

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СЛУЧАЯ КАК МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ СУПЕРВИЗИИ

© 2001 г. А. В. Махнач

Канд. психол. наук, ст. научный сотрудник института психологии РАН

Рассматривается новый подход в проведении супервизии: концептуализация случая. Предлагается использовать термин “концепт” как категорию, позволяющую терапевту систематизировать процесс сбора информации в целях концептуализации случая. Выделены четыре основных концепта сбора информации о клиенте: предпочитаемые клиентом изменения как концепт, позитивное как концепт, исключения как концепт, концепт небольших изменений.

На примере этих основных концептов проведен анализ транскриптов сессии, показаны преимущества такого подхода в обучении психологическому консультированию и психотерапии. Дается краткий обзор моделей супервизии, описана дискриминационная модель супервизии.

Ключевые слова: супервизия, концептуализация случая, основной концепт, обучение психотерапии, дискриминационная модель супервизии.

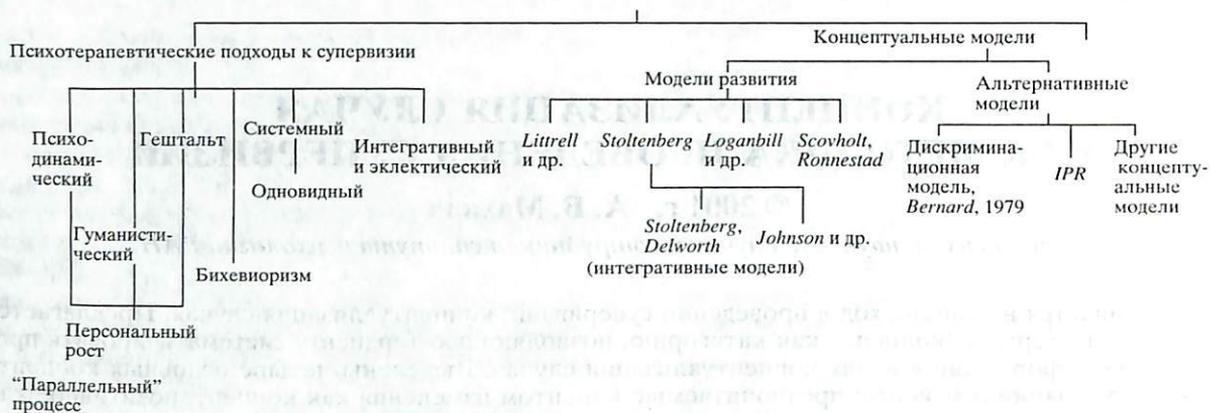
Супервизия как никакая другая клиническая дисциплина дает возможность супервизируемому увидеть под другими углом зрения все то, что происходило на сессии. Консультации с супервизором имеют решающее значение для развития терапевта как личности и профессионала, и поэтому процесс супервизии предполагает самые разные способы переживания своего “Я”. Супервизорский процесс требует от супервизируемого развития многих способностей, и супервизор помогает ему в этом [1]. Необходимым условием супервизии является то, что она развивает профессиональную компетентность как в “лабораторных” условиях, так и в реальной работе супервизируемых в клинике [3]. В [15] супервизию определяют как “интенсивные, межличностно ориентированные лицом к лицу взаимоотношения, в которых один человек призван фасилитировать развитие терапевтической компетенции у другого человека” [с. 4]. Часто супервизия описывается в учебниках как процесс принятия решений в диаде “терапевт – супервизируемый”. Хотя супервизия предполагает структурированный взгляд на изменения в изоморфной системе “терапевт–супервизорские” взаимосвязи, супервизор прежде всего работает над личностным ростом клиента (семьи). Супервизия рассматривается как развивающийся многоуровневый интегративный процесс, который влияет на доверие, совместную кооперацию, обмен мнениями в паре супервизор–супервизируемый [19]. Этот подход предполагает индивидуальную супервизию, в которой участвуют опытный психотерапевт и супервизируемый, однако часто предполагает и участие группы супервизируемых и проходит в групповой модальности [9].

В литературном обзоре, посвященном групповой супервизии [11], определены три фокуса работы: дидактический, концептуализация случая, процесс межличностного взаимодействия. Отмечено, что на ранних этапах появления супервизии как учебной дисциплины межличностный процесс в группе являлся основным фокусом работы группы супервизируемых [11]. В настоящее время среди проводящих групповые супервизии такого фокуса в работе придерживаются немногие [3]. Определено несколько типов супервизоров, проводящих групповые супервизии [27]. Один из них ориентирован на процесс работы, который является комбинацией представления дидактического материала супервизором и концептуализации случая группой под его руководством [там же]. Во многом выбор модальности в проведении супервизии зависит от того, к какой школе терапии и развиваемой ею модели супервизии относят себя терапевт и супервизируемый.

КРАТКИЙ ОБЗОР МОДЕЛЕЙ СУПЕРВИЗИИ

Ранние модели супервизии были напрямую связаны с определенной школой психотерапии, являющейся ее теоретическим основанием и связывающей процесс обучения с изменением в динамике поведения терапевта (например, психоанализ) [1]. Более современные подходы, базирующиеся на кросс-теоретических подходах [20], как определили их в [10], можно отнести к двум большим типам: моделям развития и альтернативным моделям (табл. 1). Модели развития, наиболее популярные в настоящее время, предпола-

Таблица 1. Подходы к супервизии и место дискриминационной модели супервизии Бернарда среди них



гают, что изменения в поведении супервизируемого во время супервизии отражают процессы развития, соотносимые со всем, что происходит на супервизии, например, с уровнем развития обучающегося: супервизор лишь усиливает его развитие [10]. Модели социальных ролей и другие подходы к супервизии, выявленные Холлоуэем, показывают, что адекватное местоположение супервизора в уже существующих подходах связано с границами роли супервизора, занимающегося отработкой следующих навыков супервизируемых: профессиональной социализацией, адекватным функционированием и пониманием своей ответственности [10]. Модели развития стали популярными прежде всего в кругу профессионалов, признающих необходимость становления супервизорства как института, и как обязательной учебной дисциплины в программах обучения терапии. В нескольких исследованиях было показано, что большинство моделей развития направлено на получение обучающимся большей пользы для своего профессионального развития при обучении, ориентированном на решение конкретной задачи, со структурированием самой супервизии и с признаками дидактических инструкций “это надо делать так-то и так-то” [3, 9, 12, 26]. В этих исследованиях описываются примеры супервизий, проведенных опытными терапевтами: в ориентированных на модели развития студенты лучше обучаются в обстановке с акцентом на отношения с обсуждением профессиональных клинических навыков и вопросов, лично значимых для них самих [23]. Большинство супервизоров, придерживающихся моделей развития, считают, что для начинающих терапевтов необходима структурированная, ориентированная на решение хотя бы одной, но конкретной, представленной на супервизию проблемы, в то время как для давно работающих терапевтов важен межличностно-сензитивный ориентированный на отношения стиль супервизии [12–15].

Интегративные модели развития (Integrated Development Model, IDM) описывают непрерывный процесс роста и развития супервизируемого по основным трем стадиям и в рамках восьми структур профессионального развития: 1) автономность – чувство независимости супервизируемого от супервизора; 2) мотивация – ощущение постоянной необходимости в супервизиях у супервизируемого и идентичность в его профессиональной работе; 3) уверенность в себе и других – ощущение супервизируемого в комплексном взаимодействии с клиентом, окружением и самим собой. Восемь структур, требующих постоянного к себе внимания и развития, следующие: профессиональная этика, план лечения и цели терапии, теоретическая ориентация терапевта, индивидуальные различия терапевтов, концептуализация случая клиента, межличностная оценка, методики психологической диагностики, компетентность психологической диагностики, компетентность в применении навыков интервенции [18, 23].

Среди альтернативных моделей супервизии (табл. 1) нами была особенно выделена дискриминационная модель супервизии Бернарда [4]. Мы придерживаемся этой модели, согласно которой выделяются три независимых фокуса супервизии, так же как и три роли супервизора, используя любой из фокусов супервизии в зависимости от подготовленности и/или пожеланий супервизируемых. Согласно дискриминационной модели Бернарда (табл. 2), фокус работы супервизора может базироваться на навыках: 1) интервенции супервизируемого (что он делает на сессии, что могло быть предметом анализа супервизора); 2) концептуализации супервизируемого (как он понимает то, что говорит клиент, как определяет его паттерны, или выбирает методы интервенции – все, что относится к процессуальной стороне сессии); 3) персонализации супервизируемого (как он использует личный стиль во время работы, и в то же время как проводит терапию, не привнося в нее личные вопросы и реакции контрпереноса) [4].

Таблица 2. Дискриминационная модель супервизии, используемая для подготовки супервизируемых [3]

Фокус супервизии	Роль супервизора		
	Обучающий	Наставляющий	Консультирующий
Интервенция	Супервизируемый хотел бы использовать в работе с клиентом, например, техники релаксации, десенсибилизации, но этому не научился	Супервизируемый способен применять множество техник интервенции, но использует беседу как основную технику	Супервизируемый обнаружил, например, что клиент хорошо реагирует на юмор и поэтому хотел бы знать другие способы использования юмора в терапии
Концептуализация	Супервизор обучает супервизируемого определенным техникам релаксации, десенсибилизации аппроксимации данных, построению иерархии в сказанном клиентом	Супервизор стремится помочь супервизируемому определить степень влияния на него клиента и все то, что скрывает терапевта, ограничивая его профессиональные навыки в работе	Супервизор работает с супервизируемым, стремясь определить различное использование, например, юмора в консультировании
	Супервизируемый не способен распознать темы и паттерны поведения клиента во время сессии	Супервизируемый не способен установить реалистичные цели в работе с клиентом, обращающегося, например, по поводу неуверенности в себе	Супервизор обсуждает с супервизируемым различные модели концептуализации случая клиента
Персонализация	Супервизор использует транскрипты сессии для распознавания супервизируемым тем и паттернов поведения клиента	Супервизор помогает супервизируемому связать его дискомфорт в работе с клиентом, обращающегося по поводу неуверенности в себе, с неуверенностью терапевта в каких-либо отношениях	Супервизор обсуждает с супервизируемым различные модели концептуализации
	Супервизируемый не уверен даже в том, насколько близко он расположен по отношению к клиенту пространственно	Супервизируемый уверен в том, что его клиент-женщина привлекает его сексуально	Супервизируемый хотел бы чувствовать себя более комфортно, работая, например, с более старшими по возрасту клиентами
	Супервизор рекомендует литературу, в которой приведены данные исследований о роли пространства и расположения клиентов и терапевта на сессиях	Супервизор пытается помочь супервизируемому не бороться против его сексуальности для того, чтобы уметь распознать сексуальные послания от клиентов-женщин	Супервизор и супервизируемый обсуждают вопросы особенной работы и личностного развития клиентов старшего возраста

Согласно дискриминационной модели, супервизор по отношению к супервизируемым может быть Обучающим, Наставляющим или Консультирующим и занимать одну из этих ролей. Принцип дискриминационности заложен уже в этом. Во многом роль супервизора зависит от уровня подготовки супервизируемых; их ожиданий от супервизора, позиции, которую хотел бы занимать (или занимает) супервизор, и от ряда других факторов. Роль, согласно этой модели, супервизор может выбрать сам и строго следовать ей.

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СЛУЧАЯ КАК СПОСОБ СБОРА ИНФОРМАЦИИ О КЛИЕНТЕ

В терапии клиент часто является лучшим экспертом правильности концептуализации его проблемы. Желая того или нет, он помогает терапевту определять, что надо изменить. Поэтому особенно в начале терапии процесс сбора информации (или концептуализация случая) должен идти в желательном для него русле.

Концептуализация случая – структурирование информации, собираемой терапевтом в процессе работы. Создание концепта, т.е. отнесение сказанного клиентом к определенной категории и сбор информации в эту категорию, – это и есть

процесс концептуализации. Он, по-видимому, начинается с первого звонка клиента или первой встречи с ним и часто продолжается после терапии (успешной или неуспешной), а терапевт продолжает обдумывать этот случай, получая супервизию и находя в литературе что-то похожее на этот случай.

Положительная сторона процесса концептуализации проводимого в рамках групповой супервизии состоит в том, что супервизируемый получает множество “подсказок” от группы и приобретает неоценимый опыт видения проблемы под разными углами зрения. Согласно Шульману, концептуализация случая – это одна из категорий, которая лежит в основе развития группы [22]. Процесс концептуализации Эктон, Джонсон и Голдсмит определили как продолжающийся сбор информации, с которым сталкиваются обучающиеся, когда они стремятся построить новые факты в их когнитивные структуры, или изменить знание о предмете (событии, отношениях, эмоциях) и создать новое представление о нем [2].

Рабочей единицей процесса концептуализации случая мы предлагаем считать понятие концепта. В некоторых исследованиях для обозначения составляющих частей концептуализации используют термин “основная категория” [8, 16]. Собираемая терапевтом в ходе сессии информация о кли-

енте тем или иным способом группируется. Составляющие части этой информации тесно или менее тесно связаны между собой. Терапевт группирует особым образом эту информацию, учитывая то, что было рассказано клиентом. И постепенно происходит формирование знаний о паттернах поведения/проявления чувств, привычках, сильных и слабых сторонах клиента. Информация, собранная терапевтом, представляет собой некий концепт, которому терапевт часто дает название, и в который он продолжит собирать информацию. Концептов может и должно быть несколько, особенно на первых сессиях. Каждый из них представляет собой достаточно оформленный блок информации о клиенте, куда терапевт может добавлять что-то новое, отвечающее чем-то названию того или иного концепта.

Таким образом, концепт – это единица информационного пространства, создаваемая в ходе расспроса клиента и полученная от него, рабочая категория, позволяющая терапевту систематизировать процесс. Это происходит в достаточно короткий срок, так как одновременно наполняются информацией сразу несколько концептов.

Концептуализация случая клиента является важным профессиональным навыком психолога-консультанта, психотерапевта. Школы психотерапии по-разному предлагают работать над концептуализацией случая, но у всех есть общее: структурирование знания о клиенте – основной элемент любого процесса концептуализации. Важно отметить, что он зависит от таких понятий, как теоретическая ориентация терапевта, личная релевантность терапевта определенным темам и вопросам, возникающим в терапии, его профессиональный опыт [17]. Формируя свое представление о клиенте, терапевт собирает очень много данных (симптомы заболевания, историю семьи, конфликта, эмоциональный опыт взаимодействия с кем-то из близких и т.д.), представляя эту информацию для себя как модель поведения/переживания/взаимоотношения клиента. Например, опыт отношения клиента с кем-то из родственников можно определить как отдельный концепт “история отношений клиента с NN”.

Как было замечено в [16], повторяющийся и варьирующийся профессиональный опыт помогает консультанту создать расширенную базу концептов, необходимую в структурировании информации о клиенте, что “позволяет эффективно проводить концептуализацию, решать проблему, с которой к нам обратился клиент, – и действовать” [с. 395]. Начинающие терапевты затрудняются в концептуализации еще и потому, что не затрачивают достаточных усилий на создание концептов, а стремятся поскорее перейти к концептуализации случая в целом.

Основываясь на собственных данных и обзоре литературы, Глэзер и Ши делают вывод, что вне зависимости от специализации более опытные терапевты отличаются от новичков восприятием проблемы в целом, хорошей короткой и долгосрочной памятью, скоростью, с которой применяются базовые навыки, временем, потраченным на развитие предъявленной проблемы, глубиной предъявления проблемы, эффективным использованием навыков самонаблюдения [8]. Многие из этих качеств, без сомнения, очень нужны для формирования концептуализации случая. Гейгн и др. попытались сравнить проведение супервизии для опытных терапевтов и новичков с точки зрения различий в понимании ими когнитивных структур клиента и концептуализации случая в целом. Они предложили модель концептуализации случая, осуществляемую с помощью концептуального понимания, автоматических базовых навыков, стратегий, связанных с определенной областью знания. Концептуальное понимание – это знания в долговременной памяти, с помощью которых терапевты оценивают проблему и находят решения. Автоматические базовые навыки являются знаниями о структурах, которые терапевты используют для выполнения обычных навыков, без особого вовлечения в этот процесс памяти. Стратегии, связанные с определенной областью значения и являющиеся часто узко специализированными знаниями о структурах, терапевты используют как для решения проблем, так и для оценки этих решений, деятельности в целом. Были получены следующие данные: супервизируемые-новички чаще всего пользуются автоматическими базовыми навыками и применяют стратегии, связанные с определенными, специальными знаниями, опытные терапевты в своей работе опираются на концептуальное понимание случая [7]. Это лишний раз показывает, что для профессионального роста необходимо сформировать концептуальное понимание случая.

В исследовании, где сравнивался процесс концептуализации у опытных терапевтов и студентов, обучающихся по специальности “психолог-консультант”, было отмечено: первые отличаются от вторых количеством концептов (категорий), связанных с проблемой, заявленной клиентом. Студенты создают значительно больше концептов, чем опытные терапевты; они стремятся “вписать” любого клиента в несколько известных им схем. Это приводит к тому, что новички фокусируются на поверхностных, специфических для данного клиента чертах, в то время как опытные описывают клиента, используя общие психологические принципы, лежащие в основе концептуализации случая [16].

Другая проблема была сформулирована в исследовании, анализировавшем многочисленные недавние публикации по проблеме супервизии

психотерапевтов. Выделены следующие наиболее важные потребности для профессионального роста терапевтов: 1) валидные, надежные средства измерения эффективности супервизии, 2) исследования по самым различным темам супервизии, 3) более точные исследования по супервизии, 4) руководства по проведению супервизии, 5) мульти-метод, мульти-школа для проведения лонгитюдного исследования. Необходимы также продолжающиеся исследования для проведения повторных и проверки полученных данных, а для этого важно определить переменные, которые могут и должны быть измерены и изучены. Особенно важно обучать студентов старших курсов предмету "супервизия", в ходе которого должна преподаваться методика проведения супервизии, а также вырабатываться стандарты обучения, как это уже давно существует для большинства учебных дисциплин [26].

Студенту, получившему некий объем знаний в рамках программы по семейному и детскому консультированию, присущи схематизм, стремление побыстрее собрать информацию и применить какие-то техники. Касается ли это определенной техники, способа задавания вопросов, умения эмпатически слушать и т.д. – неважно. Главное для начинающего – вспомнить, что предлагалось делать в этой конкретной ситуации на лекциях, семинарах или в ролевых играх – и применить. Остальная услышанная от клиента информация часто не оформляется в концепт, считается второстепенной и остается вне поля зрения терапевта. В нашем подходе учитывается эта особенность начинающих терапевтов, но акцент делается на том, чтобы обучающийся мог определить и назвать для самого себя какой-то один из концептов, который он положил в основу концептуализации случая.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ РАБОТЫ

Первая цель нашей работы с группой супервизируемых – обратить внимание начинающих психотерапевтов на появляющееся у них стремление все схематизировать, основываясь только на первичной информации. Важно было напомнить им о различии в систематизации информации и концептуализации случая у новичка и профессионала. Природа схематизации у них совершенно разная. Как известно, первый стремится побыстрее схематизировать то, что получил, боясь пропустить что-то важное, создавая концепт на базе первичной и часто поверхностной информации. Второй уверен в себе, и поэтому схема ему нужна для того, чтобы упростить собранную информацию. Очень часто за достаточно быстрой по времени концептуализацией опытного терапевта лежит его личностная негибкость и нежелание вда-

ваться в "ненужные" подробности, когда случай во многом, как ему кажется, понятен.

Следующая цель для нас – акцентирование внимания супервизируемых на том, что процесс концептуализации постоянен (во время сессии и даже некоторое время после нее). Именно его постоянное присутствие непосредственно в работе терапевта на сессии и после, также как и на супервизиях, делает работу терапевта осмысленной, шлифует такой важный профессиональный навык, как создание концепта.

Третья цель супервизий – выделение основных концептов, которые супервизируемые должны были в ходе сбора информации. Не секрет, что у начинающих терапевтов часто возникает опасение, что будет пропущен основной концепт и не произойдет концептуализации случая, а следовательно, не пойдет терапия в целом. Поэтому в ходе супервизии обращается внимание: насколько супервизируемые находятся в русле того, о чем говорит клиент, насколько они правильно следуют принципам формирования концепта.

Цели супервизии, по нашему мнению, достаточно четко определены в [21], им мы следовали и в нашей работе:

- Обучение группы техникам интервенции.
- Представление для обсуждения специфичной для каждого случая информации, рекомендации или получение обратной связи.
- Фокус на эмоциональных реакциях кого-то из супервизируемых как чувствах, напрямую связанных с клиентом.
- Способствование групповому процессу взаимодействия, который может быть использован для помощи супервизируемым в их обсуждении создаваемых ими концептов [21].

В соответствии с дискриминационной моделью, которой мы придерживаемся в своей работе с супервизируемыми, задачами работы группы над концептуализацией случая были:

- ▲ Научиться распознавать темы и паттерны поведения/отношения/проявления чувств клиента во время сессии.
- ▲ Научить супервизируемых использовать транскрипты сессии для распознавания тем и паттернов поведения клиента.
- ▲ Устанавливать реалистичные цели для работы с клиентом.

МЕТОДИКА

Группа супервизируемых состояла из одиннадцати выпускников Московского центра психологии и психотерапии, прошедших обучение по трехлетней программе в 1995–1997 гг., в рамках которой они специализировались в области детского и семейного психологического консультирования

(психотерапии). В ходе обучения в нашем центре студенты прошли около ста часов индивидуальной и групповой (в составе из 4–5 студентов) супервизии под руководством д-ра Дениса Боуэна и автора этой статьи. С программой обучения центра можно ознакомиться на сайте: www.mocsowcsp.edu (на английском языке).

Супервизии проходили один раз в неделю, продолжительность каждой сессии – два часа. Они начинались с того, что каждый участник рассказывал о том, насколько ему удалось использовать полученные на предыдущей сессии знания, конкретные рекомендации, техники на сессиях, пришедшихся на время между супервизиями. Ранее отмечалось, что супервизируемым нужно помогать понять, как им лучше всего удастся получить максимум полезного от супервизии. Важно для них следовать выработанной супервизором технике ведения супервизий, или важно прежде обсудить основные концепты и принципы супервизии [24].

На сессии супервизируемые приносили транскрипты наиболее сложного, с их точки зрения, фрагмента сессии, или той ее части, которая показалась в чем-то наиболее важной и/или неясной. Как правило, на супервизии представлялся и дидактический материал как результат постоянно пополняющегося списка проблем, с которыми супервизируемые сталкиваются в своей практике. Например, небольшое сообщение могло быть по теме: “Контроль сессии клиентом”, “Конфронтация с клиентом”, «Формулирование концепта с помощью “Волшебных вопросов”» и т.д. Эти непродолжительные по времени семинары заблаговременно готовил супервизор и, как правило, случай, представляемый для супервизии, так или иначе перекликался с темой сообщения. Заканчивалась супервизия тем, что каждый ее участник, независимо от того, представлял ли он случай или нет, рассказывал, что он возьмет в практику, как попробует использовать тот опыт, о котором говорили коллеги и супервизор.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По нашим данным, из трех ролей супервизора (обучающий, наставляющий, консультирующий) наиболее близка роль обучающего 27% супервизируемых, наставляющего – 54% и консультирующего только 18% супервизируемых. Эти данные свидетельствуют об ожиданиях супервизируемых и их профессиональной неуверенности. Среди трех ролей супервизора первые две предполагают в той или иной степени опеку. Другими словами, 81% супервизируемым нужна помощь в распознавании ими тематических клиентских утверждений и в совладении с собственной неуверенностью, помощь в ощущении себя более уве-

ренными, которую предлагает обучающий и наставляющий супервизоры.

Еще в ролевых играх в процессе обучения внимание направлялось на формирование у студентов навыков интервенции. Этот процесс может и должен продолжаться в рамках супервизии, поэтому на наших сессиях ему отводилось определенное время. Соответственно, супервизор в этом случае играл чаще всего роль обучающего. Формирование навыков концептуализации у терапевтов в большей степени приходится на тот период их профессионального становления, когда они только что начинают свою самостоятельную работу и на практике сталкиваются с самыми разными проблемами. Умение формировать концепт во многом зависит от уровня профессионализма терапевта. Супервизор в этом случае чаще выступает в качестве наставляющего. Формирование навыков персонализации предполагает уже свободное владение необходимым объемом техники, пониманием их назначения и особенностей использования. Терапевты на этом этапе профессионального роста постепенно приходят к той простой мысли, что техники нужны только как вспомогательные, но не основные средства в их работе.

Супервизируемые нашей группы заявляли о необходимости обучения формированию способности распознавать темы и паттерны клиента во время сессии, выбирать необходимые техники интервенции и т.д. Это говорит о том, что они хотели бы получать супервизию на уровне концептуализации случая, и роль, которую они отводили супервизору, чаще всего была ролью обучающего и наставляющего супервизора.

У начинающих терапевтов часто встречающееся затруднение в следующем: им не всегда удается быстро создать достаточное число концептов случая и этот процесс идет непросто. Проведя опрос группы супервизируемых, мы обнаружили следующие затруднения при создании концептов случая в работе с клиентом, который:

1. Называет проблему, но часто говорит о ней в общих словах, поэтому не всегда понятно, что из сказанного следует брать терапевту для создания концептов случая. Сложность таких сессий в том, что концепты не будут наполнены конкретными событиями, ситуациями, отношениями, характеристиками, которые дает клиент себе и окружающим, тому, что с ним происходит. У терапевта может появиться ощущение, что клиент что-то скрывает, не желает о чем-то говорить.

2. Заявляет одну проблему, а реальная проблема лежит в другой области и он “обманывает” себя и психолога. Затруднение в том, какой из концептов можно назвать основным, и в том, как помочь клиенту определить, что ему на самом деле нужно? На сессиях с подобным клиентом важно

не уверовать в то, что последний делает это нарочно, и начать составлять концепт, который именно вам кажется основным.

3. Не может четко сформулировать проблему, а начинающий терапевт считает, что это происходит вследствие его неопытности. Вопрос в том, есть ли маркеры, которые дают терапевту основания полагать, что это происходит не из-за его некомпетентности, а из-за особенностей клиента. Затруднение в том, как в этом случае создавать концепты. Часто наблюдается следующая картина. После двух-трех сессий у терапевта имеется много концептов, но они наполнены информацией анкетного характера, подчас обезличенной и упрощенной.

4. Предъявляет одну проблему за другой, не в состоянии определить основную. Начинающему терапевту сложно выделить несколько основных концептов и начать собирать информацию для их построения. В подобном случае терапевт часто начинает собирать информацию в максимально возможное число концептов, не глубоких по содержанию и мало связанных между собой, из-за чего у него может возникать раздражение, так как терапевт хотел бы остановиться на чем-то конкретном. Например, один из супервизируемых определил сложность формулирования концепта: "Иногда мне кажется, что моя функция состоит в том, чтобы поговорить с клиентом. А мне хочется немедленно включаться в работу и побыстрее формулировать концепты, а не плясать вокруг клиента, долго выясняя, что бы он хотел изменить".

На наших супервизиях начинающие терапевты учились формировать, называть концепты и предъявлять их клиентам для ранжирования их значимости ими самими. Супервизируемые заметили, что часто клиент сам ранжирует обсуждаемые с ним сформированные терапевтом концепты, буквально произнося: "Прежде всего я хотел бы ...", "Во-вторых, мне нужно, чтобы он ...".

Для анализа концептов случая супервизируемым была предложена матрица, с помощью которой они оценивали, с одной стороны, каждую ситуацию (часть ее), рассказанную клиентом, или как выявляющую сильные его стороны (ресурсы), или ситуацию, о которой клиент избегает говорить (конфликтную); с другой стороны – уровень предъявления клиентом информации о себе: социальный, эмоциональный или внутриличностный. В основу оценки этого уровня положена следующая идея: темы, затрагивающие личность в целом, "залегают" глубже и, соответственно, клиенту болезненнее о них говорить. Они предъявляются в последнюю очередь, и сам процесс раскрытия темы по значимости идет по нарастающей. Темы такого порядка мы отнесли к внутриличностному уровню предъявления информа-

ции. Супервизируемые, опираясь на информацию, учились создавать концепты межличностного уровня. Эмоционально окрашенные темы затрагивающие клиента также глубоко, но представляемые клиентом эмоционально, нами "помещены" на эмоциональном уровне предъявления информации о себе по двум причинам: во-первых, не так много людей хотя и умеют (!) говорить о темах, задевающих их эмоционально, во-вторых эмоционально значимые темы часто описываются клиентом словами, которые можно отнести и к социальному уровню предъявления информации, к отношениям. В этом случае акцентом в составлении концепта послужат не эмоции, которые испытывает клиент, а его отношения. Соответственно вопросы терапевта будут различаться, как и информация, собранная для создания концепта. Примером может служить следующий отрывок из транскрипта:

К: У нас отношения хорошие, нормальные, мы друг друга, можно сказать любим, но слова ласкового от него не дождешься.

Т: Хорошо ли вы сейчас чувствуете себя с мужем?

К: Да, иногда, когда он мне как-то по особому что-то скажет.

Т: По-вашему, это и есть хорошие отношения?

К: Да, но ...

Т: Расскажите мне подробнее об этих отношениях: что вы в них цените, чего бы в них хотелось изменить, чего бы вы избегали, общаясь с мужем.

Темы же социального круга, межличностные, менее эмоционально окрашены, и поэтому не случайно клиент чаще всего готов с них начинать рассказ о причине обращения за помощью.

Во время сессии и на ролевых играх (или после сессии в самостоятельной работе над созданием концептов случая) супервизируемые вносили в эту матрицу слова клиента, и в результате могли ярко увидеть: где больше значимых для клиента слов, там и формируется основной концепт, на этом уровне и следует проводить концептуализацию случая. Схема позволяет также увидеть несоответствия между тем, как клиент говорит о себе на эмоциональном уровне (например, я очень взрывной, быстро выхожу из себя), и тем, как он представляет себя на социальном уровне (я могу людей успокоить, у меня есть дар выступать посредником в конфликтных ситуациях).

Супервизируемым было предложено заполнить эту матрицу в работе с несколькими клиентами. В итоге у них выработался навык формирования нескольких концептов, наполненных словами и выражениями клиента. Случается, что высказывания клиента, "расположенные" терапевтом на одном из уровней, помогают ему более прицельно вести дальнейший сбор информации. Другими словами, клиент как бы подсказывает, что он готов к расспросу, оставаясь только на этом уровне предъявления информации, "преду-

преждая” о возможном сопротивлении, если терапевту захочется собрать информацию на другом уровне. Супервизируемым была поставлена задача не только уточнить информацию, собранную в один из сформированных им концептов клиента, но и определить для себя, к какому из уровней он относится.

В ролевых играх и в работе с клиентами супервизируемые стремились определить уровень, на котором преимущественно предъявляется клиентом информация и формируется терапевтом тот или иной концепт, характерный для этого клиента. В тех случаях, когда супервизируемые определяли, что клиент предъявляет информацию на нескольких уровнях одновременно, им приходилось формировать несколько концептов. Чаще всего сразу не удавалось выделить тот уровень, на котором предъявлялась клиентом информация, и сформировать концепт случая на первой сессии, что было показано ранее в исследованиях [5]. В двух группах консультантов (профессионалов и тех, кто только начал работать самостоятельно) [5] проверены и подтверждены экспериментально следующие факты: опытные консультанты (а) постоянно стремятся проводить концептуализацию случая; (б) формируют чаще концепты на социальном уровне предъявления клиентом проблемы; (в) чаще используют для концептуализации случая специфические схемы, связанные с темой клиента. Исследователи пришли к заключению, что комбинация достаточного опыта и постоянно продолжающегося обучения дает опытным консультантам небольшой набор концептов, связанных с определенной темой, глубокими схемами, которые держатся в памяти терапевта для создания концептуализации случая какого-то конкретного клиента [5]. Как известно, начинающие терапевты прежде всего сосредотачиваются в своей работе на создании большого числа концептов случая, а более опытные – на личностном росте клиента, персонализации случая. Вот почему на супервизии были объединены дидактический материал, обучение навыкам собирания материала и работа над концептуализацией случая [8, 26]. Мы использовали транскрипты сессий для того, чтобы обучить супервизируемых распознаванию тематических утверждений и паттернов поведения клиентов. Было замечено, что супервизируемые: (а) не всегда хорошо распознают темы и паттерны поведения клиентов, (б) боятся не успеть сформировать “основной концепт” и, следовательно, потерять “нить” концептуализации в целом.

Для того чтобы процесс концептуализации проходил более успешно, нами были выработаны некоторые рекомендации. Использование их помогало супервизируемым на практике и на занятиях в двойках (тройках) точнее определять концепт и продвигаться более планомерно к концеп-

туализации случая в целом. Приведенные ниже четыре основные рекомендации способствуют формированию навыка создания концепта, иницируют творческий потенциал начинающих терапевтов и дают некоторую начальную структуру сбора информации и накопления ее по определенному плану.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СЛУЧАЯ

1. Определить предпочтительные изменения в текущей ситуации для клиента. Предпочитаемые клиентом изменения как концепт. В ролевых играх и позже на сессиях супервизируемые пытались сформировать концепт, лежащий в основе причины обращения за помощью. Для понимания того, что хотел бы изменить клиент в своей жизни, супервизируемые практиковались в использовании нескольких техник, способствующих формированию концепта, и – в конечном итоге – концептуализации случая. Им было предложено потренироваться в использовании техники “Волшебного вопроса”. (Представьте, вы проснулись и проблема, которую вы долго не могли решить, вдруг волшебным образом решилась. Что первое вы заметите в себе, в других? Чем будет отличаться то, что вы увидите, от того, что было до этого? [6]).

Рассказ “клиента” помогал терапевтам определить уровень предъявления информации, ответив для себя на вопрос: идет ли речь о чем-то в отношениях, задела что-то глубоко личностное, или эмоции “глаза застыли”. Было замечено, что в рассказах “клиентов” максимально проявлялось наиболее значимое: отношения, эмоции по поводу каких-то отношений, внутреннее неприятие себя и т.д. Автор [6] предлагал использовать “волшебный вопрос” и на супервизиях для того, чтобы определить цели и создать новый паттерн ведения сессии терапевтом. По мнению Тодда и Сторм, такой вопрос может существенно поднять уровень профессиональной уверенности супервизируемого в поиске решений в особенно запутанных случаях [24, с. 187]. Например, предлагается спросить у супервизируемого: “Представьте, на следующей сессии случится чудо, и члены семьи, с которой вы работаете, перестанут ругаться, как это они делали раньше на сессии не один раз. Что произойдет с каждым из них? Что произойдет с вами, терапевт? Что вы, как терапевт, будете делать теперь с этой семьей?” [6]. Другими авторами было предложено на супервизии разыграть симулированной семьей любую ситуацию и записать на видео взаимодействие ее членов в моменты, когда они будут фантазировать, отвечая на “волшебный” вопрос. Затем после перерыва предложить супервизируемым сравнить обычное поведение реальной обсуждаемой семьи и поведе-

ние, увиденное в записи в исполнении их самих. После этого, основываясь на сравнении двух разных восприятий семьи, стоит поговорить о том, каких изменений они ожидают от терапии этой семьи [24].

2. Фокусировать работу на позитивных моментах, о которых говорит клиент. Позитивное как концепт. Поиск позитивных моментов из прошлой жизни клиента – важный элемент терапии. После ролевых игр “клиенты” отвечали на вопросы коллег-“терапевтов”, связанные с тем, насколько последним удалось сфокусировать работу на позитивных моментах того, о чем говорили “клиенты”. “Терапевты” тренировались в поиске позитивных моментов, которые так или иначе были в рассказе о жизни “клиента”. Задача супервизируемых-“терапевтов” – помочь найти “клиенту” хотя бы небольшое событие из его прошлого, напоминающее ему о чем-то позитивном.

В супервизии обращалось внимание на то, насколько важно учиться получать обратную связь от клиента. В [24] отмечалось, что иногда постоянная обратная связь с клиентом, помогающая узнать достигла ли цели интервенция терапевта, – это почти что знание, насколько терапевт использовал в терапии известные ему ресурсы клиента. На супервизиях полезно задавать вопросы, рассчитанные на саморефлексию: “Почувствовали ли вы, как терапевт услышал и понял ситуацию клиента?”, “Что-нибудь изменилось в позитивную сторону, с тех пор как клиент пришел на прием в первый раз?”, “Хотел бы клиент больше изменений в его жизни (меньше изменений, побыстрее/не так быстро?” [24, с. 84–85].

Создание концепта, наполненного позитивной информацией (случаем из жизни, отношениями с кем-то, чувствами и переживаниями) давало возможность супервизируемым опираться на этот концепт в любой ситуации, когда было необходимо обратиться к ресурсам клиента, сравнивая их с его актуальным состоянием. В этом концепте с позитивной (в основном) информацией может и есть что-то от идеального, иногда частично вымышленного, но, что важно – всегда желаемое (состояние, отношения), к чему клиент стремится в своей жизни.

Супервизируемые формировали концепт, наполненный позитивным, пробуя создать картинку, какой-нибудь образ, положительно окрашенный клиентом. Они стремились найти, например, позитивный опыт в общении их клиентов с эмоционально значимыми другими. Эту работу по формированию концепта с позитивным содержанием супервизируемые проводили как на симулированном приеме, так и в реальной практике, находя с “клиентом” положительное в ситуации, событии, образе.

С нашей точки зрения, эту работу важно проделать именно во время первых сессий, понимая, что для клиента положительно заряжено, и, основываясь на этом, формировать концепт с позитивно окрашенным наполнением. Определение места, отношений, ситуации, в которых клиенту было комфортно, дает понимание того, к чему нам важно стремиться в терапии.

Вот пример из транскрипта сессии, предложенного одним из супервизируемых (из него видно, как терапевту удалось сформировать вместе с клиентом концепт, который всегда будет в арсенале терапевта и в любой момент может быть противопоставлен другим концептам с негативно окрашенным наполнением уже самим клиентом):

Т: Где вам лучше всего было?

К: Да нигде не было.

Т: В последний раз где отдыхали?

К: Да разве можно это отдыхом назвать? Я совсем этого не помню. Хотя, если вы хотите, это можно назвать отдыхом. Это было несколько лет назад. В деревне... (далее следует позитивно окрашенный и очень насыщенный рассказ).

Другой пример.

Т: А что это были за отношения с дядей? Расскажите еще раз о них. (Используются слова “еще раз” для того, чтобы клиентка припомнила что-то помимо того, что она уже рассказала. Она говорила об этом дяде, однако специально акцентируется ее внимание на этих отношениях, чтобы их можно было сравнить с ее плохими взаимоотношениями с мужем.) Были ли хорошие отношения с кем-то значимым другим?

К: Да, все произошло неожиданно, я приехала к бабушке и дядя показывал мне город. Было замечательно. У нас было такое общение...

Т: Когда это было?

К: Это было 7 лет назад.

Т: Это было зимой, летом?

К: Зимой...

Т: Какая была зима?

К: Там зимы морозные, крыши в снегу, деревья в снегу. Все красиво. Мне очень приятно это вспоминать. Было холодно, но я была тепло одета, и холода не ощущала.

Т: Сколько вам было лет?

К: Мне был 21 год. Я была другой, моложе...

Т: Вы были моложе...

К: Да, я во многом была другой...

Какую информацию мы получили? Клиентка вспомнила ситуацию, в которой ей было комфортно и приятно. Терапевт обратил ее к позитивно окрашенным эмоциям. Это и есть созданный им концепт с информацией о хорошем светлом прошлом. Для него это важно, потому что он знает – к данной информации можно всегда обратиться, когда потребуется ресурс клиента. Приведенный пример показывает: редко бывает, чтобы в жизни не встретилось ничего светлого даже при наличии пессимистической установки.

3. Найти и сформулировать исключения. Исключения как концепт. Поиск и/или конструирование “исключений” является совместной деятельностью клиента и терапевта. Выявление исключений из правил и достижение того, чтобы они появлялись у клиента все чаще и чаще – одна из задач терапии. Исключения – это то, что дает позитивно окрашенный опыт. Терапевт помогает развить у клиента чувство контроля над тем, что для него еще недавно казалось неподъемной проблемой [25]. Все, что относится к его желанию контролировать ситуацию в полной мере характеризует и терапевта, которому важно ощущать, что он делает что-то ему подконтрольное. Поэтому, когда супервизируемые обучаются находить исключения в ситуациях, кажущиеся клиентам совершенно неразрешимыми, они получают первые ощущения контроля над тем, что происходит на сессии.

В рамках дискриминационной модели супервизии решение этой задачи является важным еще и потому, что супервизируемый будет иметь в арсенале знания о ресурсах клиента. Здесь мы ставим знак равенства между исключениями из правил и ресурсами.

В следующем примере показано, как супервизируемые учились находить исключения. Мы приводим отрывок из транскрипта сессии, предложенной нами на групповой супервизии:

Т: Были ли у вас исключения, когда все было по-другому? Было ли наоборот?

К: Не помню. У нас как не было взаимопонимания, так и нет. Отношения всегда были жуткими.

Т: Вспомните, когда было наоборот, было не так? Наверное, хотя бы раз ваш муж это делал по-другому?

К: О-о. Да это и было всего-то раз. Тогда он пришел рано, нигде не задержался, позвонил, предупредил, что едет домой. Я была очень довольна и ждала его с нетерпением.

Т: Опишите себя в этой ситуации. Каким он был, когда пришел? Почему это тогда так произошло?

Вариантов этой ситуации оказалось равным числом пар “терапевт – клиент”. И, начиная с фразы: “Вспомните когда было наоборот, было не так?”, “клиенты” без особого затруднения находили исключения, потом еще что-то вспоминалось и т.д. Задавая подобные вопросы, супервизируемые обучались находить исключения в тех ситуациях, о которых клиенты рассказывали. При этом внимание супервизируемых обращалось даже на очень мелкие детали, сопровождавшие эти воспоминания. Они обучались техникам уточнения вопросов, сбору детальной информации о редких, исключительных событиях в жизни клиента, формированию концепта “исключение из правила”.

Цель этого этапа – создание концепта посредством сравнения данной ситуации с той, что вспоминалась клиенту. Это помогло супервизируемым

понять, что именно из прошлого клиента вспоминается часто, а что из этого прошлого, выступая неким барьером или оппозицией нынешнему состоянию отношений, не дает ему покоя сейчас.

Найти и сформулировать исключения – часто основная цель обучения терапевтов, работающих в рамках терапии, ориентированной на решение проблемы (solution focus therapy). Супервизор дает задания супервизируемому заранее подготовиться и найти на видеозаписи сессии то место, где он удачно провел терапию и “натолкнул” клиента на что-то забытое, но имеющее и по сей день сильный эмоциональный заряд. Это и будет им рассматриваться как концепт, наполненный информацией о событии-исключении. Такие исключения, записанные с помощью видеокамеры, дают опыт равнения того, что сделал терапевт удачно и, что ему не совсем удалось [24].

4. Стремиться достигнуть небольших изменений, которые впоследствии приведут к большим. Концепт небольших изменений. Каждому супервизируемому было предложено поработать в паре с “клиентом”, концептуализация случая которого затруднялась тем, что он давал несколько достаточно широких тем. Супервизируемым было предложено уточнить каждую из них. Например, тема “Мне скучно стало жить” в трех разных парах “терапевт – клиент” трансформировалась в: “Я – неинтересный человек”, “Я живу бесцельно”, “Все вызывает во мне раздражение”.

Супервизируемым была поставлена задача уточнить тему насколько это было возможно, сформировать концепт, назвать его словами клиента. Именно поэтому цель работы состояла в том, чтобы раскрыть тему, предъявленную клиентом, и достичь малых изменений в состоянии (отношениях, оценки себя и т.д.), используя детализацию, сужение предлагаемых клиентом тем. Например, спросить клиента, какая из тем для него сейчас наиболее значима, предложить сравнить их. В каждой паре “терапевт – клиент” последнему было предложено рассказать все, что относится к фразе “мне скучно стало жить”, а “терапевту” сформировать концепт “скучно – не скучно”, т.е. включить в него сказанное клиентом, особенно обратив внимание на эмоционально нагруженные слова, и на то, что может повлечь за собой небольшие изменения в представлении клиента о скуке жизни и отсутствии изменений в ней. Именно в формировании терапевтом своего знания о том, что может быть для клиента не скучным (осмысленным), возникает концепт, в котором присутствует все, чем наполняет клиент фразу “мне скучно стало жить” – бессмысленностью бытия, отсутствием друзей, потерей кого-то близкого, кризисом отношений и т.д.

Известно, что для каждого из нас любое состояние персонифицировано, т.е. наполнено личным

опытом, переживаниями, связанными с каким-то конкретным событием личной жизни. Состояние “скучно” для каждого звучит конкретно, в этом слове много лично значимого, поэтому для клиента важны реалии любого переживания, которые известны только ему.

Когда, разобрав ситуацию внешне мало значимую, но представляющую часть большой проблемы, мы достигаем успеха, у клиента появляется ощущение, что можно также разобрать и остальные ситуации. Дополнительный плюс этой кропотливой работы: у терапевта складывается то представление об этой внешне мало значимой ситуации, которое им будет положено в “копилку” концепта – как еще один кирпичик в составлении концептуализации случая. Представив своему клиенту способ рассмотрения большой ситуации, как состоящей из множества малых, мы тем самым показываем ему новую возможность анализа сложных ситуаций и часто снижаем тревогу, страх. В его сознании ситуация не кажется теперь столь необъятно огромной, она состоит уже из множества частных случаев, с которыми он сможет разобраться и в конечном итоге решить большую проблему. Нелишним будет напомнить клиенту: ощущение, которое было названо им “скучно”, складывалось не сразу, а постепенно – из множества разных ситуаций и конкретных переживаний. Так же постепенно будет и ощущение наполненности жизни и отсутствия одиночества (если клиент вкладывал это значение в понятие “скучно”). Важно, чтобы клиент, достигая чего-то, умел ощутить надежду на то, что можно прийти к изменениям и в большом. Другими словами, для того, чтобы достичь в терапии даже чего-то небольшого, сформированный терапевтом концепт должен быть достаточно информативно наполнен малыми конкретными событиями. Терапевт, психологически воздействуя и опираясь на концепт, насыщенный персонально важной информацией, внушает доверие клиенту, а это создает хорошие предпосылки для успешной работы в паре “терапевт–клиент”.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди выделенных нами основных концептов сбора информации о клиенте, а именно: 1) предпочитаемые клиентом изменения как концепт, 2) позитивное как концепт, 3) исключения как концепт, 4) концепт небольших изменений – особенно хотелось бы обратить внимание на второй и третий пункты. И вот почему. Очень редко клиенты говорят что-то позитивное о себе, свидетельствующее о силе характера и положительных чертах, поэтому терапевту для формирования полноценной картины концептуализации случая важны именно эти стороны жизни клиента. Позитивные моменты жизни клиента, насы-

щенные конкретным содержанием (отношениями с людьми, временем года, местом, вещами, запахом и прочими мелкими деталями), равно как и исключения, также наполненные мельчайшими деталями, дают ему ощущения, что не все и не всегда было так плохо как сейчас, а терапевту – знания о тех внутренних резервах, на которые он может и должен опираться в своей работе. На занятиях мы постоянно обращали внимание супервизируемых на то, как часто терапевт и клиент совместно ищут путь решения проблемы. И для начинающего терапевта, и для клиента важно понять: всегда существует больше чем одно решение ситуации [25].

Создание концептов предпочтительного изменения текущей ситуации, совместный с клиентом поиск позитивной информации о нем, и (что часто особенно важно для самого клиента!) формулирование исключений из рассказанного может по-иному расставить ориентиры дальнейшей работы. В тех ситуациях-исключениях из его жизни, о которых клиент прежде не задумывался, он – разный, не такой, как в ежедневных буднях. Но насколько важны для успеха терапии исключения, пусть незначительные на первый взгляд! В них клиент поворачивается к ним другой стороной, которую он часто не может или не хочет видеть (признавать) в себе. Вот почему так важно формирование исключения как концепта.

Достижения небольших изменений, которые впоследствии приведут к большим – это также важный элемент работы терапевта. Супервизируемым достаточно показать, насколько правильно сделанный ими акцент на динамику дает импульс прогрессу в работе. Как важно подчас услышать от клиента: “Смотрите, а ведь вчера я видел это по-другому, – во мне что-то изменилось”.

Принятый нами в работе принцип концептуализации случая посредством формирования концептов дает поразительные результаты именно в супервизиях, так как в них присутствует методика, т.е. то, чему можно и надо учиться.

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. *Bernard J.M., Goodyear R.K.* Fundamentals of Clinical Supervision... Boston: Allyn and Bacon, 1998.
4. *Bernard J.M.* The discrimination model / *C.E. Watkins.* Handbook of psychotherapy supervision. New York: Willey, 1997. P. 310–327.
5. *Cummings A.L., Hallberg E.T., Martin J., Slemmon A., Hiebert B.* Implications of counselor conceptualisations

- for counselor education // *Counselor Education and Supervision*. 1990. V. 30. P. 120–134.
6. *De Shaser S.* Clues: investigating solution in brief therapy. New York: Norton, 1988.
 7. *Gagne E.D., Yekovich C.W., Yekovich F.R.* The cognitive psychology of school learning. New York: Harper-Collins College Publishers, 1993.
 8. *Glaser R., Chi M.T.H.* Overview. The nature of expertise. // Eds. M.T.H. Chi, R. Glaser, M.J. Farr. Hillsdale, NJ: Erlbaut, 1988.
 9. *Goodyear R.K., Nelson M.L.* The major supervision formats // Eds. C.E. Watkins Jr. Handbook of psychotherapy supervision. New York: Wiley, 1997.
 10. *Holloway E.L.* Supervision: A way of teaching and learning // Eds. S.D. Brown, R.W. Lent. Handbook of counseling psychology. New York: Wiley, 1992. P. 117–214.
 11. *Holloway E.L., Johnston R.* Group supervision: widely practiced but poorly understood // *Counselor Education and Supervision*. 1985. V. 24. P. 332–340.
 12. *Johnson E., Baker S.B., Kopala M., Kiselica M.S., Thompson E.C.* Counseling self-efficacy and counseling competence in prepracticum training // *Counselor Education and Supervision*. 1989. V. 28. P. 205–218.
 13. *Littrell J.M., Lee-Borden N., Lorenz J.A.* A development framework for counseling supervision // *Counselor Education and Supervision*. 1979. V. 19. P. 119–136.
 14. *Lochner B.T., Melchert T.P.* Relationship of cognitive style and theoretical orientation to psychology interns' preferences for supervision // *J. Counseling Psychol.* 1997. V. 44. № 2. P. 256–260.
 15. *Loganbill C., Hardy E., Delworth U.* Supervision: a conceptual model // *Counseling Psychologist*. 1982. V. 10. P. 3–42.
 16. *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.
 17. *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.
 18. *Prieto L.R., Stoltenberg C.D.* The supervision of psychological assessment toward parsimony and empirical evidence for developmental supervision theory // *Professional Psychology: Research and Practice*. 1997. V. 28. № 6. P. 593–594.
 19. *Rothberg N.* Family therapist supervision: Philosophy and process // *Clinical Supervisor*. 1997. V. 15(1). P. 167–173.
 20. *Russell R.K., Crimmings A.M., Lent R.L.* Counseling supervision and training: Theory and research // Handbook of counseling psychology // Eds. S. Brown, R.L. Lent. New York: Wiley, 1984. P. 625–681.
 21. *Sansbury D.L.* Developmental supervision from a skill perspective // *Counseling Psychologist*. 1982. V. 10(1). P. 53–57.
 22. *Shulman L.* Skills of supervision and staff management. Itasca, IL.: F.E. Paacock, 1982.
 23. *Stoltenberg C., Delworth U.* Supervising counselors and therapists. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
 24. *Todd T.C., Storm C.L.* The complete systemic supervision. Context, Philosophy, and Pragmatics. Boston: Allyn and Bacon, 1997.
 25. *Walter J.L., Peller J.E.* Becoming solution-focused in brief therapy. 1992. New York: Brunner/Mazel Publishers.
 26. *Watkins C.E.* Psychotherapy supervision in the 21st century: Some pressing needs and impressing possibilities // *J. Psychotherapy Practice and Research*. 1998. V. 7(2). P. 93–101.
 27. *Wilbur M.R., Roberts-Wilbur J.M., Hart G., Morris J.R., Betz R.L.* Structured group supervision (SGS): a pilot study // *Counselor Education and Supervision*. 1994. V. 33. P. 262–279.

THE CASE CONCEPTUALIZATION AS A METHOD OF SUPERVISION

A. V. Makhnach

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

A new method of supervision – case conceptualization is discussed. It is suggested to use the term “concept” like a category permitting the therapist to classify the process of data obtaining purposely to conceptualize the case. Four main concepts of data acquisition about client are distinguished: client’s preferred changes as a concept, positive as a concept, exceptions as a concept, concept of small changes.

On the data of these concepts the analysis of session’s transcriptors is made, the advantages of such approach to psychological consulting and psychotherapy training are showed. The short review of supervision models is included, the discrimination model of supervision is described.

Key words: supervision, case conceptualization, main concept, psychotherapy training, discrimination model of supervision.