



**ТИПОЛОГИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МИШЕНЕЙ
И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ
ПРОГРАММ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2014

**ТИПОЛОГИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МИШЕНЕЙ
И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ
ПРОГРАММ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

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 № 06/379 от 02 июня 2008 года на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством оказания психотерапевтической помощи в психиатрических, психотерапевтических и психоневрологических учреждениях, психотерапевтических кабинетах общесоматических лечебно-профилактических учреждений»

Санкт-Петербург

2014

АННОТАЦИЯ

В настоящей работе описывается система психотерапевтических мишеней, с целью повышения качества проводимого психотерапевтического лечения.

На основе проведенного исследования разработан алгоритм использования типологии психотерапевтических мишеней для совершенствования психотерапии у больных с невротическими расстройствами. Предложено соотнесение выделенных групп мишеней с соответствующими клинико-психологическими переменными и особенностями применения психотерапевтических методов, что позволяет повысить качество преемственности между разными специалистами, осуществлять клиническую психотерапию и клиническую супервизию. Предложена новая процедура супервизии с учетом типологии психотерапевтических мишеней.

Методические рекомендации предназначены для использования врачами-психотерапевтами и медицинскими (клиническими) психологами для практической работы и проведения научных исследований.

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

Авторы составители: сотрудники Научно-исследовательского психоневрологического Института им. В.М. Бехтерева – руководитель Отдела организации научных исследований, новых технологий и подготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Р.К. Назыров, кандидат медицинских наук М.Б. Ремесло, младший научный сотрудник С.В. Ляшковская, младший научный сотрудник В.В. Холявко, медицинский психолог И.О. Павловский.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время развитие психотерапии в России определяется двумя основными тенденциями: с одной стороны, психотерапия и ее методы организационно все больше интегрируются в систему оказания медицинской помощи, с другой стороны, произведенная «инвентаризация» существующих психотерапевтических методов показывает значительное разнообразие не только самих методов, количество которых постоянно увеличивается и по некоторым оценкам приближается к 800, но и теоретических оснований проводимой психотерапии. Эти две разнонаправленные тенденции в развитии психотерапии определяют актуальность проблемы соотношения существующего многообразия психотерапевтических методов и их теоретических подходов с клинической реальностью и принципами доказательной медицины. Решение этой назревающей проблемы может существенно улучшить перспективы развития психотерапевтической помощи в медицине и позволить вплотную подойти к разработке стандартов оказания психотерапевтической помощи, подходов к экспертизе качества проводимой психотерапии.

Несмотря на то, что существуют различные модели интеграции в систему лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии других методов психотерапии (поведенческой, гуманистической, когнитивной), это не обеспечивает полноценной реализации терапевтических возможностей, т.к. в каждом методе содержится различное понимание психологических механизмов невротических расстройств, целей и мишеней проводимой психотерапии.

Интеграцию различных психотерапевтических методов может затруднить профессиональное общение специалистов, нередко акцентирующих внимание на различных психотерапевтических системах, в том числе работающих в одном коллективе, возникают трудности для разработки трансмодальных систем супервизии и сочетания различных методов психотерапии в условиях терапевтической среды и терапевтического сообщества.

Что же касается применения врачами-психотерапевтами различных психотерапевтических методов, сочетания психотерапевтической работы с психологической и социальной помощью, то в настоящее время требуется совершенствование методических ос-

нов такого подхода, которые позволили бы формировать единое понимание психотерапевтического содержания своей работы.

В связи с этим, возникает потребность в создании алгоритма унифицирования целей, задач и стратегий психотерапии в рамках индивидуальной психотерапевтической программы, создающей условия для единообразного понимания интегрируемых элементов краткосрочной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, в том числе с использованием методов из различных психотерапевтических течений и направлений. Такой подход смог бы способствовать лучшему пониманию клинико-психотерапевтического диагноза пациента, независимо от используемых теоретических подходов и методов.

В настоящих методических рекомендациях впервые предложен алгоритм использования типологии мишеней психотерапии для повышения качества проводимой психотерапии у больных с невротическими расстройствами, позволяющая систематическим образом оптимизировать элементы индивидуальной психотерапевтической программы, что в свою очередь, позволит повысить качество психотерапевтического лечения больных. Разработанные методические рекомендации системного понимания психотерапевтического диагноза смогут применяться на практике, при преподавании в институтах, в системе последипломного образования.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Основой для создания унифицированного подхода к применению психотерапии по отношению к различным клиническим группам применяется типология мишеней психотерапии.

Клиническая парадигма психотерапии предполагает дифференцированный (избирательный) подход к выбору вида и формы психотерапии в зависимости от нозологических особенностей и клинического состояния пациента. Но это не просто специфичность методов и сочетаний методов, поскольку нозологий гораздо больше, чем основных методов. Один и тот же метод по-разному приложим к разным нозологиям. Скорее всего, речь может идти о специфичности мишеней. Кроме того, психотерапия в большинстве существующих определений – это система целенаправленных воздействий (с целью изменения) на психику, в первую очередь личность и через нее на организм больного.

Психотерапевтическое воздействие направлено на объект воздействия в психике и личности - «мишень» психотерапии.

Для описания явлений психической жизни используется феноменологический подход. Из всего многообразия событий психической реальности феноменологии выделяют несколько групп феноменов, отличающихся между собой по способам их проявления.

Под **психотерапевтической мишенью** понимается проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого является осознаваемой психотерапевтом целью взаимодействия.

Появлению этого определения, а также предлагаемой классификации предшествовала длительная работа по инвентаризации имеющихся в литературе представлений о том, на что направлена лечебная интервенция в клинической психотерапии.

Типология психотерапевтических мишеней

1. Нозоспецифичные психотерапевтические мишени (психотерапевтические мишени нозологической специфики).
2. Мишени, специфичные для психотерапевтического метода.
3. Мишени, специфичные для личности пациента.
4. Мишени, специфичные для психотерапевтического процесса.
5. Психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации.

1-я группа мишеней:

Наиболее специфичными являются феномены, описываемые клиническим методом – специфичные для нозологии (описываются в клинической семиотике). Это **мишени, специфичные для нозологии**. Пример: навязчивый страх или булимия.

В эту группу психотерапевтических мишеней включаются феномены, описываемые языком клинической семиотики и специфичные для конкретного заболевания (расстройства или сходной группы расстройств). Наличие этой группы мишеней в когнитивно-мотивационной схеме психотерапевта необходимо для интеграции психотерапии в систему медицинской помощи с содержа-

тельной стороны. Мишени этой группы не только способствуют формированию клинически-ориентированной программы психотерапии, но и обеспечивают профессиональную коммуникацию между психотерапевтами (например, при проведении в рамках одной лечебной программы индивидуальной и групповой психотерапии разными специалистами), между психотерапевтом и другими участниками психотерапевтической бригады (врачом-психиатром, медицинским психологом, социальным специалистом), между психотерапевтом и руководителем ЛПУ. Для включения психотерапевтической мишени в эту группу необходимо ее наличие в семиотических системах – МКБ или глоссариях.

2-я группа мишеней:

Феномены, не специфичные для нозологии и не относящиеся напрямую к существованию симптома. Они связаны с феноменом человеческой личности. Это **мишени, специфичные для личности пациента.**

Эти мишени довольно близки к группе феноменов, которые можно отнести к факторам психотерапевтического процесса – таким феноменам, которые продуцируются участниками взаимодействия и каким-либо образом влияют на процесс, но не являются при этом объектами целенаправленного изменения, например, внушаемость пациента или искренность психотерапевта.

Например: межличностный конфликт, психологическая проблема, страдание.

Эта группа мишеней является смежной, находится на границе компетенции психотерапевта и психолога. Например, психотерапевт занимается межличностными конфликтами в рамках семейной психотерапии. Или зависимые отношения, которые могут быть у пациента с невротическим расстройством. Но такие же отношения может строить и психически здоровый человек.

3-я группа мишеней:

Феномены, имеющие отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода. Воздействие на мишени этой группы необходимо для создания условий проводимой психотерапии. Примерами мишеней такого рода могут быть феномены, от-

ражающие особенности участия пациента (избегание, пассивность), психотерапевта (созависимость, степень директивности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии. Эти мишени описывают специфику построения психотерапевтических отношений, качество и специфику психотерапевтического контакта.

4-я группа мишеней:

Группу **мишеней, специфичных для клинической ситуации**. Например: психологическая необразованность, пребывание в психотравмирующей ситуации.

Такое выделение необходимо для разделения сфер компетенции, а также оно помогает определять потребность в тех или иных специалистах (психиатре, педагоге, психологе, социальном работнике).

Есть две основных причины отнесения их к компетенции психотерапии: во-первых, обеспечение самого процесса; во-вторых, отсутствие бригады или хотя бы смежных специалистов. Что касается первой причины, то речь, видимо, идет о симптоматическом уровне вмешательства, который возможен в рамках любой по направлению психотерапии. Однако, в клинической психотерапии речь идет именно о затруднениях в обеспечении, а не о чем-то самоценном. Иначе говоря, если мы имеем дело с мишенью этого типа, то результативность воздействия на нее может являться необходимой предпосылкой для успеха, но не может быть успехом психотерапевтического вмешательства вообще.

5-я группа мишеней:

Многие этиологические (объяснительные) теории при описании мишеней психотерапии оперируют конструктами, (гипотетические образования типа интрапсихического конфликта), часть из них можно сопоставить с выявляемыми, проявляемыми или обозначаемыми феноменами. Они составляют группу **мишеней, специфичных для психотерапевтического метода**.

Эти конструкты находятся в представлениях психотерапевта о пациенте и определяют его поведение по отношению к пациенту. Они возникли внутри теорий отдельных методов и неотделимы от собственно интервенции, предлагаемой методом.

К примеру, интрапсихический конфликт – предполагаемое образование, объективизация которого затруднена. Но осуществление психодинамической психотерапии невозможно без предположения о конфликте, иначе все действия психотерапевта теряют смысл.

Выделение этих мишеней позволяют оценивать адекватность метода заявленным целям, в том числе в рамках супервизии.

Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией. Например: изоляция психотравмирующей ситуации (эмоционально выхолощенное сознательное представление о ней) – мишень не обязательно специфичная для психодинамического направления – не факт, что данная ситуация является по мнению психотерапевта причинно связана с симптомом или страданием, однако, возможно, мы имеем в таком случае пример неконгруэнтного предъявления, что в гуманистическом направлении является патогенетически активным фактором.

Инвентаризация мишеней в зависимости от клинического диагноза: рабочий, дополняемый, гlossарий психотерапевтических мишеней при лечении невротических расстройств

Для практического форматного применения предложенной нами типологии психотерапевтических мишеней, для оценки качества психотерапевтической помощи была проведена работа по идентификации научно доказанных патогенных или саногенных психологических феноменов, характерных для того или иного расстройства (мишени 1-й группы). Источником такой информации служит прежде всего научная литература (данные о проведенных исследованиях в корректном научном формате – авторефераты кандидатских и/или докторских диссертаций, монографии, статьи-отчеты о проводимых исследованиях в рецензируемых журналах).

Дополнительным источником для идентификации мишеней 4-й группы (отражающих специфику клинической ситуации) может быть структурированное интервью врача-психотерапевта,

протоколы клинико-психотерапевтических разборов и клинических конференций.

Для идентификации мишеней 5-й группы – специфичных для метода – в качестве источника информации могут служить отчеты о клинических наблюдениях, теоретические работы и т.п.

Ниже приводится сокращенный образец глоссария психотерапевтических мишеней, характерных для пациентов с невротическими расстройствами.

1-я группа. Нозоспецифичные психотерапевтические мишени.

1. Астенический синдром;
2. Обсессивный синдром;
3. Фобический синдром;
4. Ипохондрический синдром;
5. Синдром невротической депрессии;
6. Синдром вегетативной дисфункции;
7. Соматические нарушения психогенной этиологии;
8. Профессиональная дискинезия;
9. Сексуальные нарушения;
10. Заикание;
11. Нарушения сна;
12. Синдром нервной анорексии;
13. Булимический синдром;
14. Головные боли.
15. ...

2-я группа. Психотерапевтические мишени специфичные для личности пациента.

1. Индивидуально значимые, психотравмирующие переживания, в условиях актуальной жизни;
2. Проблемы самооценки (низкая, крайне неустойчивая и поляризованная самооценка);
3. Низкая способность к рефлексии и заботе о себе;
4. Отсутствие чувства благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности;
5. Фрагментарность и неустойчивость внутренней картины собственной личности;
6. Нарушение функции внутреннего контроля (в эмоциональной, когнитивной и волевой сферах);
7. Низкая способность к рефлексии;
8. Отсутствие интериоризированных социальных норм;
9. Феномен алекситимии;

10. Тенденция к формированию отношений «созависимости»;
11. Патологический способ саморегуляции, смещение нормальных влечений и потребностей человека на «суррогатный» объект;
12. Тенденция решать проблемы внутренней неудовлетворенности, сопряженной с доминированием чувства опустошенности и одиночества, за счет активного привлечения и использования других лиц;
13. Диссонанс между завышенной самооценкой и в целом «раздутым» образом самого себя, с одной стороны, и скрытым за таким фасадом, но периодически настойчиво овладевающим нарциссическую личность чувством неполноценности, с другой;
14. Трудности в близких отношениях, связанные с потребностью в близости, с одной стороны, и тревогой и сильными амбивалентными чувствами, возникающими в ситуации близости, с другой;
15. Ангедония;
16. Дефицит социального восприятия;
17. Несостоятельность при решении повседневных проблем;
18. Плохо сформированное невербальное поведение;
19. Внутренний осознаваемый неразрешенный психологический конфликт;
20. Незнание/непонимание путей избегания повторения психотравмирующих ситуаций в будущем;
21. Неадекватные стереотипы представлений;
22. Незрелая психологическая культура;
23. Субъективная неразрешимость внутреннего конфликта;
24. Разобщенные сознательные представления;
25. Малосовместимые потребности;
26. ...

3-я группа. Психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического процесса.

1. Отношения между психотерапевтом и пациентом;
2. Низкая мотивация к лечению;
3. Сопротивление;
4. Плохая переносимость фрустрации в психотерапевтическом контексте.

4-я группа. Психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации.

1. Низкая психологическая компетентность;
2. Социальная дезадаптация;
3. Провоцирующее поведение социального окружения;
4. Стигматизация;
5. Госпитализм.

5-я группа. Психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического метода.

1. Ослабленное Эго (психоаналитически-ориентированные методы);
2. Интеллектуально-эмоциональное знание о прошлом (психодинамическое направление и др.);
3. Перенос (психоаналитически-ориентированные методы);
4. Неосознаваемый и неразрешенный невротический конфликт (психодинамическое направление);
5. Неразрешенный Эдипов комплекс (психоаналитически-ориентированные методы);
6. Телесное конфликтогенное напряжение (психоаналитически-ориентированные методы, телесно-ориентированная терапия, гештальт-терапия, гуманистическое направление);
7. Неточная вербализация неясных переживаний и понятий (психодинамическое направление, клиент-центрированная терапия);
8. Низкая самооценка, чувство малоценности (большинство методов, исключая некоторые из гуманистического направления и бихевиоризма);
9. Непринятие и неуважение ценности других людей (ЛОРП, гуманистическое направление);
10. Нарушенные межличностные отношения (большинство методов, исключая некоторые из гуманистического и когнитивно-поведенческого направлений);
11. Неадекватное самосознание (большинство методов, кроме некоторых гуманистических);
12. Неадекватные формы поведения, в том числе, связанные с сотрудничеством, ответственностью, самостоятельностью и отсутствием навыков искреннего и глу-

- бокого общения (большинство методов, кроме некоторых гуманистических);
13. Неадекватность эмоциональных реакций (большинство методов, кроме некоторых в когнитивно-поведенческом и гуманистическом направлениях);
 14. Неосознание интерперсонального плана личности (психодинамическое направление, прежде всего в личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии);
 15. Неосознание генетического (исторического) плана личности (психодинамическое направление);
 16. Неосознание и/или непонимание роли психогенных факторов в возникновении и поддержании имеющегося расстройства (большинство методов, кроме некоторых в гуманистическом и когнитивно-поведенческом направлениях);
 17. Неосведомленность о своих характерных психологических защитах (психодинамическое направление);
 18. Интересы (большинство, кроме некоторых гуманистических и поведенческих);
 19. Системы оценок, мотивации своего поведения (большинство, кроме некоторых гуманистических);
 20. Идентификация психотерапевта с родителем (психодинамическое направление);
 21. Некомпетентность в социальном функционировании (большинство, кроме некоторых гуманистических);
 22. Описание зависимых от поведения ситуативных признаков (психодинамическое и когнитивно-поведенческое направления);
 23. Скрытые когнитивные аспекты поведения (когнитивно-поведенческое и психодинамическое направления);
 24. Ложные выводы, иррациональные установки и ошибки в мышлении (когнитивно-поведенческое направление);
 25. Подавленные чувства (большинство методов, кроме некоторых когнитивно-поведенческих);
 26. Осведомленность о своем предназначении (гуманистическое направление);
 27. Латентные способности;
 28. ...

Наибольшее количество идентифицированных мишеней относятся к группе специфичных для определенного психотерапевтического метода. Такая ситуация, на наш взгляд, отражает современные тенденции развития психотерапии, затрудняющие ее интеграцию в систему медицинских услуг.

Использование типологии психотерапевтических мишеней для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ

Алгоритм форматного (через систему мишеней) представления психотерапевтического процесса в супервизионных процедурах, исследовательских проектах, а также при планировании лечебного психотерапевтического взаимодействия (например, при утверждении и согласовании индивидуальной психотерапевтической программы) предполагает осуществление следующих шагов.

1. Инвентаризация в когнитивно-мотивационных схемах психотерапевта и пациента феноменов, изменение которых является осознаваемой целью лечебного взаимодействия (мишеней психотерапии).
2. Типологизация инвентаризованных мишеней по 5-ти группам.
3. Оценка внутренних противоречий в когнитивно-мотивационных схемах участников взаимодействия, в том числе, и между врачом и пациентом (Таблица 1).
4. Оценка представленности всех 5 групп мишеней (Таблица 1)
5. Выработка рекомендаций.

Таблица 1

	Тип противоречия	Последствия (проблемы), возникающие в случае противоречий или отсутствия мишеней данной группы	Рекомендации
1.	<p>Нозоспецифичные мишени.</p> <p>а.) Мишени, специфичные для разных нозологических единиц – например синдром вегетативной дисфункции и синдром психического автоматизма, или – синдром невротической депрессии и синкопальные состояния и т.п.</p> <p>б.) Другой тип противоречия – мишени, представленные врачом и пациентом – разные.</p>	<p>Диагностическая ошибка;</p> <p>Неверная оценка запроса пациента.</p>	<p>Клиническая конференция (клинический разбор); консультация врачей смежных специальностей.</p> <p>Дополнительное обследование пациента.</p>
2.	<p>Мишени, специфичные для метода</p> <p>а.) Представление мишеней, относящихся к разным методам психотерапии (например, неосознаваемый внутриличностный конфликт и телесная скованность)</p> <p>б.) То же, но между врачом и пациентом</p>	<p>Снижение уровня доверия в психотерапевтической диаде (разные психотерапевтические направления часто предполагают различную роль и позицию психотерапевта).</p> <p>Рассогласование между внутренней картиной болезни пациента и выбранным психотерапевтическим методом – неверная идентификация заказа пациента.</p> <p>в.) Игнорирование потребности во вспомогательных методах психотерапии.</p>	<p>Методическая супервизия.</p> <p>Перезаключение психотерапевтического контракта.</p> <p>Привлечение врачей-психотерапевтов смежных (других) специальностей.</p> <p>Мероприятия по повышению квалификации врача-психотерапевта.</p>

Продолжение таблицы 1

3.	Мишени, специфичные для личности пациента.	Плохой контакт в психотерапевтической диаде. Низкое качество исполнения психотерапевтического метода.	Балинтовская группа. Личностно-ориентированная супервизия. Патопсихологическое обследование пациента.
4.	Мишени, специфичные для психотерапевтического процесса	Увеличение срока психотерапевтической помощи. Слабая положительная динамика клинического состояния.	Клинико-психотерапевтический разбор. Методическая супервизия. Смена формы психотерапии.
5.	Мишени, характеризующие особенность клинической ситуации	Неэффективность психотерапевтического взаимодействия. Прерванный психотерапевтический случай. Уменьшение срока клинического эффекта.	Привлечение смежных специалистов – по социальной работе, педагогов, врачей-интернистов. Смена формы лечебной помощи (амбулаторной, стационарной).

Примечание: Противоречия во второй группе мишеней (специфичных для метода), являются естественными для интегративных психотерапевтических систем – например, в личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии. В этом случае, дополнительной верификации подлежит последовательность и очередность в действиях психотерапевта.

**Стандартизация формата супервизии как способ
повышения качества и оптимизации
психотерапевтической помощи
в лечебно-профилактических учреждениях**

Клиническая супервизия – организованный обучающий процесс, имеющий четыре пересекающиеся цели (административную, оценочную, клиническую и поддерживающую), в котором принципы трансформируются в практические навыки.

В то же время, в практике ЛПУ, где осуществляется психотерапевтическая помощь, врачи-психотерапевты и организаторы

здравоохранения сталкиваются с рядом трудностей при осуществлении заявленных целей супервизии.

1. *Административная цель.* Распространенные в настоящее время модели супервизии требуют для своей реализации привлечения высококвалифицированных специалистов – врачей-психотерапевтов. Большинство из них узко специализированы в рамках какого-либо метода (направления) и не могут оценивать работу психотерапевтов разной системы подготовки. Супервизионная оценка слабо стандартизована, а потому с трудом поддается учету. Кроме того, поскольку супервизоры в современных моделях идентификации трудностей не могут обойти «личностную сторону» квалификации, введение регулярной супервизии в ЛПУ часто вызывает сопротивление у врачей-психотерапевтов.

2. *Оценочная цель.* – Современная психотерапия – многоплановый и многоплоскостной процесс. Форматы оценок, которые учитывают эту особенность, крайне громоздки. Для примера: формат шестифокусной модели супервизии, предлагаемый к использованию, состоит из 40 вопросов, разделенных на 13 тем, т.е. в данном случае супервизия превращается в очень трудоемкое мероприятие.

3. *Клиническая цель.* – Удельный вес оценки клинического состояния пациента, его динамики в полифокусных и даже узкометодических моделях супервизии крайне низок, что провоцирует излишнюю «гуманизацию» психотерапевтической медицинской услуги и сдвиг квалификационно-ценностных паттернов психотерапевтической диады в сторону альтернативных, научно не обоснованных парадигм помощи.

4. *Поддерживающая цель.* – Функции контроля за качеством и оценки профессиональной, а особенно личностной квалификации, присущие супервизионным мероприятиям, естественным образом сопровождаются психологическим напряжением супервизируемых специалистов. Поэтому, требования к неформальному статусу супервизора с одной стороны, и мотивации оцениваемого психотерапевта – с другой стороны, крайне высоки и труднодостижимы.

Разработан и апробирован на практике стандартизованный формат супервизионной работы. Алгоритм включает в себя два элемента:

1. Регламент супервизии. – В «Положении о технологии психотерапевтической помощи отделения внебольничной психотера-

пии» определен регламентный минимум осуществления супервизии. – Определена ее регулярность, кратность и обязательность дифференцированно для специалистов, осуществляющих психотерапию (клинических ординаторов, врачей-психотерапевтов), со стажем психотерапевтической работы до 5 лет и свыше 5 лет.

2. Стандартная форма отчета о супервизированной психотерапевтической сессии:

Дата:

Врач-психотерапевт:

Пациент:

Диагноз:

Ведущий синдром:

Психотерапевтический метод:

Сессия (кол-во предыдущих сессий):

Группа мишеней	Перечислить		Представленность (от 1 до 5)		Уровень согласованности (от 1 до 5)
	Врач	Пациент	Врач	Пациент	
1,2,3,4,5					

Предлагаемый формат супервизии обладает по отношению к перечисленным проблемам следующими преимуществами:

1. Административная цель. – Позволяет численно формализовать результаты супервизии. Не требует от администратора узкоспециализированных психотерапевтических знаний; дополнительную информацию о принадлежности мишеней к той или иной группе или тому или иному методу (для второй группы) можно получить в базовых руководствах или у самого врача.

2. Оценочная цель. – Оценка психотерапевтической работы слабо зависит от индивидуальных особенностей супервизора, ее динамика легко отслеживается при смене супервизоров.

3. Клиническая цель. – Наличие мишеней первой группы предполагает поддержание на должном уровне клинической (психопатологической) квалификации врача-психотерапевта, облегчает его интеграцию в полипрофессиональные медицинские бригады, обеспечивает преемственность при оказании медицинской помощи, объективизирует результат психотерапии.

4. Поддерживающая цель. – Оценка качества психотерапевтической помощи через формат мишеней в большей степени

направлена на «квалификационно-технологическую грамотность», чем на личностную гармоничность врача-психотерапевта. В этом плане большинство выявляемых недостатков соотносятся с обучением специалиста, а не с его личностными особенностями. В то же время, предлагаемый формат достаточно прост и идентифицированные недостатки не воспринимаются как непреодолимые. Поэтому, психологическое напряжение, естественно возникающее у психотерапевта при супервизии, незначительно.

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