

## **Роль эмоций в психотерапевтической супервизии: контекстуальный поведенческий анализ**

Victoria M. Follette, University of Nevada, Reno  
Sonja V. Batten, University of Nevada, Reno, and National Center for PTSD, Boston

*Хотя о важности выражения эмоций в психотерапии написано немало, гораздо меньше внимания уделяется роли эмоций в клинической супервизии. Недавно было разработано несколько моделей психотерапии, основанных на радикальном бихевиоризме, которые могут пролить свет на теоретические вопросы, важные для выражения эмоций в супервизии. В данной статье описываются теоретические взгляды двух таких контекстуальных терапий, функционально-аналитической психотерапии (ФАП) и терапии принятия и ответственности (АСТ), а также применяются рамки этих терапий к процессу клинической супервизии.*

Роль эмоций в психотерапии давно является важной темой в клинической психологии и предметом большого количества исследований (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Однако значение эмоций для процесса супервизии рассматривается гораздо реже, особенно в поведенческой терапии. Хотя в психотерапии существует давняя традиция интереса к переменным терапевта, связанным с эмоциями, в этих видах терапии больше внимания уделяется роли искренности и точной эмпатии со стороны терапевта в отношении изменений клиента, а не эмоциям, выраженным в супервизии (Greenberg & Goldman, 1988). В центре внимания данной статьи (и этой серии статей) - выражение эмоций в процессе супервизии, включая обсуждение условий, которые могут привести терапевта к возможности безопасно выразить основные эмоции. Кроме того, мы рассмотрим теоретические обоснования для облегчения такого выражения чувств и предостережения, связанные с такой работой.

### **Контекстуальные поведенческие подходы**

В последние годы появились новые подходы к терапии, которые вписываются в общую парадигму когнитивно-поведенческой терапии. Однако эти вмешательства исходят из радикальных поведенческих основ и требуют контекстуального анализа клиентов и их

проблем. Возникновение этих методов терапии, а также других новых и инновационных подходов к решению сложных проблем, привело к важным изменениям в области поведенческой терапии. Этими видами терапии являются функционально-аналитическая психотерапия (ФАП; Kohlenberg & Tsai, 1991), Терапия принятия и ответственности (АСТ; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), и диалектическая поведенческая терапия (ДПТ; Linehan, 1993). В своей основе эти методы терапии направлены на принятие, утверждение и изменение поведения. Роль эмоций является центральной в этих методах терапии, а терапевтические отношения часто являются контекстом для анализа этих эмоций. Эти подходы, которые часто используются для решения давних проблем, связанных с эмоциями и межличностным функционированием, продолжают развиваться и эволюционировать по мере проведения клинических эмпирических исследований.

По мере развития этих новых методов терапии параллельно развивается интерес к процессу супервизии, связанному с ними. Поскольку эти техники часто используются для клиентов со значительными долгосрочными клиническими проблемами, терапевтические отношения часто бывают сложными. Как правило, клиенты, с которыми мы работаем, имеют проблемы, которые не поддаются традиционным

технологиям. Поэтому продолжительность терапии может быть несколько больше, чем при традиционных поведенческих подходах, а межличностные отношения часто более интенсивны. Несмотря на трудности, связанные с такими терапевтическими отношениями, мало что было сказано о супервизии этих видов психотерапии. Кроме того, учитывая важность эмоций в этих видах терапии, кажется разумным, что процесс обучения должен быть направлен на развитие студента-терапевта в отношении эмоций в терапии. Недавнее исследование (Machado, Beutler, & Greenberg, 1999) предоставило важные данные относительно значимости осознания терапевтами собственных эмоций. Используя в качестве стимулов реальные отрывки терапевтических сессий, студенты-психологи и опытные терапевты оценивали ряд переменных, связанных с эмоциями. Осознание участником собственных эмоций было связано с более высокими уровнями точности в обозначении эмоций. Далее авторы предполагают, что "способность фокусироваться на собственном эмоциональном процессе или резонировать с эмоциональным опытом других людей в межличностных ситуациях, вероятно, дает нам важную информацию об эмоциональном опыте других людей, повышая нашу способность распознавать эмоции" (Machado et al., p. 55). Эти результаты согласуются с нашим собственным опытом и говорят о том, что супервизия может быть очень подходящим местом для концентрации на эмоциональной обработке в целях повышения эффективности терапевта. Используя FAR и АСТ в качестве теоретических ориентиров, мы обсудим важнейшую роль эмоций в супервизии.

### **Функционально-аналитическая психотерапия**

Как отмечалось выше, в основе FAR лежит радикальный поведенческий подход. Однако он значительно выходит за рамки техник, которые традиционно использовались в поведенческой терапии (Kohlenberg & Tsai, 1991). В частности, основное внимание в FAR уделяется созданию интенсивных отношений в терапии, которые

играют центральную роль в улучшении состояния клиента. Как и в традиционной эмпирической терапии, в основе терапевтического процесса в FAR лежат эмоции и аффекты. Хотя выражение эмоций является необходимым компонентом терапии, само по себе оно не является достаточным для изменений. Некоторые наблюдатели предполагают, что FAR - это просто поведенческое переформулирование психодинамических подходов. Однако создатели FAR утверждают, что, хотя терапия имеет некоторое сходство с психодинамическими методами, на самом деле эти два метода значительно отличаются друг от друга. Подкрепление - центральная тема в FAR. Исходя из бихевиористско-аналитической перспективы, терапия рассматривается как "формирование и укрепление более адаптивных репертуаров поведения посредством подкрепления" (Kohlenberg & Tsai, p. 8). Хотя полное описание терапии выходит за рамки данной статьи, здесь будут освещены важные концепции, относящиеся к роли эмоций в супервизии.

Первостепенное значение имеют понятия клинически значимого поведения (КЗП) и терапевтических правил, связанных с этим поведением. Коленберг и Цай (1991) выделили три различных класса клинически значимого поведения. КЗП1 - это примеры проблем клиента, возникающих во время сессии. В отличие от более традиционных представлений о предъявляемой жалобе, КЗП1 представляют собой не вербальные отчеты о проблеме, а скорее поведение клиента, которое функционально связано с проблемой. Например, в нашей работе с клиентами, которые приходят с историей травмы, проблемой является не только сам опыт травмы как таковой, но и наблюдение того, что клиент не может выразить эмоции. КЗП1 будет представлять собой рассказ о своей истории травмы без заметных аффектов и сообщение об отсутствии чувств, связанных с рассказом ее истории. Улучшения, которые происходят во время сессии, обозначаются следующим образом КЗП2. Для клиента, о котором говорилось выше, выражение соответствующего аффекта во время экспозиции

было бы концептуализировано как КЗП2. Наконец, КЗП3 – это интерпретация клиентом собственного поведения и признание функциональных связей между предшествующими стимулами и его поведением. В этом случае клиентка может сообщить, что когда терапевт создал безопасную и заботливую среду, она почувствовала себя более способной переживать и делиться своими эмоциональными реакциями на жестокое обращение.

Учитывая, что многие клиенты сталкиваются с трудностями, связанными с эмоциональным реагированием, важно, чтобы терапевт имел в своем репертуаре необходимые навыки для выражения и вызывания эмоций.

Хотя Коленберг и Цай (1991) описывают пять правил, являющихся центральными в ФАП, два из них особенно важны для целей данной статьи. Первостепенное значение имеет призыв к терапевту сохранять осознанность в отношении КЗП. Второе правило, имеющее значение, заключается в том, что терапевт должен найти способы вызвать КЗП в ходе терапии. Эти понятия важны не только

для процесса терапии, но и для контекста супервизии. Этот факт невозможно переоценить.

Как отмечают Коленберг и Цай (1991), процесс супервизии имеет много параллелей с терапией. Мы предполагаем, что терапевты будут менее эффективны в применении ФАП с клиентами, чьи жалобы относятся к областям, в которых у терапевта также есть дефицит навыков. Учитывая, что многие клиенты испытывают трудности, связанные с эмоциональным реагированием, очень важно, чтобы терапевт имел в своем репертуаре необходимые навыки наблюдения, выражения и вызывания эмоций. Таким образом, эффективный супервизор ФАП разрабатывает концепцию КЗП не только для клиента, но и для терапевта.

Хотя в целом ожидается, что люди, поступающие на работу в области психотерапии, обладают

определенными навыками в областях, связанных с эмоциями, в этой области часто есть куда расти.

Как отмечают Мачадо и др. (1999), способность студентов и терапевтов точно обозначать эмоции у других людей может отличаться. Работа с эмоциями и связанными с ними процессами - это не врожденная черта, а скорее приобретенное поведение, и поэтому оно также подвержено путанице и ошибкам в обучении. Обычно обучение эффективному эмоциональному реагированию является частью психотерапии, однако эти навыки также могут быть развиваться и формироваться у терапевта в процессе супервизии. Тип обучения, который формируется под влиянием естественных непредвиденных обстоятельств в супервизии, может повысить восприимчивость терапевта к непредвиденным обстоятельствам окружающей среды в терапии (W. C. Follette & Callaghan, 1995). Однако, поскольку отношения между студентом и супервизором предполагают большую взаимность и взаимозависимость, чем отношения терапевт - клиент, существует возможность для такого типа раскрытия, которое выходит за рамки того, что обычно происходит в контексте терапии.

В ходе нашей супервизии вторая авторка очень тесно работала с молодой клиенткой, чья мать неожиданно и трагически умерла. Терапевтка пережила похожую потерю, когда умер ее отец, когда она была еще подростком, и работа над терапией вновь пробудила ее собственное горе. Супервизия предоставила безопасное место для переживания этой боли и печали. Этот процесс позволил терапевтке эффективно работать с клиентом без необходимости избегать областей, где он испытывает сильную боль, чтобы защитить себя. Этот пример также демонстрирует проблему баланса между потребностями клиента

Эффективные терапевты всегда будут оставаться в тесном контакте со своими собственными эмоциональными переживаниями, и эта способность одновременно является и силой, и уязвимостью

и терапевтки. Супервизор не счел это эмоциональное выражение каким-либо проблематичным. Хотя терапевтка уже должным образом справилась со своим горем, вполне естественно, что интенсивность клинической работы заставила ее снова соприкоснуться с собственной историей.

В терапевтической среде существует требование, чтобы потребности клиента превалировали над потребностями терапевта, в то время как в супервизии есть большая свобода действий, чтобы сосредоточиться на проблемах терапевта (конечно, это всегда должно быть на службе повышения качества самой терапии). На наш взгляд, эффективные терапевты всегда остаются в тесном контакте с собственными эмоциональными переживаниями, и эта способность представляет собой одновременно и силу, и уязвимость. Поэтому супервизор может использовать супервизию как возможность вызвать эмоциональные реакции супервизируемого на клинический материал и использовать эти реакции для содействия развитию эмоционального репертуара терапевта.

Хотя в этой статье мы делаем акцент на эмпирическом обучении, дидактическое обучение также является важной частью подготовки терапевта в ФАП. После того как терапевт и супервизор исследуют эмпирические аспекты терапевтической ситуации, важно, чтобы супервизор перешел к более дидактической роли. Как и в терапии, важно, чтобы супервизируемый развивал способность точно наблюдать и описывать свое собственное поведение. Способность описывать функциональные отношения требует большой практики, и супервизия позволяет терапевту разработать вербальный репертуар для выполнения этой задачи.

### **Терапия Принятия и Ответственности**

Второй радикальный поведенческий подход к психотерапии, на котором основана данная модель супервизии, - это Терапия принятия и ответственности (или АСТ) С. Хейса (Hayes et al.,

1999). Основные цели АСТ описываются как (1) уменьшение эмпирического избегания, (2) изменение чрезмерно буквального реагирования на когнитивное содержание и (3) повышение способности принимать и сохранять обязательства по изменению поведения (Hayes & Wilson, 1994). В этом разделе мы представим каждую из этих целей и опишем применение принципов АСТ для работы с эмоциональными реакциями терапевта на клиентов как в супервизии, так и вне ее.

В основе АСТ лежит цель уменьшения избегания переживаний. Избегание переживаний определяется как процесс, в котором человек не желает переживать негативно оцениваемые личные события, такие как мысли, чувства или воспоминания, и поэтому предпринимает попытки уменьшить, ослабить или облегчить эти переживания (Hayes et al., 1996). Хотя стратегии избегающего преодоления могут показаться полезными в краткосрочной перспективе, эта теория предполагает, что то, что люди переживают как психологический дистресс, часто возникает в результате борьбы за избегание негативно оцениваемых частных событий (Hayes et al., 1999). Хейс и Гиффорд (1997) предположили, что избегание переживаний остается столь распространенным, несмотря на долгосрочные негативные последствия, из-за языковых процессов: выведения двунаправленных отношений и управления правилами.

Хотя мы часто используем теорию эмпирического избегания для понимания проблем наших клиентов, этот процесс существует не только у тех, кто обращается за терапией или соответствует критериям диагноза DSM-IV. Мы утверждаем, что использование стратегий эмпирического избегания - это явление, которое часто встречается в западной культуре, в том числе и у тех людей, которые занимаются психотерапией. Таким образом, точно так же, как мы пытаемся помочь нашим клиентам стать более принимающими и неосуждающими по отношению к своим личным событиям, мы также должны работать над тем, чтобы помочь терапевтам принимать любые мысли и чувства,

которые они могут испытывать в ходе терапии или супервизии. И наоборот, следует добавить, что иногда некоторый уровень избегания не только естественен, но и полезен. Иными словами, если бы человек постоянно находился в полном контакте со всеми эмоциями, эффективное функционирование могло бы быть несколько ограниченным. Избегание становится проблематичным тогда, когда оно становится обобщенным способом реагирования.

Необходимой предпосылкой того, что терапевт сможет принять свои собственные негативно оцениваемые личные события, является осознание того, что он испытывает, как во время терапии, так и во время супервизии. Для достижения этой цели мы можем начать терапию или супервизию с упражнений на осознанность, в которых все участники работают над осознанием своего личного опыта, такого как чувства, мысли, чувства или телесные ощущения. В рамках таких

должны измениться, чтобы терапевт мог вести себя эффективно. Однако то, как терапевт относится к этим чувствам или работает с ними, может измениться, чтобы терапевт перестал пытаться контролировать свои чувства и вместо этого сосредоточился на работе терапии.

Явные стратегии контроля, в которых терапевт пытается изменить то, что он чувствует, прежде чем он сможет участвовать в эффективном терапевтическом поведении и учитывать интересы клиента, не только трудны, но и по всей видимости, невозможны. Данные, подтверждающие это, можно найти в литературе по эмоциональному и мыслительному подавлению - процессу, который описывается как попытки не думать о конкретной мысли или предмете или не испытывать конкретную эмоцию (Wegner, 1988, 1994, 1997). Эмпирические исследования постоянно показывают, что, независимо от причины подавления, этот процесс часто приводит к одинаковым результатам - последующему возвращению мысли или чувства, которого нужно было избежать. Попытки психического контроля и подавления мыслей рассматриваются как логическая реакция на психологические травмы и стрессы (Wegner & Pennebaker, 1993). Из этого следует, что терапевты, испытывающие менее социально приемлемые мысли или чувства по отношению к клиенту, такие как гнев или влечение, могут с большей вероятностью подавить эти мысли и чувства, что приведет к усилению навязчивых мыслей и слухов о негативно оцененном событии в будущем (Wegner & Erber, 1993). Если частота появления этих мыслей или чувств увеличивается, это говорит о том, что стратегия контроля не увенчалась успехом. Тогда эти личные события могут еще больше мешать терапии, чем вначале.

В рамках этой модели эффективная супервизия будет работать над тем, чтобы помочь терапевту осознать личные события, которые он или она переживает в терапии, как позитивные, так и негативные, и заметить, как попытки контролировать или избавиться от нежелательных мыслей или чувств могут на

Мы могли бы начать терапию или супервизию с упражнений на осознанность, в которых все участники работают над осознанием своего личного опыта, такого как их чувства, мысли, чувства или телесные ощущения.

упражнений участники могут также выполнять элементарную работу по принятию - просто замечать то, что они испытывают, не пытаясь контролировать или изменять это. Регулярная практика осознанности может помочь центрировать как процессы терапии, так и супервизии.

После работы над осознанием частных

переживаний терапевт, практикующий в этих рамках, должен научиться признавать, что частные события, с которыми он сталкивается, не являются врагами. То есть, чувства гнева, неприязни или влечения к клиенту не рассматриваются как проблемы или препятствия для хорошей терапии. В соответствии с перспективой принятия, дело не в том, что эти чувства ведут к неэффективной терапии; скорее, бесполезной является борьба с этими чувствами. Чувства гнева или влечения не обязательно

самом деле мешать быть эффективным терапевтом, даже если причина попытки избежать таких личных событий изначально была направлена на улучшение процесса или результата терапии. Таким образом, работа супервизора заключается в том, чтобы смоделировать для терапевта непредвзятую позицию по отношению к личным переживаниям терапевта, независимо от их социальной приемлемости. Такая позиция необходима для того, чтобы терапевт мог иметь все свои личные переживания без осуждения со стороны себя или супервизора. Такое принятие также позволяет терапевту продолжать испытывать ряд мыслей или чувств во время сессии, не предпринимая никаких действий, чтобы избежать или подавить эти мысли. Скорее, терапевт может сосредоточиться на вовлечении в терапевтическое поведение, которое будет эффективно в помощи клиенту измениться, и может оставаться внимательным к контекстуальным сигналам, указывающим на эффективность этих вмешательств.

Вторая основная цель АСТ - изменение чрезмерно буквальной реакции на когнитивное содержание. Этот процесс был описан как делиiteralизация или уменьшение когнитивного слияния, и терапевтические техники, используемые для этой цели, были подробно описаны в других местах (Hayes et al., 1999). Что важно для целей данной статьи, - это понять суть этого вмешательства, которое заключается в следующем: помочь клиенту увидеть свои мысли как «просто мысли» и не воспринимать их буквально. Например, мы можем научить человека, страдающего агорафобией, что если у него возникает мысль: "Я не могу выйти на улицу", это не означает, что он буквально не может выйти на улицу. Точно так же терапевт, который думает: "Я не могу работать с этим клиентом", сможет увидеть, что он - человек, у которого есть такая мысль, и что наличие этой мысли не означает, что он не может работать с клиентом. Первый автор до начала клинической практики провела значительный объем терапии с жертвами сексуального насилия и домашнего насилия. Во время стажировки у нее была

возможность вести группу для мужей-тиранов. Анализ первоначальных мыслей и чувств, связанных с работой с мужьями-тиранами, казалось, наводит на мысль, что такая терапия будет невозможна. Однако принятие этих частных событий и обсуждение этих вопросов с супервизором привело к другому результату. Терапевт смог связаться с этими чувствами и использовать их, чтобы передать ужасный страх и печаль, которые испытывают жертвы насилия, и в то же время продемонстрировать силу и неприятие насильственного поведения. Вероятно, самым важным является то, что терапевт смог принять клиентов, по-настоящему оценив их как достойных людей, и в то же время не принять насильственное поведение. Это сочетание опыта позволило провести лечение в твердой и в то же время сострадательной манере. Группа прошла хорошо и, благодаря возможности пройти обучение, обогатила опыт терапевта. В контексте терапии и супервизии третья цель, принятие и соблюдение поведенческих обязательств, заключается в том, чтобы терапевт точно концептуализировал случай и проводил терапевтические вмешательства, соответствующие формулировке случая. Очевидно, что терапевт АСТ будет делать это независимо от мыслей и чувств, испытываемых терапевтом в терапевтическом кабинете и вне его.

### **Экспозиционная терапия**

Наш акцент на работе с людьми, пережившими травму, поднимает важные соображения, связанные с эмоциями в супервизии. Большинство поведенческих терапевтов согласятся с тем, что экспозиция является неизменным условием эффективной терапии травмы (V. M. Follette, Ruzek, & Abueg, 1998).

Хотя во многих протоколах лечения травмы используются техники, направленные на управление аффектом клиента во время работы с экспозицией, относительно мало сказано о том, как терапевт переживает этот процесс. Например, терапевты, работающие с людьми, пережившими сексуальное насилие над детьми, могут испытывать болезненные эмоциональные

реакции, когда слышат, как клиент рассказывает свою историю. Эти реакции могут возникать либо потому, что история клиента напоминает терапевту некоторые аспекты ее собственной истории, либо, наоборот, потому, что терапевт никогда не сталкивался с подобным жестоким обращением с детьми. В любом случае, боль, испытываемая терапевтом, обоснована и часто требует места для выражения по ряду причин. Во-первых, человек, переживший травму, часто чрезвычайно бдителен в отношении очень небольших вариаций в межличностных реакциях (V. M. Follette, 1994). Если клиент обнаруживает нежелание или дискомфорт со стороны терапевта в отношении какого-либо аспекта истории травмы, он вполне может избежать этого материала, пытаясь защитить как терапевта, так и себя. Во-вторых, переживание терапевтом своих собственных эмоциональных реакций в условиях супервизии позволяет развивать эмпатию и связь с клиентом, что может усилить терапевтические отношения. В-третьих, выражение и обсуждение эмоций в супервизии может способствовать точному обозначению терапевтом своего собственного опыта, что приведет к большей точности в обозначении реакции клиента.

К сожалению, повторяющееся воздействие травматического материала при отсутствии подходящего выхода для выражения чувств, связанных с этим материалом, может привести к ряду трудностей, включая депрессию, злоупотребление психоактивными веществами и выгорание (V. M. Follette, Polusny, & Milbeck, 1994). Еще одна важная роль супервизорской команды для травматерапевтов заключается в викарном воздействии на материал случаев других терапевтов. То есть, терапевтам может быть очень полезно слушать, как они рассказывают друг другу о травматическом опыте своих клиентов в супервизии. Слушать о различных видах травмы, не проводя терапию с таким количеством людей, позволяет создать здоровый тип десенсибилизации. Кроме того, открытый в эмоциональном плане член супервизорской команды может стать ценным примером для других супервизируемых, которые могут увидеть, что выражение эмоций в

супервизии допустимо и даже полезно. Аналогичным образом, очень важно, чтобы супервизор также был готов выражать свои личные переживания и терпимо относиться к переживаниям супервизируемого. Здесь важно подчеркнуть, что мы говорим о балансе между десенсибилизацией к услышанному о травме, чтобы терапевт мог эффективно функционировать в терапевтическом контексте, не будучи подавленным, и при этом сохранять эмоциональное присутствие в индивидуальной истории и боли клиента. На самом деле, радикальная поведенческая терапия, на которых основан этот подход к супервизии, АСТ и FAP, подчеркивают абсолютную необходимость того, чтобы терапевт был эмпирически открытым к своему собственному личному опыту, чтобы терапия была успешной.

### **Проблемы и вопросы**

Роль супервизора в оценке супервизантов может быть сложной в отношении вопросов поощрения выражения эмоций в условиях супервизии. Как отмечает Васкес (1992), в обязанности супервизора входит оценка нарушений и ошибок со стороны супервизируемого, которые могут оказать негативное влияние на клиента. Эта часть процесса супервизии некомфортна как для супервизора, так и для супервизируемого. Конечно, именно супервизируемый подвергается наибольшему риску и чувствует себя более уязвимым в отношении негативной оценки. Тем не менее, супервизор часто избегает этой задачи по ряду причин. В частности, мы часто боимся перепутать роли супервизора и терапевта, и в угоду консервативному подходу к этому вопросу, будем избегать межличностных вопросов. Кроме того, существует мало данных о влиянии проблем терапевта на результаты терапии, что приводит к понятной осторожности в чрезмерной интерпретации роли личных трудностей. Однозначного ответа на эту дилемму нет, и, как и в случае со многими клиническими вопросами, супервизор должен действовать мягко и уважительно, помогая терапевту решать эти вопросы. Супервизор обязан признать, что супервизант находится в затруднительном

положении, поскольку он уязвим и боится негативной оценки в связи с эмоциональным расстройством. Поуп и Васкес (1998) описывают некоторые из важнейших этических вопросов, связанных с отношениями супервизора. Хотя супервизор несет ответственность за обучение супервизируемого, забота о клиенте имеет первостепенное значение. И хотя супервизия - это не терапия, она может иметь некоторые общие черты с терапевтическим процессом. Как и во многих клинических процессах, решение этих вопросов является вопросом баланса. Мы считаем, что вместо того, чтобы избегать таких вопросов и использовать более структурированные, подчиненные правилам подходы к супервизии, супервизор должен быть готов к решению этих сложных вопросов. Хотя супервизору важно избегать эмоциональной тирании студента (Kohlenberg & Tsai, 1991), он также должен быть готов помочь студенту справиться с собственными эмоциональными реакциями на пациентов.

Готовность супервизоров практиковать то, что мы проповедуем, имеет отношение к этим проблемам. То есть, готовы ли мы как супервизоры эмоционально присутствовать? В терапии, особенно в терапии травмы, клиенту может потребоваться выразить чувство невероятно сильной боли о тех событиях в его жизни, которые мы не в силах изменить. В то время как мы интеллектуально признаем важность своей истории как важной составляющей того, кем человек является сейчас, мы также должны признать, что иногда какая-то часть нас очень сильно хочет избавить клиента от этой боли или изменить эту часть его жизни. В то же время мы подвергаем клиента боли, которую мы не можем уничтожить, в надежде найти способ преодолеть этот опыт. Эта задача подвергает терапевта собственной боли и уязвимости как целителя, и этот процесс может быть зеркально отражен в процессе супервизии. То есть, супервизоры также могут чувствовать уязвимость и неуверенность в том, чтобы направлять процесс терапии, особенно когда клиент испытывает такую сильную боль. Как супервизор, разрешение себе присутствовать при

боли, которую испытывает студент-терапевт, рассказывая историю клиента, может привести к чувству грусти в супервизии. Готовность супервизора плакать или выражать грусть может оказать гораздо более сильное влияние на студента, чем длительные, интеллектуализированные обсуждения роли эмоций в супервизии. В то же время супервизор должен справиться со своими собственными страхами и неуверенностью в способности помочь клиенту и студенту пройти через ситуацию. То есть для студента очень важно сохранять уверенность в способности супервизора поддержать и студента-терапевта, и клиента в процессе работы. Эта диалектика во многом повторяет процесс терапии, где терапевту необходимо проявлять одновременно уязвимость и безопасность. Из этого следует, что должна существовать поддержка для супервизоров, место, где они могут обсудить эти вопросы. В академической среде эту функцию могут выполнять комитеты по клиническому обучению.

### Резюме

В заключение важно отметить необходимость эмпирической оценки различных моделей супервизии. Хотя мы считаем, что обозначение и выражение эмоций является важнейшим аспектом репертуара терапевта, и что эти навыки можно и нужно формировать, и развивать в контексте супервизии, данных, касающихся этого вопроса, недостаточно. Продуктивный подход к исследованиям в этой области предполагает разработку теоретически обоснованных процессуальных показателей опыта супервизии в рамках конкретной ориентации, которые связаны с результатами терапии (Stoltenberg, McNeill, & Crethar, 1994). Включение обучения по супервизии и ее оценке было игнорируемой частью многих учебных программ. Учитывая ожидаемую роль психологов как тренеров и супервизоров в следующем тысячелетии, мы считаем, что для программ по клинической психологии особенно важно включить в свои учебные планы обучение эффективной супервизии. Эти стратегии супервизии не противоречат поведенческой или когнитивно-



поведенческой терапии и даже могут быть важным дополнением к стандартизированным протоколам терапии. Эта статья была бы неполной без последнего замечания о роли эмоций в супервизии. Хотя верно, что содержание терапии часто бывает болезненным и трудным, не менее верно и то, что в процессе лечения происходит много радости и счастья. Мы считаем, что очень важно, чтобы эти положительные эмоции также стали частью процесса супервизии. Наша супервизионная команда имела возможность работать с рядом замечательных клиентов, и мы отмечаем их радости и успехи в терапии и жизни. Переживание всего эмоционального спектра позволяет нам оставаться верными природе жизненного опыта и уравнивает сложность работы, которую мы выполняем. Слезы грусти и смех были важной частью опыта нашей группы, и все мы стали богаче от этого опыта.

## References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Follette, V. M. (1994). *Survivors of child sexual abuse: Treatment using a contextual analysis*. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 255-268). Reno, NV: Context Press.
- Follette, V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). *Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 275-282.
- Follette, V. M., Ruzek, J. I., & Abueg, E. R. (1998). *Cognitive behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford.
- Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (1995). *Do as I do, not as I say: A behavior analytic approach to supervision*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 413-426.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. L. (1988). *Training in experiential therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 696-702.
- Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (1997). *The trouble with language: Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events*. *Psychological Science*, 8, 170-173.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). *Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance*. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). *Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152 - 1168.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Machado, E. E. P., Beutler, L. E., & Greenberg, L. S. (1999). *Emotion recognition in psychotherapy: Impact of the therapist level of experience and emotional awareness*. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 39-57.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (1998). *Ethics in psychotherapy and counseling (2nd ed.)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B. W., & Crethar, H. C. (1994). *Changes in supervision as counselors and therapists gain experience: A review*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 416-449.
- Vasquez, M. J. T. (1992). *Psychologist as clinical supervisor: Promoting ethical practice*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 196-202.
- Wegner, D. M. (1988). *Stress and mental control*. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 683-697). New York: Wiley.
- Wegner, D. M. (1994). *Wildte bears and other unwanted thoughts*. New York: Guilford.
- Wegner, D. M. (1997). *When the antidote is the poison: Ironic mental control processes*. *Psychological Science*, 8, 148-150.
- Wegner, D. M., & Erber, R. (1993). *Social foundations of mental control*. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 36-56). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Wegner, D. M., & Pennebaker, J. W. (1993). *Changing our minds: An introduction to mental control*. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 1-12). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Address correspondence to Victoria M. Follette, Department of Psychology, University of Nevada, Reno, Reno, NV 89557; e-mail: vmf@equinox.unr.edu.