

18+

Кирилл Кошкин

Адаптация терапии к онлайн

Кирилл Кошкин

Адаптация терапии к онлайн

«Издательские решения»

Кошкин К.

Адаптация терапии к онлайн / К. Кошкин — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-513612-1

В своей книге «Адаптация терапии к онлайн» я рассуждаю о том, что же мешает специалисту почувствовать себя уверенно и хорошо в онлайн-формате терапии, и описываю процесс адаптации к ней.

ISBN 978-5-00-513612-1

© Кошкин К.
© Издательские решения

Содержание

Краткое предисловие	6
Благодарности	7
Глава 1. Трудности перевода	8
Глава 2. Против верности	14
Конец ознакомительного фрагмента.	15

Адаптация терапии к онлайн

Кирилл Кошкин

Редактор Ольга Нуждова

Иллюстратор Кирилл Кошкин

© Кирилл Кошкин, 2020

© Кирилл Кошкин, иллюстрации, 2020

ISBN 978-5-0051-3612-1

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Краткое предисловие

Многие терапевты, в том числе очень опытные, ведущие обширную регулярную практику, чувствуют себя неуверенными, начинающими, когда возникает необходимость перехода в онлайн.

Что-то не получается.

Иногда это «что-то» превращается в суждение о том, что онлайн-терапия – это вообще не терапия. Мол, не может терапия быть без живого присутствия.

В своей книге **«Адаптация к онлайн-терапии»** я рассуждаю о том, что же мешает специалисту почувствовать себя уверенно и хорошо в онлайн-формате терапии, и описываю процесс адаптации к ней.

Благодарности

Эта книга появилась благодаря онлайн марафону «Адаптация к онлайн терапии», который я проводил в мае 2020. Я с особым теплом и уважением отношусь к работе активных участников этого мероприятия. Без вас, без ваших мыслей, идей, случаев из практики эта книга была бы невозможна. Примите слова признательности за ваш труд, уважаемые: Инна Таранова, Виктор Данч, Мария Горьева, Ольга Савельева, Зауре Тулебаева, Олиа Стельмах, Максим Проценко, Анна Жуковская, Елена Злыгостева, Яна Язовицкая, Ольга Богословская, Юлия Абдулова, Татьяна Ершова, Ольга Третьякова, Маргарита Алеева, Александр Прокопьев, Юлия Лобова, Илья Голиченко, Елена Рудь, Инна Корзун, Марина Видута, Yulia Zavhorodnia, Ольга Королевич, Эльмира Абрамова, Любовь Громова, Наталья Яковлева, Аксана Албатова, Юлия Новикова, Кузьмина Елена, Артем Алсуфьев, Зинаида Чунаева, Alia Al-Sabban, Ефим Коренфельд, Anastasia Vazileff, Елена Богомолова, Татьяна Тимашева, Тетяна Євменова, Елена Мамонтова, Лариса Нарышкина, Елена Юрковская, Татьяна Мотевич, Мария Шостова и многие другие. Благодарю вас за совместность, за творческое, профессиональное пространство! Всех благ и успехов! С уважением, Кошкин К. А.

Глава 1. Трудности перевода

Вопрос, который стоит рассмотреть в первую очередь, говоря об онлайн-терапии, – это, конечно, *сложность переноса психотерапевтических технологий из офлайн-формата в онлайн*.

Многие специалисты сходятся в том, что некоторые вещи в онлайн-формате невозможны. Такой терапевт попадает в ситуации, в которых саботирует свою деятельность. Связывает происходящее с внутриличностным конфликтом, результатом которого бывает ощущение невозможности сделать что-либо. В данном случае невозможность сделать именно в онлайн-формате.

Терапевт, по его мнению, как будто не дорабатывает. И приходит к выводу, что у него не те чувства, не те ощущения, которые были в реальном контакте. Их отсутствие онлайн соотносит с тем, что работает не очень хорошо.

Это, разумеется, не добавляет вдохновения в онлайн-работе. Появляются такие вопросы: «Если я не дорабатываю, то насколько это всё эффективно?», «Сколько тогда это должно стоить?», «Как вообще со всем этим быть?».

Нельзя долго выдерживать себя в «недотерапевтической» позиции, быть недовольным своей работой, относиться с критикой к тому, что делаешь, не обнаруживать себя на привычном терапевтическом месте-состоянии. Это приводит к отказу от деятельности, не способствует ее продолжению.

Тут много что происходит не так. Терапевт привычным образом готовится к сессии. Ставит свет. Организует визуальное пространство для онлайн-разговора. И рассчитывает, что клиент тоже будет стремиться к онлайн-организации своего пространства.

Клиент же, как правило, не заморачивается: выходит на сессию из автомобиля, парка, кафе, то есть из неподходящего для уединенной беседы места. Часто потому, что у него в принципе нет места, где можно физически уединиться. Поэтому клиент выбирает место, где его не услышат те, кому не надо слышать, не обращая внимания на всё остальное.

Как тогда формировать контакт? Комплексное нарушение привычного сеттинга – отталкивающее событие для терапевта. И специалист еще больше убеждается в том, что онлайн-терапия не работает.

Образ, в котором терапевт привык работать, не совпадает с теми возможностями, которые есть в онлайн-терапии. И тогда возникают *несколько законных вопросов*.

– На чем базируется конфликт между ожидаемым и реально происходящим в онлайн-терапии?

– Почему для терапевта так важно сохранить образ, который относится к другим обстоятельствам, к офлайн-терапии?

– Почему терапевт продолжает рассчитывать на то, что эта же технология, этот же паттерн осуществления профессиональной деятельности будет работать в других обстоятельствах? Откуда берется надежда, что это должно происходить?

Очень много связано с опытом, который показывает терапевту эффективность только одного способа действовать. Если у специалиста был пример эффективной, результативной, успешной работы, этот пример, естественно, становится маяком, на который ориентируется терапевт. И тогда получается, что он настраивается на какой-то образ, который никак не соответствует онлайн-обстоятельствам. Он как будто не может и из старого войти, и из нового. Конечно, нарушается и обычный способ получать от клиентов обратную связь.

Важно понять, что терапевт, не обнаруживая себя в привычном терапевтическом процессе, оказывается разочарованным. Он не видит онлайн того, что видит офлайн. Он как будто оказывается в зоне своего собственного слепого пятна. И способ отражения его клиен-

тов на экране другой. И их реакции по-другому отражаются, и голоса их иначе передаются. И мимические, невербальные, метакоммуникативные обстоятельства терапевтического процесса другие. И общая обстановка другая.

Очевидно, что требуется другая настройка терапевта. А другая настройка – это довольно рискованно. Потому что нужно онлайн не хуже получать информацию, чем офлайн. Как это сделать?

Переход из офлайн-формата в онлайн связан в большинстве случаев не с экзистенциальной невозможностью этого перехода, а с вполне конкретными ситуациями.

У этих ситуаций есть *четыре решения*, о которых я расскажу ниже.

– **Разбор вопросов проецирования терапевтических офлайн-технологий и сеттинга на онлайн-формат.**

Тут мы имеем дело с проективным процессом, хорошо нам знакомым по нашей профессиональной деятельности. На процесс, который не подразумевает полноты привычной коммуникации, переносится образ, который не имеет возможности быть размещенным в ней.

Известно, что такой процесс проецирования скорее препятствует тому, чтобы терапевт приспособился к ситуации и чувствовал себя в ней хорошо. Потому что тогда несовпадение вызывает дискомфорт и желание либо атаковать и обесценить ситуацию, в которой эта проекция не реализуется полностью, либо почувствовать себя каким-то неправильным, несостоявшимся, неуспешным и так далее.

Но принципиально помнить, что мы имеем дело с процессом переноса. Тогда задача формируется иначе.

Что должно измениться? Каким должен быть образ у онлайн-терапии, чтобы чувствовать себя в ней уверенно?

Я предлагаю провести простой инструмент в фенологическом ключе. Спросите себя: *«Что конкретно я вижу, когда смотрю на экран, на окошко с клиентом?»*

Вы поймете, что видите человека, но не целиком. И, скорее всего, дорисовываете его образ у себя в воображении.

То есть получается, чтобы провести онлайн-терапию, нужно проделать некоторую работу? Отстроить то, чего не видно: тело, руки, ноги, позу. Для чего специалисту это нужно? Внутренне, в своем паттерне терапевтической деятельности, он рассчитывает на известную полноту сенсорной информации определенного типа, которая будет достаточной, чтобы сложить впечатление о происходящем. Впечатление, относительно которого он и действует в терапевтическом ключе. Сюда входят и какие-то невербальные коммуникации, запах, что-то еще.

Понятно, что подобные дистраивания расходуют ресурсы терапевта. Как будто у него есть обязательства знать, видеть то, как человек на той стороне сидит, дышит.

Важно признать наличие сенсорного голода, вызванного лишением привычных раздражителей. Многие терапевты в своей работе обращают внимание на постановку ног, осанку, положение рук. Отсутствие привычной информации, на которую терапевт внутренне рассчитывает, создает усталость от фантазирования, дистраивания.

Такое количество сил расходуется не на терапию. Специалист до конца не понимает, что происходит с человеком в процессе. Он не может внутренне до конца поверить в то, что его фантазирование о клиенте – правда. Тогда появляется ощущение: *«Я не до конца, не очень качественно оказываю услугу, я даже не очень понимаю, что происходит. А ведь я беру на себя некоторую ответственность за процесс. Люди приходят с болью, и мне нужно в этом принять профессиональное участие».*

То есть у специалиста внутри, на каком-то уровне, есть процесс-концептуализация, что он работает не с человеком, а с фантазиями о человеке, что он погружен в фантазии о терапии.

Для многих терапевтов становится заметен процесс. Часть напряжения переносится на клиента. Терапевт думает и беспокоится о том, что клиенту на той стороне тоже неудобно,

что ему тоже недостаточно, тоже некомфортно работать онлайн. Получается очень странная ситуация мучительного процесса, в котором два человека испытывают колоссальные неудобства, а результат, ради которого, быть может, имело бы смысл все это терпеть, совершенно неочевиден.

Выход – сознательно ограничивать свое суждение о текущей ситуации ровно на том, что доступно в рамках онлайн-терапии.

Если говорить о концептуализации, образе, то на экране терапевт видит голову человека, может, часть плеч. И слышит голос. И это весь набор данных, который у него есть.

Никакой другой информации нет. Как нет и способа дополнить этот абстинентный для терапевта образ, достроить его до полного в понимании офлайн-позиции. Такая опция отсутствует. Нужно обращаться строго с тем, что есть.

Это ***очень важная установка для онлайн-терапевтической позиции:*** интерфейс взаимодействия терапевта и клиента изменился, нельзя рассчитывать на то, что было, ***надо иметь дело с тем, что есть.***

Онлайн и офлайн – это разные способы взаимодействия. Не уверен, что они даже могут быть адекватно сравнены.

Так если онлайн представляет настолько сильно урезанную информацию, то, может быть, его действительно нельзя считать полноценным форматом терапевтического взаимодействия?

Безусловно, только полнота присутствия и полнота восприятия обеспечивают необходимые условия для терапевтического процесса. Но проблема в том, что то, что мы привыкли привычно называть полнотой, тоже таковой не является. Внимание, память, наши когнитивные возможности также ограничены и ангажированы многими внутренними процессами, искажаются ими, фрагментируются.

Например, терапевт работает с воспоминаниями человека. Он же понимает, что это очень субъективное, очень неполное, предвзятое отражение некоторых событий, вся полнота которых остается неведома ни ему, ни тому, кому они принадлежат. Но терапевта это же не смущает. Потому что этот ограниченный, искаженный, неполный, фрагментированный набор данных отлично подходит как источник личной трансформации, достаточно хороший для терапевтического процесса.

Поэтому утверждение о неполной, недостаточной информации не может быть основанием для ограничения качественной, полноценной терапевтической работы.

А вот значимое ограничение, которое по-настоящему мешает работе, – это расчет терапевта на то, чего у него нет под руками. Напряжение, ожидание проецируются на клиента и часто возвращаются проективно-идентификационным образом в виде разочарования и недовольства клиента онлайн-форматом. То есть депривация терапевта отыгрывается клиентом как отношение к формату терапии.

Можно помочь себе в формировании онлайн-терапевтической позиции, представляя онлайн-взаимодействие как воспоминание о терапевтическом сеансе, как воспоминание о сне. Некоторые детали никак не вспоминаются, что-то исчезло безвозвратно. Но ничего страшного, работаем с тем, что есть.

Знакомая позиция в работе с воспоминаниями и снами может существенно поддержать специалиста в онлайн-формате. Это упражнение позволит взять правильный настрой в отношениях с формальной недостаточностью онлайн-формата с точки зрения тех сигналов, которых терапевт не обнаруживает, но рассчитывает на них.

– Возможное переживание утраты привычного формата деятельности.

Важным обстоятельством в переходе из офлайн в онлайн может быть переживание вынужденности, потери привычного формата.

Бывает так, что офлайн-работа больше невозможна. Тогда терапевт вынужден примириться с тем, что больше не может работать так, как работал раньше. И это другая ситуация.

Она связана с процессами переживания утраты, потери, травматических переживаний из-за нарушения привычного уклада деятельности. Тут требуется работа не столько с саботированием, сколько с гневом, печалью, которым нет места, нет адреса, куда они могут быть размещены.

Переживания могут касаться очень многих вещей: потери привычного устроенного кабинета, дороги к месту приема и обратной, привычного пейзажа, места обеденного перерыва и т. д.

Переживания могут быть связаны с формальными договоренностями и решениями по ним. Продолжать аренду кабинета или нет? Как быть с субарендаторами и компаньонами по аренде, как быть с оборудованием и обстановкой? Где и как, и сколько времени хранить оборудование и хранить ли вообще?

Все эти организационно-экономические осложнения также могут принимать участие в формировании отношения к онлайн-формату деятельности. Здесь специалисту следует работать с процессами горевания по утрате чего-то привычного, созданного им, важного для него самого и его дела.

А что клиенты?

Некоторые спокойно и без особого стресса переходят в онлайн-формат. Обычно онлайн – это часть их обыденности, причем неотъемлемая.

У других же клиентов будут происходить процессы, схожие с процессами горевания. Они тоже теряют привычный стабильный уклад важной части своей жизни. Кроме того, могут с неприязнью относиться к виртуализации общения в целом, избегая, по возможности, выхода в Сеть и всех сервисов, тяготясь возросшей ролью устройств в обществе. Тут мало что можно сделать. Если человек настроен категорически против онлайн-формата, то не нужно его убеждать в обратном. В данном случае это не работа терапевта. Допустимо предложить попробовать формат. Быть может, личный опыт покажет человеку объем его предубежденности и он найдет в новом формате новые возможности для себя. Но если этого не произойдет, то ничего нельзя изменить.

Или может быть так, что отказ человека от онлайн-формата вообще не связан непосредственно с форматом. Могут быть объективные невозможности: отсутствие подходящего места, технического обеспечения. Или субъективные значимые: терапия вместе с дорогой к кабинету и из кабинета – это время вне обычной жизни, вне обычной нагрузки, посвященное себе. Лишение части жизни, сопутствующей терапии, лишение определенных ритуалов делает собственно терапию недостаточной, не такой ценной и важной.

Но если есть желание с этим разбираться, то это может стать частью терапевтической работы по переходу из офлайн-формата в онлайн-формат.

– ***Технические особенности онлайн-деятельности.***

Еще один кластер сложностей перехода в онлайн-формат – техническое обеспечение.

Очень важны:

- правильный свет;
- качественный звук;
- хороший Интернет;
- сервисы и программы, обеспечивающие связь.

Правильный свет. Посмотрите, какой у вас свет, как он действует на ваше лицо. Поверьте: неправильно поставленный свет может добавить вам лет пятнадцать на картинке трансляции. Свет может создать образ усталого и измученного человека. Вот почему так важно побеспокоиться о картинке. Небрежность в этом вопросе может создать непонятные вам трансферентные характеристики и исказить процесс взаимодействия с клиентом.

Качественный звук. Плохой микрофон в онлайн-терапии – это катастрофа. Об этом обязательно надо побеспокоиться, как и о наушниках. Качественные наушники – это удобно,

потому что позволяют слышать больше тонкостей в речи клиента и дополнительно обеспечивают конфиденциальность.

Хороший Интернет. Пропускная способность канала должна с запасом перекрывать необходимую для потокового видео скорость. И обязательно должен быть резервный, альтернативный работающий канал выхода в Интернет. Потому что должна быть возможность оперативно переключиться, если пропускные характеристики первого просели.

Сервисы и программы, обеспечивающие связь. Установите несколько. Обязательно надо попробовать их заранее, освоить функционал.

Невыполненные задачи, перечисленные выше, часто становятся препятствиями для перехода в онлайн. Особенно для неподготовленного пользователя, для человека, далекого от ИТ-технологий. И это может быть самой главной причиной отказа от онлайн-формата.

– **Работа над онлайн-образом и исследование новых трансферентных характеристик этого образа.**

Что обязательно следует сделать терапевту, переходящему в онлайн? Побеспокоиться о том образе, который будет транслироваться клиенту.

Представьте себе разницу между театром и кино. Между стабильным общим планом офлайн и крупным онлайн. Возможно, потребуется изрядно задуматься над образом, который состоит фактически из лица и голоса. Если вы не из тех, кто хорошо знаком со своим лицом, со своей мимикой, то придется какое-то время провести, рассматривая себя, знакомясь с выразительными средствами своих мимики и голоса.

Для начала можно, например, в качестве баловства и тренировки постараться выразить небольшой набор стандартных эмоций. Уточнить что-то, усилить или ослабить. Одним словом, поработать над образом. Вот с этого рекомендуется начать.

Очень важно в целом остаться довольным тем, как выглядишь. Если работа над образом вызывает растерянность, лучше обратиться к специалистам в этом вопросе. Это могут быть фотографы, операторы визажисты – все те, кто понимают человеческое лицо и умеют с ним работать.

Сложности вызывает и сам процесс онлайн-разговора.

Самый частый вопрос: «Куда смотреть? В глаза клиенту или в камеру?»

По моему мнению, основанному на опыте, лучше смотреть в глаза клиенту. Не знаю, как это происходит, но в какой-то момент случается коррекция восприятия. Возникает полное ощущение, что клиент смотрит в глаза, и у клиента тоже нет сомнений, что терапевт смотрит ему в глаза. Даже если оба не смотрят в камеру.

А вот попытки смотреть в глазок камеры приводят к тому, что изображение на экране оказывается на границе поля зрения, вернее за фокусом внимания. В этом месте контакт с клиентом теряется. На мой вкус, это очень неудобно и мешает работать.

Есть еще одно важное преимущество онлайн-терапии, которое требует некоторой тренировки, чтобы его использовать. Дело в том, что во время онлайн-сеанса специалист обычно видит не только клиента, но и себя: свое лицо, свои реакции, то, как он говорит. Это событие, которое отсутствует в офлайн-терапии.

Было бы большим упущением этим не пользоваться. Есть изображение клиента, рядом с ним есть изображение терапевта. А есть еще третья позиция – живой терапевт, смотрящий на экран и видящий оба эти изображения. И эта третья позиция – замечательный инструмент для сохранения нейтральности. По сути, это **метапозиция** по отношению к тому, что разворачивается на экране.

Простое осознание дает возможность к более глубокой, полной рефлексии процесса развития терапевтических отношений в котором терапевт может объективно быть одновременно и в процессе, и сторонним наблюдателем процесса.

Это очень ясные направления, в которых следует провести подготовительную работу, существенно облегчающую переход специалиста в онлайн-формат.

Глава 2. Против верности

Есть такая известная задача про корабль Тесея. Мне кажется, она очень подходит к теме моей книги об адаптации офлайн-терапевта к онлайн-среде.

Тесей – древнегреческий герой, совершивший множество славных дел и ставший одним из самых популярных персонажей Эллады.

Плутарх, сохранивший миф об этом персонаже, писал, что корабль, на котором Тесей вернулся с Крита в Афины, хранился афинянами как святыня. Благодарные потомки в память о подвигах своего героя, победившего Минотавра, заботились о корабле. Но, к сожалению, корабль был деревянный, а дерево, в отличие от камня, менее устойчиво ко всяким влияниям, старению. Корабль регулярно требовал починки, замены элементов, пришедших в негодность. Сгнившие дощечки заменялись новыми, и делалось это для сохранения корабля Тесея.

Логика развития событий подсказывает, что в какой-то момент все элементы корабля Тесея были заменены чем-то новым. Тем, что не имело отношения к герою. Тем, что не помнило ни его рук, ни его ног, ни его присутствия.

И вот у философов возник спор: это все еще корабль Тесея или уже другой, новый? Спор назван *парадоксом Тесея* и, напомним, звучит так: «Если все составные части исходного объекта были заменены, остается ли объект тем же объектом?»

Один из ответов дан Гераклитом, который предложил обсудить проблему с помощью реки. Если два раза войти в текущую реку в одном и том же месте, «та же» эта река или нет?

Аристотель также искал ответ. Понятие «тот же» было раскрыто как составное. Корабль Тесея может быть свойством, а может быть и классом вещей. В зависимости от точки отсчета меняется и ответ на этот вопрос.

Как объект корабль Тесея утрачен во времени. Но как символ, как свойство он сохраняет свое значение. Он продолжает выполнять свою функцию, ради которой был помещен на постамент.

Сходная проблема звучит, когда речь заходит о сравнении офлайн- и онлайн-терапии. Является ли онлайн-терапия той же терапией, что и офлайн?

История современной психотерапии с конца XIX века – это путь созидания форм этого процесса, обретения значимости, накопления опыта, технологий осуществления, признания ошибок и неверных путей. Это путь трансформации разных элементов терапевтического процесса. И эта трансформация касалась, казалось бы, совершенно незыблемых вещей.

В современности классический анализ на кушетке – это скорее анахронизм, чем мейн-стрим. Да и сама структура психических процессов претерпевает значительные изменения. Мы уже не видим классической истерической дуги. Мы не можем встретить «чистых» депрессий, описаниями которых полны руководства середины XX века. В палатах психиатрических больниц нет больше Наполеонов. Меняются формы психических процессов, меняются и инструменты вмешательства и регуляции. И нет никакой возможности восстановить, например, аутентичный психотерапевтический процесс в рамках сеттинга столетней давности. Имитировать можно, но естественности воссоздать не получится.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.