**К вопросу о юнгианской супервизии (обзор и рекомендации к представлению кейса)**

**Супервизор – Марк Уинборн, PhD, юнгианский аналитик, США, Мемфис.**

Обучающая супервизия в юнгианском анализе преследует две основные цели: интеграцию и дифференциацию.

Можно сказать, что первая цель – интеграция – куда важнее и значительнее, чем вторая. Групповая супервизия, также, впрочем, как и индивидуальная, является в юнгианском тренинге пространством, в котором собираются вместе самые разные аспекты аналитического опыта. По этой причине усилия супервизионной группы направляются на то, чтобы создать более интегрированную картину происходящего в анализе через:

1. теоретические знания терапевта в области аналитической психологии (структура Аналитической психологии);
2. умение терапевта распознавать символы и применять различные символические системы [для их интерпретации];
3. способность терапевта понимать и интерпретировать сновидения;
4. способность терапевта использовать и перерабатывать различные аспекты отношений переноса-контрпереноса (включая понимание терапевтом своих собственных отношений с комплексами и защитами)
5. клиническую технику терапевта (имеется ввиду техника работы с клиентом: что говорить клиенту, как говорить, когда говорить и почему говорить)
6. и, наконец, это связано с дальнейшим развитием аналитической установки терапевта или способностью «мыслить психологически», то есть работать на метафорическом/ «фантазийном» уровне, видеть связи между тонкими событиями и переживаниями и выдерживать двусмысленность и не-дихотомический опыт.

Очевидно, что перечисленные выше аспекты рассматриваются в других областях применения юнгианского анализа, но на практике существует очень мало ситуаций, за исключением супервизий или групповых клинических семинаров (коллоквиумов), где они все вместе присутствуют в сознании, в отражении, во взаимодействии и в использовании.

Вторая значительная цель супервизии - это дифференциация. В основном, здесь упоминается дифференциация аналитического подхода к пациенту по сравнению с другими, неаналитическими подходами. Хотя для того, чтобы произвести изменения в пациенте, мы, бывает, используем другие подходы, основанные на таких вмешательствах, как консультирование, когнитивная реструктуризация, заверение, подтверждение и так далее - и в этом нет ничего принципиально неправильного, однако, это не является основным средством, с помощью которого аналитическая терапия и психоанализ приводят к изменениям. Поэтому важная часть опыта супервизии заключается в том, чтобы помочь идентифицировать неаналитические элементы терапевтических отношений и техники, понять, почему эти элементы существуют, и перейти к вмешательствам, которые являются более аналитическими по своей природе. Можно думать об этом как о континууме неаналитических вмешательств в аналитические вмешательства, причем каждый терапевт находится в какой-либо своей точке этого континуума. Аналогичным образом, степень аналитической активности также будет определяться и самим пациентом, и некоторые пациенты способны переносить более глубокий аналитический подход, чем другие. Однако, независимо от той точки, в которой специалист находится на континууме между неаналитической и аналитической установкой в терапии, цель супервизий будет заключаться в том, чтобы помочь терапевту продвинуться дальше к аналитическому полюсу континуума. Хотелось бы надеяться, что в ходе нашей работы у специалистов появится более глубокое чувствование и более глубокое осознание своей собственной философии анализа.

Также в этот процесс дифференциации входит субъективность (или психика) терапевта и субъективность пациента. Поэтому, с точки зрения того, что происходит в аналитической ситуации, то, что происходит с терапевтом, так же важно, как и то, что происходит с пациентом. Таким образом, мы не только будем искать более глубокое понимание пациента, который будет представлен, но и более глубокое понимание терапевта, который представляет этого пациента. Может показаться, что фокус внимания смещается с пациента на терапевта, но ожидается, что инсайты, которые посещают терапевта по поводу его личного опыта, будут выполнять функцию обобщения и интеграции всей ситуации анализа, а не только того, что происходит с пациентом.

**Требования к представлению кейса для Марка Уинборна, PhD**

1. Текст кейса должен включать в себя рассказ о пациенте и дословную запись одной из сессий (допускается с разрешения пациента запись на диктофон с последующей ее расшифровкой).
2. Описание пациента (около 4 страниц текста 14 шрифт, двойной интервал) должно включать:

а) краткое описание основных событий личной и терапевтической истории пациента до момента, когда он попал к вам в терапию.

б) рабочий диагноз пациента\* (если только ваша клиническая установка не позволяет использовать формальный диагноз по DSM): основные комплексы пациента (например, мать, отец, ребенок, авторитет, герой, сексуальность, деньги, пуэр / пуэлла, тень, и т. д.), основные защиты (расщепление, диссоциация, проективная идентификация, репрессии и т. д.), которые вы наблюдаете у пациента. При подведении итогов диагноза, комплексов и способов защиты, пожалуйста, предоставьте краткое описание того, как эти структуры и процессы проявляются в материале пациента. Также сюда включается раздел, посвященный любым значительным наблюдениям за развитием отношений переноса пациента к вам и любым повторяющимся реакциям контрпереноса (чувствам, мыслям, фантазиям, ощущениям), которые вы испытываете в отношении пациента.

*\*под диагнозом имеется ввиду предполагаемый тип характера (по Н. Маквильямс: шизоидный, нарциссический, депрессивный и т.д.) и с каким нарушением (депрессия, обсесивно-компульсивное расстройство, сложности с установлением теплых доверительных/длительных отношений с людьми и т.д) к Вам обратился пациент. Кто работает с МКБ-10 или с DSM-5, можно давать диагноз по ним.*

3. Предоставленная стенограмма с недавней сессии. Это - дословный текст, который может быть получен из подробных заметок, сделанных во время сеанса (или созданных сразу после сеанса), но в идеале это должна быть стенограмма аудиозаписи с диктофона. В стенограмме постарайтесь как можно точнее записать то, что фактически было сказано в ходе сессии, это не может быть просто пересказом диалога. Повествование, воссозданное из памяти после сеанса, не будет в достаточной мере отражать то, что на самом деле произошло на сессии. Заметки, созданные после сеанса, обычно искажают картину того, что происходит во время сессии, и точность этих заметок ограничена нашими воспоминаниями, а также нашими предубеждениями, эго и другими комплексами. Несмотря на то, что в юнгианском сообществе существует традиционная предвзятость в отношении аудиозаписей, мой личный опыт записи сессий и фактические психоаналитические исследования влияния записи на терапевтический процесс не поддерживают эту точку зрения. При расшифровке своих аудиозаписей, пожалуйста, не забудьте делать пометки в тексте, говорящие о ваших реакциях контрпереноса (укажите их в скобках, чтобы их можно было легко идентифицировать как происходящие вне словесного взаимодействия с пациентом). Оставляйте большое пространство между фразами (как в примере ниже). Если возможно, попробуйте найти сеанс, в котором вы испытывали недовольство тем, что происходит, или агрессию по отношению к пациенту, чувство неловкости или замешательство, вместо того, чтобы выбрать сеанс, который, как вам кажется, прошел гладко. Сессии, которые мы исследуем наиболее внимательно и продуктивно, как раз те, на которых мы не чувствовали себя достаточно комфортно. Если сессия не содержит сновидение, то вы можете включить в нее недавно пришедшую фантазию, которую вы хотели бы изучить в дальнейшем.

4. Материалы супервизии должны быть представлены супервизору (на английском языке) и группе (на русском языке) как минимум за неделю до представления случая. У каждого участника должна быть распечатанная копия текста представляемого случая. Пожалуйста, позаботьтесь о конфиденциальности материалов.

Текст супервизии высылается на почту координатора группы Елены Хандуровой, которая распространяет его участникам группы. Вы можете перевести текст супервизии на английский язык самостоятельно и отправить по адресу [mwinborn@comcast.net](mailto:mwinborn@comcast.net) , или же отправить материал для перевода координатору группы Елене Хандуровой как минимум за две недели до супервизии на адрес [elena.khandurova@gmail.com](mailto:elena.khandurova@gmail.com)

Также если у вас возникнут вопросы о том, как представлять случай, вы можете написать непосредственно доктору Марку Уинборну.

**Краткий пример записи стенограммы сессии (как оформлять расшифровку аудиозаписи):**

Пациент: Это риторический вопрос?

Аналитик: Нет, это наблюдение.

П: О-кей. Поэтому вопрос заключается в том, как обойти блок и вернуться к контакту с тем, где мне нужно быть в этот час [еще одна попытка заставить меня стать ответственным за то, что она почувствовала].

A: Угу.

П: (смеется). Ну нет, это вопрос, на который вы мне должны ответить. Видите, как это работает? (смеется)

A: Итак, вы хотите, чтобы я взял это на себя [чувствую соблазнение здесь, но я решил ответить из моей Персоны на ее усилия, направленные на то, чтобы заставить меня нести ответственность за происходящее].

П: Нет, я хочу, чтобы вы объяснили мне, как это сделать.

A: Говоря о вещах, о которых вы не хотите говорить.

П: Например?