

Бабин С.М.*, Васильева А.В.**

*Оренбургский государственный университет

**Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

ЗНАЧЕНИЕ СУПЕРВИЗИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Описывается супервизионный процесс – один из основных методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии и практической психологии. Особое внимание уделяется пониманию супервизии с точки зрения динамического подхода. Рассматривается актуальный как российский, так и зарубежный опыт проведения супервизии при терапии психических расстройств.

Помимо формальных характеристик самыми значимыми для успеха психотерапии являются особые параметры специалиста – его умение устанавливать психотерапевтический контакт с пациентом, неспецифические внеролевые характеристики его поведения, требования, предъявляемые к его личным качествам и профессиональной подготовке.

Психотерапевтическое мышление должно стать личностной характеристикой, пронизывать весь стиль поведения врача. Для психотерапевта необходимы совершенное владение навыками общения, ролевая гибкость, эмоциональная стабильность, безупречный эмоциональный контроль. По выражению Н. Sullivan, «психотерапия – это ситуация, в которой встречаются два человека, один из которых менее тревожен» [4].

Без сомнений, характер взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом является ключевым вопросом для успеха психотерапии. «Взаимоотношения – это и есть терапия» [8]. Не останавливаясь на деталях, выделим лишь основные параметры психотерапевтического контакта – явления переноса и контрпереноса, эмпатическое отношение, безусловное положительное принятие пациента, конгруэнтность и аутентичность психотерапевта (так называемая триада С. R. Rogers), которые являются во многом определяющими для успеха психотерапии. При каждой встрече с пациентом вопрос о контрпереносе в широком понимании этого термина («как действует на меня другой, что он во мне вызывает?») должен стать основой нашей деятельности [6].

В этой связи большое значение приобретает обязательное постоянное последипломное совершенствование своего профессионального уровня. Речь идет об участии в профессиональных и личностных тренингах, в балинтовской группе и о процессе супервизии. Различные формы и методы такой работы подробно изло-

жены в специальной литературе [5, 10, 13, 19]. Здесь имеет смысл остановиться лишь на самых основных моментах.

Тренинги позволяют не только освоить новые техники и методики, но и способствуют решению личностных проблем психотерапевта, которые в противном случае неизбежно бы влияли на терапию. С их помощью можно модифицировать нежелательные элементы своего поведения и лучше понять, что происходит с пациентом во время лечения.

При условии работы психотерапевтов в одном учреждении более предпочтительны балинтовские и супервизионные группы. При этом имеет смысл, чтобы руководитель таких групп был не связан с участниками формальными иерархическими отношениями. Это, с одной стороны, дает участникам группы большую степень внутренней свободы и открытости, а с другой стороны – защищает ведущего от клишированных интерпретаций, обусловленных повседневым общением и сложившимся мнением о том или ином участнике психотерапевтической бригады.

Целью и задачами балинтовских групп является повышение компетентности в профессиональном межличностном общении. Такие группы и другие формы групповой контрольной работы способствуют осознанию важных феноменов, которые препятствуют прогрессу психотерапевтического лечения, но являются неизбежными даже в работе опытных специалистов.

Основной объект исследования в классических балинтовских группах – это отношения врач – пациент. Дискуссия строится не на клиническом анализе конкретного больного (клинический разбор) и не на личностных особенностях данного врача (личностный тренинг). В центре внимания – различные аспекты взаимодействия и взаимоотношений врач – пациент в меняющейся ситуации. Деятельность балинтов-

ской группы может быть успешной лишь при стабильном составе участников и длительной (многолетней) работе. В некоторых клиниках в состав групп включаются не только врачи и психологи, но и средний медицинский персонал, социальные работники.

Супервизия является одним из методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии. Это форма консультирования психотерапевта в ходе его работы более опытным, специально подготовленным коллегой (супервизором), позволяющая психотерапевту (супервизируемому) систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение [16]. Супервизия может осуществляться в индивидуальной и групповой формах [11]. Работа под наблюдением супервизора помогает обратить внимание на технические погрешности, ригидные способы решения определенных проблем, обсудить тактику лечения и поведения в некоторых сложных ситуациях.

Групповая супервизия позволяет выявить сложности и искажения, связанные с индивидуальными особенностями характера психотерапевта. Эти проблемы носят выраженный эгосинтонный характер и поэтому часто просматриваются в индивидуальной супервизии. В процессе же группового взаимодействия они становятся зримыми, и психотерапевт получает возможность для их рефлексии и дальнейшего профессионального роста. Психопрофилактика участников группы базируется на возможности проработки «неудачных случаев» в ситуации групповой поддержки.

При групповой психотерапии возможный способ общения с супервизором – это работа в качестве копсихотерапевта в одной группе. Применение видеотехники позволяет значительно расширить формы и методы профессионального совершенствования. Видеозапись психотерапии можно использовать в рамках профессионального тренинга для последующего обсуждения в балинтовской группе или для обсуждения с супервизором.

Когда во время работы психотерапевт запинается, ошибается или теряется и в последующем не может вербализовать собственные переживания, значит он в замешательстве от того, что пока отсутствует осознание (это сравнимо с известным литературным оборотом: «как трудно выразить словами»). Этот феномен, получивший название «немые пятна» психотера-

певта [21], часто приводит к воспроизведению динамического паттерна психотерапевтических отношений в процессе супервизии и является составляющим параллельных процессов. То, что пока по разным причинам не может быть вербализовано, должно быть «реинсценировано» в психотерапии или супервизии.

Другим феноменом являются т.н. «тяжелые пятна», когда ригидность, отсутствие достаточной профессиональной свободы приводят к невозможности выявить и увидеть необходимую информацию о пациенте из-за приобретенных искажений и определенных предпочтений в технике (образно эту ситуацию можно описать как «что не играет, все на один мотив»). В данном случае групповые формы супервизии играют важную роль, поскольку являются более чувствительными к стереотипным ригидным формам работы. Обмен мнениями в группе коллег позволяет сделать работу психотерапевта более творческой, ориентированной на нужды конкретного пациента, расширить спектр применяемых приемов и подходов. Также супервизия способствует осознанию того, что проблемы и кризисы в психотерапевтической ситуации могут возникать из-за не до конца разрешенного интрапсихического конфликта – личностных «слепых пятен» (или, как сказал классик, «лицом к лицу лица не увидеть»), мешающих психотерапевтическим отношениям с пациентом [21].

При этом следует помнить о том, что цель супервизии – улучшение профессиональной деятельности, а не проработка внутриличностных конфликтов, и соответственно работа должна оставаться в рамках обсуждения лечебного процесса. При необходимости и повторяемости одних и тех же трудностей супервизируемому может быть рекомендовано обратиться за психотерапевтической помощью. Основным должен быть вопрос, знает ли психотерапевт, что его мотивировало поступить тем или иным образом. При этом не стоит акцентировать супервизионную работу на личностном значении дискомфорта или его генетическом происхождении или на других динамических конstellациях, связанных с его личной биографией. Вмешательство супервизора должно быть направлено на препятствия, запреты и их непосредственные предвестники, которые влияют на проведение психотерапии. Соблюдение этого правила способствует сохранению здоровой рабочей атмосферы в психотерапевтическом коллективе.

Супервизия имеет большое значение в динамической психиатрии и психотерапии для проработки контрпереноса и сопротивления, а также для интеграции различных психотерапевтических аспектов, касающихся отдельных пациентов [7, 14].

Из-за многоликости контрольного материала супервизия предъявляет к супервизору очень высокие требования по интуитивному применению знаний и опыта. Основное внимание должно быть направлено на снижение тревоги супервизируемого и посредством этого на редукцию тревоги его пациентов, так как мобилизованный страх и чрезмерные защитные реакции против этого страха в форме контрпереноса действуют как «шоры» и препятствуют пониманию бессознательного и сопротивления пациента. В центре внимания при супервизии находится уровень тревоги супервизируемого, а также возникающие технические сложности в процессе психотерапии. При проведении контрольной работы отслеживаются волны нарастания и снижения тревоги или защит. Прежде всего необходимо установить по возможности свободные от страха самораскрытия рабочие супервизионные отношения. Для этого важно воспринимать супервизионный материал не как проявления чрезмерной эмоциональности супервизируемого, вследствие его неопытности и незрелости, но как важный материал, необходимый для совместной исследовательской работы.

Не рекомендуется чрезмерная прямая конфронтация супервизируемого с его тревогами и чрезмерными эмоциональными реакциями, поскольку это часто приводит к гиперконформному поведению и формализации процесса.

В групповой супервизии особое значение приобретают исследования т.н. «параллельных процессов». Впервые Н. Searles [24] описал концепцию «отражающего процесса», который вскоре стал известен как «параллельный процесс». Понятие было введено для обозначения тенденции супервизора, психотерапевта и пациента становиться похожими друг на друга, т.е. воспроизводить взаимные интеракционные паттерны [18]. Супервизионный процесс использует феномен отражения и групповую динамику. Феномен отражения был подробно раскрыт R. Eckstein, R. S. Wallerstein [20], которые при проверке молодых кандидатов на обучение случайно констатировали некоторые параллельные процессы между ними и их пациентами. Появление этого феномена связано с

тем, что оба участника психотерапевтического процесса пытаются соответствовать нереалистичным требованиям и разделяют взаимоперекрывающиеся уязвимости [23].

Параллельные процессы часто являются признаком смещения и конфликта и ведут к застою в психотерапевтической работе. Н. К. Gediman, F. Wolkenfeld [21] пишут об определенной схожести супервизионной и психотерапевтической ситуации, что обуславливает манифестацию параллельных процессов. Обе они направлены на оказание помощи, требуют вовлечения собственной личности и в большой степени зависят от множественных идентификаций. При этом супервизор должен проводить четкую дифференциацию между транзиторными идентификациями, которые являются важным аккомпанементом эмпатии, и идентификациями, основанными на общих тревоге и защитных механизмах. Поэтому особую ценность представляет контрольная работа в психотерапевтической бригаде, где различные специалисты, участвующие в психотерапевтической работе, обеспечивают воспроизведение конфликта в условиях группы и конфронтацию с ним на «динамически активной сцене», что наилучшим образом способствует его преодолению.

Этим феноменом заинтересовался G. Ammon [1] и использовал его в качестве особого принципа, который следует иметь в виду не только при проведении индивидуальной супервизии, но и при анализе ситуации в лечебном учреждении (отделении) и психотерапевтическом коллективе. Таким образом, важная информация о пациенте может быть получена на основе бессознательных процессов отражения как при взаимодействии диады пациент - психотерапевт, так и при анализе групповой динамики в клинике в целом.

Параллельные процессы – это одно из проявлений групповой динамики, в ходе которой складываются взаимозависимые отношения между участниками (пациентом и психотерапевтом / супервизором или группой психотерапевтов), когда изменение состояния одной группы оказывает влияние на состояние другой даже при опосредованном взаимодействии. Пациенты с преэдиальными нарушениями склонны индуцировать в своем социальном поле, к примеру в лечебном коллективе, реинсценировку своих интрапсихических конфликтов. Однако справедливо и обратное – разногласия, скрытые конфликты внутри лечащего коллектива

могут существенно ухудшать динамику отдельных пациентов с ранними нарушениями. Происходит реципрокное усиление в рамках функционирования этих двух систем.

Каждый пациент различным образом показывает себя при взаимодействии с отдельными членами психотерапевтической бригады. В психотерапевтической системе в условиях стационара отдельный пациент стремится воспроизвести модель групподинамических отношений, унаследованную им из его семьи. Возникающие в психотерапевтическом поле мультилатеральные переносные реакции обеспечивают воспроизведение патогенных ситуаций. Контрольная групповая работа в психотерапевтической бригаде с использованием параллельных процессов в триаде супервизор - психотерапевтическая бригада - пациент предоставляет возможность для лучшего понимания особенно сложных больных и создания возможностей для психокоррекции и последующей постепенной интернализации пациентом нового опыта. Группа позволяет разорвать «порочный круг», поскольку вся она целиком гораздо в меньшей степени поддается бессознательным манипуляциям пациента, чем индивидуальный психотерапевт.

Так как личность больного дезинтегрирована, он ищет одного человека для проявления негативных чувств и другого – для проявления позитивных, любви и ненависти, по S. Roth [17]. Это противоречие способно усилить дальнейшее расщепление и спровоцировать конфликты внутри психотерапевтической бригады. Если во время процесса супервизии [3] или врачебной конференции [14] учитывается феномен параллельных процессов, может быть прояснена реальная жизненная ситуация пациента, его как актуальная, так и ранняя групповая динамика. Все члены супервизионной группы могут ощутить и испытать на себе, какая динамика лежит в основе интрапсихического конфликта пациента. Становятся ясными процессы разногласий, проекции, жизненные запреты, враждебные отношения, но также и позитивные, креативные проявления внутренней жизни больного. Встречи персонала выполняют интегративную синтетическую роль и восполняют фрагментированное «Я» пациента.

Следует подчеркнуть важность общей интегративной работы между индивидуальным и групповым психотерапевтами, при ее успешном проведении возможно достижение нового уровня внутриличностной интеграции больного и

преодоление тенденции к дихотомии даже без личного участия пациента. Так, на контрольной сессии при обсуждении пациента психотерапевты, участвующие в его лечении, могут высказываться о нем противоречиво, полностью игнорируя замечания друг друга, что воспроизводит особенности коммуникации в первичной семье, а также внутриличностную дезинтеграцию пациента. Групповые усилия, направленные на улучшение коммуникации между участниками психотерапевтического процесса, прояснение конфликтных, конкурентных отношений между ними являются необходимым условием прогресса лечения. Другим примером может быть гиперпекающее поведение психотерапевтов по отношению к психотическим пациентам, с принятием на себя ответственности даже за незначительные решения и блокированием любой инициативы со стороны самого больного.

Иллюстрацией описанных выше феноменов может служить пример из практики работы высокосплоченной супервизионной группы с доброжелательным отношением участников друг к другу и открытым высказыванием своего мнения. Психотерапевт, представляющий случай, отличаясь повышенной ранимостью, чувствительностью к критике и перфекционистскими чертами характера, описал проблему застоя в терапии с мужчиной средних лет. В группе проявилось и стало очевидным отсутствие эмоциональных реакций у пациента в ответ на психотерапевтические интервенции, которые могли бы вызвать у него ряд жалоб. Групповая сессия закончилась ощущением ссоры и растерянности в отношении дальнейших возможных действий по преодолению «слепого пятна» психотерапевта. На следующей встрече психотерапевт пытался привлечь формальную историю болезни в оправдательных целях. Когда группа указала ему на защитный характер подобного поведения, психотерапевт признал, что он чувствовал себя сильно критикуемым группой, но был слишком подавлен, чтобы что-нибудь сказать. Было отмечено, что данная ситуация в супервизионной группе отражает застойную ситуацию в психотерапии. Психотерапевт неохотно согласился с этой интерпретацией, и последовавшее продолжение психотерапевтической работы подтвердило правильность интервенции. Пациент действительно испытывал сильную злость по отношению к психотерапевту, но из-за своей потребности в зависимости не мог открыто высказать критику

ку. Таким образом, внимание к параллельным процессам привело к мишени вмешательства в конфликт психотерапевта, конфликт пациента и разрешению застоя.

Другим важным аспектом супервизии является интеграция значимых событий и изменений, влияющих на эмоциональную атмосферу всего стационара, например: смена главврача, уход в декретный отпуск важного члена психотерапевтического коллектива, чрезвычайные происшествия в стране и в мире, циклические события, имеющие символическое значение (праздники и т.п.). Их обсуждение и интрапсихическая интеграция работниками клиники способствуют редукции аффективных всплесков и деструктивных способов совладания с эмоциональным напряжением среди пациентов. В противном случае, по выражению S. H. Foulkes, «сам госпиталь как организация может заболеть, т.е. перестать выполнять свои задачи, и тогда сам он нуждается в лечении» [16].

Особого внимания заслуживает работа с пациентами с пограничными личностными расстройствами [9, 15]. Таких больных отличает настойчивая требовательность к немедленному удовлетворению своих потребностей, умение тонко манипулировать поведением других. Часто их семейная динамика отличается хаотической, изменчивой системой отношений, с отсутствием четких правил и границ, противоречивым характером воспитания, скрытыми конкурентными отношениями между родителями. Это приводит к тому, что они еще в раннем детстве приобретают навыки манипуляции. Эти пациенты вызывают особенно сильные, противоречивые реакции у профессионалов, интенсивные эмоциональные дискуссии в психотерапевтической бригаде с высказыванием полярных взглядов и часто вызывают нарушение этических и профессиональных границ. У части психотерапевтов такие пациенты индуцируют выраженные позитивные чувства, которые обычно конгруэнтны с идеализированным отношением больного к своему психотерапевту. Это приводит к убеждению врача в своей исключительности, некой «миссионерской» роли, фантазии, что только он может спасти этого пациента, сохранению секретов, образованию «скрытых альянсов» с большими, что, по сути, повторяет патогенную семейную ситуацию и препятствует прогрессу лечения. Крайним проявлением является нарушение психотерапевтических и сексуальных границ.

Часто с такими пациентами психотерапевт оказывается перед дилеммой между проведением лечения должным образом и своей тревогой перед напором и недовольством пациента, что может приводить к избеганию конфронтации и стремлению удовлетворять запросы больного. Обычно эта ситуация воспроизводится в супервизии в гиперконформном поведении, соглашательстве с супервизором, что должно быть своевременно диагностировано. Другой крайностью является стремление наказать пациента, по сути, за его симптоматику, холодное морализаторское отношение, назначение неадекватно высоких доз лекарств с использованием медикаментов в качестве «фармацевтической смирительной рубашки». Работа с такими пациентами должна подвергаться регулярной еженедельной супервизии.

Специфические контрпереносные реакции, нуждающиеся в супервизионной коррекции, возникают у психотерапевтов при работе с пациентами с обсессивной и параноидной личностной организацией [12]. В переносе таких пациентов преобладают недоверие и провоцирующая враждебность по отношению к психотерапевту. Следствием этого является контрперенос в виде ощущения собственной бесполезности, никчемности, недостаточной образованности. Психотерапевт или начинает сомневаться в своих психотерапевтических способностях, причем чем больше угроза самоуважению, тем меньше он способен понять бессознательные фантазии пациента. Или психотерапевт впадает в другую крайность и пытается поразить пациента интеллектуальным блеском своих интерпретаций. При этом существует угроза, что его чрезмерно саркастические замечания нанесут урон ложной гордости пациента. При этом особенно важно своевременное вмешательство супервизора, которое может помочь понять нарушенную мотивационную систему пациента со склонностью к негативной психотерапевтической реакции. И тем самым снизить зеркальную тревогу супервизируемого.

Таким образом, в плоскости супервизии происходит важная интегративная работа, как для пациента, так и для лечащего коллектива в целом. Проявление разногласий, конфликтов, открытое вербальное выражение существующего напряжения в отделении способствует ликвидации процессов сопротивления, осознанию контрпереноса, пониманию и ощущению противоречивости, одиночества, беспомощности пациентов и их за-

щитных механизмов и позволяет сделать важный шаг в психотерапевтическом понимании, бессознательные процессы могут стать сознательными и тем самым быть ликвидированы. При этом позитивное влияние распространяется не только на пациентов, но и на сотрудников, на всю полипрофессиональную бригаду.

Все, что касается последипломного профессионального совершенствования врачей-психотерапевтов, относится и к другим специалистам, участвующим в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи (психологам, социальным работникам, персоналу и т. д.), тем более, если речь идет о психотерапевтической бригаде. Согласно D. Jacobs и др. [7], для того чтобы стать психодинамическим психотерапевтом, обучающийся должен в первую очередь ознакомиться с методами саморефлексии и их применением. Особенностью работы с психическими и пограничными пациентами является значительно бóльшая психологическая нагрузка, с одной стороны, и специфические требования к личностным качествам психотерапевта (способность выступать для пациента в качестве переходного объекта) – с другой [17]. Эти обстоятельства также делают крайне необходимым для психотерапевта участие в профессиональных группах.

Указанные формы работы (тренинги, бабинтовские группы, супервизия) являются не просто «желательными», а обязательными, согласно последним приказам Министерства здравоохранения, и входят в образовательный стандарт специалиста (психотерапевта, психолога, социального работника), необходимый для получения сертификата.

В качестве примера системы супервизии в психотерапевтической практике укажем на организацию ее в Оренбургской области. В основу ее был положен многолетний опыт сотрудничества психотерапевтов области с Клиникой Менгершвайге (Мюнхен, Германия), где интенсивной работе с сотрудниками уделяется особое внимание, и эта деятельность фактически находится в центре психотерапевтического процесса, обеспечивая ценные ориентиры для по-

строения организации постоянной последипломной профессиональной подготовки сотрудников на рабочем месте [2]. Это относится и к групповой супервизии с психотерапевтами и психологами Оренбурга. В Оренбургской области регулярно проводится подобная работа с указанными специалистами. Большую роль в профессиональном совершенствовании психотерапевтической службы играет Областной организационно-методический и консультативный центр по психотерапии и медицинской психологии, с 2004 г. – Областной психотерапевтический центр Областной клинической психиатрической больницы №2. Сотрудники психотерапевтического центра оказывают методическую помощь врачам и психологам лечебно-профилактических учреждений, проводят регулярные семинары с персоналом, ведут психотерапевтические группы, занимаются научно-исследовательской работой. Особое внимание уделяется формированию единого коллектива специалистов – полипрофессиональной бригады.

В настоящее время в Оренбургской области постепенно формируется современная система супервизии в психотерапии. С 2000 года служебным распоряжением главного психотерапевта области врачи-психотерапевты, клинические психологи, осуществляющие психокоррекционные мероприятия, и врачи-интерны обязаны в течение года проходить супервизию в объеме минимум 15 часов. Супервизия осуществляется в индивидуальном и преимущественно групповом варианте. Функционируют три супервизионные группы, ежемесячно объединяющие психотерапевтов и психологов различных лечебных учреждений. Супервизионные группы работают под руководством сертифицированных супервизоров Российской психотерапевтической ассоциации, входящих в штат областного психотерапевтического центра ОКПБ №2. Помимо психотерапевтического общества именно на групповой супервизии специалисты получают возможность обменяться опытом, получить обратную связь, помощь и поддержку от коллег, расширить спектр используемых приемов и методик. Это особенно значимо для психотерапевтов амбулаторной сети.

Список использованной литературы:

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. Пер. с нем. СПб., изд. Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1995. 200 с.
2. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграция // Российский психиатрический журнал. 2004, №3. С. 59-63.
3. Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. 223 с.
4. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 2 изд., перераб. и доп. СПб.: Питер. 2001. 432 с.
5. Винокуров В.А., Кремлева О.В., Кулаков С.А., Токарев Н.А., Токарева Л.А., Эйдемиллер Э.Г. Бабинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми. Учебное пособие. СПб., 1998. 83 с.

6. Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Пер. с нем. СПб., изд. Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1997. Ъ 520 с.
7. Джейкобс Д., Дэвид П., Мейер Д. Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа. Пер. с англ. СПб.: Б.С.К., 1997. Ъ 235 с.
8. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. Пер. с англ. СПб., 1997. Ъ 143 с.
9. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. Пер. с нем. М.: Класс, 2000. Ъ 360 с.
10. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2002. Ъ 236 с.
11. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для психопсихотерапевтов и супервизоров. СПб.: Вита, 2004. Ъ 128 с.
12. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. Пер. с англ. М.: Класс, 1998. Ъ 480 с.
13. Методические приемы усовершенствования в области психотерапии (социально-психологический тренинг, тренинговые психопсихотерапевтические группы, балинтовские группы), состав. Б.А. Бараш, Г.Л. Исурина, Б.Д. Карвасарский и др. СПб., 1992. Ъ 17 с.
14. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. Ъ 438 с.
15. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997. Ъ 496 с.
16. Психопсихотерапевтическая энциклопедия. 2 изд. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер Ком, 2000. Ъ 1019 с.
17. Роут Ш. Психотерапия: Искусство постигать природу. Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2002. Ъ 346 с.
18. Уильямс Э. Вы – супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. Пер. с англ. М.: Класс, 2001. Ъ 288 с.
19. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. Пер. с англ. СПб.: Речь, 2002. Ъ 352 с.
20. Ekstein R., Wallerstein R. S. The Teaching and Learning of Psychotherapy New York: Basic Books, Inc., 1958.
21. Gediman H. K., Wolkenfeld F. The parallelism phenomenon in psychoanalysis and supervision: its reconsideration as a triadic system. Psychoanal., 1980. Q. 49. Ъ p. 234-255.
22. Mc Laughlin J., Johan M. Enactments in Psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic association, 1991. Ъ p. 826-840.
23. Sachs D. M., Shapiro S. H. On parallel processes in therapy and teaching Psychoanal., 1976, Q. 45. Ъ p. 394-415
24. Searles H.F. The informational value of the supervisor's emotional experience // Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. London: Hogarth Press, 1955.