

ISSN 0205-9592

Том 23, Номер 2

Март - Апрель 2002



# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



<http://www.maik.ru>



“НАУКА”

МАИК “НАУКА/ИНТЕРПЕРИОДИКА”

## ОПЫТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ КОНЦЕПТОВ НА СУПЕРВИЗИЯХ СЕМЕЙНЫХ КОНСУЛЬТАНТОВ\*

© 2002 г. А. В. Махнач

Кандидат психол. наук, ст. научный сотр. Института психологии РАН

Изложен авторский способ концептуализации случая посредством создания нескольких концептов и их анализа в групповой супервизии. Рассматриваются причины недостаточного внимания к формированию концепта случая и методике представления материала на супервизии.

Обсуждаются базовые принципы, на которых основывается на супервизии анализ случая. Предлагаются некоторые правила для супервизируемых. С целью анализа концептов создана и применена матрица для оценки уровня предъявления клиентом информации о себе: социального, эмоционального и внутриличностного.

Введен новый способ анализа материала, названный “картой” концептов или их “картографированием”. В основу этой методики положен принцип реципрокности событий, эмоций, отношений с той проблемой, с которой клиент обращается за помощью.

*Ключевые слова:* концептуализация случая, супервизия, обучение, методика представления случая, правила представления случая, “карта” концептов.

Так сложилось исторически, что многие рассматривают супервизию прежде всего как способ индивидуального обучения [1]. Но, например, стандарты SACREP [6] обязывают, программы, аккредитованные этим уважаемым профессиональным сообществом, проводить групповые супервизии. В России, к сожалению, еще не сложилось никаких стандартов относительно норм и правил проведения групповых супервизий за редким исключением в тех школах, где серьезно заботятся о профессиональном росте своих специалистов. Ассоциации семейных терапевтов (и не семейных, впрочем, тоже) время от времени проводят дискуссии по этому важному вопросу. Кстати сказать, Американская Ассоциация Супружеской и Семейной Терапии (AAMFT) не так давно (в 1991 г.) приняла стандарты по проведению групповой супервизии [3]. Пришло время профессионально решать вопросы супервизии и нам в России. Это уже осуществляется с участием некоторых ведомств (МЗ РФ), профессиональных сообществ, на семинарах, в некоторых психологических консультациях.

Один из первых вопросов, возникающий по поводу проведения групповой супервизии – *как ее проводить*. Поэтому предложенные нами мето-

дика представления случая на групповой супервизии и способ концептуализации случая посредством создания нескольких концептов, а также обсуждение способов создания концептов – часть программы обучения в формате групповой супервизии. Процесс концептуализации случая в рамках групповой супервизии состоит в том, что супервизируемый получает помощь не только от супервизора, но и от группы – а это, как правило, несколько мнений и видений проблемы. В дальнейшем результаты групповой супервизии также влияют на процесс концептуализации случая, проводимого уже самостоятельно, так как супервизируемый не может не брать во внимание и те другие решения проблемы клиента, предложенные участниками группы. Супервизируемый приобретает неоценимый опыт видения сразу нескольких точек зрения на одну и ту же проблему, часто взаимоисключающих.

Эктон, Джонсон и Голдсмит определили процесс концептуализации случая как продолжающийся процесс сбора информации, подобный тому, с которым сталкиваются обучающиеся, когда они стремятся встроить новые факты в их когнитивные структуры или изменить свое знание о предмете и создать новые представления о нем [2]. В качестве рабочей единицы концептуализации случая мы предлагаем понятие “концепт”. В некоторых исследованиях для обозначения составляющей концептуализацию используют термин “основная категория” [7, 9].

Концептуализация случая клиента является важным профессиональным навыком психолога-

\*Автор выражает искреннюю благодарность Т. Аксютинной, Т. Глебовой, Н. Глушко, М. Зажигиной, А. Лактионовой, С. Ломоносовой, Н. Поплавской, Г. Романовой, Д. Селютиной, Н. Шаровой, И. Шицеваловой, чей труд на сессиях, активное участие в супервизиях и желание совершенствоваться профессионально во многом способствовали появлению этой статьи.

консультанта и представляет собой структурирование знания терапевта о клиенте. В практике этот процесс зависит от таких переменных, как теоретическая ориентация терапевта, его релевантность определенным темам и вопросам, возникающим в терапии, профессиональный опыт [10]. Концептуализируя случай, терапевт собирает особым образом данные из истории жизни клиента, о его семье, конфликтах и представляет все это в виде некоей модели поведения. В ходе концептуализации случая терапевт создает несколько концептов. Например, концептом может быть назван собранный материал о страхе одиночества, в котором уже есть не только данные о времени появления страха в первый раз, силе эмоции и т.д., но и объяснения самим клиентом причинно-следственных связей вокруг этого явления, отношения к этому страху родных, социальные предпосылки страха одиночества, первичная гипотеза терапевта о причинах появления фобии и т.п.

Таким образом, концепт – это некий завершенный блок информации о клиенте, которой последний хотел бы поделиться с терапевтом и создаваемый в процессе расспроса клиента. Концепт – это также и категория, позволяющая терапевту в достаточно короткий срок представить на супервизии систематически оформленную информацию. Он является составной частью концептуализации случая, набором нескольких концептов, взаимодополняющих друг друга и работающих на формирование основной гипотезы, выносимой в супервизии на обсуждение.

В одном из последних исследований по проблеме супервизии сообщается, что во всем, касающемся сбора материала и представления на супервизорских сессиях, авторы советуют начинающим терапевтам быть внимательнее к научным исследованиям в области супервизии, описаниям ее техники. Они же сетуют на то, что практически нет руководств по методике сбора материала [4]. По мнению Тодда и Сторм, если супервизируемые могут задавать вопросы, не стесняясь быть неправильно истолкованными, или устраивать мозговой штурм с соучениками, для того чтобы утвердиться в своей профессиональной компетентности, то они могут быстро научиться простому навыку представления материала на суд коллег [13]. Таким образом, в рамках большинства школ психотерапии (краткосрочная терапия, адлеровская психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия) ставится вопрос о концептуализации случая.

Каган [8] считает, что очень важно помочь увидеть супервизируемым изменения в себе уже на первой супервизорской сессии, даже если собственная оценка в этой работе будет слишком критичной. Очень часто супервизируемые делают небольшие шаги в своем профессиональном

росте, и опасно, если они не будут корить себя за слишком медленное продвижение к мастерству. В исследовании, в котором изучались ожидания терапевтов, ведущих супервизии, было отмечено, что они, как правило, не ждут точных или заранее заготовленных ответов супервизируемых. Для них важнее получить понимание со стороны супервизируемого и согласие с представляемым концептом. Подчеркивается: если не существует единственного ответа на терапевтический вопрос, то незачем ожидать какого-то одного ответа [11, 12].

Анализ доступных автору руководств по супервизии показал, что в них почти не отводится места методике представления материала на супервизии и созданию концепта случая. И причин, на наш взгляд, здесь несколько.

**Первая** – в том, кто есть супервизор, а также данные о его профессиональной этике, теоретической ориентации, индивидуальных особенностях, о межличностной дистанции между супервизором и группой, об определенном способе представления материала, который требуется от каждого (например, данные психологической диагностики), и т.д. Вследствие того, что многому из перечисленного приходится соответствовать, рекомендации для супервизируемых, в которых должно быть отражено большинство требований к представлению материала, – это дело каждого супервизора. Поэтому в начале своей работы с группой он должен предложить ей свои требования к представлению случая на супервизии и в целом формат ее проведения.

**Вторая** причина: считается, что во время обучения в ходе учебных супервизий, написания эссе, других письменных работ, студенты не раз должны были представлять случаи, и соответственно способ их представления должен быть оценен супервизором, даны рекомендации. Следовательно, студенты уже обучены и знают, как это делать.

**Третья** причина: еще обучаясь, студенты не раз читали описания многих классических случаев мастеров психотерапии, представление ими случаев и обсуждение их с коллегами. Поэтому складывается впечатление, что существует простая рекомендация – читайте классиков и учитесь, как готовиться к супервизии.

Думается, что можно продолжить перечислять причины, по которым оказывается, что выпускники специальных программ подготовки последипломного образования в области психологического консультирования и терапии не всегда знают, как представлять случай и как проанализировать его.

Опыт проведения супервизий все же убеждает, что необходимо учить представлять случай на супервизию, учить анализировать так, чтобы грамотно представить коллегам и супервизору. Ме-

тодика представления и обсуждения концептов, предложенная нами ниже, является важным элементом в формировании профессиональных навыков и проведении супервизии.

### МЕТОДИКА

На супервизиях мы прежде всего обращали внимание на представление супервизируемыми информации о клиенте, способы ее анализа с целью обучения начинающих терапевтов методике представления и создания концептов. Группа супервизируемых состояла из одиннадцати выпускников Московского центра психологии и психотерапии 1997 г., прошедших обучение по трехлетней программе, в рамках которой они специализировались в области детского, семейного психологического консультирования (психотерапии)<sup>1</sup>. В ходе обучения в нашем Центре студенты прошли около ста часов индивидуальной, групповой (в составе групп из 4–5 студентов) супервизии под руководством лицензированного психотерапевта д-ра Дэниса Боуэна (Dennis Bowen, Psy.D.) и автора этой статьи.

Супервизии проходили один раз в неделю, продолжительность каждой сессии два часа. Они начинались с того, что каждый терапевт рассказывал, насколько ему удалось использовать полученные на предыдущей сессии знания, применить конкретные рекомендации или техники на практике, во время сессий, происходивших между супервизорскими сессиями. Ранее отмечалось, что супервизируемым нужно помогать понять, как им лучше всего удастся получать максимум полезного от супервизии. Важно ли для них следовать выработанной супервизором технике ведения супервизий, или же важнее прежде обсудить основные концепты и принципы супервизии? [13]. На сессии супервизируемые приносили транскрипты наиболее сложного, с их точки зрения, фрагмента сессии. Супервизируемый раздавал распечатанный заранее транскрипт, подготовленный кого-то из группы для ролевой игры по материалу представляемой сессии. Заключившись супервизия тем, что каждый ее участник, независимо от того, представлял ли он случай, или нет, делился со всеми тем важным, что нашел для своей практики.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Перед тем как перейти непосредственно к описанию способа представления и анализа материала, мы предлагаем ознакомиться с некоторыми, с нашей точки зрения, базовыми принципами, на которых основывалось обсуждение представленного случая на супервизии. Участники группы супервизируемых руководствовались следующими правилами:

1. Позитивное представление о проделанной работе. Вопросы типа: “Что ты сделал вместо того, чтобы...” не принимались. Мы не ставили целью определить насколько удачным/неудачным, правильным/неправильным был представленный концепт случая. От участников требовалось, чтобы вопрос к представляющему случай был задан лингвистически в позитивной форме. Например: “Что ты будешь делать, если...?”, “Что ты предпримешь если...?”. Вместо: “Может тебе не следовало делать...?”. Смысл такого вопроса в том,

чтобы представляющий случай мог сам подумать, что он сделал бы (или сделает) в представленном им случае.

2. Сам концепт случая не есть нечто статичное как для представляющего, так и для остальных членов группы. Предлагалось рассматривать работу над ним как постоянно продолжающийся процесс, а не как застывшую картинку.

3. Все в концепте должно быть определено настолько точно, насколько это возможно. Предлагалось задавать вопросы: “Расскажи более точно, как он (она) это делал(а)? Чем именно это его решение отличается от предыдущего?”

4. Представление концепта случая должно идти с максимальным использованием лексики клиента, которая помогает придать обсуждению формируемого концепта точность и минимизировать влияние представляющего случай терапевта.

5. Представление концепта случая должно идти на том профессиональном уровне и языке, к которым готов супервизируемый. Интересный эксперимент, подтверждающий важность использования слов супервизируемого вместо своих, провел Р. Чинэйл (Chenail R.), который проанализировал один из случаев, используя количественный статистический анализ слов. Он пришел к следующему выводу: слушая аудиозапись сессии, супервизируемый улавливал переход с темы на тему и по просьбе супервизора представлял эти изменения темы визуально. Супервизируемый мог “слышать” на уровне, на котором работает супервизор, но не всегда мог оперировать словами, которые использует его супервизор [5].

6. Задать себе вопрос и постараться на него ответить: “Как клиент видит любые другие возможности решения его проблемы?” В работе с супервизируемыми мы обращали их внимание на то, что очень часто терапевт и клиент совместно решают проблему, заявленную последним. Поэтому необходимо выработать следующую позицию у супервизируемых: только в совместной работе клиента и терапевта происходит то понимание терапевтом путей и способов решения проблемы самим клиентом, которое важно для удачной терапии. Клиентам важно напоминать, что всегда существует больше, чем одно решение вопроса [14]. В любой самой трудной ситуации клиент дает понять, что у него уже имеется какой-то ему известный способ выхода из подобных ситуаций, которым он когда-либо пользовался.

Известно, что в супервизии мы должны обращать внимание на то, находится ли терапевт в контексте рассказываемого клиентом. Формирование концепта случая усложняется, если процесс предъявления информации клиентом и расспрос терапевта, условно говоря, не параллельны. В формировании концепта некими точками от-

<sup>1</sup> С программой обучения можно ознакомиться на сайте: [www.moscowscsp.edu](http://www.moscowscsp.edu) (на английском языке).

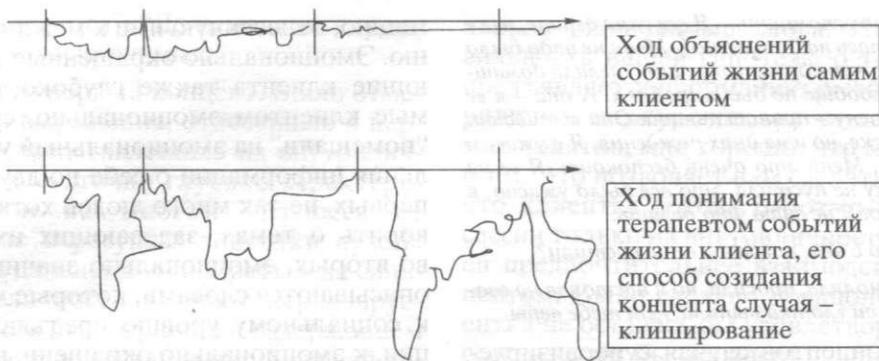


Рис. 1. Ход видения терапевтом событий в жизни клиента, его способ создания концепта случая (путь формирования клише) и ход объяснения событий собственной жизни самим клиентом.

счета, часто связанными с конкретными событиями в жизни клиента, может быть только он сам. Именно клиент определяет какие-то события в его жизни как наиболее значимые, отталкиваясь от которых, терапевт должен проводить сбор информации. Но часто в терапии все выглядит иначе. Можно ли говорить о параллельности процесса сбора информации терапевтом и собственно рассказом клиента, а, следовательно, об адекватном формировании концепта случая, если в терапии происходит подобное тому, что показано на рисунке? (рис. 1).

Бурная фантазия терапевта, плюс опыт работы с определенной категорией клиентов, плюс клишированное восприятие любого клиента, например, с низкой самооценкой (*я-то знаю, отчего она у него такая!*) – и в результате несколько искаженный концепт случая и неправильная работа терапевта. Для понимания того, как клиент видит какую-либо другую возможность решения проблемы, супервизируемые обращались к анализу случая и созданию концептов.

На примере случая (ниже приведен его транскрипт), в котором клиентка заявляет сразу очень много проблем, мы попытаемся показать, как происходит анализ материала с целью формирования концептов. Из транскрипта сессии следует, что клиентка видит возможное позитивное изменение ситуации в семье, если дочь будет во всем следовать ее примеру и станет такой же ответственной, как и она:

Т (терапевт): Я слушаю Вас...

К (клиентка): Ну вот, понимаете, ситуация такая, девочка у меня, и мне всегда говорили: подожди, подожди, вот возраст придет, это сейчас у тебя все нормально, а вот начнется...

Т: Сколько ей лет?

К: Ей тринадцать, ждали-ждали и дождались. Еще летом она была одна, а сейчас совсем другая.

Т: А какой была?

К: Была такой теплой, доброй девочкой, отзывчивой. Слушала меня и мои советы. А сейчас ничего не слушает, никаких советов. Раньше я к ней подяду вечером, накануне

прочту статьи, которые хочу, чтобы она знала. Книжку какую-нибудь про наркоманию. Сейчас – нет, отворачивается к стенке и не хочет ничего слушать.

Т: Не хочет ничего слушать...

К: Не слушает моих советов и стала такой категоричной, собаку не выводит. Раньше это делала, я думала, если она собаку хочет, – то ответственность какая-то будет. Никакой ответственности. Не слушается меня, как будто ребенка подменили. Мне все говорили, что вот придет подростковый возраст и вот он пришел... Помогите мне как-то пройти этот возраст. Она не слушается, может, возраст такой? Может, я что-то не так делаю, я из-за этого переживаю...

Т: Она не слушается вас, как это выглядит?

К: А никак, просто стоит в подъезде, не приходит, уроки не делает, музыку слушает плохую и с друзьями не дружит, которыми раньше дорожила. Мне все это не нравится и я не знаю, что делать.

Т: Расскажите, какой-нибудь эпизод, из которого мне станет понятно, что она не слушается и как это происходит.

К: Например, музыку плохую слушает.

Т: Она сидит у себя в комнате и...

К: Слушает музыку, мне она не нравится, мешает.

Т: Мешает...

К: От этой музыки, как я считаю, наркоманом можно стать. Я не понимаю, как эту музыку слушать можно. В подъезде стоит, понятно к чему это может привести.

Т: Я слышу в ваших словах беспокойство за будущее девочки.

К: Не только будущее, но и ее настоящее. Она учиться стала хуже. И на дачу не выгонись, раньше она с удовольствием это делала. Она не хочет ехать на дачу.

Т: Вы это себе как-то объясняете? (интервенция терапевта)

К: Вот я и хотела с вами про это поговорить. Может вы мне про это расскажете, что с ней делать.

Т: Вы хотели, чтобы я вам рассказала, каким бывает подросток в этом возрасте (терапевт сознательно не настаивает на получении ответа на предыдущий вопрос).

К: Да, да, да (радостно). Я и книжки читаю, и более или менее представляю, как это может быть. Себя я смутно помню, я училась хорошо, а она в штыки все воспринимает, я начинаю ей советовать по поводу ее подружки, а она: не лезь. Я иду ей навстречу, не то, что моя мама. Я другая была. Да я, в общем-то, помню себя, но я была совсем другая.

Т: А давайте вспомним, какой вы были в подростковом возрасте.

*К: Мне трудно это вспомнить... Я все сама делала, я все с 12 лет – сама. Я училась на "отлично". Меня не надо было уговаривать. Я была очень ответственной, делала домашние задания. У меня вообще не было проблем. А она – я ее отпустила на дискотеку – пришла пьяной. Они выпивают не только на дискотеке, но и на днях рождения. Я в ужасе и не знаю, что делать. Меня это очень беспокоит. Я ее на следующую дискотеку не пустила, это все было ужасно, я себя чувствую ужасно. Я не знаю что делать.*

*Т: Что произошло с ней, когда вы ее не пустили?*

*К: Она плакала, умоляла, просила, но я настояла на своем, сказала, раз ты три глотка выпила, нет тебе веры.*

Для анализа концептов случая супервизируемым была предложена матрица, с помощью которой они оценивали, с одной стороны, каждый фрагмент ситуации, рассказанной клиентом, или как выявляющую сильные стороны клиента (ресурсы), или как ту, о которой клиент избегает говорить, или как конфликтную ситуацию. С другой, оценивали уровень предъявления клиентом информации о себе: социальный, эмоциональный или внутриличностный. В основу этой оценки положена следующая идея: темы, затрагивающие личность в целом, "залегают" глубже и, соответственно, клиенту болезненнее о них говорить. Они в последнюю очередь предъявляются, и сам процесс раскрытия темы происходит, как правило, от менее к более значимой. Темы такого порядка мы отнесли к внутриличностному уровню предъявления информации. Супервизируемые учились создавать концепты, опираясь на инфор-

мацию, отнесенную ими к межличностному уровню. Эмоционально окрашенные темы, затрагивающие клиента также глубоко, но представляемые клиентом эмоционально, супервизируемые "помещали" на эмоциональный уровень предъявления информации о себе по двум причинам: во-первых, не так много людей хотят и умеют (!) говорить о темах, задевающих их эмоционально, во-вторых, эмоционально значимые темы часто описываются словами, которые можно отнести и к социальному уровню предъявления информации, к эмоционально окрашенным оценкам отношений, что уже можно отнести к социальному уровню предъявления информации. Менее эмоционально окрашены темы социального круга, и поэтому чаще всего клиент готов начать рассказ о причине обращения за помощью именно с них (табл. 1).

Транскрипт, приведенный выше, был представлен для обсуждения одним из супервизируемых в виде этой матрицы. Другие участники супервизии задавали вопросы относительно того, почему та или иная фраза клиента была отнесена к тому или иному уровню.

Из выделенных в матрице слов, фраз клиента складывается несколько концептов; они были названы как самим супервизируемым, так и его коллегами. Были выделены следующие три концепта: "Я – сама, ответственная и вообще другая";

**Таблица 1.** Матрица предъявления информации клиентом на трех уровнях: социальном, эмоциональном и внутриличностном на примере ситуаций и слов клиента. Матрица составлена по результатам первой части сессии

Ситуации	Уровни		
	Социальный (отношения, избегание отношений; ориентир на поддержание отношений в противостоянии и с эмоциями; отношения определяют многое в поведении клиента и т.п.)	Эмоциональный (преобладание эмоциональных решений; в разговоре звучат: это обидно, такой безрадостный..., подавленный, яркий и теплый и т.п.)	Внутриличностный (заметны оценки с акцентом на себе; все через призму себя; это мне постоянно мешает; на меня никто не обращает внимания, а мне этого хочется; я, как, правило, мало кому вреда приносил и т.д.)
Выявляющие сильные стороны клиента (ресурсы)	Я иду ей навстречу, не то, что моя мама. Она плакала, умоляла, просила, но я настояла на своем!		Я все сама делала Я была очень ответственной, Я другая была. Да я, в общем, помню себя, но я была совсем другая.
О которых клиент избегает говорить	Мне трудно это вспомнить... У меня вообще не было проблем (о своем подростковом возрасте)	Может я что-то не так делаю, я из-за этого переживаю	
Конфликтные	Слушает музыку, мне она не нравится, мешает Не слушается меня, как будто ребенка подменили Она не слушается может возраст такой Она в штыки все воспринимает	Я в ужасе и не знаю, что делать. Меня это очень беспокоит.	Не слушает моих советов Слушает музыку, мне она не нравится, мешает Помогите мне как-то. Мне все это не нравится и я не знаю, что делать, как пройти этот возраст

“Мне все это не нравится”; “Дочь меня не слушается – в штыхы все воспринимает”.

Проанализируем первый концепт. Было отмечено, что слова и выражения, отнесенные к первому концепту и представленные на внутриличностном уровне, достаточно глубоко характеризуют клиентку и во многом являются ее ресурсами. Знание о ресурсах клиентки нужны для того, чтобы в дальнейшем опираться на сильные стороны ее личности. Поиск супервизируемых этих ресурсов был ограничен содержанием матрицы, в которую представляющий случай терапевт внес все высказывания клиентки, так или иначе отражающие ее ресурсность. Внимание супервизируемых было обращено на важность поиска ресурсов на том же уровне, в котором выделен и сам концепт “Я – сама, ответственная и вообще другая”. В этот концепт были включены высказывания, отнесенные к социальному уровню: **Я** *иду ей навстречу*, также как и **Я** *настояла на своем* (!) Последнее выражение точнее соответствует содержанию концепта “Я – сама, ответственная и вообще другая”. В процессе уточнения содержания концепта было проанализировано, насколько клиентка и дальше на сессии остается на внутриличностном уровне, например, в конфликтных ситуациях (т.е. ситуациях межличностного уровня), клиентка говорит: **моих** *советов...*, **мне** *это не нравится...*, **мне** *она не нравится*.

Некоторым важным отступлением от основной темы будет приведенное ниже соображение по поводу собственных ресурсов супервизируемых. Терапевты, проходящие супервизию, должны знать и ценить свои ресурсы, приобретенные во время обучения, в клинической практике или просто в процессе жизненного опыта. Кажется очень важной рекомендация, данная Тоддом и Сторм: “во время обучения на супервизии супервизируемые должны планировать восполнение пробелов в ресурсах, которые обнаруживаются уже после того, как образование получено и набраны часы учебной супервизии” [13, с. 20].

Представляющий случай терапевт привел доказательство в пользу того, что его клиентка практически большую часть сессии предъявляла проблему на одном и том же уровне: внутриличностном. Приведем для доказательства этого небольшой отрывок из транскрипта:

*К: Так мне было приятно, что она меня послушалась, и купили все. Ей понравилось и мне так было хорошо, что она меня послушалась. Как я ей советовала и хотела, – так и получилось.*

*Т: И что вы отметили в себе после этого?*

*К: Эмоционально я себя почувствовала значительно лучше. Мне так стало радостно и хорошо.*

Может сложиться впечатление, что клиентка перешла на другой уровень, эмоциональный, – это заметили и другие участники групповой супервизии, – так как в ее речи зазвучали эмоцио-

нально окрашенные слова. Но, проверяя правильность нашей гипотезы о том, что клиентка предъявляет информацию о себе все же на внутриличностном уровне, мы читаем в транскрипте: **мне** *приятно*, **мне** *хорошо*, что **меня** *послушалась* и т.п. Это позволяет нам сделать предположение, что клиентка готова работать на данном этапе сессии только на внутриличностном уровне, здесь ей предпочтительнее взаимодействовать с терапевтом. Было сделано предположение, что клиентка не осталась бы удовлетворена результатом сессии, если бы терапевт, например, попытался найти способы их лучшего взаимодействия с дочерью (на межличностном уровне) или обратился к чувствам клиента (на эмоциональном уровне).

По последней части транскрипта, представленного на супервизии, супервизируемому было предложено в конце сессии уточнить состояние клиентки. Следуя за ней, терапевт выбрал правильную стратегию ведения первой сессии: остался на том уровне, на котором была начата сессия, и на котором была готова работать клиентка. Можно только выразить сомнения относительно эффекта терапии, если бы терапевт перешел на межличностный уровень, или “углубился” в эмоциональный. По нашему мнению, достаточно профессиональной будет работа терапевта в том случае, если клиентка получит поддержку терапевтом ее внутреннего ощущения себя такой, какова она есть.

На примере транскрипта этой же сессии, но ее последней части, проанализируем как заканчивается формирование основных концептов, с которыми предстоит работать на последующих сессиях. Прежде чем перейти к этой части работы, терапевту важно получить подтверждение, что клиентка готова к изменению каких-то своих привычек, паттернов поведения, оказывающих негативное влияние на ее взаимоотношения с другими.

*К: Она же меня не слушает. Может вы ей объясните, что я хочу от нее. Поэтому я и обратилась к вам, чтобы вы мне помогли.*

*Т: Как я ей могу что-то сказать, если она не хочет сюда приходить.*

*К: Нет, она хочет приходить, только она не хочет, чтобы мы втроем здесь были.*

*Т: Не хочет, чтобы мы здесь были втроем... Ну что же, я вижу следующие варианты нашей работы. Я каким-то образом изменю вашу дочь, и она станет лучше, например, перестанет курить...*

*К: Да, это основное (воодушевлено). И свою точку зрения чтобы могла отстаивать. Это то, чего мне хотелось.*

*Т: Есть и другое решение: вы немного измените свое отношение к дочери. Как вам этот вариант?*

*К: Ну, я готова, я же не враг своей дочери. Если вы скажете, что что-то нужно сделать, я, конечно, сделаю.*

*Т: Представьте, что вам нужно что-то изменить в себе: вы готовы изменить?*

*К: (пауза). Ну я могу же быть не права, и поэтому иногда я чувствую себя неуверенной. Поэтому я не знаю, как*

поступить. Иногда в таком состоянии перегибаю палку. Я хочу, чтобы вы мне помогли.

Т: И еще раз задам тот же вопрос. Что же вы готовы в себе изменить?

К: А я еще не знаю, что мне нужно изменить, чтобы наладить отношения, чтобы дочь стала лучше. Если вы мне скажете, что нужно изменить, я готова это сделать, что-то изменить в себе.

Т: Я же не знаю вас так хорошо, как вы себя знаете, и не думаю, что я буду готова когда-то сказать: вы должны сделать то-то и то-то с собой и тогда...

К: Я же говорю, что готова, я на все готова сама.

Т: Давайте подумаем, что вы могли бы изменить в себе, и что вы хотели бы не менять в себе и в ваших с дочерью отношениях. И об этом вы подумаете дома, на следующей встрече мы начнем наш разговор с этого.

Мы вновь обращаемся к той же матрице, слова клиента из последней части сессии выделены подчеркиванием.

По-видимому, главное, что супервизируемый достиг в конце сессии: мать (клиентка) готова меняться, что-то изменить в себе, но еще не знает, как ей нужно измениться, чтобы наладить отношения с дочерью. На каком уровне отмечаются изменения? По матрице видно, что они прежде всего отразились в ситуациях социального и внут-

риличностного уровней. В ситуациях, где проявляются сильные стороны клиента, мы читаем: "Я готова меняться" вместо "Я настояла на своем" в начале сессии. Сравнивая с тем, что было в начале сессии, видно, как формируется совершенно иной концепт на социальном уровне. Он становится более наполненным по содержанию и количеству высказываний клиентки. И если в начале сессии он вообще не был выделен, то в конце его вполне можно обозначить: "Я готова что-то изменить в себе". В начале сессии на внутриличностном уровне был выделен концепт "**Я – сама, ответственная и вообще другая**"; в конце сессии, пожалуй, этот концепт больше не наполнялся информацией и постепенно перестал быть основным. Всего одна фраза: "**Я могу же быть неправа, поэтому я не знаю, как поступить**" во многом "поправляет" наше представление о клиентке, которая вначале видится как всегда и во всем абсолютно правая.

Таким образом, проанализировав только ситуации, выявляющие сильные стороны клиента (ресурсы), супервизируемые заметили: стал формироваться другой концепт. И соответственно зада-

Таблица 2. Матрица представления информации клиентом на трех уровнях: социальном, эмоциональном, внутриличностном. Матрица составлена по результатам последней части сессии

Ситуации	Уровни		
	Социальный (отношения, избегание отношений; ориентир на поддержание отношений в противопоставлении и с эмоциями; отношения определяют многое в поведении клиента и т.п.)	Эмоциональный (преобладание эмоциональных решений; в разговоре звучит: это обидно, такой безрадостный...; подавленный; яркий и теплый и т.п.)	Внутриличностный (заметны оценки с акцентом на себе; все через призму себя; это мне постоянно мешает; на меня никто не обращает внимания, а мне этого хочется; я, как, правило, мало кому вреда приносил и т.д.)
Выявляющие сильные стороны клиента (ресурсы)	Я иду ей навстречу, не то, что моя мама. Она плакала, умоляла, просила, но <b>я настояла на своем!</b>		<b>Я</b> все сама делала <b>Я</b> была очень ответственной, <b>Я</b> другая была. Да я, в общем, помню себя, но я была совсем другая. <b>Я могу же быть не права,</b> поэтому я не знаю, как поступить
О которых клиент избегает говорить	Мне трудно это вспомнить... У меня вообще не было проблем (о своем подростковом возрасте)	Может я что-то не так делаю, я из-за этого <b>переживаю</b> ...	
Конфликтные	Слушает музыку, мне она <b>не нравится, мешает</b> <b>Не слушается</b> меня, как будто ребенка подменили <b>Она не слушается,</b> может возраст такой <b>Она в штыки все воспринимает</b> я еще не знаю, что мне нужно изменить, чтобы <b>наладить отношения</b>	<b>Я в ужасе</b> и не знаю, что делать. Меня это очень <b>беспокоит</b> .	Не слушает <b>моих</b> советов Слушает музыку, <b>мне</b> она не нравится, мешает Помогите <b>мне</b> как-то. <b>Мне</b> все это не нравится и я не знаю, что делать, как пройти этот возраст

ча терапевта на последующих сессиях: наполнить его конкретным содержанием – словами клиента, его поступками, событиями из прошлого и настоящего, относящимися к следующему утверждению: **“Я же могут быть неправы, поэтому я не знаю, как поступить”**. Работа над формированием концепта примерно с таким же названием была продолжена в ролевой игре. Используя материал сессии, терапевт избежал нежелания клиентки что-то менять в себе. У нее появилась мысль, что она тоже может меняться – иначе в их семье не наладить отношений, устраивающих обе стороны. Но нежелание мамы и дочери работать вместе привносит некий оттенок неопределенности результатов терапии. Их изменению может помешать многое: нежелание идти навстречу друг другу, сопротивление дочери любому пожеланию матери, стремление каждого отстоять свое.

Как следует из обсуждения сессии, терапевт мог собирать информацию, предъявляемую на двух уровнях: социальном и внутриличностном. Супервизируемым был задан вопрос: “Какой из них больше окрашен эмоционально?” Для доказательства своей точки зрения они приводили слова клиентки, относящиеся к разным уровням (внутриличностному и социальному). Оказалось, что у этой клиентки эмоционально более окрашены характеристики себя и оценка другими свойств ее личности. Информация о клиентке, отнесенная к социальному уровню, менее эмоционально заряжена, она ее легче предъявляет, спокойнее обсуждает. Эта клиентка готова начать разговор, приводя ситуации, отнесенные нами к внутриличностному уровню. Однако очень часто клиент начинает свой рассказ с ситуаций социального уровня.

Участникам группы также было предложено, используя представленный на сессии транскрипт, обсудить следующее: что же **клиент хочет** от терапии, сопоставив с нашим представлением о том, что **он этого хочет**. Внимание супервизируемых было обращено на то, что концепт имеет временную составляющую, а сбор информации для формирования концепта должен проводиться в направлении: каким клиент хотел бы видеть себя в будущем, каким он хотел бы видеть ту ситуацию, по поводу которой пришел к терапевту. Именно поэтому нам особенно важна информация о прошлом и настоящем клиента. Но важно определить не только в какой степени это представление о прошлом и мечты о будущем являются реальными, но и являются ли действительно принадлежащими клиентам, а не нам. Вопрос “Вспомните, какой вы были в подростковом возрасте?” позволит перевести клиента из настоящего в его прошлое. В этом вопросе также незримо присутствует и другой: “Какая же вы бываете иной, не такой, как сейчас?” Ответы клиента на этот вопрос позволили терапевту выделить концепт: “Я – сама, ответственная и вообще другая”.

Клиентка имела возможность рассказать о себе так, как ей хотелось себя видеть тогда (или сейчас), “достроить” в этом повествовании что-то о себе или о событиях прошлого. Она может сказать: “Я была молодая, уверенная в себе, счастливая”, и это уже будет тем, на что можно опираться в терапии. Какая-то другая тогда, в сравнении с настоящим. Вопрос: “Как вы себя чувствовали тогда, в такой-то ситуации?” позволил получить информацию о том, как она видит себя (отношения, ситуацию) через призму лет. Для представления о том, что клиентка желала бы изменить в нынешнем своем состоянии (отношениях, видении себя и т.д.), ее просили, например, составить рассказ (“нарисовать картину”) о том, какой она видит свою семью через десять лет. Ее представления о будущем легко как калька легли на то, что она имеет сейчас, чем она недовольна в семье, что она ждет от дочери, каких отношений с матерью дочь желает. Ее рассказ помог увидеть картинку не лоскутно, а целостно. Этот прием использовали в практике некоторые участники групповой супервизии. Они отмечали, что благодаря ему у них появилась целостная картина, к которой им было легко возвращаться на любом этапе терапии. Благодаря механизму проекции, лежащему в основании ответов на вопрос о том, какой была клиентка много лет назад (какими были ее отношения с кем-то из близких), терапевт более отчетливо понимает, что ждет его клиент от терапии, именно клиент, а не он сам.

Для терапевта было важно то, что клиент, “материализовав” эту картину, все же захочет почувствовать себя здесь и сейчас так же, как и на картинке, в прошлом. Например, если клиент называет свою картину (или ситуацию): “Это я счастливая”, то терапевт чувствует желание клиента вновь испытать это чувство, или найти подобное ощущение счастья в настоящем. Конечно же, в картине есть образ идеального, и в ней есть что-то главное, а что-то второстепенное. Задача терапевта состоит в том, чтобы найти то, что клиент, а не терапевт, “вырисовывает” на переднем плане своей картины. Как правило, это то, что его волнует в первую очередь. Чтобы узнать, что для клиента является главным, можно предложить “нарисовать” эту картину, рассказать о процессе ее создания, о том, что на ней изображено. Расспрос по этой картине дает нам достаточно глубокое информационное наполнение концепта. На супервизиях было обращено внимание на то, как помочь представить клиенту пейзаж, интерьер, людей, изображенных на “картине”, что означает, если “клиент” все время говорит: “Мы там-то, мы там-то или я и кто-то еще”, “Я получаю подарки”, “Он меня радует”, “Все на нас смотрят”. Оказалось, что даже по местоимениям можно определить то, что в концепте является наибо-



Рис. 2. Карта концептов клиента и первичный запрос клиента.

более важным, на каком из уровней клиент предъявляет информацию.

В конце супервизии терапевтов попросили назвать концепты по транскрипту, предложенному для обсуждения. Несмотря на детальный разбор случая, написание двух матриц, супервизируемые предложили несколько других, отличных от описанных в статье, концептов. В исследовании, проведенном Мэйфилдом и его коллегами [10], сравнивалось умение построения концептов опытными терапевтами и теми, кто обучается этой профессии. Ими было подсчитано, что начинающие формируют большее число концептов в целом и устанавливают большее число реципрокных связей между ними. Мартин с коллегами [9] обратил внимание на тот факт, что концепты можно и нужно расставлять на концептуальном "поле" в иерархическом порядке, поэтому не случайно супервизируемые спорили о первоочередности и важности того или иного концепта для работы.

Следующий шаг анализа материала, предложенного на супервизии, – создание карты концептов или "картографирование". В основу методики положен принцип реципрокности событий, эмоций, отношений с той проблемой, с которой клиент обращается за помощью. Конечно же, это картографирование есть некое упрощение ситуации и видение проблемы в целом, но иногда важно уметь отойти на некоторое расстояние от множества данных, не увязнув в них, и пройти дальше по одной из ниточек, которая и поможет размотать весь клубок. Графически это выглядит следующим образом (рис. 2).

Графическое представление концептов очень полезно еще и для того, чтобы иметь возможность добавлять уже собранные данные в один из концептов (или сразу в несколько). Помимо этого, графическое представление концептов позволяет супервизируемым увидеть недихотомичность некоторых связей, как это может показаться на пер-

вый взгляд. Иногда очевидная реципрокность связей (например, событие А во многом определило отношения Б) исчезает, когда информация, собираемая постепенно в один или другой концепт, начинает разрушать сложившиеся в начале сессии связи. Как в нашем случае, один из концептов, так быстро наполнившийся вначале (Я – сама, ответственная и вообще другая), перестал быть главным до конца сессии.

Как правило, супервизируемым предлагалось построить карту концептов на начало сессии и ее окончание, обсудить их содержание и посмотреть на динамику концептов. Мэйфилд и коллеги [10] предлагали на своих супервизиях на листочках бумаги писать название концепта (в него включали отдельные фразы клиента, максимально характеризующие тот или иной концепт) и раскладывать их на полу. Потом веревочками соединять некоторые концепты, связанные, по мнению супервизируемых, и как-то определяющие причину обращения за помощью к терапевту. Конечно же, карточка с причиной обращения (как и у нас на рис. 2) размещалась в центре комнаты.

Было замечено, что выделение эмоционально нагруженных слов в речи клиента во многом определяет выделение и название концепта. Часто именно эмоционально нагруженные слова и выражения давали подсказку терапевтам, некий ориентир в их дальнейшей работе. Позже на супервизии, во многом отталкиваясь от этих эмоционально нагруженных слов, супервизируемые обсуждая концепты, давали объяснение группе, почему именно то или иное выражение было помещено в тот или иной концепт. И в дальнейшем обсуждение того, как эти концепты взаимосвязаны, давало супервизируемому много поводов обдумывания вопросов для индивидуальной супервизии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, способ концептуализации случая и создания нескольких концептов помогает представлению случая на супервизии и является вспомогательным методическим средством для проведения как групповой, так и индивидуальной супервизии. Концептуализация случая клиента является важным профессиональным навыком психолога-консультанта и представляет собой структурирование знания терапевта о клиенте. Такому важному элементу обучения/супервизии, как способу представления материала, созданию концепта случая для обсуждения его на супервизии, важно посвящать, на наш взгляд, время в профессиональных дискуссиях.

Нами были сформулированы некоторые, с нашей точки зрения, важные принципы, на которых базируется формирование концепта случая. На примере его транскрипта, в котором клиентка заявляет сразу очень много проблем, мы попытались показать как происходит анализ материала.

Для создания и последующего анализа концептов, предъявляемых клиентами, нами была предложена схема их оценки, а для формирования концептов случая – матрица, с помощью которой можно оценивать уровень предъявляемой клиентом проблемы: социальный, эмоциональный или внутриличностный. Предложенный способ графического представления концептов очень полезен для того, чтобы иметь возможность добавлять уже собранные данные в один из концептов (или сразу в несколько) и видеть недихотомичность некоторых связей в создаваемых терапевтом концептах.

Метод представления и обсуждения концептов на супервизиях семейных консультантов, конечно же, может быть использован не только для них, но также и для консультантов, работающих с парами или отдельными клиентами. Следует отметить, что собственная теоретическая ориентация супервизора и терапевта, проходящего супервизию, не может являться существенным препятствием для использования описанной методики в работе. Она может быть наполнена содержанием в рамках какого-то одного подхода, например, адлеровской психотерапии, краткосрочной, ориентированной на решение терапии, кризисной интервенции. На наш взгляд, также важно соотносить основные понятия подхода, в рамках которого работает терапевт, с методикой представления случая, способом его концептуализации, матрицей для оценки уровня предъявления клиентом информации о себе. Предложенный нами один из способов анализа материала, названный “картой” концептов или их “картографированием”, должен быть также соотношен с подходом, в рамках которого работает супервизор.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д. Супервизорство. Техника и методы корректирующего консультирования. СПб.: Б.С.К., 1997.

2. Acton W.H., Johnson P.J., Goldsmith T.E. Structural knowledge assessment: Comparison of referent structures // *J. Educational Psychol.* 1994. V. 86. P. 303–311.
3. American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). AAMFT Approved Supervisor designation: standards and responsibilities. Washington, DC. 1991.
4. Bernard J.M., Goodyear R.K. Fundamentals of Clinical Supervision. Boston: Allyn and Bacon, 1998.
5. Chenail R. Making maps // *Practicing therapy* / Eds. Rambo A., Heath A., Chenail R. New York: W.W. Norton, 1993. P. 155–265.
6. Council for the Accreditation of Counseling and Related Educational Program. CACREP accreditation standards and procedures manual. Alexandria, VA. 1994.
7. Glaser R., Chi M.T.H. Overview // *The nature of expertise* / Eds. Chi M.T.H., Glaser R., Farr M.J. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1988.
8. Kagan N. Interpersonal Process Recall: a method of influencing human interaction. Lansing, MI: Michigan State University, 1975.
9. Martin J., Slemon A.G., Hiebert B., Hallberg E.T., Cummings A.L. Conceptualizations of novice and experienced counselors // *J. Counseling Psychol.*, 1989. V. 36. P. 395–400.
10. Mayfield W.A., Kardash C.M., Kivlighan D.M. Differences in experienced and novice counselors' knowledge structures about clients implications for case conceptualization // *J. Counseling Psychol.* 1999. V. 46. № 4. P. 504–514.
11. Mead D. Effective supervision: a task-oriented model for the mental health professions. New York: Brunner/Mazel, 1990.
12. Todd T., Greenberg A. No question has a single answer! Integrating discrepant models in family therapy training // *Contemp. Family Ther.* 1987. V. 9. P. 1–2.
13. Todd T.C., Storm C.L. The complete systemic supervision. Context, Philosophy, and Pragmatics. Boston: Allyn and Bacon, 1997.
14. Walter J.L., Peller J.E. Becoming solution-focused in brief therapy. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1992.

## PRESENTATION AND DISCUSSION OF CONCEPTS IN SUPERVISIONS OF FAMILY COUNSELORS

A. V. Makhnach

*Cand. sci. (psychology), head res. ass., IP RAS, Moscow*

The author's method of case conceptualization by the way of creation of several concepts and analysis of its in group supervision is presented. There are considered the reasons of insufficient attention to case conceptualization and method of data presentation in supervision.

Basic principles of case analysis in supervision are discussed. Some rules for supervises are proposed. The matrix for evaluation of client's level of information production (social, emotional and intrapersonal ones) was created and used.

New method of data analysis called “the map” of concepts or “concepts mapping” was introduced. The main principle of this method is reciprocity of cases, emotions and relations with client's demand.

*Key words:* case conceptualization, supervision, learning, method of case presentation, rules of case presentation, “the map” of concepts.