

Возможности супервизии в работе со страхами и тревогой психологов-консультантов, работающих на Телефоне доверия.

Щукина Ю.В.

Телефон доверия – современная практика помощи, развивающаяся на пересечении разных психологических традиций и выделившаяся из рамок психиатрического, сугубо медицинского взгляда. Возникнув в мегаполисе несколько десятилетий назад, она и сегодня направлена на оказание неотложной психологической помощи, на сглаживание «острых углов» большого города – стремительного темпа жизни, разрозненности, изоляции и пр., восполняя брешь, образовавшуюся с исчезновением многих традиционных поддерживающих практик. Сегодня это одна из самых востребованных форм оказания помощи населению, занимающая связующее положение в ряду других практик помощи и выполняющая целый ряд функций – от неотложной помощи и «контейнирования» до диспетчерской. По мере развития, дифференцирования этой практики возникают вопросы: как готовить специалистов для нее, каковы стандарты профессиональной подготовки с учетом российской реальности? Какова специфика телефонного консультирования по сравнению с традиционным, очным? Какова профессиональная идентичность консультанта? И соответственно, как должно быть устроено постдипломное развитие и супервизорское сопровождение консультанта на ТД?

Как показывает наш опыт супервизии на различных московских телефонах доверия, можно выделить три крупных блока тем, вокруг которых, по всей видимости, должны концентрироваться супервизорская работа и программы повышения квалификации:

1. Концептуально, антропологически и этически продуманное использование знаний по клинической психологии и психиатрии. Как показывает опыт, практика телефонного консультирования взывает к развитию особого специального направления в клинической психологии и психотерапии – «клиническая психология регулярных абонентов», учитывающего ценностную установку телефонного консультирования на

гуманистическую «терапию выслушивания». Эта установка *не нозоцентрическая*. Но обилие регулярных, «зависающих» абонентов требует развития клинического мышления у консультантов. Здесь требуется специальный курс современной клинической психологии, адаптированной к практике телефонного консультирования в современном мегаполисе.

2. Знания и навыки работы в области экстренной психологической помощи. Многие ТД имеют в своем названии слова «кризисная линия» и ставят перед собой цель предотвращения суицидов. Для этого в 60-80-е гг. создавалась большая часть ТД. Потом уже ТД стали специализироваться в разных темах. Но изначальный гуманитарный пафос любого ТД – антикризисный, превентивный. Видимо вследствие этого, профессиональная идентичность многих консультантов ТД – «экстренная психологическая помощь» (ЭПП). Соответственно, это наиболее востребованная область специализации, дополнительного обучения и повышения квалификации. Но здесь необходимо понимать границы этой области знания, все-таки более широкая зона идентичности – индивидуальное психологическое консультирование и психотерапия. Соответственно, консультантам ТД не следует увлекаться узкой специализацией в ЭПП, повышать квалификацию в разных областях консультирования.

3. Способы работы консультанта с собой, «внутренняя психотехника консультанта», поддержка себя во время работы, психопрофилактика синдрома сгорания. «Работа с собой» – излюбленная тема Балинтовских групп, индивидуальной супервизии, личного клиентского опыта. Консультанту ТД должны быть предоставлены все возможности такого сопровождения, как внутри организации, так и во внешних структурах. Как показывает опыт, Балинтовская группа не может проходить внутри одной структуры, организации. Неминуемо возникают сложности двойственных отношений, динамические процессы, разрушающие группу. Невозможно сформировать полноценную профессионально-психологическую корпоративную культуру, культуру, которая будет требовательной и отзывчивой, будет направлена на развитие профессионала и команды, опираясь на только лишь одну внутреннюю супервизию. Следует обеспечить *целостную последовательную* внешнюю супервизию на базе сторонней организации, вовлекая специалистов в постоянный *независимый* супервизорский процесс.

В данной работе подробнее мы остановимся на последнем пункте – «работа с собой», психотехника профессионала. Рассмотрим возможности супервизии в этой сфере профессиональной жизни консультанта.

Современная ситуация в области психологической помощи с точки зрения внутренней профессиональной политики такова: одновременное сосуществование множества разнообразных, порой противоречивых подходов, отсутствие общей единой теории психологического консультирования, борьба за рынок консультативных услуг, борьба за

деньги страховой медицины, борьба за поддержку государства, борьба за новых адептов.

Многие годы линия фронта, теоретического противостояния между подходами психологического консультирования проходила по следующим вопросам:

- Клиент – описание устройства его личности, психики и т.д.
- Проблема – закономерности ее формирования и развития, ее структура и устройство и т.д.
- Деятельность клиента по отношению к проблеме – защитные механизмы, совладающее поведение, переживание, условная желательность и т.п.
- Процессуальные особенности работы и специфика конкретных техник
- Отношения психолога и клиента

При этом сам специалист рассматривался как «черный ящик», выполняющий определенные предписания, ритуалы, следующий цеховым нормам и строгой профессиональной этике. И только последние три десятилетия внимание исследователей эффективности психологической помощи обратилось к личности профессионала. Были сделаны «удивительные» открытия: эффективность профессиональной помощи зависит не столько от метода и истинности теории, а от опыта и личности консультанта [Калмыкова, Кэхеле, 2000; Цапкин, 1998], а в личности специалиста важны такие качества как симпатия, безусловное уважение, подлинность, тепло, самораскрытие и т.п.

Логика развития консультирования как области знания и как специфической профессиональной деятельности, отвечающей на определенный запрос социума, свидетельствует об увеличении степеней свободы профессионала и возможностей личного профессионального творчества [Василюк, 1997].

Но свобода допускается на этапе «мировоззренческого» самоопределения будущего специалиста через выбор предпочитаемого подхода консультирования, через совпадение личной философии и ценностей обучающегося с философско-антропологическими и мета-теоретическими постулатами той или иной школы [Бондаренко, 1993; Васко, Гарсиа-Маркес, Драйден, 1996]. Но сама система образования довольно *монологична* по отношению к обучающемуся и основательно сдобрена «*тиранией долженствования*» цеховых норм, этических кодексов.

Логика развития консультирования как профессии создала выверенную систему подготовки специалистов, позволяющую достичь определенного уровня теоретического и личностного развития. Разработана строгая система сертификации: определенное количество часов теоретической и методической подготовки, личного клиентского

опыта, супервизии. Путь профессионального становления очень регламентирован!

Возникает странная антропологическая ситуация: клиент может себе позволить освобождение от внутренних и внешних конфликтов, вновь обрести способность «любить и работать», стремиться к самореализации, спонтанности, высвобождению своей творческой энергии и т.д. (в зависимости от ценностей подхода). А чем это обеспечивается на полюсе консультанта? Технологической оснащенностью, личностной проработанностью?! Предельная цель, высшая ценность и призвание психологической помощи (в общекультурном контексте независимо от школьной принадлежности) – *поддержка внутренней свободы личности* [Василюк, 1997]. Но не только клиента, но и консультанта!

Но вот тут-то и возникают проблемы: сталкиваясь с нереалистичными ожиданиями клиентов, будучи нагруженным строгой регламентацией профессиональной деятельности, работая в ситуации хронической неопределенности, подчиняясь ложно понятому лозунгу «не навреди!», предупрежденный о грозящей «чуме помогающих профессий» - синдроме выгорания – начинающий специалист испытывает *страх, тревогу, беспомощность, бессилие, порой отчаяние, гнев*. Возникает искушение рассматривать эти чувства как помехи, как «болезнь», от которой необходимо избавиться. Но развитие профессиональной мысли дает нам спасительное понятие "контрперенос", позволяющее профессионально относиться к сложным переживаниям специалиста по поводу клиента, себя в профессии, своих ограничений.

Понятие контрпереноса, как и понятие супервизии, родилось в рамках психоаналитической традиции, именно Зигмунду Фрейд мы обязаны названием обоюдных отношений переноса и контрпереноса. Этот термин впервые встречается в статье «Пути психоаналитической терапии», с которой З. Фрейд выступил на Международном конгрессе в Нюрнберге в 1910 году. В докладе Фрейд отмечал, что развитие психоаналитической терапии зависит, в том числе, и от более глубокого изучения и использования на практике явления контрпереноса. Но в то время Фрейд видел в контрпереносе только препятствие, которое должно быть устранено. Активное участие в обсуждении этой проблемы принимал и М. Балинт, автор метода групповой супервизии, где делается исключительный акцент на исследование переноса-контрпереноса. Но больше Фрейд не возвращался к этому вопросу, и до середины XX века тема контрпереноса оставалась неизученной.

В 50-е годы вышла серия публикаций, в которых осуществлялась попытка пересмотра как факта существования контрпереноса, так и его значение для процесса терапии. Он рассматривался уже не только как препятствие, но и как тонкий инструмент, который может быть очень полезным в терапевтических отношениях.

Х. Ракер выдвинул предположение, что контрперенос действует в трех направлениях:

- как препятствие («слепые пятна» в психике терапевта)
- как инструмент, позволяющий лучше понять, что происходит с пациентом
- как поле, в котором пациент может приобрести новый позитивный опыт.

Дальнейшее развитие концепции контрпереноса позволило иначе взглянуть на специалиста (в данном случае, психоаналитика). Интерпретирующий, на основании своей интуиции, профессионал «не может полноценно участвовать в процессе, если он не способен страдать и не испытывает страстей» [Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б., 1996, с. 83]. Таким образом, сегодня контрперенос стал неотъемлемой частью терапевтических отношений. По определению П. Хайманн, контрперенос включает все чувства, которые испытывает терапевт по отношению к пациенту: «Эмоциональная ответная реакция аналитика на пациента внутри аналитической ситуации представляет собой один из наиболее важных инструментов его работы». Основная задача аналитика, в отличие от пациента, не переводить возникающие у него чувства в действие, а подвергать их анализу. «Основное положение заключается в том, что бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента. Это взаимопонимание на глубинном уровне достигает поверхности в форме чувств, которые отмечает аналитик в своем контрпереносе. Это наиболее динамичный путь, когда голос пациента достигает сознания аналитика. аналитик владеет наиболее ценными средствами для проверки того, понял ли он или не смог понять пациента» [Фигдор Г., 2000, с.137-138].

В соответствии с формами идентификации различают два основных типа реакций контрпереноса: конкордантная (соответствующая) и комплиментарная (дополняющая). При конкордантной реакции терапевт идентифицируется с самим пациентом: его чувствами, переживаниями, конфликтами и способами справляться с ними. Комплиментарная идентификация позволяет терапевту идентифицироваться с объектами переноса пациента, то есть терапевт чувствует, как мать или отец пациента, а сам пациент вновь переживает те же чувства, которые раньше испытывал к своим родителям. Между терапевтом и пациентом возникают ролевые отношения. Сандлер говорит, что «ролевые отношения пациента состоят из роли, в которой он занят сам, и дополнительной роли, в которой он одновременно использует терапевта» [Фигдор Г., 2000, с. 148].

В современном французском психоанализе выделяют особый тип контрпереноса, который наблюдается в групповых терапевтических процессах – «коллатеральный» или множественный контрперенос. Этот вид контрпереноса интересен тем, что он более тонко, более детально позволяет услышать и понять пациента, т.к. не один, а целая группа ко-терапевтов идентифицируется с самим пациентом и объектами его переноса. Здесь ролевые отношения возникают между ко-терапевтами, как пациентом и его объектами, что позволяет пациенту быть и наблюдателем, и участником разыгрывающегося на его глазах его же собственного

внутреннего конфликта. Этот контрперенос изучается в рамках психотерапевтического метода психоаналитической психодрамы.

Таким образом, негативные, тяжелые чувства и состояния консультанта являются не его «врагами», не помехами к работе, а выразителями смыслов, мотивов, побуждений, индикаторами важной внутренней работы понимания своего клиента, себя в контакте с ним. Причем это понимание по своей природе преимущественно *внерациональное*. Контрпереносные чувства, переживания – это партнеры, собеседники, учителя, проводники для исследования и понимания своего клиента, его неотрефлексированных, плохо понимаемых переживаний, того, что явно и, главное, неявно происходит в контакте между специалистом и его клиентом. А также, контрпереносные переживания помогают увидеть собственные ограничения, «слепые пятна», возможности, свои степени свободы. Это может помочь в формировании собственного индивидуального стиля работы, для изобретения собственного авторского подхода в консультировании. Эти контрпереносные переживания нужно понять и интегрировать в опыт. Это вызов для профессионального творчества! Схожей позиции придерживается и П.Кейсмент, английский психоаналитик, предложивший концепцию «внутреннего супервизорства» на основе анализа специалистом своих контрпереносных чувств и переживаний [Кейсмент П., 1995].

В системе профессиональной подготовки существует институты поддержки – личная терапия, балинтовские группы, супервизия. Но только последние 20-30 лет проводятся исследования возможностей супервизии и систематические обучения супервизоров. К сожалению, сложившаяся практика супервизии в различных профессиональных ассоциациях показывает, что сертифицируемые и начинающие специалисты воспринимают супервизию как жесткий контроль, критику и оценку своих профессиональных умений, а назначенные супервизоры и сертифицирующие преподаватели воспринимают ее как возможность предложить себя в качестве модели для подражания или снабдить советами в стиле «что-бы-я-делал-на-твоем-месте-с-этим-клиентом». Супервизия часто приобретает вид врачебного консилиума [Уильямс, 2001; Ховкинс, Шохет, 2002; Якобс, Дэвис, Мейер, 1997]. Таким образом, то, что считается недопустимым и непрофессиональным в отношениях психолога-консультанта и клиента, то с легкостью допускается в отношениях супервизора и супервизируемого!

Мы предполагаем, что возможности супервизии этим не ограничиваются, что это интереснейшая рефлексивная коммуникативная практика, диалогическая среда для:

• *творческой «лаборатории»* начинающего (и продолжающего) консультанта

• *диалога* специалиста и подхода, метода консультирования, что дает расширение профессионального сознания и свободу профессионального мышления

• ответа на творческий вызов и *исследования себя как профессионала*

• систематического *научно-методического исследования* самой системы психологической помощи, концептуальных оснований психологического консультирования, и «любимых мозолей», как-то: проблема эффективности конкретного специалиста, того или иного метода, проблема результативности и т.д.

Итак, работа с негативными чувствами консультанта, которые чаще всего неминуемы при кратковременном телефонном консультировании, отношение к таким переживаниям не как к "врагам", помехам в работе, а как к дополнительным, а иногда и единственным источникам глубокого понимания абонента, смысла беседы, - все эти возможности предоставляет супервизия, если она не редуцирована лишь к дидактике, к техническому обучению.

Таким образом, логика развития психологического консультирования как профессии и супервизии, как сопровождающей ее практики, показывает, что цеховым сообществам психологов-практиков необходимо пересмотреть смысл и роль супервизии, что возможно рассматривать ее как удобную диалогическую рефлексивную практику для профессионального *развития* консультанта (а не только обучения и трансляции чужого готового знания и опыта). А, кроме того, супервизия является *точкой роста* самого психологического консультативного метода и знания.

Литература

1. Бондаренко А.Ф. Личностное и профессиональное самоопределение отечественного психолога-практика. // Московский психотерапевтический журнал. 1993, №1. С.63-77.

2. Василюк Ф.Е. На подступах к синергийной психотерапии: история упований. // Московский психотерапевтический журнал. 1997, №2. С. 5-24.

3. Васко А., Гарсиа-Маркес Л., Драйден У. «Психотерапевт, познай самого себя»: диссонанс между метатеоретическими и личностными ценностями психотерапевтов различных теоретических ориентаций. // Московский психотерапевтический журнал. 1996, №3. С. 164-180.

4. Калмыкова Е.С., Кэхеле Х. Психотерапия как объект научного исследования. // сб. Основные направления современной психотерапии. М.: Когито-Центр, 2000, С. 15-43.

5. Кейсмент П. Обучаясь у пациента. Воронеж: НПО «Модек», 1995.

6. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу, - М.: Высшая школа, 1996.

7. Уильямс Э. Вы – супервизор... Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. М.: Независимая фирма «Класс», 2001.

8. Фигдор Г. Психоаналитическая педагогика, - М.: Изд. Института Психотерапии, 2000.

9. Фрейд З. Пути психоаналитической терапии. // Фрейд З. Сочинения по технике лечения. Фирма СТД, 2008.

10. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб.: «Речь», 2002.

11. Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта. // Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия в 2-ух тт. Т.1. М.:1998. С. 22-51.

12. Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д. Супервизорство. Техника и методы корректирующего консультирования. СПб.: Б.С.К. 1997.