues imposed on supervision as problematic for the psychotherapeutic process with adoptive/foster families, considered the interventions of the supervisor and alternative descriptions of the stated topics. Discussed opportunities for supervision for inter professional teams working in the field of family placement, as well as for professional foster parents.

Keywords: family placement, adoptive/foster family, supervision, systemic family psychotherapy

Развитие сферы семейного устройства

На протяжении прошлого века проводилось множество исследований, посвященных детям-сиротам, детям, которые остались без попечения родителей, оказывались за пределами семьи, в условиях различных учреждений. Значимость сохранения связи с близкими взрослыми долгое время недооценивалась, и лишь во

второй половине XX века ряд исследований показал, что дети, обеспеченные всем необходимым для жизнедеятельности, страдают различными нарушениями развития в результате эмоциональной депривации, психологических травм, полученных при разрыве связи с семьей (Боулби, 2003; Бриш, 2012, Brodzinsky, Schechter, 1990). Развитие психологии привязанности спровоцировало рост интереса к семейному устройству детей, социальная политика всех стран стала развивать идеи приемного родительства, лозунгом которой стал тезис «каждый ребенок должен воспитываться в семье».

В традиционных обществах переход ребенка от родных родителей к другим взрослым проходил для социума незамеченным, так как в более «древних» культурах, система общины, рода - имела больший вес, чем семейная система, ребенок принадлежал расширенной системе, а не родителям, и если родители не могли его воспитывать или умирали, никакой проблемы не возникало, дети просто начинали жить с другими взрослыми из своего окружения. До сих пор есть страны, в которых практически нет детей-сирот, так как традиции подразумевают принадлежность ребенка не родителям, а окружающему обществу, дети переходят в другую семью естественным образом. Вплоть до недавнего времени в некоторых культурах даже существовали традиции, подкрепленные идеей о том, что ребенок имеет принадлежность системе большей, чем родительская. Например, в Японии, если в семье младшего брата появлялся сын, а у старшего пока сыновей не было, существовала традиция отдавать новорожденного первому по сиблинговой иерархии. Младший брат мог ставить себе ребенка лишь тогда, когда семья старшего брата уже воспитывала наследника (Brodzinsky, Schechter, 1990). В Казахстане даже в конце XX века оставалась традиция: молодые семьи должны были отдавать своего первенца на воспитание родителям. Таким образом, бабушки и дедушки получали ребенка «взамен выросших», он брал на себя функцию заполнения «опустевшего гнезда» (Жуйкова, Печникова, 2014).

В европейском и американском обществе принадлежность ребенка именно родителям существует более сотни лет, именно поэтому родители могут «отдать» и «взять» ребенка. Государство и общество, приняв на себя ответственность за заботу о детях, которые «никому не принадлежат», стало значимой фигурой в ситуации семейного устройства. По сути, оно стало не только опекать тех, у кого нет рядом родителей, оно стало принимать решения об отобрании детей у кровных родителей, если они, с точки зрения общества, не заботятся о них в должной мере, передавать в другие, приемные семьи, если они соответствуют требованиям, и вновь забирать, если новые семьи не оправдали возложенных ожиданий. Так сформировался конфликт власти между государством, кровными семьями, приемными семьями, ведь стало не понятно, кому, в первую очередь, «принадлежит» ребенок, какая система (общественная, биологическая семья или принимающая семья) имеет более высокое иерархическое положение при принятии решений. Этот конфликт крайне актуален и в России, где семейное устройство, как и многие другие сферы социальной жизни, развивалось в ускоренном режиме после советского периода, когда нужно было быстро перестроить функционирование общества под новые ценности.

В большинстве западных стран существует два типа принимающих родителей: усыновители (*adoptive families*) и профессиональные родители (*foster families*). В первом случае распределение власти происходит в сторону семьи, государство вмешивается в ее жизнь на тех же условиях, как и в жизнь кровной семьи. Во втором случае власть принадлежит государству в большей мере, оно включено в жизнь семьи, диктует правила взаимодействия, оценивает родителей. В России есть несколько юридических форм семейного устройства, часть из которых больше не развивается, однако еще

существуют (патронат), есть промежуточные между семейными и институциональными формами устройства (семейные воспитательные группы, деревни SOS). Ключевых форм устройства, на данный момент, три: усыновление (ребенок юридически по правам не отличается от кровного), безвозмездная опека (родитель выполняет свои функции до совершеннолетия, есть ряд социальных льгот), приемная семья (родители опекают до совершеннолетия, получают зарплату как профессионалы, государство заключает с ними контракт и диктует правила взаимодействия). Однако, в связи с регулярными правовыми изменениями, отсутствием понятия «профессиональная» семья, отсутствием системы профессионального взаимодействия между родителями и государством, границы между этими формами размыты, одна и та же семья может переходить из одной формы в другую, меняя свои отношения с социумом. Непроясненность «правил игры» между обществом и принимающими семьями, борьба за власть, хаотичность ролей, отсутствие доверия - нередко делает отношения между двумя системами мало эффективными, почти всегда идентифицированным пациентом, проблемы которого системы выставляют на первый план, своеобразным «полем битвы», становится ребенок-сирота, его симптоматика - аргументом для обеих сторон.

В этой ситуации психологическая помощь, с опорой на классические идеи системного семейного подхода, имеет ряд перспектив выхода за рамки узкого восприятия проблем детей-сирот как лишь последствий депривации и травматизации. Анализ межсистемного взаимодействия, в частности, принимающей семьи и общества, вносит в социально-психологическую помощь темы: нарушения границ, лишения иерархического статуса значимых подсистем, исключения значимых членов систем, отсутствия гибкости структур и искаженности коммуникаций в системах и многие другие. Идеи изоморфизма, наличия соответствия структуры и динамики одной системы другой, используются как в ходе психотерапии, так и в ходе супервизии. Так терапевт может выдвигать гипотезы, например, о параллелях между обесцениванием ребенком приемных родителей, приемными родителями - кровных родителей, социумом - и кровных, и приемных семей; интервенции, связанные с развитием уважения и принятия на том системном уровне, который доступен для терапевта, могут оказывать влияние на аналогичные процессы по принципам изоморфизма. Похожим образом супервизор может анализировать параллели между системными процессами в семье и тем, что происходит между терапевтом и семейной системой в ходе совместной работы, а в некоторых случаях, между супервизором и психотерапевтом. Таким образом, изменение терапевтических процессов могут быть катализаторами для внутрисемейной динамики в сторону улучшения функционирования, а, если посмотреть шире, изменения в приемной семье могут, в свою очередь, оказывать влияние на межсистемные взаимодействия в сфере семейного устройства.

Особенности супервизии в семейном устройстве

В семейной сфере есть ряд специалистов, помогающих принимающей семье и ребенку, опирающихся на психологические знания, это:

- 1) психологи и психотерапевты, к которым семьи непосредственно обращаются за помощью;
- 2) сотрудники органов опеки и попечительства, реабилитационных центров, социальные работники;
- 3) сотрудники благотворительных фондов, волонтеры, специалисты, реализующие социальные программы;

4) профессиональные приемные родители.

В мировой практике считается, что сфера семейного устройства находится на стыке нескольких наук, психологии, социальной работы, медицины, юриспруденции. При этом, по общепринятому мнению, (Brodzinsky, 2013), специалистам не хватает специальных знаний в области психологии сиротства и психологии принимающей семьи, что нередко определяет неэффективность их работы. В России до сих пор нет обучения в сфере семейного устройства, специальные знания специалисты получают фрагментарно и неорганизованно, в основном, силами некоммерческих организаций, так, например, в органах опеки и попечительства работают самые разные специалисты (психологи, юристы, педагоги, социальные работники), не объединенные ни образовательной базой, ни этикой, ни даже единым профессиональным языком. Тем не менее, перед ними ставятся такие задачи, как консультирование семей, выявление позиции ребенка, относительно перемещения из семьи, задачи медиации и даже анализа заключений психологов о готовности быть приемным родителем.

Вопрос о специальном образовании в сфере семейного устройства решается пока несистемно, однако работа специалистов, случаи, с которыми они сталкиваются, являются и трудными, и социально-значимыми. Поэтому супервизия, являясь обязательной формой обучения и поддержки психологов, нуждается в осмыслении через описание опыта совместной работы специалистов и супервизора.

В данной статье в большей степени мы сосредоточимся на супервизионной помощи психологам и психотерапевтам, работающим с принимающей семьей, однако коснемся специфики супервизии и остальных профессионалов.

Палитра вариантов супервизии в семейном устройстве крайне разнообразна, и по роли и позиции супервизора, и по сеттингу, и по задачам. Кроме того, супервизия в семейном устройстве, в связи с тем, что требуется выход на макросистемный уровень анализа, что недостаточно рассматривать лишь взаимоотношения семьи и специалиста, выходит за границы «кабинета», включает в себя анализ социальных процессов.

Практика супервизии

Базируясь на длительном опыте супервизии различных специалистов сферы семейного устройства, рассмотрим содержательную сторону супервизий в семейном устройстве, то, какие темы оказались наиболее значимыми для специалистов и вызвали динамику в осмыслении профессиональных процессов.

Ребенок должен быть в семье. В ходе психологической помощи принимающей семье, одна из частых проблем включение «социальной оценочности» у специалистов, которые начинают задаваться такими вопросами, как «кто более достойный родитель», «хорошо ли ребенку в этой семье», «может ли ему быть лучше с кровными родителями, приемными или в детском доме» и даже «хорош ли институт принимающей семьи, или приемные родители априори не могут строить достаточно хороших отношений с ребенком-сиротой». Такой переход в роль «надзирающего» социума, ограничивает возможности терапии, влияет на нейтральность, делает специалиста уязвимым для общественных дискурсов, мифов о принимающих родителях и детях-сиротах. В целом, поскольку при системной работе в семейном устройстве необходимо соблюдать нейтральность не только по отношению к членам семьи, идеям и пр., но и по отношению к разным системам (социум, кровная семья, приемная семья), психологу приходится рефлексировать свои собственные установки и ценности. Так одной из типичных «тем» супервизии является присоединение психолога к одной из систем: специалисты могут

защищать приемную семью от нападок социума и нарушения границ кровными родственниками; могут оценивать семью из позиции социума, как описано выше, или подчеркивать значимость «корней», пытаясь проводить линию повышения статуса кровной семьи. Тема детей-сирот является, пожалуй, самой дето-центрированной, и даже находясь в рамках системных идей, мы не можем не признать тот факт, что само семейное устройство создано дето-центрированным. Поэтому формирование осознанных ценностей у специалистов должно быть противопоставлено влиянию дискурсов. В семейном устройстве ключевая ценность связана с преимуществом семейных систем над институциональными, развитие и поддержка семейных отношений и связей является целью работы психолога. Таким образом, в ситуациях потери нейтральности работа с темой уважения к родительским подсистемам, их истории, их динамики развития, а также принятия факта роли социума в жизни ребенка-сироты - одна из ключевых в супервизии. Осознание и преодоление желания «наказать», «спасать», «научить», «пожалеть» и т.д. открывает новые перспективы партнерской работы между представителями всех систем. Если удастся организовать «уважительное» взаимодействие между терапевтом и «родительскими» подсистемами, этот паттерн может переходить и на уровень отношения систем, что позволяет дистанцироваться от дисфункциональных паттернов. Оценочность и попытка «найти лучшее для ребенка» уводит помогающих специалистов далеко от главной идеи семейного устройства «ребенок должен быть в семье», так как ставит помогающего специалиста в позицию «над» родителями, снижая их статус. Поиск баланса между нейтральностью и ценностями становится значимой целью супервизионной работы.

Место кровной семьи в соотношении систем. Если социум и приемная семья, как правило, являются главными участниками борьбы за власть над воспитанием ребенка, то кровная семья больше всего напоминает отсутствующего на сессии члена семьи, исключенного и необсуждаемого. Репертуар реакций специалистов на положение кровной семьи варьируется от игнорирования до попыток выделить им преимущественное иерархическое место. Тема кровной семьи нередко является достаточно травматичной и окружена запутанными коммуникациями. В первую очередь, это связано с тем фактом, что разрыв связи ребенка и кровной семьи имел предысторию в виде ситуаций насилия, дистантных отношений, отказа кровных родителей от родительских ролей без возможности открытой коммуникации, и помимо травматичности, все участники переживают отношения с кровной семьей как незавершенные. Приемные родители нередко рассказывают, что хотели бы что-то сказать биологическим родителям ребенка, дети, особенно подростки, хотят найти родственников, задать вопросы и сообщить что живы (Keefner, Schooler, 2000). При этом эти желания расцениваются членами принимающей семьи как небезопасные, угрожающие целостности принимающей семьи. Психологам нужна поддержка в готовности работать с травматическим опытом всех членов семьи, не только дети имеют опыт насилия и пренебрежения нуждами, многие приемные родители отмечают, что травмированы столкновением с историями ребенка, зная из отчетов органов опеки и попечительства детали жизни кровной семьи и условия, при которых был изъят ребенок. Принимающие родители фантазируют о том, как его «жизнь будет испорчена», что «кровные родственники будут угрожать жизни», «преследовать семью» и т.д., если «впустить эту тему в жизнь семьи». Задача психолога помогать в поиске «хорошего места» для кровной системы, в конструировании альтернативных историй, которые будут способствовать этому, находить безопасный способ признавать ее значимость и присутствие в жизни семьи. Такая работа проводится и с помощью классических системных техник (генограмма, скульптура), так и с помощью психодрамы, элементов

расстановочной работы, техник нарративной практики. Работа с темой кровной семьи также открывает перспективы в работе по развитию идентичности семьи как приемной, принятия своей особой роли, с правами и ограничениями. Для специалиста эти фрагменты работы могут стать основой для более уравновешенного принятия истории семьи, обратившейся за помощью, и всего института приемных семей, который возник в результате травматического распада кровных отношений, позволяет задуматься, что без боли от разрушения одной семьи не было бы объединения и общности в новой семье.

История ребенка и история родителя «shared fate». В 60-х годах прошлого века Дэвид Керк провел исследование, призванное прояснить, с чем связаны функциональность и дисфункциональность приемных семей (в его исследовании участвовали усыновители), с этих исследований началась эра открытого усыновления с признанием значимости истории ребенка, необходимостью избегать тайн вокруг его появления (Kirk, 1964). В дальнейшем появились движения усыновленных детей, борющиеся за право знать свою кровную семью. Однако для психотерапевтов одной из центральных идей стала метафора «shared fate» (разделенная судьба). Суть идеи Керка заключается в том, что дисфункциональность приемной семьи сопряжена с противопоставлением приемных родителей приемному ребенку. «Мы разные», «у нас нормальная семья, а он из трудной семьи», «он несчастный, а мы ему поможем» и т.д. - те идеи, развитие которых приводит к разобщенности между ребенком и принимающей системой, препятствуя близости и привязанности. В тех случаях, когда приемные родители могут признать, что за их желанием усыновить ребенка тоже стоят травмы, а истории потерь как в жизни родителей, так и жизни ребенка привели их к другу, возможно переживание «разделенности судьбы» и сплочения; «мы вместе многое пережили», «мы похожи» - такие послания связываются автором с повышением функциональности семьи. Для супервизии работы специалиста с приемной семьей тема разделенности имеет не меньшее значение, специалисты нередко ощущают свою отличность от принимающей семьи: «я бы никогда не смог взять ребенка», «мой семейный опыт совершенно другой», «знаете, иногда я не понимаю, что заставило их взять ребенка, они просто герои или у них есть другая мотивация» - все эти высказывания говорят от противопоставления психолога и семьи. Поиск общности, раздельности опыта, похожести как во внутреннем плане у специалиста, так и в ходе сессий во взаимодействии с семьей - улучшает контакт и понимание с клиентами, помогает избегать оценочности и «взгляда сверху».

Мотивация взять ребенка кажется плохой. Еще одна тема, дестабилизирующая терапевтическую позицию специалиста - мотивация родителей к принятию ребенка. В некоторых случаях, она является гипотезой специалиста (функция приемного ребенка в этой семье), иногда результатом общественных дискурсов (ребенок взят в семью ради материальных выгод), иногда материалом, обсуждаемым на сессии, когда семья делится своими ожиданиями от появления ребенка и смыслами его принятия. В любом случае, специалист может начать оценивать мотивацию с точки зрения «правильности». По нашим исследованиям тип мотивации, ее содержание не связано с функциональностью семьи, иными словами, люди с совершенно разной мотивацией «найти замену умершему ребенку», «улучшить материальное положение» и др. необязательно оказываются «плохими» приемными родителями» (Жуйкова, Печникова, 2014). Функциональность приемной семьи в большей степени связана с динамическими характеристиками мотивации (ее гибкостью, разнообразностью, устойчивостью, раздельностью, осознанностью), эти характеристики связаны с терапевтическими целями в системной семейной терапии. Возможность для терапевта сменить фокус с содержания семейной

мотивации на ее динамические параметры дает перспективы развития терапевтического процесса и новые идеи.

Супергибкость семейной системы в короткие сроки. С системной точки зрения образование приемной семьи - результат глобальных и значимых процессов: исключения ребенка из кровной системы, высокая потребность в новом члене семьи в потенциальной принимающей системе, связанная с этой потребностью готовность резко открыть границы с социумом, допустив оценку своей состоятельности, объединение по сути двух историй семьи, когда генограмма ребенка начинает состоять по сути из двух. Эти процессы требуют достаточно высокой скорости изменений: установки правил, традиций, принятия историй, выработки совместной коммуникации, перестройки ролей. Динамика развития приемной семьи скачкообразна, в какие-то моменты необходим большой объем изменений, в какие-то моменты высока потребность закрывать границы и уравниваться. Для специалистов, работающих с принимающей семьей, важно быть конгруэнтным этой динамике и гибким в своих представлениях о ходе и скорости терапевтического процесса. Обсуждения на супервизии не только содержания, но и динамических характеристик терапевтического процесса, совладания терапевта с этой динамикой, без потери контакта с собственными представлениями о том, как может развиваться семья, являются еще одной темой взаимодействия с супервизором. Так на супервизии психолог, работающий с принимающей семьей, взявшей на воспитание двухлетнего ребенка, отмечал беспомощность, в связи с тем, что классические представления о задачах, стоящих перед семьей, на этапах жизненного цикла, связанных с появлением ребенка, по мнению психолога, значительно отличались от происходящего в семье: дистанция в паре уменьшилась, родители были противопоставлены ребенку, различные правила функционирования хаотично появлялись и исчезали, свои действия специалист также описывал как хаотичные и беспомощные. Обсуждение не только ядерной семьи, а также более широкого контекста: проблему оценки семьи государством в этот период, отсутствие поддержки решения взять ребенка расширенной семьей, процессы адаптации ребенка; позволили не только добавить гипотезы, касающиеся жизненного именно приемной семьи, но вернуться с «классическим» гипотезам. Например, многие процессы, такие как борьба за установку правил, выработка единого коммуникативного языка, характерные для фазы диады, актуальны так же для периода объединения родителей и приемного ребенка, который «борется» за внесение своего опыта в жизнь семьи. Ребенок в этой семье, несмотря на нормальное питание, воровал еду и прятал под подушку; плакал, если закрывали шторку в ванной; требовал, чтобы все за столом пили только из кружек; отказывался лежать перед сном в объятиях и т.д.

Динамика адаптации или дисфункциональная динамика. Особые характеристики есть и у жизненного цикла принимающей семьи, наиболее часто семья обращается за помощью в период адаптации приемного ребенка. Это один из наиболее трудных этапов в развитии принимающей семьи, длящийся от полугода до нескольких лет после появления ребенка. Именно в это время формируется привязанность между родителями и детьми и перерабатывается травматический опыт членов семьи, предшествующий их объединению. О том, какой опыт переживает ребенок до прихода семьи мы уже упоминали, однако и приемные родители до его принятия переживают различные травмы: потери детей, признание невозможности родить детей, а в неполной семье - потерю веры в то, что смогут построить отношения в паре и многие другие. Адаптацию проходит и ребенок, и семья, это период имеет несколько этапов. Начинается с так называемого «медового месяца» и «опережающей привязанности», когда дети и родители испытывают удовлетворение от объединения, облегчение после переезда и интерес к новым условиям (Красницкая, 2001). Затем наступает «регресс»,

разочарование друг в друге, проверка правил и границ, проекция паттернов поведения, сформированных и у взрослых, и у детей до образования принимающей семьи, потеря контроля над поведенческими и эмоциональными проявлениями. Особую дисфункциональную роль в этот период играет так называемый «конфликт лояльности», который испытывают все члены семьи. Приемный ребенок испытывает потребность уравновесить переход к новым родителям дисфункциональным проявлением лояльности в адрес кровной семьи, приемные родители испытывают похожие чувства, борясь между восприятием ребенка «он нам родной», «он не такой, как мы». Признание проблем и принятие родителями и детьми друг друга, отказ от нереализованных ожиданий, совладание с чувством разочарования от нереализации надежд, снижение требований друг другу и выстраивание достаточно стабильной структуры семьи знаменует завершающий этап периода адаптации, «привыкание». Важно отметить, что помимо процессов адаптации приемного ребенка, есть нормативные возрастные кризисы, а также социальные и семейные кризисы: например, приход в детский сад или переход в новую школу, появление новых детей, разводы и прочее. При работе с семьей в этот период терапевту необходимо много устойчивости и готовности оказывать поддержку. Похожие процессы инициируются между супервизором и терапевтом. Восторг от «интересного случая» сменяется тревогой и беспомощностью у специалиста, тем более, что симптоматика в период адаптации в семье часто очень острая и имеет клинические характеристики. Дополнительные знания, предоставленные материалы о функционировании приемной семьи - также становятся опорой для психолога. Процессы, происходящие между супервизором и терапевтом, также анализируются, так как терапевты нередко приходят на супервизию с высоким уровнем тревоги, с которым они справляются на сессиях, но на супервизиях имеют возможность предъявить. Например, один из терапевтов обратился за помощью после сессии, на которой предъявлялась симптоматика приемного ребенка: поджоги в квартире, сексуализированное поведение в адрес другого ребенка в семье. На супервизии терапевт говорил о желании отказаться от психотерапевтической работы и рекомендовать госпитализацию в острое отделение психиатрической клиники. На супервизии было важно установить альтернативные сложившимся в терапии рабочие отношения. Это отношения без чувств тревоги и беспомощности, а с уверенностью в компетентности, возможности принимать решения и оказывать помощь, в том числе, при поддержке профессионального сообщества. Такие цели достигались прояснением того, каким образом терапевт видит функцию симптомов, каким образом симптомы связаны с периодом адаптации, травматическим опытом, контактом ребенка с родителями и другими членами семьи. Так же обсуждалось, какое значение может иметь госпитализация для динамики семьи, каким образом можно помочь семье совладать с симптоматикой, понимать ее происхождение и занять устойчивую позицию. Супервизор помогает терапевту сформулировать ответы на все эти вопросы, поддерживает его компетентность в принятии решения. Если подобные отношения удастся установить, это создает условия для установления аналогичных отношений в терапии с семьей. В описываемом нами случае терапевт на супервизии смог совладать с эмоциональным состоянием и проанализировать происходящее в семье и на терапии. Он описал значение симптоматики ребенка для развития семьи на данном этапе, сформулировал возможные интервенции (совладание с конфликтом лояльности у ребенка, в связи с привязанностью с кровной семьей, травматическим опытом, установления временных семейных правил, развитие эмоционального контакта между ребенком и родителем). Принял решение о рекомендации об амбулаторной консультации детского психиатра, организации совместной встречи междисциплинарной команды с родителями для помощи им в оценке безопасности ситуации в семье и перспектив терапии.

Вторичные отказы и чувство беспомощности. Случается, что в ходе работы психолога с семьей встает тема отказа принимающих родителей от ребенка. И если для семейных терапевтов развод клиентов может быть умеренно дестабилизирующей темой, то, когда приемная семья решает вернуть кого-то из детей в детский дом, нередко у терапевта возникают чувства вины, беспомощности и злости. В некотором смысле травматические переживания с различными типами реагирования есть у всех членов всех систем, связанных с семейным устройством. Также подобное решение родителей имеет последствия в виде новых для семьи действий: приходится обосновывать отказ через психиатрическую клинику, в случаях усыновления - проходить судебные процедуры, раскрывать тайну усыновления - все это дополнительные травмирующие факторы. Психологу могут предлагать дать свидетельские показания как органы опеки, так и сама семья. От специалиста в этой ситуации требуются контакты с профессиональным сообществом, в том числе через супервизию, соблюдение этических принципов, ответ на вопрос «кто является моим клиентом». В некоторых случаях работа завершается, иногда контракт перезаключается. В случаях завершения терапевтической работы, требуются консультации, по сути напоминающие «хороший развод», однако с детско-родительской спецификой, ведь расставание происходит не между взрослыми самостоятельными людьми. Семья с ребенком обсуждает перспективы (как было, что стало, что будет дальше), работают с чувством вины, горя и разочарования. Для детей также важно услышать, кто о них будет теперь заботиться, всем сторонам важно обсудить, возможны ли контакты, ключевая часть работы - создание хороших историй (почему было важно, что какую-то часть жизни мы были вместе), которые могут стать значимыми даже на фоне разрыва отношений. Эффективная работа терапевта в этой ситуации во многом связана с тем, насколько ему самому удастся справиться с чувствами разочарования и беспомощности. Стоит отметить, что и для контакта супервизор-терапевт эти процессы также актуальны. В качестве примера приведем случай супервизии, где терапевт в ходе работы столкнулся со вторичным отказом принимающей семьи от опеки над ребенком. Семья обратилась за помощью, в связи с побегами из дома, воровством, другими нарушениями поведения у приемной девочки 13 лет. Уже в конце первой сессии родители рассказали терапевту, что «ребенок не хочет быть в семье», «ему будет лучше в детском доме». В ходе терапии произошла переформулировка происходящего, родители перестали приписывать ребенку «решение» больше не находиться в семье, и родители, и девочка стали говорить о разочаровании друг в друге, отсутствии привязанности, высоком уровне отторжения друг друга, негативном эмоциональном опыте от контакта, чувствами небезопасности от нахождения вместе. Несмотря на попытки в ходе терапии наладить отношения, семья констатировала, что уже ранее приняли решение об отказе, и теперь начала процесс расторжения опеки. Терапевтом на супервизии эта работала описывалась не только, как неудачная, но и как терапия, которая «привела» к тому, что ребенок станет сиротой второй раз. В ходе супервизии проводилась работа с чувством вины, как оно звучит в семейном взаимодействии, взаимодействии между терапевтом и семьей и даже между терапевтом и супервизором; в частности, терапевт и супервизор переформируют происходящее в форме сожаления, грусти, «жаль, что так произошло». Когда терапевт смог переформулировать для себя переживаемые чувства, у него появились идеи об интервенциях, связанных с инициацией совместного переживания горя и потери в семье в противовес чувству вины. В частности, терапевт смог перейти к обсуждению с семьей таких вопросов, как «о потери чего вы сожалеете?», «по чему будете скучать?» и др. В результате этой работы родители и ребенок не только обсудили значимость периода жизни, когда они были вместе, но и смогли организовать определенную форму контакта после разрыва.

Межсистемная борьба за власть. Как уже было отмечено выше, специалисты, работающие в сфере семейного устройства, работают не с одной семейной системой, ребенок также является частью еще одной семейной системы (кровной), кроме этого, он находится на попечении государства и нередко опекается благотворительными фондами и волонтерами. Все эти системы находятся во взаимодействии, между ними различные коалиции, борьба за власть и другие процессы. Так же, как и в случаях включенности в отношения взрослых в семье, ребенок нередко триангулирован в отношения между различными системами, испытывает конфликт лояльности, тревогу, имеет власть в рамках перевернутой иерархии, не чувствует связи и принадлежности ни к одной из систем. Взаимоотношения между системами - одна из мишеней терапии. Терапевту необходимо определиться на каком уровне может проходить работа, есть ли возможность и необходимость приглашать на сессии представителей других систем или достаточно учитывать их вклад. Безусловно, это возможно только в случаях независимости специалиста от всех включенных в семейное устройство систем, что на практике крайне редко случается. В системной семейной терапии психолог учитывает, кто является инициатором обращения за помощью, именно этот член семьи часто пытается установить коалицию с терапевтом. Когда в семейном устройстве терапевт работает с несколькими системами, не только одна из них является «заказчиком» терапии, случается, что психолог сам принадлежит к одной из систем, участвующих во взаимодействии вокруг ребенка; это является условием потери нейтральности и конфликтов интересов. Наиболее часто психолог, работающий с приемной семьей принадлежит к следующим системам: государственной системе (специалист может работать в опеке, реабилитационном центре и т.д.), некоммерческой организации, быть членом сообщества приемных семей (психологи семейного устройства сами нередко являются принимающими родителями). В семейном устройстве почти нет абсолютно нейтральных с формальной точки зрения специалистов, и они работают в условиях катастрофической нехватки поддержки приемным семьям и семьям в кризисе, в которых есть риск изъятия ребенка. Конфликты лояльности в работе специалиста - частая тема супервизий, что говорит о том, что становление системы помощи с этической программой в семейном устройстве - необходимая часть повышения эффективности психологической помощи.

«Психолог велел рассказать»: что делать с тайной усыновления. Тайна усыновления до сих пор защищена в России законом, это означает, что специалисты, раскрывающие информацию о появлении ребенка, могут нести уголовную ответственность за ее разглашение. Это касается тех специалистов, которые получили информацию об усыновлении из официальных источников, например, документов. Психологи, получившие сведения от семьи, а не из данных, например, медицинской карты, как правило, к ответственности не привлекаются). Также важно отметить то, что взрослые усыновленные дети не имеют доступа к своим документам, чтобы разыскать родственников. Тайны, касающиеся появления на свет и принадлежности семье, трактуются большинством семейных терапевтов как нарушения коммуникаций, приводящие к дисфункциям. Поэтому во всех случаях, когда психолог оказывается в экспертной позиции, он транслирует предписание рассказать ребенку о его происхождении. При этом такая роль терапевта приводит к тому, что психолог становится основным ответственным лицом за происходящее, а последствия раскрытия родителями тайны, в случаях если это не осознанное и взвешенное решение, часто приводят к семейному кризису. Это означает, что психолог не может настаивать на раскрытии тайны, а может лишь создавать условия для того, чтобы семья больше знала о значении тайны усыновления, о последствиях ее раскрытия. Супервизия подобных

случаев направлена на поддержку терапевта чтобы он мог помочь семье принять осознанное решение по поводу тайны усыновления. В некоторых случаях помогает обсуждение с семьей общих «плюсов и минусов» наличия тайны, в некоторых - вопросы о влиянии тайны на жизнь семьи, нередко - системные гипотезы о роли тайны усыновления для структуры семьи или совпадения с травматическими переживаниями дают новый взгляд на направления терапии. Семья, готовая развивать свою идентичность как приемных родителей, не считающая этот статус «стыдным» или нуждающимся в сокрытии от окружения, перестает поддерживать идею тайны. Еще один фактор, способствующий открытым коммуникациям вокруг темы приемности - включенность в группы поддержки приемных родителей. В тех случаях, если семья отрицает свою идентичность приемных родителей («мы такие же, как обычные родители», «зачем рассказывать всем, что ребенок приемный»), раскрытие тайны может быть небезопасным. Это связано с тем, что родители часто начинают транслировать негативное отношение к кровной истории ребенка в процессе сообщения факта усыновления. Также принимающие родители нередко раскрывают тайну в момент конфликта с детьми, существуют много случаев, когда такое «неэкологичное» раскрытие имело последствия в виде появления такой симптоматики, как уходы из дома, эмоциональное отчуждение и конфликты в детско-родительских отношениях. Еще один важный момент для супервизии, как обходиться с ситуациями, когда родители сообщили психологу, что ребенок приемный, при этом сам он об этом не знает. Обычно родители мотивируют это тем, что специалист «должен знать о нас все, чтобы помочь», однако нередко это и попытка коалиции с психологом, и «разрядка» напряжения в системе, вызванная тайной. Если не удалось избежать получения этой информации, есть несколько ходов для терапии, среди них, например - работа только со взрослыми, а также парадоксальная стратегия - пригласить ко-терапевта, не знающего про тайну.

Супервизия - для всех участников семейного устройства.

За супервизией в сфере семейного устройства обращаются не только психотерапевты, но и группы разнопрофильных специалистов, оказывающих комплексную помощь приемным семьям и семьям, в которых есть риск отобрания ребенка. Специалисты по профилю образования и профессиональной деятельности различаются, это и сотрудники органов опеки и попечительства, и социальные работники, и педагоги, и врачи, и конечно, психологи. Их запросы на супервизию, как правило, связаны с поиском решений в межсистемных взаимодействиях, которые мы описывали выше, и мультидисциплинарной координацией. В какой-то степени принципы работы в этих случаях близки тем, которые используются при оргконсультировании. Однако специфика заключается в том, что цели деятельности специалистов связаны с психологией семьи и психологией сиротства: как наладить диалог между кровными и приемными родителями, какие действия всех систем могут помочь совладанию с симптоматикой ребенка (суицидальные попытки, побег, депрессия), каким образом организовать взаимодействия взрослых в случаях вторичных отказов и т.д. Интерес именно к системной семейной супервизии продиктован прежде всего тем, что даже юридические действия имеют психологический смысл, а так же тем, что в фокусе внимания оказываются именно семейные отношения. При регулярной супервизии специалисты выносят на обсуждения случаи в динамике.

Профессиональные приемные родители - особая категория людей, проходящих супервизию. С одной стороны, они живут с ребенком в одной семье, на первый взгляд, их жизнь незначительно отличается от жизни обычных родителей. С другой стороны, профессиональные приемные родители получают зарплату, к ним есть определенные

требования по подготовке. В Великобритании, например, есть «Стандарты подготовки, поддержки и развития приемных родителей», принятые в рамках национальной стратегии как обязательные для всех приемных семей (Training, support and development standards for foster carers, 2012). Приемные родители и другие члены команды регулярно встречаются для оценки и просмотра плана восстановительной работы с ребенком, и родители являются значимыми и ценными членами этих команд. Также родители и социальные работники в обязательном порядке получают регулярные супервизии и консультации, предназначенные во многом для отслеживания возникающих эмоциональных переживаний, их рефлексии и т. д. Такие семьи, как правило, воспитывают детей с особыми потребностями, подростков, детей, переживших травму. Существует даже такое понятие, как терапевтическое родительство, когда выстраиваемый тип детско-родительских отношений должен выполнять терапевтическую функцию для конкретного ребенка (Жуйкова, Панюшева, 2015). В России пока институт профессионального родительства только устанавливается, однако есть семьи, которые реализуют эти ценности, объединяются в сообщества, обращаются за супервизией. Супервизия в этих случаях призвана развивать возможность перехода от родительской эмоциональной позиции к профессиональной нейтральной. Смена взгляда на взаимоотношения с ребенком становится ресурсом для приемных родителей детей, имеющих трудности различного характера. На супервизиях профессиональные приемные родители также развивают навыки взаимодействия с детьми, рефлексии родительский опыт, расширяют взгляд на происходящее в семье, формулируют гипотезы, связанные с симптоматическим поведением ребенка и расширяют свою компетентность в вопросах психологии. Можно ли это назвать супервизией в классическом понимании? Видимо, нет. Однако именно идентификация себя как родителей-профессионалов, которые совершенствуются, позволяет принимать детей на воспитание, которых не удастся устроить на усыновление, помогает им формировать нейтральный, отвлеченный взгляд на проблемы семьи и ребенка. В некотором смысле это похоже на классическое для системной терапии присоединение-дистанцирование. Родители, имея рациональный взгляд на происходящие в семье процессы, вновь углубляются в родительские роли, а затем вновь «выныривают» в нейтральную позицию, не вовлекаясь чрезмерно и не теряя контакт.

Сделать все из своей роли.

Все, кто работает в сфере семейное устройство детей, оставшихся без попечения, нередко отмечают в ходе супервизий, что их работа в «поле» таких эмоциональных тем, как потеря связи ребенка и родителя, насилие, нахождение в учреждениях, социальная несправедливость, бросает их из внутренней позиции «сделать невозможное» - в позицию «ничего невозможно изменить». Участники всех систем, включенных в семейное устройство, хотят создать условия для того, чтобы каждый человек имел право знать, что такое близкие и безопасные отношения, пути достижения этих целей у них различаются, но цели - общие. Когда в фокусе внимания пути достижения целей, мы можем наблюдать разобщенность, когда получается сверить ценности - ту самую близость и понимание. Кроме этого важно не забывать, что в ситуации полисистемности, без возможности установления иерархии в решении детско-родительских вопросов, партнерское взаимодействие всех участников - единственно возможное. Даже если проблема, с которой сталкиваются родители и специалисты кажется масштабной и социальной, принцип «сделать все, но из своей роли для достижения цели» может быть балансом между желанием изменений и возможностями их осуществления, между активной позицией и уважением к позиции других сторон. Можно сказать, что этот принцип может быть полезным и супервизору в сфере

семейного устройства: сделать все возможное из уважающей участников роли смотрящего на происходящее пусть с большого расстояния, но с очень хорошей точки обзора.

ЛИТЕРАТУРА:

Боулби Дж. (2003) Привязанность. Монография. М.: Гардарики

Бриш К.Х. (2012) Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. М.: Когито-Центр

Жуйкова Е.Б., Панюшева Т.Д. (2015) Понятие профессиональности позиции принимающего родителя. Консультативная психология и психотерапия, т. 23, 4. С. 83–101

Жуйкова Е.Б., Печникова Л.С. (2014) К вопросу о психологических особенностях семей, сохраняющих тайну усыновления. Вестник Южно-Уральского Государственного Университета, Серия «Психология», Т. 7, 2. С. 22—29.

Жуйкова Е. Б., Печникова Л. С. (2014) Психологическая характеристика мотивации к воспитанию приемного ребенка в семье. Психологическая наука и образование, Т. 19, 4. С. 46–53.

Красницкая Г.С. (2001) Вы решили усыновить ребенка. Монография. М.: Дрофа

Brodzinsky D. (2013) A need to know: enhancing adoption competence among mental health professionals. Policy Perspective: The Donaldson Adoption Institute

Brodzinsky D., Schechter M. (1990) (ред) The Psychology of Adoption. N.Y.: Oxford, Oxford University press.

Training, support and development standards for foster carers (2012). Guidance. G.B.: Department for Education.

Keefer B., Schooler J.E. (2000) Telling the Truth to Your Adopted or Foster Child. Making Sense of the Past. Westport, CT: Bergin and Garvey.

Kirk, H.D. (1964). Shared fate. New York: Free Press.