



**ПРОЕКТ ПРОТОКОЛА ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ
СУПЕРВИЗИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2014

**ПРОЕКТ ПРОТОКОЛА ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ
СУПЕРВИЗИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» по государственному контракту № К-32-НИР/118-5 от 07 ноября 2011 года на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством при реализации психотерапевтических программ в специализированных психиатрических учреждениях с использованием различных методов и форм психотерапии (организационные, терапевтические и реабилитационные аспекты)»

Санкт-Петербург
2014

АННОТАЦИЯ

Проект служит дополнением к протоколу ведения пациента «Психотерапия при невротических и других психических расстройствах». В работе сформулированы единые квалификационные требования к супервизии индивидуальной психотерапии невротических расстройств. Определены унифицированные форматы супервизионных заключений, минимальные требования к их содержанию. Предложены три модели супервизии, две из которых не ориентированы на какой-либо определенный метод. Реализация данного протокола в лечебно-профилактических учреждениях позволит значительно увеличить число супервизируемых психотерапевтических сессий и повысить качество индивидуальной психотерапии.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3.

Авторы составители: доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Р.К. Назыров, В.Х. Холявко, кандидат медицинских наук А.Г. Кондинский, С.В. Ляшковская, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук М.Б. Ремесло, кандидат медицинских наук В.Я. Сазонов, П.Д. Чернов.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПВП – протокол ведения пациентов «Психотерапия при невротических и других психических расстройствах»

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014

ВВЕДЕНИЕ

Супервизия — это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, социальной работы и др., в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии.

Супервизия позволяет специалистам акцентировать внимание на цели и направления своей работы, формировать системные подходы к стратегии и тактике проводимого лечения, планировать и прогнозировать эффекты терапии и вмешательств, а также осознавать свои ошибки и корректировать индивидуальные планы коррекции поведения клиента и его лечения.

Супервизор — квалифицированный специалист, проводящий супервизию путем профессионального консультирования психотерапевта. Консультирование проводится им на основе наблюдения и специфического анализа зафиксированных фрагментов практической работы психотерапевта с последующим или одновременным обсуждением с коллегой особенностей терапевтического контакта, текущей и планируемой лечебной стратегии и тактики.

Супервизия, осуществляемая в рамках медицинской модели психотерапии называется клинической.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Содержание.

1. Область применения
2. Общие положения
3. Положение о супервизоре
4. Модели супервизии
 - 4.1 Первая модель супервизии
 - 4.2 Вторая модель супервизии
 - 4.3 Третья модель супервизии

4.3.1 Динамическое направление психотерапии

4.3.2 Когнитивно-поведенческое направление психотерапии

4.3.3 Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии

1. Область применения

Настоящий протокол устанавливает виды, объем и основные требования к супервизионным мероприятиям при оказании индивидуальной психотерапевтической помощи при невротических расстройствах.

Настоящий протокол предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных и территориальных органов управления здравоохранением.

2. Общие положения

Протокол «Супервизия индивидуальной психотерапии при невротических расстройствах» разработан с целью квалификационно-организационного обеспечения реализации протокола ведения пациента «Психотерапия при невротических и других психических расстройствах» в части, посвященной пациентам с невротическими расстройствами.

Он служит для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку проведения супервизии при индивидуальной психотерапии пациентов с невротическими расстройствами;
- унификация требований к супервизорам при проведении супервизии индивидуальной психотерапии пациентов с невротическими расстройствами;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества супервизионных мероприятий, предпринимаемых для врачей-психотерапевтов и их пациентов, страдающих невротическими расстройствами, при проведении индивидуальной психотерапии в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения данного нормативного документа – лечебно-профилактические учреждения системы здравоохранения, иные учреждения, где проводится психотерапевтическое лечение лиц, страдающих невротическими и другими психическими расстройствами.

Супервизия - метод профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии.

Профессиональное консультирование проводится на основе наблюдения и специфического анализа зафиксированных фрагментов практической работы психотерапевта с последующим представлением результатов анализа.

Супервизионное заключение – обязательная форма представления результатов супервизии. В заключении отражаются особенности терапевтического контакта, текущей и планируемой лечебной стратегии и тактики, степень адекватности используемого технического арсенала, даются рекомендации врачу-психотерапевту по повышению качества психотерапевтической помощи.

Наличие супервизионного заключения является одним из показателей качества индивидуальной психотерапии.

Супервизор – квалифицированный специалист, осуществляющий наблюдение за психотерапевтическим процессом, проводящий анализ материалов собственного наблюдения и представляющий супервизионное заключение.

Систематический метод, в котором проводится супервизия, называется «моделью». Модели супервизии отражают концептуальную и методологическую базу супервизора, его подходы к практике психотерапии и супервизии.

3. Положение о супервизоре

Супервизором индивидуальной психотерапии пациентов с невротическими расстройствами может быть врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический (медицинский психолог).

Квалификация супервизора оценивается по отношению к конкретной модели супервизии, а в случае реализации третьей (методической) модели супервизии – по отношению к конкретному методу.

4. Модели супервизии

В медицинской модели психотерапии пациентов с невротическими расстройствами, осуществляемой в лечебно-профилактическом учреждении в рамках протокола ведения пациента «Психотерапия при невротических и других психических расстройствах» в зависимости от целей и задач, решаемых для повышения качества медицинской помощи, выделяют три модели супервизии:

1. Первая модель супервизии

(модель верификации психотерапевтического контракта)

Цели:

- Верификация соответствия оказываемой психотерапевтической помощи модели пациента

Задачи:

- Анализ содержания сознательных мотивов пациента по отношению к факту оказания ему психотерапевтической помощи

- Анализ содержания сознательных мотивов пациента по отношению к конечному (ожидаемому) результату психотерапевтической помощи

- Определение степени риска для данного пациента на основе анализа степени его эмоционального напряжения, вызванного

психотерапевтической помощью, по отношению к особенностям его клинического состояния

2. Вторая модель супервизии

(модель верификации психотерапевтического контакта)

Цели:

- Определение качества терапевтического контакта

Задачи:

- Анализ ролей и позиций врача-психотерапевта и пациента по отношению друг к другу
 - Анализ согласованности представлений в психотерапевтической диаде в когнитивной сфере
 - Анализ адекватности представлений врача-психотерапевта об особенностях эмоциональных проявлений пациента
 - Анализ особенностей поведения врача-психотерапевта и пациента и оценка адекватности представлений врача-психотерапевта о поведении пациента

3. Третья модель супервизии

(модель верификации психотерапевтического метода)

Цели:

- Выработка рекомендаций по коррекции профессиональных действий врача-психотерапевта для повышения эффективности осуществляемого психотерапевтического метода

Задачи:

- Анализ и оценка адекватности профессиональных действий врача-психотерапевта направлению психотерапии
- Анализ и оценка адекватности профессиональных действий врача-психотерапевта по отношению к фазе психотерапевтического процесса

4.1 Первая модель супервизии

Минимальные требования к содержанию супервизионного заключения (1 модель супервизии) Задачи супервизии	Содержание заключения		
	Фокус наблюдения	Варианты оценок	Возможные рекомендации
Анализ содержания сознательных мотивов пациента по отношению к факту оказания ему психотерапевтической помощи	Конгруэнтные позитивные и негативные реакции пациента на предложение ему психотерапевтической помощи; Конгруэнтные сообщения пациента о внутренней психо- или соматоцентрированной картине болезни.	1. Мотивация пациента к оказанию ему психотерапевтической помощи отсутствует. (пациент соответствует 1 модели ПВП)	Переход на фармакотерапевтическую модель лечения невротических расстройств
		2. Пациент заинтересован в получении психотерапевтической помощи. (пациент относится к 2, 3 или 4 моделям ПВП)	Переход ко второй модели супервизии
Анализ содержания сознательных мотивов пациента по отношению к конечному (ожидаемому) результату психотерапевтической помощи	Конгруэнтные позитивные и негативные реакции пациента на предлагаемые ему к согласованию цели психотерапевтической помощи; Конгруэнтные сообщения пациента о желательном для него результате психотерапевтической помощи.	1. Симптоматическая мотивация. Пациент ожидает редукции симптоматики. (пациент относится к 2 модели ПВП) 2. Пациент осознает связь своей болезни с психотравмирующей ситуацией, ожидает помощи с целью ее разрешения (пациент относится к 3 модели ПВП) 3. Пациент осознает связь своей болезни с особенностями своей личности, ожидает личностных изменений (пациент относится к 4 модели ПВП).	Переход ко второй модели супервизии

<p>Определение степени риска для данного пациента на основе анализа степени его эмоционального напряжения, вызванного психотерапевтической помощью, по отношению к особенностям его клинического состояния и мотивации</p>	<p>Психопатологический фокус наблюдения: выраженность признаков эмоционального напряжения, степень астении, способность контролировать импульсивное поведение. Психологический фокус наблюдения: степень выраженности кататимных особенностей мышления, степень противоречивости мотивов.</p>	<p>1. Высокий, низкий или адекватный запросу пациента риск прерывания психотерапевтического процесса по инициативе пациента. 2. Высокий, низкий или адекватный запросу пациента риск резкого ухудшения клинического состояния пациента</p>	<p>1. Высокие риски – предложение пациенту адекватной фармакотерапевтической помощи с целью редукации симптоматики и/или переход в позицию психологического консультирования. 2. Низкие или адекватные риски – переход во вторую модель супервизии.</p>
--	---	--	---

4.2 Вторая модель супервизии

Минимальные требования к супервизионному заключению

Задачи супервизии	Содержание заключения		
	Фокус наблюдения	Варианты оценок	Возможные рекомендации
<p>Анализ ролей и позиций врача-психотерапевта и пациента по отношению друг к другу</p>	<p>1. Поведение врача-психотерапевта в ответ на поведение пациента, поведение пациента в ответ на поведение врача-психотерапевта. 2. Роли врача-психотерапевта и пациента в процессе принятия решений.</p>	<p>Перечень возможных ролевых позиций врача-психотерапевта и пациента: 1. Авторитарная, директивная 2. Авторитарная, недирективная 3. Партнерская, директивная 4. Партнерская, недирективная Сочетание ролевых позиций в психотерапевтической диаде может быть признано: 1. комплиментарным 2. некомплиментарным</p>	<p>В случае некомплиментарности роли врача-психотерапевта рекомендации, корректирующие уровень его авторитарности и степень директивности.</p>
<p>Анализ согласованности представлений в психотерапевтической диаде в когнитивной сфере</p>	<p>1. Содержание вербальных сообщений врача-психотерапевта и пациента о причинно-следственных связях между объектами, субъектами, процессами и явлениями; оценочные суждения. 2. Дискуссии.</p>	<p>Участники психотерапевтической диады оцениваются как: 1. понимает другого 2. не понимает другого 3. частично понимает другого</p>	<p>В случае непонимания или частичного понимания кем-то из участников психотерапевтической диады другого участника содержание рекомендаций зависит от предполагаемых причин</p>

Анализ адекватности представлений врача-психотерапевта об особенностях эмоциональных проявлений пациента	Эмоциональные реакции врача-психотерапевта в ответ на эмоциональные реакции пациента, уровень эмпатии	Эмоциональный контакт оценивается как: 1. Хороший 2. Достаточный 3. Недостаточный	В случае отсутствия эмоционального контакта со стороны врача-психотерапевта рекомендуется проведение мероприятий по повышению личностной компетентности.
Анализ особенностей поведения врача-психотерапевта и пациента и оценка адекватности представлений врача-психотерапевта о поведении пациента	степень активности врача-психотерапевта, степень активности пациента.	Безоценочное описание распределения активности между врачом-психотерапевтом и пациентом	Конкретные рекомендации даются в контексте других составляющих терапевтического контакта
Анализ терапевтического контакта в целом	Все вышеперечисленное	1. Хороший терапевтический контакт	Переход к 3 модели супервизии
		2. Удовлетворительный терапевтический контакт (дефицитарна одна из трех сфер контакта – когнитивная, эмоциональная или поведенческая)	Переход к 3 модели супервизии после коррекции выявленных нарушений терапевтического контакта
		3. Неудовлетворительный терапевтический контакт (дефицитарны 2 или 3 сферы)	Переход к первой модели супервизии.

4.3 Третья модель супервизии

4.3.1 Динамическое направление психотерапии

Краткая характеристика динамического направления психотерапии

Под динамическим направлением подразумевается ряд видов психотерапии, ориентированных на психоаналитическую теорию. Основой динамического направления в психотерапии является достижение понимания динамики психической жизни индивида, основанное на концепции бессознательного.

В психотерапии акцентируется внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения — через особые когнитивные способы (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос), — которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его здоровье.

Терапевтические изменения и лечебный процесс в динамическом направлении в психотерапии своей конечной целью имеют осознание бессознательного (если сформулировать эту задачу в возможно более краткой форме). Это означает, что психотерапевт вызывает изменения, которые облегчают проявление и понимание пациентом бессознательного, в основном либидинозного содержания. Динамический психотерапевт ищет способ раскрытия у пациента преимущественно сексуального подавленного содержания и сопротивления этому. Он добивается этого путем медленного, скрупулезного объяснения и разгадывания исторического значения психических явлений и косвенных форм, в которых выражаются закамуфлированные конфликты, лежащие в их основе. Понятно, что поэтому динамическая цель иногда значительно удалена. В лучшем случае данная концепция лечения означает возможность полной реорганизации личности при окончательном разрешении невротического конфликта.

Динамический подход реализуется преимущественно средствами вербализации, включающей свободные ассоциации пациента и анализ психотерапевтом реакций переноса и сопротивления. Анализ как задача психотерапевта облегчается четырьмя специфическими процедурами: конфронтацией, прояснением (кларификацией), интерпретацией и прорабатыванием. Метод свободных ассоциаций с самого начала является основным способом взаимодействия психотерапевта с «бесцензурным» содержанием психики пациента.

Таким образом, основные категории в динамическом направлении кратко могут быть сформулированы в следующем виде: концепция патологии основана на признании существования конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний, которые остаются вне сознания, т. е. бессознательны; здоровье достигается при разрешении таких конфликтов путем победы Эго над Ид, т. е. через усиление Эго; желательные изменения — это достижение глубокого инсайта (понимание далекого прошлого, т. е. интеллектуально-эмоциональные знания); временной подход является историческим, фокусируется на субъективном прошлом; лечение требуется, как правило, долговременное и интенсивное; задача психотерапевта заключается в понимании содержания бессознательной области психики пациента, ее исторического, скрытого значения; психотерапевтическая техника основана на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, обмолвок и сновидений; лечебная модель является медицинской и авторитарной: психотерапевт—пациент или родитель — ребенок (т. е. терапевтический союз); психотерапевт выполняет интерпретирующую и отражающую роль и занимает недирижерскую, бесстрастную или фрустрирующую позицию.

Минимальные требования к содержанию супервизионного заключения

Задачи супервизии	Содержание заключения		
	Фокус наблюдения	Варианты оценок	Возможные рекомендации
Анализ и оценка адекватности профессиональных действий врача-психотерапевта направлению психотерапии	Ролевая позиция врача психотерапевта и степень его активности Темы, находящиеся в фокусе внимания врача-психотерапевта	Зависит от метода	
Анализ и оценка адекватности профессиональных действий врача-психотерапевта по отношению к фазе психотерапевтического процесса	Доля конфронтаций, прояснений и интерпретаций психотерапевта Изменения уровня эмоционального напряжения на психотерапевтической сессии в ответ на действия врача-психотерапевта Дополнительный фокус наблюдения зависит от метода		

4.3.2 Когнитивно-поведенческое направление психотерапии

Основные принципы когнитивно-поведенческого направления

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Чтобы помочь пациенту изменить неадаптивное поведение, психотерапевт должен знать, как проходило психосоциальное развитие пациента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации. Этот метод высоко индивидуализирован для каждого пациента и семьи. Так, у пациента с личностным расстройством обнаруживаются в сильной степени развитые или недоразвитые поведенческие стратегии (например, контроль или ответственность), преобладают однообразные аффекты (например, редко выражаемый гнев у пассивно-агрессивной личности), а на когнитивном уровне представлены ри-

гидные и генерализованные установки в отношении многих ситуаций. Эти пациенты с детства фиксируют дисфункциональные схемы восприятия себя, окружающего мира и будущего, подкрепляемые родителями. Психотерапевту необходимо изучить историю семьи и понять, что поддерживает поведение пациента в дисфункциональной манере. В отличие от пациентов, имеющих диагноз 1-й оси, у лиц с личностными расстройствами труднее формируется «доброкачественная» альтернативная когнитивная система.

2. Имеются тесные взаимоотношения между поведением и средой. Отклонения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреплением случайных событий в среде (например, стиль воспитания ребенка). Выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода. Это требует функционального анализа, т. е. детального исследования поведения, а также мыслей и ответов в проблемных ситуациях.

3. Нарушения поведения являются квазиудовлетворением базисных потребностей в безопасности, принадлежности, достижении, свободе.

4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Когнитивно-поведенческий психотерапевт использует достижения, методы и техники классического и оперантного научения по моделям, когнитивного научения и саморегуляции поведения.

5. Поведение пациента, с одной стороны, и его мысли, чувства и их следствия — с другой, оказывают друг на друга взаимное влияние. Когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптивного поведения. Мысли пациента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. Мыслительные процессы и эмоции рассматриваются как две стороны одной медали. Мыслительные процессы — лишь звено, часто даже не основное, в цепи причин. Напри-

мер, когда психотерапевт пытается определить вероятность рецидива униполярной депрессии, он может сделать более точное предсказание, если поймет, насколько критичен супруг пациента, вместо того, чтобы опираться на когнитивные показатели.

6. Когнитивное может рассматриваться как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур. Термин «когнитивные события» относится к автоматическим мыслям, внутреннему диалогу и образам. Это не означает, что человек постоянно ведет разговор с самим собой. Скорее можно сказать, что поведение человека в большинстве случаев неосмысленно, автоматически. Ряд авторов говорят, что оно идет «по сценарию». Но бывают случаи, когда автоматизм прерывается, человеку необходимо принять решение в условиях неопределенности, тогда и «включается» внутренняя речь. В когнитивно-бихевиористской теории считается, что ее содержание может оказать влияние на чувства и поведение человека. Но, как уже было сказано, то, как человек чувствует, ведет себя и взаимодействует с окружающими, также может существенно влиять на его мысли. Схема — когнитивная репрезентация прошлого опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. В силу такой важности схем основной задачей когнитивно-поведенческого психотерапевта является помощь пациентам в понимании того, как они истолковывают реальность. В этом отношении психотерапевт работает в конструктивистском ключе.

7. Лечение активно вовлекает пациента и семью. Единицей анализа в психотерапии в настоящее время являются примеры отношений в семье и общие для членов семьи системы убеждений. Когнитивно-поведенческая также заинтересовалась тем, как принадлежность к определенным социальным и культурным группам влияет на системы

убеждений и поведение пациента, включает практику альтернативного поведения на психотерапевтическом занятии и в реальной среде, предусматривает систему обучающих домашних заданий, активную программу подкреплений, ведение записей и дневников, т. е. методика психотерапии структурирована.

8. Прогноз и результативность лечения определяются в параметрах наблюдаемого улучшения поведения. Если раньше поведенческая психотерапия ставила основной своей задачей устранение или исключение нежелательного поведения или ответа (агрессии, тиков, фобии), то в настоящее время акцент смещен на научение пациента позитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей и т. д.), активизацию ресурсов личности и ее окружения. Иными словами, происходит смещение с патогенетического на саногенетический подход.

Минимальные требования к содержанию супервизионного заключения

Задачи супервизии	Содержание заключения		
	Фокус наблюдения	Варианты оценок	Возможные рекомендации
Анализ и оценка адекватности профессиональных действий врача-психотерапевта направлению психотерапии	Степень директивности и активности у врача-психотерапевта, степень его авторитарности.	Зависит от метода	
Анализ и оценка адекватности профессиональных действий врача-психотерапевта по отношению к фазе психотерапевтического процесса	Степень структурированности психотерапевтической сессии Когнитивное содержание предлагаемых пациенту мотивационных схем.		

4.3.3 Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии

Краткая характеристика экзистенциально-гуманистического направления

Данное направление наименее однородно.

При рассмотрении терапевтического процесса (процесса изменений) интеллектуальные знания и инсайт заменяются эмоциями и переживаниями, акцент на «там и тогда» отдаленного прошлого переносится на «здесь и сейчас» непосредственного настоящего. Переживание (как приобретение опыта) является скорее чувственным, чем познавательным или вербальным процессом, происходящим в непосредственном настоящем, являющимся субъективным и незаметным (для окружающих), а также безоговорочно значимым (хотя позднее необязательно остается таковым) и служащим средством для концептуализации.

Терапевтические изменения через переживания обычно происходят с помощью реальных, конгруэнтных межличностных взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом. Основу многих методов в этом направлении составляет позитивная вера в то, что каждый организм имеет врожденную тенденцию к развитию своих оптимальных способностей так длительно, сколько он находится в оптимальной среде. Психотерапевтические встречи действуют через сам факт их новизны. Во время их проведения психотерапевт служит катализатором, с помощью которого пациент реализует свои латентные и лучшие способности для саморазвития.

Хотя в понимании природы терапевтических взаимоотношений могут быть различия, реальный «здесь и сейчас» терапевтический диалог или взаимные встречи психотерапевта и пациента являются обязательным условием для многих школ этого направления. Важнейшее значение приобретают пробуждающие чувства человеческие

взаимоотношения, при которых каждый человек пытается искренне общаться с другими как вербально, так и невербально.

Рассматриваемое направление в психотерапии характеризуется следующими основными категориями:

— концепция патологии (основывается на признании существования экзистенциального отчаяния как следствия утраты человеком возможностей, расщепления «Я», рассогласования с собственными знаниями);

— здоровье (связано с реализацией потенциала человека — развитием «Я», достижением подлинности, непосредственности);

— желательные изменения (непосредственность переживаний, восприятие и выражение ощущений или чувств в данный момент);

— временной подход (внеисторический, фокусируется на феноменологическом моменте);

— лечение (кратковременное и интенсивное);

— задача психотерапевта (сводится к взаимодействию в атмосфере взаимного принятия, способствующего самовыражению — от соматического до духовного);

— основной психотерапевтический метод (встречи с равноправным участием в диалоге, проведение экспериментов, игр, инсценировок или «разыгрывание» чувств);

— лечебная модель (экзистенциальна: диада равных людей или «Взрослый — Взрослый», т. е. человеческий союз);

— характер отношения пациента к лечению (считается реальным, в отличие, например, от признания существования переноса в динамическом направлении, и представляет первостепенную важность);

— позиция психотерапевта (взаимодействующая и принимающая; он выступает во взаиморазрешающей или удовлетворяющей роли).

Минимальные требования к содержанию супервизионного
заключения

Задачи супервизии	Содержание заключения		
	Фокус наблюдения	Варианты оценок	Возможные рекомендации
Анализ и оценка адекватности профессиональных действий врача-психотерапевта направлению психотерапии	Зависит от метода	Зависит от метода	
Анализ и оценка адекватности профессиональных действий врача-психотерапевта по отношению к фазе психотерапевтического процесса			

Подписано в печать 03.03.2014. Формат 60x84/16.
Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.
Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 670-02-19