



АНАТОМИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ

БАЗОВЫЕ НАВЫКИ И ТЕХНИКИ

Учебное пособие



К. В. Ягнюк

Библиотека Института практической
психологии и психоанализа

Константин Ягнюк

**Анатомия терапевтической
коммуникации. Базовые навыки
и техники. Учебное пособие**

«Когито-Центр»

2014

Ягнюк К. В.

Анатомия терапевтической коммуникации. Базовые навыки и техники. Учебное пособие / К. В. Ягнюк — «Когито-Центр», 2014 — (Библиотека Института практической психологии и психоанализа)

Книги, подобные этой, читают и перечитывают с карандашом в руке. Перед вами – краткое учебное пособие, в котором собраны практические знания и рекомендации отечественных и зарубежных специалистов, систематически описаны базовые навыки и техники психологического консультирования и психотерапии. В книге подробно рассмотрены следующие темы: невербальные аспекты взаимодействия терапевта и клиента, типология вербальных вмешательств, техника и практика проведения начальной консультации. В практикуме предлагаются задания, которые могут быть использованы в процессе обучения психологическому консультированию и психотерапии, а также для самостоятельного овладения техниками терапевтической коммуникации.

Содержание

Предисловие	5
Глава 1	7
Введение	7
Вопрос	8
Поощрение	13
Информирование	17
Отражение когнитивного содержания	19
Отражение чувств	25
Конфронтация	29
Интерпретация	33
Конец ознакомительного фрагмента.	34

Константин Владимирович Ягнюк

Анатомия терапевтической коммуникации

Базовые навыки и техники

Учебное пособие

Предисловие

Развитие психолога-консультанта и психотерапевта – это путешествие длиною в жизнь. Открытость к обучению, принятие сложности психотерапевтической деятельности, готовность и способность размышлять о собственном профессиональном опыте, в частности о трудностях и вызовах психотерапевтической деятельности, – все это необходимые условия формирования профессиональной компетентности и непрерывного профессионального развития психотерапевта.

Как правило, профессиональное развитие психотерапевта начинается с лекций/семинаров, тренинга базовых навыков и знакомства с практическим опытом учителей. Прохождение личной психотерапии, опыт супервизии собственных случаев и постоянное обсуждение профессионального опыта с коллегами – факторы, которые оказывают основное влияние на профессиональное становление психотерапевта на протяжении последующих лет.

Обычно примерно спустя пять лет практики начинающий специалист обретает достаточную уверенность в собственной профессиональной компетентности, однако это вовсе не значит, что сомнения и испытания остаются позади. Развитие психотерапевта – непрерывный процесс, это «повторяющиеся циклы энтузиазма/перенесенного испытания, неуверенности в себе, тревоги, уныния, исследования/переработки и интеграции нового опыта (овладения им)» (Ronnestad & Skovholt, 2003).

Книги и статьи по теории и технике психотерапии, как мне кажется, имеют свою, особую роль в этом процессе непрерывного профессионального обучения. Полученные из них знания дают нам опору, вселяют уверенность и надежду. Чтение профессиональной литературы поддерживает наш поиск более глубокого, всестороннего и проникающего в нюансы понимания процессов и феноменов, с которыми мы сталкиваемся в своей клинической практике.

По всей видимости, в жизни каждого психотерапевта есть книги, которые, как вехи, отмечают важные события на его профессиональном пути. Овладение теоретическими или практическими знаниями в какой-то области; открытие идей и подходов, которые в наибольшей степени согласуются с личностными особенностями терапевта; нахождение знаний, позволяющих лучше понять трудного клиента, – вот лишь некоторые из таких событий.

Особую роль среди всего многообразия профессиональной литературы: учебников, практических пособий, клинических руководств и книг с изложением теоретических концепций автора и описанием случаев из практики – могут иметь самые первые книги, послужившие своего рода введением в профессию. Среди большого количества литературы, рекомендуемой студентам в ходе их обучения в наши дни, полагаю, всегда существуют 2–3 книги, которые прочитываются от первой до последней страницы, к которым вновь обращаются, когда возникают какие-то вопросы, на которые опираются при проведении первых консультаций.

Когда я получал образование по психологии (более 20 лет назад), а затем обучался психологическому консультированию и психотерапии, хороших книг по психологии и психологическому консультированию даже в библиотеках было немного. Переводные книги по психотерапии тогда только начинали появляться в нашей стране. Мне очень не хватало тогда хороших

книг по психологии и психотерапии, которые могли бы послужить мне введением в профессию¹. Так получилось, что я достаточно рано начал преподавать психологическое консультирование, и вновь я столкнулся с нехваткой профессиональной литературы, в которой бы ясно и достаточно подробно были изложены базовые навыки и техники психологического консультирования, даны рекомендации о проведении начальной консультации. В результате подготовки лекций о значении невербальной коммуникации в психологическом консультировании, базовых техниках психотерапии и принципах проведения первичной консультации, мною впоследствии были написаны статьи по этим темам (Ягнюк, 2000а, б, 2001а). Однако этого оказалось недостаточно, у меня оставалось ощущение незавершенного дела, поэтому спустя десять лет после публикации этих статей я решил вернуться к ним, серьезно доработать их и издать как книгу. На основе приобретенного с тех пор практического опыта (клинического и преподавательского) и переработки профессиональной литературы, вышедшей с тех пор на русском языке, а также доступной мне на английском языке, появилось это практическое пособие. В нем собраны практические знания и рекомендации отечественных и зарубежных специалистов.

В итоге получилась книга, которую я сам очень хотел прочитать 20 лет назад. Увы, нам не дано вернуться назад во времени, но иногда можно обрести то, чего когда-то так сильно не хватало. Я очень надеюсь, что эта книга будет полезна тем, кто в настоящий момент, так же как я когда-то, только начинает свой профессиональный путь в психологии, психологическом консультировании или психотерапии.

Написание книги по психотерапии, как показал мой опыт, может стать еще одним шагом, стимулирующим профессиональное развитие. Описывая компоненты невербальной и вербальной коммуникации, я стал обращать дополнительное внимание на процесс своего взаимодействия с клиентами, отмечать, что, мягко говоря, далеко от совершенства и требует осмысления и изменения.

В заключение я хотел бы поблагодарить своих коллег с кафедры психологического консультирования и общей психотерапии Института практической психологии и психоанализа и из Психологической консультации на Ярославской за более чем 15-летний опыт совместного профессионального развития, за их интерес и терпеливое ожидание выхода моей книги.

Особую благодарность я хотел бы выразить Елене Спиркиной и Развиге Дзармен, без встречи с которыми на моем профессиональном пути эта книга, скорее всего, никогда бы не появилась.

Константин Ягнюк
<http://www.yagniuk.ru/>

¹ Редким исключением в то время была книга Юлии Алешиной «Семейное и индивидуальное психологическое консультирование», вышедшая в 1993 г.

Глава 1

Анатомия терапевтической коммуникации: типология вербальных вмешательств

Введение

Необходимой основой формирования профессиональной компетентности психотерапевта является овладение концептуальными и техническими средствами психотерапии. Сердцевиной любого метода психотерапии является концепция терапевтического воздействия, обеспечивающая четкие ориентиры относительно того, что именно, в какой момент и каким образом терапевту следует делать, чтобы помочь клиенту достичь изменений.

В этой главе в целостном и систематизированном виде будет представлен арсенал психотехнических средств вербального воздействия, т. е. те так называемые «базовые техники», которые главным образом используются психологами-консультантами и психотерапевтами в повседневной клинической практике.

В результате соотнесения и дифференциации описаний вербальных вмешательств (Алёшина, 1999; Бибринг, 1999; Кочюнас, 1999; Певзнер, 2002; Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006; Файн, Глассер, 2003; Ягнюк, 2000), изучения существующих на данный момент типологий техник, в частности «Системы помогающих навыков» (Hill, 1978, 1999; Hill & O'Brien, 1999) и «Системы видов вербальных реакций» Стайлза (Stiles, 1979, 1992) и опробования рабочего варианта классификации посредством пошагового анализа записи терапевтических сессий (см., например, Ягнюк, 2001) была создана «Типология вербальных вмешательств». Данная типология включает в себя 10 категорий, в том числе 6 общих видов вербальных реакций (вопрос, совет, информирование, отражение, интерпретация и самораскрытие), выявленных в результате сравнительного изучения, проведенного создателями шести систем классификации реакций психотерапевтов (Elliott, Hill, Stiles, Friedlander, Mahrer, Margison, 1987). Чтобы охватить все многообразие «терапевтического инструмента» в рамках этого ограниченного набора из 10 видов вмешательств были специально выделены 32 дополнительные вспомогательные категории, т. е. подвиды десяти основных вербальных вмешательств. Для осуществления эмпирических исследований процесса терапевтической коммуникации требуется ограниченный набор категорий, но при обучении психологов-консультантов и психотерапевтов кажется уместным использовать гораздо более дифференцированную классификацию вербальных вмешательств.

Пошаговый анализ процесса терапевтической коммуникации – это неременная составляющая тренинга профессиональных навыков и супервизии случаев, поэтому я надеюсь, что представленная в этой главе типология вербальных вмешательств может быть использована в качестве своего рода мини-руководства по применению базовых техник в процессе обучения психологов-консультантов и психотерапевтов.

Ниже будет представлена авторская типология вербальных вмешательств.

Вопрос

Вопрос – это предложение о чем-то рассказать, способ сбора информации, уточнения или исследования опыта клиента.

Вопросы – это один из фундаментальных навыков в техническом репертуаре терапевта. С помощью правильно выстроенной цепочки вопросов терапевт может уяснить то, как клиент видит проблемную ситуацию, собрать относящуюся к делу фактическую информацию, помочь клиенту выразить его чувства и подвести его к осознанию источников его проблемы.

«Задавание вопросов – важнейшая часть техники на протяжении всего лечения. Если пациенты говорят что-то, чего мы не понимаем, например, используют жаргон из их профессиональной области, иностранное выражение или часть их истории, которую, как они думают, мы знаем, а мы не знаем, – мы должны спросить... Важно не забывать, что многие секреты бессознательного скрываются в деталях. Когда пациент говорит: „Я извинился перед моей матерью, но она все еще злится на меня“, – следует спросить: „Что вы сказали ей?“. Если вы обнаруживаете, что с определенным пациентом вынуждены задавать много вопросов, вы можете в результате прийти к пониманию его защитного стиля» (Cabaniss, 2011).

Вместе с тем, по мнению Жиоржи и Кристиани (George, Cristiani, 1990), «чересчур большая склонность расспрашивать может создавать проблемы, поскольку превращает беседу в обмен вопросами-ответами, и клиент начинает постоянно ждать, чтобы консультант спросил еще о чем-нибудь; заставляет консультанта принять на себя всю ответственность за ход консультирования и тематику обсуждаемых проблем; переводит беседу от эмоционально окрашенных тем к обсуждению фактологии жизни и „уничтожает“ подвижный характер беседы» (цит. по: Кочюнас, 1999).

В литературе по психологическому консультированию и психотерапии часто выделяют закрытые и открытые вопросы.

Открытый вопрос

Открытый вопрос – это предполагающее развернутый ответ обращение к клиенту с просьбой раскрыть те или иные аспекты его опыта или личной истории.

«Ряд проведенных исследований обнаружил, что открытые вопросы используются весьма часто в терапии и составляют от 9 до 13 % от всех вербальных реакций» (Hill & O'Brien, 1999).

«Открытые вопросы побуждают клиента к вербальной активности. По определению, открытые вопросы требуют относительно развернутого, не односложного ответа» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006). Открытые вопросы часто начинаются с вопросительных слов «что», «почему», «как» и служат для сбора информации. Подобные вопросы требуют от клиента развернутого ответа, на них трудно ответить «да» или «нет». Вопрос, начинающийся с «Что...», часто помогает сформулировать суть сообщения. Например, «*Что именно вы ему сказали?*» или «*И что произошло после этого?*». Вопрос «Почему...» побуждает клиента говорить о внешних и внутренних причинах, объясняющих произошедшее. Например, «*Почему вы так себя повели?*». Вопросы, начинающиеся с «Как...» или «*Каким образом...*», позволяют акцентировать последовательность тех или иных (внешних или внутренних) событий. Напри-

мер: *«Как вы пришли к такому выводу?»* или *«Каким образом вы обычно принимаете решение?»*.

Открытые вопросы – это наилучшее средство стимулировать рассказ клиента о себе (*«С чего вы хотели бы начать сегодня?»*, *«Не могли бы вы рассказать об истории ваших отношений?»*). Открытый вопрос призывает собеседника высказать собственное видение ситуации (*«Есть ли у вас какие-либо идеи, почему он так себя повел?»*). Как известно, говорить обо всем сразу может быть не очень продуктивно. В таком случае открытые вопросы позволяют сосредоточиться на определенной части проблемы или опыта клиента. Например, открытые вопросы могут фокусироваться на разных аспектах опыта: мыслях (*«Что вы думаете об этом?»*), чувствах (*«Что вы почувствовали в этот момент?»*) и поведении (*«Как вы вели себя в этой ситуации?»*). Знания и опыт терапевта посредством открытых вопросов позволяют обратиться к тем аспектам проблемы, о которых клиент никогда не думал.

Хилл и О’Брайен (Hill & O’Brien, 1999) выделили следующие типы открытых вопросов:

- поощрение исследования (*«Не могли бы вы больше рассказать об этом?»*, *«О чем вы хотели бы поговорить сегодня?»*);
- исследование ожиданий относительно помощи (*«Как вы думаете, что будет происходить в течение этой встречи?»*, *«Какие чувства вы испытываете в связи с приходом на сеансы?»*);
- исследование различных аспектов проблемы (*«Как это влияет на ваши отношения с другими?»*, *«Как вы думаете, как это поведение влияет на ваше чувство подавленности?»*);
- поощрение пояснения и сосредоточения (*«Что вы имеете в виду?»*, *«Не могли бы вы объяснить это более подробно?»*);
- поощрение исследования мыслей (*«Что вы хотели сказать этим?»*, *«О чем вы думали, делая это?»*);
- поощрение исследования чувств² (*«Что вы чувствуете прямо сейчас?»*, *«Что эти чувства говорят вам?»*);
- просьба привести пример (*«Когда, как именно это случилось в последний раз?»*, *«Не могли бы вы, по возможности, шаг за шагом рассказать о произошедшем?»*, *«Как это началось и что происходило во время ссоры?»*).

Четыре последних из вышеприведенных типов вопросов в профессиональной литературе иногда также обозначаются как проясняющие и фокусирующие вопросы. Некоторые авторы (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006; Shea, 1998) отдельно выделяют так называемые побуждающие вопросы. Вопросы этого типа обычно начинаются с вежливых слов *«Не хотели бы вы...»* или *«Не могли бы вы...»* и рассчитаны на то, чтобы получить достаточно подробную информацию по определенной теме или запустить более глубокий анализ переживаний или проблемного опыта клиента (*«Не хотели бы вы рассказать об этом подробнее?»*, *«Вы не могли бы рассказать о том, что произошло вчера вечером во время вашей ссоры?»*). Пожалуй, побуждающие вопросы являются самыми открытыми среди прочих типов вопросов и предполагают наименьший контроль и власть со стороны их задающего.

Клиент: Мои младшие сестры часто дерутся друг с другом. Они становятся злобными и наносят друг другу вред. Мои родители ничего не делают с этим, а мои сестры продолжают вести себя как дикие.

² В одном исследовании (Hill & Garmally, 1977) сравнивался эффект использования терапевтами открытых вопросов, исследующих чувства, перефразирования и отражения чувств. Результаты показали, что клиенты с большей вероятностью говорили о своих чувствах, когда их терапевты непосредственно спрашивали о них.

Терапевт: Что вы чувствуете в связи с тем, что ваши сестры ведут себя как дикие?

Клиент: Я очень расстраиваюсь. Я бы очень хотела быть способной помочь им. Если они еще дома, они слушаются меня. Думаю, у них нет кого-то, к кому они могли бы обратиться. Мои родители разводятся, поэтому они просто недоступны для моих сестер.

Терапевт: Каково это для вас не быть там?

Клиент: Хорошо, с одной стороны. Я наслаждаюсь, когда я вдали и вне этой беды. С другой стороны, я чувствую вину, как будто я выжила во время крушения «Титаника» и наблюдаю, как они тонут.

Терапевт: Каково это, когда вы с вашей семьей?

Клиент: Мои родители еще живут вместе, но они постоянно воюют друг с другом. То, что происходит дома, весьма жутко, потому что мои родители полны ярости друг к другу. Я должна присматривать за моими сестрами. Сейчас я в большей степени им родитель, чем мои родители. Полагаю, что, чтобы позаботиться о себе, мне нужно быть сильной.

Терапевт: Как вы чувствуете себя прямо сейчас, когда вы думаете о своей семье?

Клиент: Я чувствую себя беспомощной. Я ничего не могу сделать. Я могу пойти домой, но в действительности я не знаю, что я могу сделать, чтобы стало лучше. Может быть я слишком эгоистична, потому что хочу быть здесь, в институте. Это то, что мне нужно делать на этом этапе моей жизни. Но мне плохо от того, что они там, в этой ситуации (Hill & O'Brien, 1999).

Цепочка вопросов терапевта может иметь определенную терапевтическую цель, т. е. быть реализацией специальной техники. Серии вопросов, нацеленные на оказание определенного воздействия на клиента, часто применяются в когнитивной или нарративной терапиях. При анализе сновидений, особенно самого первого сновидения, также может быть уместен ряд вопросов, а именно: *«Какие эмоции вы переживали в ходе сновидения?»*, *«Какие ассоциации вызывает различные элементы сновидения?»*, *«Напоминает ли вам чем-то кого-то этот персонаж вашего сна?»*, *«Что предшествовало сну, было ли что-то в течение дня накануне, что могло оказать влияние на это сновидение?»*.

Когда открытые вопросы продуктивны, клиенты погружаются в глубь проблемы, более тщательно исследуют различные ее аспекты, открыто выражают свои сокровенные чувства и мысли. Когда открытые вопросы несвоевременны, клиент отвечает лишь минимальным образом или и вовсе не отвечает, т. е. открытый вопрос не способствует или даже останавливает исследование. Впрочем, отсутствие отклика на вопрос терапевта не всегда говорит о его качестве или своевременности. Краткие, формальные ответы на открытые вопросы могут свидетельствовать также о недоверии и сопротивлении клиента.

Бывает и так, что сам терапевт способствует тому, что открытые вопросы становятся малопродуктивными. Так, например, Соммерз-Фланаган и Соммерз-Фланаган отмечают, что «иногда клиницисты намеренно или непроизвольно трансформируют открытые вопросы в закрытые с уточнением. Например, часто можно услышать, как студенты строят следующие вопросительные конструкции: *„Как вы восприняли встречу с отцом после стольких лет вражды с ним – вы были рады?“*. Как видите, трансформация открытых вопросов в закрытые чрезвычайно ограничивает ответ клиента. Если только клиенты, которым задают подобные вопросы, не особенно экспрессивны или напористы, они отвечают так, как им „подсказал“ интервьюер, не думая о страхе, облегчении, недовольстве или каких-либо других чувствах, которые они могли переживать в момент встречи» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006). Кроме того, открытые вопросы могут ошибочно использоваться для удовлетворения собственного любопытства, а не для содействия исследованию клиента. Еще одной ошибкой является слишком частое задавание одного и того же типа вопроса, например: *«Что вы чувствуете в связи с этим?»*. Нетрудно догадаться, что частое использование одного и того же непростого вопроса может вызывать раздражение.

Таким образом, открытые вопросы – это весьма полезные вмешательства, поощряющие клиентов говорить о себе, однако, чтобы они были продуктивны, клиент должен чувствовать, что терапевт тем самым стремится лучше понять его.

Закрытый вопрос

Закрытый вопрос – это обращение к клиенту, предполагающее короткий ответ, чтобы выяснить или уточнить конкретные факты, упомянутые клиентом или предполагаемые терапевтом. Часто на закрытые вопросы можно ответить одним, двумя словами («*Вы не будете против, если я буду записывать по ходу беседы?*») или «*Сколько вам было лет, когда это произошло?*») или предполагают подтверждающий предположение терапевта отклик: «*Ваша сестра старше вас?*», «*Вы чувствовали себя тогда очень одиноко?*»). Закрытые вопросы используются для подтверждения верности понимания («*Правильно ли я понимаю, что ваши близкие отношения длятся не более полугода?*»), а также чтобы уточнить какие-то факты или сузить область обсуждения («*Можно ли говорить об особом типе женщин, общение с которыми вызывает у вас трудности?*»).

«Закрытые вопросы позволяют уточнить информацию, расставить акценты, сохранить логическую структуру беседы» (Трунов, 2013).

Закрытые вопросы активно используются в интервью определенного типа, например, при опросе врачами и юристами, а также в собеседованиях при приеме на работу. При этом интервьюер задает вопросы, чтобы получить необходимую информацию, а респонденту отведена роль кратко отвечающего. Контроль за ходом интервью остается при этом у интервьюера.

Клиническое интервью обычно начинается с частого применения открытых вопросов, а «закрытые вопросы традиционно применяются ближе к окончанию интервью, когда эмоциональный контакт уже налажен, времени остается мало, а интервьюеру нужны эффективные вопросы и сжатые ответы» (Morrison, 1994).

По мнению Хилл и О'Брайен (Hill & O'Brien, 1999), использование закрытых вопросов особенно полезно при оценке потенциала к совершению суицида. В этой ситуации терапевтам необходимо очень прямо спрашивать о суицидальных мыслях.

Клиент: Я стал настолько депрессивным, что иногда я чувствую, что жизнь не стоит того, чтобы жить. Я хочу лишь добраться до моей кровати, заснуть и подольше не просыпаться. Я не хочу ни с кем встречаться.

Терапевт: Были ли у вас мысли о самоубийстве?

Клиент: Да, довольно часто я не хочу жить. Было бы лучше уйти.

Терапевт: Звучит так, что вы весьма депрессивны. Есть ли у вас план совершения самоубийства?

Клиент: Я не уверен, что я действительно это сделаю. Я, скорее, фантазирую о том, что я хотел бы сделать это.

Терапевт: Есть ли у вас то, чем можно это совершить?

Клиент: Нет. Я ненавижу пистолеты, у меня нет таблеток. Мне не нравится идея о том, чтобы сброситься. Думаю, это, скорее, фантазия о том, чтобы сделать это и представлять, как люди отреагировали бы на это (Hill & O'Brien, 1999).

Краткий вопрос

Краткий вопрос – это обращение к клиенту через встроенные в контекст высказывания короткие фразы или отдельные слова с вопросительной интонацией.

Алешина (1999) отдельно выделяет краткие вопросы. По ее мнению, «один из наиболее удобных типов вопросов в консультативном диалоге – краткие вопросы, в которых по возможности опущены слова, которые так или иначе могут быть поняты из общего контекста беседы. Такое сокращение вопросов и высказываний приводит к тому, что соотношение времени говорения увеличивается в пользу клиента. Краткие вопросы легче встраиваются в диалог и в итоге начинают восприниматься пришедшим в консультацию как собственная внутренняя речь... В наиболее простой форме такой вопрос может состоять всего из двух частей: первая будет выполнять функцию указания на некоторое событие или действие, требующее уточнения, а вторая – просто вопросительное слово. Например: *„Вы встретились с ней... и что?“*, *„Он этого не знает, но почему?“* и т. д. Такие формулировки не содержат в себе ничего лишнего, максимально конкретны и ясны, а следовательно, с легкостью могут быть поняты клиентом... В консультативном диалоге возможны и еще более краткие реплики психолога, также успешно достигающие своей цели. В подобных формулировках от высказывания остается только вопросительная часть: *„И что?“*, *„А почему?“*. В контексте беседы такие формулировки обязательно должны прозвучать вовремя. Тогда то, что консультант задал этот вопрос, может вообще остаться незамеченным клиентом, у него может возникнуть ощущение, что все, что он рассказывает о себе, возникает совершенно спонтанно, а следовательно, и говорить ему будет легче, и рассказ будет более откровенным и подробным» (Алешина, 1999).

Клиент: Когда она говорит со мной в таком тоне, это вызывает у меня раздражение. Обычно я просто выхожу из комнаты.

Терапевт: Но почему?

Поощрение

Поощрение – это высказывание терапевта с намерением инициировать или поддержать рассказ клиента и обеспечить плавное течение беседы.

Чтобы поощрить клиента поделиться некой частью своей истории или тем или иным аспектом своего опыта, терапевт может попросить клиента что-то рассказать, описать, пояснить, прояснить, объяснить или сформулировать.

Терапевт: Расскажите мне об истории ваших отношений.

Терапевт: Давайте поговорим о вашей тревоге.

Терапевт: Попробуйте описать свои чувства в этой ситуации (Трунов, 2013).

Терапевт: Полагаю, нам следует остановиться на этом более подробно (Трунов, 2013).

Поощрение побуждает клиента к рассказу, анализу или выражению чувств, к тому, что, на взгляд специалиста, может оказаться важным.

Минимальное поощрение

Минимальное поощрение – это минимальное средство, чтобы показать клиенту ваше внимание и включенность в беседу.

Минимальное поощрение содержит два аспекта. «Первый состоит в том, что клиенту нужен от вас какой-то знак, что он может продолжать; второй же – минимальная выраженность вашей реакции; она не мешает клиенту и не прерывает ход его мыслей» (Файн, Глассер, 2003). Такие реплики обычно дополняются невербально – кивками головой и другими сигналами заинтересованности.

Сюда входят короткие реплики вроде «Ага», «Угу», а также короткие фразы типа «Понимаю вас», «Конечно» или «Да-да, продолжайте», «Расскажите мне больше», «Ну и ну!». «Такие ответы являются приглашением высказываться свободно и непринужденно. Они помогают выразить одобрение, интерес и понимание. Это не просто реплики, которые делаются тогда, когда нечего сказать, это знаки, говорящие о том, что мы внимательно слушаем и приглашаем партнера продолжить разговор» (Васильев, 2007).

Сигнализирование о затруднении в понимании

Сигнализирование о затруднении в понимании – это непосредственное сообщение клиенту о непонимании сказанного им и неявный призыв объяснить или пояснить, что он имел в виду.

Не так уж редко клиент говорит весьма путано и вам остается лишь догадываться, что же он пытался донести до вас. Сигнализирование терапевтом о затруднении в понимании стимулирует клиента к тому, чтобы пояснить или выразить другими словами то, что он пытается донести.

Часто терапевт сигнализирует о непонимании невербальными средствами. Например, прерывание кивания головой или слегка нахмуренные брови терапевта могут послужить клиенту сигналом о том, что его мысль не вполне понятна и нуждается в пояснении. В такой ситуации клиент нередко сам спрашивает, понятно ли то, что он говорит.

Сигнализовать о затруднении в понимании можно следующим образом: «Я не понял этого», «Мне не совсем это понятно» или «Не могли бы вы пояснить, что вы имеете в виду».

Можно сделать это и в более конкретной форме: *«Я не совсем понимаю, какие чувства это событие вызвало у вас»*.

Сигнализирование о непонимании может быть органично дополнено побуждающим вопросом, например: *«Не могли бы вы выразить это другими словами?»*.

Незаконченное высказывание

Незаконченное высказывание – это неоконченная фраза терапевта, побуждающая клиента завершить начатое терапевтом предложение, при этом побуждение может иметь как общий характер, так и фокусироваться на определенном аспекте опыта, жизненной ситуации или проблемы клиента.

Терапевт: И тогда вы подумали...

Терапевт: В этот момент вы почувствовали себя...

Терапевт: Она сказала вам все это и...

Терапевт: Иначе говоря, ваш отец...

Терапевт: Вы решили поступить так, потому что... (Трунов, 2013).

«Форма, которой мы иногда пользуемся спонтанно, – это незаконченные высказывания. Благодаря своей незаконченности, они достаточно открыты, а характерный интонационный рисунок незаконченной фразы естественным образом побуждает собеседника закончить ее» (Трунов, 2013). Терапевт может намеренно использовать незаконченное высказывание или, начав некую фразу, может неожиданно для себя остановиться, чтобы подобрать подходящие слова. Часто это побуждает клиента продолжить начатое высказывание терапевта.

Трунов (2013) отмечает, что открытостью незаконченного высказывания можно управлять. «Открытые незаконченные высказывания подразумевают более широкий спектр окончаний, закрытые – более узкий; ср.: *„И вы пошли в гости к...“*, *„И вы пошли...“*, *„И вы...“*, *„И...“*» (Трунов, 2013).

Так же как проективный тест неоконченных предложений может обнаружить важную информацию об отношениях и страхах испытуемого, так и незаконченное высказывание терапевта порой вскрывает что-то важное о клиенте.

Повторение

Повторение – это почти буквальное воспроизведение высказывания клиента или избирательное акцентирование отдельных слов с намерением обратиться к их аффективно-смысловому значению.

Повторение предлагает прочувствовать то, что было выражено клиентом. Кроме того, повторение фокусирует внимание на сообщении клиента, позволяя ему осознать дополнительные значения и выразить невысказанное. Наиболее распространенный вариант этой техники – повторение ключевой фразы высказывания или последних слов клиента, часто с вопросительной интонацией. Это побуждает клиента к раскрытию скрытого в них значения. При выборе слов для повторения большое значение имеет интонация, отражающая эмоциональный оттенок сообщения клиента. Безусловно, интонация также очень важна при произнесении терапевтом выбранных слов. Если терапевт лишь машинально повторяет сказанное клиентом, то отсутствует необходимый резонанс с его переживаниями.

Клиент: Моя мама никогда не любила меня.

Терапевт: Ваша мама никогда не любила вас.

Клиент: Сегодня я очень плохо себя чувствую. Случилось непоправимое.

Терапевт: Непоправимое...?

Так как повторение отдельных слов заканчивается паузой, которая подразумевает вопрос, технику повторения можно успешно сочетать с коротким вопросом.

Клиент: Когда они между собой ругаются, я обычно молчу. **Терапевт:** Молчите... отчего? (Алешина, 1999).

Алешина следующим образом комментирует вышеприведенный пример: «Услышав подобное заявление, соблазнительно начать спрашивать клиента о том, как обычно проходят подобные ссоры, кто в них виноват и т. д. Но такая дополнительная информация часто не приоткрывает завесы над внутренней реальностью клиента, ключ к которой скрывается здесь за словом „молчу“, за которым стоят переживания клиента по поводу происходящей ссоры и его отношение к участникам конфликта... Акцентирование эмоционально окрашенных слов – это всего лишь первый шаг к пониманию переживаний. Чаще всего непосредственно следующий за вопросом ответ не будет содержать в себе действительно глубоких и сокровенных эмоций. Он всего лишь приоткроет завесу, но для того, чтобы увидеть хотя бы краешек сцены, следует двигаться дальше. В последовавшем ответе также необходимо вычленить значимые слова и попытаться приблизиться к глубоким переживаниям, стоящим за ними. Такое развитие диалога характеризует одну из важнейших особенностей консультативной беседы – ее нацеленность в глубину, ориентированность на понимание более глубоких, личностно значимых переживаний» (Алешина, 1999).

Повторение оговорок, образов, метафор, используемых цитат и необычных слов из личного лексикона клиента позволяют обратиться к содержащемуся в них смыслу.

Клиент: На работе мой начальник сказал мне: «Что ты все время пропускаешь меня вперед, ты ведь женщина, проходи первой». Я сказала: «Хорошо», и с тех пор я мужественно прохожу первой.

Терапевт: Мужественно...?

Терапевт: Я хотел бы вернуться к тому, что вы сказали несколько минут назад. Вы сказали, что ваше кредо: «Не верь, не бойся, не проси».

Приглашение ассоциаций

Приглашение ассоциаций – это способ поощрить клиента к свободному выражению своих мыслей, воспоминаний и фантазий, к осознанию своего внутреннего опыта.

Правило свободных ассоциаций, используемое в психоаналитической терапии, предлагает клиентам «без критики рассказывать все, что приходит ему в голову» (Фрейд, 2008). Приглашение ассоциаций («*Какие-либо мысли в связи с этим?*», «*Напоминает ли вам это что-то из прошлого, когда вы реагировали схожим образом?*») – это простой способ напомнить о правиле свободных ассоциаций и поощрить клиента к свободному самовыражению.

Приглашение ассоциаций, кроме того, может быть уместным вмешательством при проявлении сопротивления, поскольку позволяет лучше понять, чем оно вызвано (Cabaniss, 2011).

Клиент: Я знаю, что мне приснился сон, но я не помню его. Вспомнить какие-либо сновидения – это очень трудная задача для меня.

Терапевт: Какие-либо мысли в связи с этим? (Cabaniss, 2011).

Клиент: Извините, я забыл деньги, чтобы заплатить вам сегодня за сеанс?

Терапевт: Что приходит вам в голову по поводу неоплаты мне? (Cabaniss, 2011).

С пациентами, в памяти которых якобы не остается воспоминаний детства, Ференци, считая, что такая забывчивость рождается из-за вытеснения психического материала и подавления аффектов, предлагал им, свободно фантазируя, обнаружить такие реакции. «Будучи лишен оружия интеллектуального сопротивления, пациент, сначала робко, заикаясь, готовый в любой момент замолчать, начинает живописать интересующую нас ситуацию... Понемногу пациент становится отважнее, его „сочиненные“ переживания приобретают цвет и реальное звучание, наконец, полноту впечатления» (Ференци, 2003). Благодаря этому техническому открытию³ Ференци приглашение ассоциаций мы можем дополнить приглашением фантазий («*Что вам представилось в этот момент?*», «*Не могли бы вы пофантазировать о возможном развитии ситуации?*»).

³ Эта техника, описанная Ференци в работе «О форсированных фантазиях. К активности в технике психоанализа» в 1924 г., возможно, является предтечей метода управляемого воображения.

Информирование

Информирование – это предоставление информации в форме изложения фактов или объяснений либо по собственной инициативе, либо в ответ на вопрос клиента.

Весьма часто в поиске ответов на волнующие его вопросы клиент обращается к терапевту за той или иной информацией. Запрос на информацию вытекает из представления, что многие жизненные проблемы возникают в результате недостатка знания или как следствие неверной информации.

Соммерз-Фланаган и Соммерз-Фланаган (2006) считают, что вопросы клиентов чаще всего относятся к одной из трех категорий, а именно: 1) вопросы о своей полноценности или психическом здоровье («Нормально ли то, что я чувствую?»); 2) вопросы о терапевтическом процессе («Сколько времени потребуется для того, чтобы мне стало лучше?», «Как это работает?», «Как такого рода беседы помогут мне решить свои проблемы?»); 3) вопрос о способах достижения личностных перемен («Как изменить образ мыслей, чувств и стиль поведения?»).

И действительно, клиенты часто обращаются к психотерапевту с тревогами по поводу собственного психического здоровья, поэтому знания в области клинической психологии и психиатрии, а также существующих видов и методов психотерапии, позволяют внести определенность и наметить шаги по получению психологической, психотерапевтической или психиатрической помощи. Так, например, Гарфилд отмечает, что «у некоторых людей складываются неверные, искаженные представления о собственных психологических трудностях. Они могут считать проявления тревоги или компульсивного поведения признаками надвигающегося сумасшествия. Беспристрастно сообщенная информация о распространенности подобных симптомов и о том, что они ни в коем случае не указывают на наличие предпсихотического состояния, поучительна и действует на пациента успокаивающе» (Гарфилд, 2002).

В ходе начальных консультаций терапевт также может предоставить информацию об особенностях психологического развития или эмоциональных реакций на какие-то события. Обеспокоенный родитель может прийти с вопросом относительно поведения ребенка, специфического для его возраста. Здесь терапевту может пригодиться знание психологии развития. Супружеская пара может быть обеспокоена завершением романтического этапа их отношений или снижением сексуального интереса после рождения ребенка. Здесь будет уместна информация о стадиях развития супружеских отношений и жизненного цикла семьи. Клиента, переживающего утрату близкого человека, можно информировать о процессе горевания. Такого рода информирование выполняет функцию нормализации, позволяя клиентам понять, что их чувства являются естественными, универсальными человеческими реакциями, а вовсе не патологическими проявлениями.

В некотором смысле психотерапия – это игра со своими правилами, у обоих участников которой есть свои роли и обязанности, поэтому клиент нуждается в информации о процессе помощи. Ялом (2005), например, на первых беседах объясняет основные правила, включая конфиденциальность, необходимость полного раскрытия, важность снов, необходимость терпения. Ввиду того, что фокус «здесь-и-сейчас» может показаться пациентам необычным, Ялом обычно поясняет его основную идею. Если же новый пациент описал трудности во взаимоотношениях (а это касается почти всех пациентов), он прибегает к следующему информированию.

Терапевт: Очевидно, что одна из сфер, к которым нам следует обратиться, – это ваши отношения с другими. Мне сложно понять точную природу ваших проблем в отношениях, потому что я, само собой, знаком с другими людьми в вашей жизни только через ваше восприятие. Иногда ваши описания могут быть непреднамеренно пристрастны, и, мне кажется, я смогу стать более полезным для вас, анализируя только те отношения, о которых я обладаю

наиболее точной информацией – отношения между вами и мной. Именно поэтому я часто буду просить вас изучить то, что происходит между нами (Ялом, 2005).

Маквильямс (McWilliams, 1999) выделяет в качестве одной из задач начального этапа психотерапии задачу обучения пациента и предоставления информации касательно терапии. Речь идет об объяснении предлагаемых пациенту процедур и правил: «Так, например, заинтересованность свободными ассоциациями клиента можно выразить так: *„Чем более свободно вы сможете говорить, тем лучше я смогу понять вас; если вы обнаружите, что подвергаете что-то цензуре, все же попытайтесь рассказать об этом или, по крайней мере, скажите мне, что вам трудно говорить о чем-то“*... Интерес к воспоминаниям можно выразить так: *„Первый шаг в решении проблемы – это часто понимание, откуда она протекает“*. Свою заинтересованность сновидениями можно выразить следующим образом: *„Часто я обнаруживала, что когда ничего, как кажется, не происходит на сознательном уровне, сновидения человека содержат много информации о его более глубоких заботах“*... На раннем этапе терапии, если я замечаю, что человеку некомфортно, когда я спрашиваю его о чувствах ко мне, я могу сказать что-то вроде этого: *„Я знаю, это кажется странным, когда тебя просят быть настолько прямым, это может быть затруднительным, особенно когда некоторые из ваших реакций по отношению ко мне негативные. Но поскольку, в каком-то смысле, терапия – это микромир, шанс исследовать отношения с близкого расстояния и прояснить, что же произошло между вами и мной, у нас есть возможность тщательно рассмотреть некоторые эмоциональные реакции, которые могут происходить с вами и где-нибудь в другом месте, ведь об этом особо не говорят в других социальных ситуациях. Вы можете обнаружить, что то, что вы чувствуете ко мне, вы испытывали и к другим людям, и ваше понимание этого может быть очень полезным в ваших усилиях понять себя и достичь изменений“*» (McWilliams, 1999).

Таким образом, можно говорить о своего рода психотерапевтической социализации (Orne, Wender, 1967), т. е. об обучении клиента тому, чего ему следует ожидать от терапии, особенно в отношении ролей терапевта и клиента. Такого рода обучение клиентов снижает вероятность прерывания психотерапии и увеличивает ее эффективность.

Отражение когнитивного содержания

Отражение когнитивного содержания – это возвращение сообщения клиента в более ясной форме и/или фасилитация исследования идей и внутренних представлений клиента.

Перефразирование

Перефразирование – это возвращение в более сжатой и ясной форме, частично или полностью другими словами, основного содержания или главного сообщения высказывания клиента.

«В клиническом интервьюировании перефразирование иногда называют отражением содержания. Это объясняется тем, что перефразирование отражает смысл того, что говорит клиент, а не его чувства. Перефразирование, или отражение содержания, означает утверждение интервьюера, которое по-другому формулирует то, что сказал клиент. Перефразирование не изменяет сообщения клиента и ничего не добавляет к нему. Хорошее перефразирование отличается точностью и краткостью» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

Терапевт: Если я правильно вас понял, главной проблемой для вас является не сама депрессия, а то, что в результате вы чувствуете, что ваша семья отвергает вас.

Айви (Ivey, 1971) выделяет три основные цели перефразирования: «показать клиенту, что консультант очень внимателен; выкристаллизовать мысль клиента, повторяя его слова в сжатом виде; и проверить правильность понимания мыслей клиента» (цит. по: Кочюнас, 1999). Когда клиент чувствует, что его услышали и поняли, он может сделать следующий шаг в выражении своих внутренних представлений.

Важное значение имеет форма выражения перефразирования. Певзнер (2002) отмечает, что «при перефразировании важно начинать свое высказывание со слов: „Мне показалось, что...“, „У меня возникло предположение...“, „Я услышал это так...“, „Вы хотите сказать, что...“, „Иными словами...“, „Насколько я понял...“, „Похоже на то, что...“. Репертуар этих вводных слов может быть разнообразен, и со временем у каждого консультанта формируются свои индивидуальные предпочтения». Вводные слова имеют целью подчеркнуть, что вы стремитесь точно понять клиента и допускаете, что он может принять, уточнить или отвергнуть ваше предположение.

Клиент: Мне кажется, я в последнее время очень изменилась. Раньше я была веселая, у меня было много друзей. Люди ко мне тянулись, все получалось само собой. Сейчас я как будто в состоянии ступора. Мне стало тяжело общаться, тяжело слушать людей. Я продумываю заранее, что мне сказать, получается искусственно, люди это чувствуют. Меня стали меньше приглашать в компании, мне кажется, со мной избегают общаться.

Консультант: Я поняла так, что в последнее время вам кажется, что у вас изменилось состояние, вам трудно сосредоточиться на том, что вам говорят, пропала естественность в общении.

Клиент: Да, трудно сосредоточиться. То же самое происходит на работе. Я гораздо больше все делаю, забываю важные вещи. Раньше меня всегда звали, когда были трудные, капризные клиенты. Я со всеми ладила, они меня даже не раздражали, у меня все легко получалось. С ребенком тоже начались проблемы.

Консультант: Можно сказать, что эти изменения вы чувствуете в разных сферах вашей жизни – и на работе, и в общении с ребенком (Певзнер, 2002).

Роджерс, для которого перефразирование было основной техникой, считал, что, используя перефразирования, терапевт выступает в качестве зеркала, своего рода резонатора, благодаря которому клиент может услышать то, что он сам сказал. При этом не должно быть какой-либо оценки сказанного.

«Перефразирование также позволяет клиенту прояснить суть, исследовать некоторые аспекты проблемы, более тщательно и подумать о тех аспектах, о которых он не думал до этого. Если просто выделить некоторое время, чтобы в присутствии заинтересованного слушателя тщательно подумать о проблеме, это может привести к новым инсайтам. Например, если утверждение клиента о собственных заботах было туманным и непонятным, а сделанное терапевтом перефразирование неточно передаст содержание, то клиент может уточнить, что он имел в виду и, в результате, оба поймут ситуацию лучше» (Hill & O'Brien, 1999). Как известно, точное определение проблемы – это уже половина дела. Когда клиент более четко понимает, в чем его проблема, он уже не так подавлен ей и к нему постепенно возвращается способность использовать собственные навыки решения проблем.

Трунов (2013) внес весомый вклад в осмысление функций перефразирования; он выделил ряд вербальных маркеров в речи клиентов, которые можно использовать для определения направления перефразирования. Парафразе, согласно Трунову (2013), могут быть подвергнуты:

– обобщения;

Клиент: Я полностью потеряла доверие к людям.

Терапевт: Многим людям из вашего окружения вы не доверяете (Трунов, 2013).

– оценочные и диагностические ярлыки;

Клиент: Она просто хамка, вот и все!

Терапевт: Она вас очень сильно оскорбила (Трунов, 2013).

Клиент: Мне кажется, что мой сын – вампир.

Терапевт: Общаясь с ним, вы чувствуете усталость (Трунов, 2013).

– негативные высказывания;

Клиент: Я не чувствую себя достаточно свободным.

Терапевт: Вам бы хотелось почувствовать, что вы можете выбирать (Трунов, 2013).

– пассивная позиция;

Клиент: Он постоянно предает меня.

Терапевт: Каждый раз вы снова и снова надеетесь на него (Трунов, 2013).

– модальные глаголы;

Клиент: Мне придется это сделать.

Терапевт: Вы чувствуете, что вас вынуждают к этому (Трунов, 2013).

– перемещение ответственности;

Клиент: Меня так воспитали.

Терапевт: Вы придерживаетесь традиционных взглядов (Трунов, 2013).

Трудности с формулировкой парафразы могут возникнуть, если клиент говорит достаточно долго. В такой ситуации вместо того, чтобы пытаться перефразировать все, что было выражено клиентом, терапевт может попытаться передать суть его сообщения. Когда терапевт фокусируется на ключевых аспектах высказывания клиента, то клиент обычно положительно откликается на это, развивая дальше свои мысли, добавляя новые детали, вспоминая что-то или приводя конкретный пример, и, наоборот, когда, перефразирования неэффективны, клиент останавливается и не знает, что сказать. Клиент может даже отреагировать проявлением фрустрации и гнева, если ему кажется, что терапевт лишь как попугай повторяет сказанное им.

Прояснение

Прояснение – это попытка исследовать и достичь совместного понимания внутренних представлений клиента.

Салливан считал, что «слушая пациента, терапевту следует обращаться с вопросом (по крайней мере, к самому себе): „Может ли выраженное пациентом значить что-то еще, помимо того, что непосредственно пришло мне в голову? Действительно ли я знаю то, что он в данный момент имел в виду?..“ Всякий раз, когда психиатр спрашивает пациента: „Вы имели в виду то-то и то-то?“, – пациенту становится немного яснее, что он подразумевал и стремился выразить» (цит. по: Ягнюк, 2006).

Прояснение помещает исследуемый феномен в четкий фокус, тем самым конкретизируя его. Явно не выраженные до сих пор значимые детали того или иного явления (события, поступка, позиции) могут быть отчетливо высвечены. Посредством проявления терапевт пытается ухватить то, что находится на краю осознания клиентом, что было им неявно выражено, но чего он сам пока еще не понимает.

В психоаналитической терапии посредством проявления производится подготовка пациента к интерпретации. По мнению Кернберга (2000), «Прояснение есть исследование вместе с пациентом всего неопределенного, неясного, загадочного, противоречивого или незавершенного в представленной им информации. Прояснением называется такой первый, когнитивный шаг, при котором все, что пациент говорит, не ставится под сомнение, но обсуждается, чтобы выяснить, что из этого следует, и оценить, насколько он сам понимает свою проблему или насколько испытывает замешательство перед тем, что остается неясным. С помощью проявления мы получаем сознательную и предсознательную информацию, не бросая вызов пациенту. В конце концов, сам пациент проясняет свое поведение и свои внутренние переживания, подводя нас таким образом к границам своего сознательного и предсознательного понимания». Пожалуй, можно также сказать, что порой прояснение – это мягкая интерпретация, затрагивающая предсознательный материал (например, как в трех последних вмешательствах терапевта в нижеприведенном примере).

Клиент: У нас было рабочее совещание, и мы собрались в тесной комнате. Потом выключили свет, чтобы показать слайды. Я так разнервничался, что не смог этого вынести.

Терапевт: Что же произошло?

Клиент: Я просто не смог этого вынести, я весь вспотел, меня начало бросать в дрожь, я встал и вышел. Я знаю, что начальник меня за это отчитает.

Терапевт: Вы так разнервничались и встревожились, что больше не могли находиться в комнате, хотя знали, что если вы выйдете, то у вас будут неприятности.

Клиент: Да... Что меня так испугало, если я сделал такую глупость?

Терапевт: Мы уже говорили с вами о других случаях, когда, находясь в тесноте с другими мужчинами, вы испытывали тревогу. Первый раз – в армии, а другой – в общежитии колледжа.

Клиент: Да, это повторилось.

Терапевт: И если я прав, как бы тесно ни было, этого никогда не происходит, когда вокруг и мужчины, и женщины.

Клиент: М-м... Да, верно.

Терапевт: Создается впечатление, что вас особенно тревожит ситуация физической близости с мужчинами, особенно в темноте, как будто должно произойти нечто ужасное.

Клиент: Я думаю, вы правы... и я знаю, что физически не боюсь других мужчин. Вы считаете, что это связано с сексом, с гомосексуализмом? (Вайнер, 2002).

По мнению Певзнера (2002), прояснение – это сочетание техник перефразирования и вопроса.

Клиент: Я хотела бы поговорить о своих отношениях с бывшим мужем. Мы расстались два года назад. Много было переживаний – и гнев, и обида. Теперь все улеглось. Но я не могу с ним совсем порвать – у нас сын. Ему 13 лет, подростковый возраст, он нуждается в отце. Я хочу, чтобы у них были нормальные отношения, но понимаю, что для этого у меня самой должна быть ясность внутри.

Терапевт: То есть для вас важно определить свою позицию по отношению к бывшему мужу. Вы сказали, что чувства гнева и обиды прошли, могли бы вы сказать, что вы теперь чувствуете к нему?

Клиент: Сейчас я в смятении. Возникает жалость к нему. Дело в том, что я считаю его слабым человеком, я вижу, что он не может найти место в жизни. Иногда он мне кажется беспомощным, и у меня возникает чувство вины за то, что я не помогаю ему решать его проблемы.

Терапевт: Для меня это звучит так, словно вы и сейчас чувствуете ответственность за него. А могли бы вы сказать, чего бы вы хотели в отношениях с ним?

Клиент: Пожалуй, это правда, я как будто продолжаю чувствовать себя ему мамочкой. И наверное, мне хотелось бы окончательно развестись с ним, т. е. сохранить отношения, но чувствовать себя автономно (Певзнер, 2002).

Можно сказать, что прояснение может быть как в форме утверждения, так и вопроса, являясь при этом чем-то большим, чем просто перефразированием или вопросом.

«Интервьюер может использовать метафоры и аналогии для того, чтобы зафиксировать ключевой момент сообщения клиента» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

Клиент: Моя сестра такая придирчивая. У нас общая комната, и она все время пристает ко мне, чтобы я не разбрасывала одежду, наводила порядок в шкафу, и все такое. Она следит за каждым моим шагом и пользуется любой возможностью меня покриковать.

Терапевт 1: Вы словно новобранец в армии, а сестра для вас – как сержант. (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

Терапевт 2: Вы чувствуете, что она ведет себя так, будто вы – малый ребенок.

Просьба привести конкретный пример – это еще один способ прояснения, который может быть особенно действенным, поскольку поощряет клиента говорить определенно и по существу, а не абстрактно и уклончиво (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

В заключение этого раздела, хотелось бы также отметить, что поощрение клиента высказывать собственное понимание развивает способность клиента психологически мыслить. Замечаниями типа «Есть ли у вас предположение, какова цель этого?» мы побуждаем клиента к интроспекции. Задавая подобные проясняющие вопросы, терапевт создает у клиента исследовательскую установку, основой которой является понимание клиентом того, что терапевт не

знает в точности, куда этот процесс ведет, какой смысл в итоге может быть обнаружен. Чем больше клиенты развивают способность к самонаблюдению и интроспекции, тем больше вероятность использования самоанализа в качестве средства решения проблем после завершения психотерапии.

Суммирование

Суммирование – это обобщающее высказывание, которое в сжатой форме собирает вместе основные идеи рассказа клиента, обозначает темы или подытоживает результат, достигнутый в ходе определенного отрезка или даже всей беседы.

Суммирование или обобщение свидетельствует о внимательном слушании, помогает клиенту сосредоточиться на основных вопросах. Суммирование привносит порядок и акцентирует существующую последовательность. По образному выражению Трунова (2013), «резюмирование можно сравнить с созданием необходимых точек опор; резюмирующие высказывания консультанта – это острова в море информации, которую ему сообщает клиент».

Порой после, как казалось, успешной сессии клиент приходит и говорит: *«Да, а о чем мы говорили на прошлой сессии?»*. В такой ситуации бывает очень кстати суммировать основное содержание предыдущей встречи. Это оказывается весьма действенным способом обращения с сопротивлением.

Алешина упоминает наиболее простой вариант суммирования, а именно «краткое комментирование того, что говорит клиент, подведение итогов сказанного по тому или иному поводу: *„Значит, с вашей точки зрения, большую роль в этом конфликте играют ваши бывшие коллеги по работе“* или *„Таким образом, вы мне рассказали о ваших отношениях с сыном на сегодняшний день“*. Подобные реплики терапевта помогают клиенту оценить то, что он рассказал, проверить, не упущено ли что-то важное, что следует добавить» (Алешина, 1999). Краткое подведение итогов такого рода на разных этапах интервью помогает в заключение сделать итоговое суммирование содержания беседы.

Соммерз-Фланаган и Соммерз-Фланаган (2006) отмечают, что хотя в теоретическом отношении суммирование не представляет никаких сложностей, на практике подведение итогов может оказаться трудным. Информация быстро забывается, и память интервьюера дает неполную или искаженную картину того, что сказал клиент. Иногда, руководствуясь желанием подвести идеально точные итоги, клиницист берет на себя непосильную задачу. Например, как в нижеприведенном примере.

Терапевт: «А сейчас я хотел бы обобщить четыре основные темы, которые вы сегодня затронули. Во-первых, вы сказали, что из-за авторитарности отца ваше детство было трудным. Во-вторых, в браке вы очень критично относитесь к тому, как ваша жена воспитывает ребенка. В-третьих, вы описали себя как человека, который любит руководить и склонен к перфекционизму. И в четвертых, э-э-э... в-четвертых (долгая пауза), я забыл, что это было, но я думаю, что позже обязательно вспомню» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

Суммирование – это важный навык, требующий от терапевта хорошей памяти и мышления; он лежит в основе умения осмысливать материал и делать формулировку случая.

Суммирование – это также уместный способ проявления терапевтом контроля. Так, например, суммирование жалоб клиента в ходе первичной консультации позволяет их подытожить и перейти к следующему этапу беседы.

Порой клиенты резко переходят от одной темы к другой, поэтому очень полезным для терапевта может оказаться навык выделения тем. Выделив и обозначив ключевые темы в рассказе клиента, терапевт не только привносит ясность в непоследовательную речь клиента, но

и получает возможность привлечь его внимание к возможной связи между ними, предложить сфокусироваться на одной из них или перейти к новой теме, вытекающей из ранее сказанного. Таким образом, посредством суммирования можно акцентировать последовательность тем или событий в ходе сессии или на протяжении определенного отрезка времени в жизни клиента, а затем, например, спросить: «*Что это может означать?*». Тем самым мы стимулируем способность клиента к рефлексии или подготавливаем почву для интерпретации.

Если у терапевта есть определенный план, стратегия, которую он хотел бы реализовать в ходе сессии, прекрасным началом может быть суммирование начального отрезка сессии или содержания предыдущей сессии, из которого может вытекать определенное предложение.

Терапевт: Позвольте мне обобщить все, о чем мы до сих пор говорили, и исправьте меня, если я в чем-нибудь ошибусь. Вы – человек, который страдает паническими атаками в ситуациях, которые вы можете предвидеть и которые вы стараетесь избежать. Если вы не можете избежать их, вы обращаетесь за помощью и много говорите об этом. Когда вы говорите о проблеме, вы в тот момент чувствуете себя лучше, но потом вы чувствуете, что все идет еще хуже, потому что, если вас слушают, это означает, что в вас что-то не так. Также, когда вы просите о помощи, чтобы справиться с чем-то, чего вам не удастся избежать, вы в тот момент чувствуете себя спасенным, но потом вы ощущаете себя еще более неспособным, потому что раз другой человек помог вам, то это означает, что вы сами не в состоянии это сделать (Нардонэ, Сальвини, 2011).

Айви (Ivey, 1971) любезно подвел для нас итог, указав «ситуации, в которых чаще всего используется суммирование:

- когда консультант хочет структурировать начало беседы, чтобы объединить ее с прежними беседами;
- когда клиент говорит очень долго и запутанно;
- когда одна тема беседы уже исчерпана и намечается переход к следующей теме или к следующему этапу беседы;
- при стремлении придать некое направление беседе;
- в конце встречи при стремлении подчеркнуть существенные моменты беседы и дать задание на промежуток времени до следующей встречи» (цит. по: Кочюнас, 1999).

Отражение чувств

Отражение чувств – это словесное обозначение вербально или невербально выраженных клиентом эмоций с целью фасилитации их выражения и осмысления их значения.

Отражение чувств помогает клиенту войти в более полный контакт с собственными переживаниями. Отражение чувств называет эмоции, испытанные в прошлом, переживаемые в настоящий момент или в связи с предполагаемыми событиями в будущем, и поощряет их прямое выражение.

Клиент: Он не имел права так со мной поступать! Разве он знает мою жизнь?! Как он мог так со мной поступить!

Терапевт: То есть вы чувствуете гнев и возмущение...

Клиент: Конечно, потому что это несправедливо! Я всю дорогу шла от него и плакала.

Терапевт: Я услышала, что вы чувствовали обиду и бессилие.

Клиент: Да, он растоптал меня, а я ничего не могу, он сидит довольный.

Терапевт: Было так больно, что хотелось его как-то наказать (Певзнер, 2002).

Клиент: Моя проблема в том, что жена потеряла ко мне сексуальный интерес. Каждый вечер она приходит домой, молча ужинает, садится перед телевизором, а потом мы ложимся спать. И каждую ночь она говорит, что слишком устала, чтобы заниматься сексом.

Терапевт: Наверное, это вас сердит, а может быть, даже печалит.

Клиент: Да, я иногда думаю... (Файн, Глассер, 2003).

Роджерс (2012) считал, что техника отражения представляет канал, через который терапевт может проявлять эмпатию и безусловное позитивное принятие. Применение терапевтом отражения чувств и передаваемое этим отношение к эмоциям помогает клиенту научиться доверять собственным чувствам, относиться к ним как к важному источнику информации. Многие клиницисты, особенно гуманистические, ориентированные на переживание, и экзистенциальные терапевты, разделяют следующее представление: «Эмоции оказываются богатым источником смысла: они представляют собой очень важную для нас обратную связь. Наши эмоции определяют наши реакции и организуют наше поведение... Эмоции, как внутренний компас, служат нам ориентиром в окружающем мире и обеспечивают нас важнейшей информацией о личном значении событий; они говорят нам о наших желаниях и потребностях» (Джонсон, 2013).

Часто мы игнорируем, отрицаем, искажаем и вытесняем наши чувства, поскольку в детстве нам давали понять, что прямое проявление чувств неприемлемо. Всем нам нередко трудно выразить словами свои глубинные, наиболее приватные мысли и чувства. Многие люди взрослеют в той или иной степени отдельно от своего внутренних переживаний и, в результате, не принимают себя, относятся к собственным чувствам как к проявлениям незрелости и слабости. В силу этого многие клиенты нуждаются в том, чтобы вернуться к собственным эмоциям, позволить себя чувствовать их, принять себя такими.

Посредством отражения чувств терапевт показывает клиенту, что его чувства нормальны, естественны. Иначе говоря, это приносит клиентам облегчение.

Они перестают считать себя неадекватными, когда их чувства, их субъективный опыт признается. Применение отражения чувств способствует признанию, валидации эмоционального опыта клиента.

Терапевт, использующий отражение чувств, в каком-то смысле также выступает в качестве модели отношения к чувствам и их выражения, что помогает тем клиентам, которым трудно быть в контакте с собственными чувствами, которые просто не способны поначалу отве-

тить на вопрос терапевта о чувствах. Отражение чувств является для таких клиентов полезным вмешательством, поскольку содержит предположение об испытываемых клиентом чувствах, а не предлагает открыто проявить чувства, которые клиент может и не осознавать. Догадка терапевта о чувствах порой позволяет обойти защиты клиента и возможное смущение из-за них.

Мы все знаем, что чувства могут быть амбивалентными. Зачастую именно противоречивые чувства составляют суть наиболее значимых противоречий, являющихся источниками внутреннего конфликта. Человек, который не способен принять решение, нередко чувствует, что его раздирает конфликт, что он буквально зажат в тисках противоречивых чувств. Так, например, клиент может испытывать комбинацию любви, ненависти и вины по отношению к близкому человеку в определенной ситуации. Принятие собственных амбивалентных чувств, их выражение и осмысление может привести к прояснению ситуации и принятию решения. Иначе говоря, способность клиентов разрешить свои проблемы определенно увеличивается, когда их чувства пережиты и ясны.

Если клиенты смогут принять свои эмоции, они смогут быть более открытыми к новым чувствам, будут способны переживать их. Чувства не статичны, они изменяются в результате их переживания. Когда человек переживает какое-то чувство открыто и в полной мере, как правило, возникают новые чувства. Например, если человек в полной мере переживает гнев, он может начать осознавать печаль, а ее переживание может привести к чувству принятия и покоя. Тейбер (Teyber, 1997) считает, что чувства существуют в конstellациях. Например, под гневом может скрываться обида и печаль, а под печалью можно обнаружить гнев и вину. Иначе говоря, полезно думать об уровнях или слоях чувств, а также о том, что чувства могут быть как адаптивными, т. е. требующими их выражения, так и неадаптивными, сдерживающими и скрывающими более глубокие чувства, т. е. выступать в качестве защиты (подробнее об этом см.: McCullough et al., 2003). Это требует от терапевта выбора определенных элементов аффективного содержания клиента, которые в данный момент нуждаются в отзеркаливании.

Выражение чувств имеет положительный эффект, когда, в результате, напряжение сменяется облегчением, когда клиенты начинают принимать собственные чувства и, в итоге, могут даже ощутить гордость за то, что они выразили их, встретились с ними. Однако выражение чувств может иметь и нежелательные последствия, например, когда клиент открывает интенсивные чувства, которые он еще не готов вынести.

Идея Игана (Egan, 1998) о главном послании клиента, на мой взгляд, перекликается с техникой отражения чувств. Согласно Игану, задача терапевта состоит в понимании сути сообщения клиента, которое обычно содержит как фактическое представление ситуации, так и субъективную (аффективную) реакцию на нее. Поэтому, слушая клиента, терапевт должен задаваться вопросом «Какое главное сообщение в речи клиента?». Как правило, главное сообщение истории часто связано с аффектом или желанием (потребностью) индивида.

Чтобы выразить понимание главного сообщения, можно воспользоваться формулой *«Вы чувствовали... потому что...»* или, наоборот, *«Вы так сделали... потому что чувствовали...»*.

Терапевт: Вы чувствуете печаль, потому что день рождения – это также свидетельство того, что годы уходят.

Терапевт: Вы разозлились на меня, потому что я отменил прошлую встречу.

Терапевт: Вы позвонили вашему другу, потому что вам было очень одиноко.

Когда клиент слышит отражение его чувств, он может сверить их с собственными ощущениями, с тем, что он действительно чувствует. Например, терапевт использует слово «обеспокоены», что заставляет клиента обратиться внутрь и поправить терапевта, если ему кажется, что это слово не совсем верно отражает его чувства.

Макдональд (MacDonald, 1996) «предлагает терапевтам быть предусмотрительными при поощрении клиентов к выражению чувств, в частности, в следующих ситуациях:

- клиент имеет серьезное эмоциональное расстройство, бред или выраженный гнев, а терапевт не имеет опыта обращения с такими клиентами;
- клиент переживает серьезный эмоциональный кризис и обсуждение чувств увеличит давление, которое он сейчас может выдержать;
- клиент имеет в прошлом с трудом пережитые эмоциональные кризисы;
- нет достаточно времени, чтобы работать с чувствами» (цит. по: Hill & O'Brien, 1999).

Обращение с чувствами – это весьма непростая работа для терапевта, это своего рода вызов и проверка его компетентности. Тейбер (Teuber, 1997) составил перечень способов, каким терапевт может блокировать адекватное обращение с аффектами клиента:

- встревожиться и сменить тему;
- впасть в молчание и эмоционально отдалиться;
- интерпретировать значение чувств и умышленно дистанцироваться;
- прибегнуть к самораскрытию и перейти к собственным чувствам;
- успокоить и заверить клиента, что все будет хорошо;
- чрезмерно идентифицироваться с клиентом и настаивать, чтобы клиент принял решение или сделал что-то, чтобы справиться с чувствами.

Если говорить о начинающих терапевтах, то можно говорить о нескольких типичных ошибках при применении отражения чувств. «Самой общей ошибкой является слишком частое использование стереотипной вводной фразы *„Вы чувствуете...“*» (Brammer & Shostrom, 1977). Чтобы избежать этого, можно использовать слово, выражающее чувство. Например: *«Вы были раздражены (обижены, встревожены), когда это случилось»*. Другие варианты начала фраз: *«Похоже, что вы...»*, *«Если я правильно понял, вы испытали...»* или *«В ваших словах мне слышится...»*.

Другой частой ошибкой является отражение на неадекватном уровне глубины переживания. Отражение чувств может быть осуществлено на разных уровнях. Терапевт может держаться поверхностного уровня или же попытаться отреагировать на более глубоком уровне. Так, терапевт может отразить тот же аффект, который выразил клиент, но используя слово большей интенсивности или обратиться к другому аффекту. «Некоторые терапевты последовательно слишком поверхностны в их попытках отражения чувств. Другие – слишком глубоки, подобно тем, кто стремится бежать впереди паровоза, в данном случае, обгоняя естественный ход процесса переживания» (Porter, 1950).

Клиент: Я хочу стать инженером, но я не смогу быть без нее четыре года... Я просто не смогу этого сделать.

Терапевт: Для вас настолько важны отношения с ней, что вам трудно решиться на расставание (Brammer & Shostrom, 1977).

«Вариант слишком глубокого отражения чувств, в данном примере была бы реакция: *„Вы не смогли бы жить без нее в течение четырех лет“*» (Brammer & Shostrom, 1977).

Признание невербальных проявлений

Признание невербальных проявлений – это способ сосредоточения на невербально выраженных эмоциях с целью их осознания и выражения.

Признание невербальных проявлений предполагает отклик не на содержание высказывания клиента, а на невербальные сигналы переживаемого аффекта.

Терапевт: Вы выглядите так, как будто готовы заплакать.

Терапевт: В вашем голосе слышится разочарование.

Терапевт: Я заметил, что уже не один раз при упоминании о ней ваше лицо оживает, после чего вы на некоторое время замолкаете.

Как известно из опыта, сосредоточение на телесных ощущениях способствует осознанию и усилению эмоций, поэтому признание невербальных проявлений часто оказывается очень эффективным средством фасилитации эмоционального выражения.

Формулировка альтернатив

Формулировка альтернатив – это предложение терапевтом возможных эмоциональных реакций клиента на ту или иную жизненную ситуацию.

«Нередко клиенту трудно представить себе, что можно чувствовать в той или иной ситуации. Простейший способ помочь ему – предложить альтернативные формулировки ответа» (Алешина, 1999). По мнению Алесиной, альтернатив, предлагаемых клиенту, может быть немного – достаточно двух-трех, и они необязательно должны быть верными. Цель формулирования альтернатив состоит в предоставлении некоторых образцов, отталкиваясь от которых клиенту легче описать свои чувства.

Терапевт: И что же вы почувствовали, когда он сделал это? Это вас обидело, вы приняли это как должное... или?... (Алешина, 1999).

Терапевт: Так вы разозлились или испугались, услышав это? (Алешина, 1999).

Суммирование чувств

Суммирование чувств – это обобщающее высказывание, вбирающее в себя разные чувства, выраженные клиентом в ходе определенного отрезка беседы или даже всей беседы.

Суммирование чувств вбирает в одно утверждение несколько ранее выраженных чувств. В суммарном отражении чувств может быть выделена последовательная смена нескольких чувств или отмечено изменение интенсивности какого-либо одного аффекта. Иначе говоря, суммирование чувств обычно используется вместо отражения чувств, когда коммуникация клиента содержит больше, чем один – два аффективных элемента. В отличие от отражения чувств, которое отвечает на одну часть коммуникации клиента, суммирование чувств – это интеграция нескольких аффективных компонентов коммуникации.

Клиент: Я так разозлен на мою мать и жену. Они всегда следят за мной, говорят, что мне делать, куда идти, что думать – планируют всю мою жизнь за меня. Это так в течение многих лет. Я хотел бы быть способным делать что-то иначе, по-своему, но я чувствую безнадежность по этому поводу. Я хотел бы, чтобы однажды я стал мужчиной и смог противостоять им, но я лишь уступаю и сдаюсь.

Терапевт: Похоже, в этой ситуации вы испытываете несколько чувств – во-первых, вы явно испытываете гнев в связи с их поведением. Вы также чувствуете печаль и, может быть, стыд из-за вашего бессилия что-то изменить. Это верно? (Cormier & Cormier, 1999).

Конфронтация

Конфронтация⁴ – это выявление и демонстрация противоречий или расхождений между различными элементами опыта клиента, обращение его внимания на то, чего он избегает, вызов его иррациональным идеям, защитам или сопротивлению.

Термин «конфронтация» (или вызов) как будто подразумевает идею враждебного акта, однако это так лишь отчасти. «Терапевтическая конфронтация заключается в конструктивном столкновении клиента с информацией, противоречащей его опыту, его Я-концепции, его взгляду на ситуацию, на других людей и т. д.» (Трунов, 2013). В действительности подлинная терапевтическая конфронтация враждебна лишь по отношению к невротическим «уловкам» и неадаптивным реакциям клиента. По сути, конфронтация – это своего рода призыв стать более интегрированным, «высказывание правды с любовью» (Хэмбли, 2004).

«Цель конфронтации – добиться более ясного восприятия клиентом себя и своих действий. У клиентов часто складываются искаженные представления об окружающих, мире и себе. Эти искажения обычно проявляются в форме несоответствий и противоречий» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006). Иначе говоря, терапевты прибегают к конфронтации с намерением показать клиентам расхождения в их мыслях и поведении, чтобы способствовать осознанию защит и иррациональных идей и, в результате, изменить их неадаптивные паттерны мышления, чувствования или поведения.

Классическая фраза конфронтации содержит две части и выглядит следующим образом: *«С одной стороны, вы... но, с другой стороны...»*. Подобный оборот речи, высказанный без оценки, помогает клиенту осознать противоречие в его суждениях или действиях. Первая часть включает тот или иной аспект сообщения или поведения клиента, вторая часть обычно начинается с «но» и указывает на несоответствие с первой частью. Противоречие может быть между частями сказанного, между словами и делом, между вербальным и невербальным поведением, между фантазией и реальностью.

Терапевт: Я не совсем понимаю кое-что из того, что вы мне говорите. Не могли бы вы помочь мне прояснить это. С одной стороны, вы говорите, что не знаете, что же привело к разводу – просто пришло извещение из суда... Но все же в разговоре вы упомянули факт, который, возможно, и послужил причиной развода: насколько я понимаю, вы не общались друг с другом. И я хотел бы понять, как же вы сопоставляете эти две вещи.

Впрочем, формулировка конфронтации может быть совершенно иной. Можно сказать, что здесь терапевт может проявить выдумку, фантазию. Неизменным является наличие указания на несоответствие в опыте клиента или вызов неадаптивным проявлениям.

Терапевт: Итак, вы видите только два варианта: или вы остаетесь и будете несчастны всю жизнь, или вы собираете вещи и уходите. Возможно, есть какие-то промежуточные варианты, которые не приходили вам в голову (Файн, Глассер, 2003).

Терапевт: Как вы думаете, если бы вам напоминали об этом так часто и в абсолютно неподходящих для вас ситуациях, как бы вы к этому относились, какова была бы ваша реакция? (Алешина, 1999).

Терапевт: Итак, хотя вы уже взрослый и у вас есть жена и дети, каждый раз, когда вы приходите к родителям, они обращаются с вами как с ребенком и вы начинаете ощущать и вести себя как ребенок. Вы возвращаетесь в детство и снова играете эту старую роль (Файн, Глассер, 2003).

⁴ От лат. confrontatio – «столкновение», букв. «лицом к лицу», «напротив друг друга».

Клиент: Я всегда была ленивой. Так, например, в детстве меня оставляли дома одну, говорили, чтобы я играла. У меня было много игрушек. Я же не притрагивалась к ним, что очень удивляло родителей.

Терапевт: Как пример собственной ленивости вы нарисовали драматичный образ оставленного в одиночестве ребенка.

Согласно Хилл и О'Брайен (Hill & O'Brien, 1999), терапевт может сосредоточиться на следующих типах расхождений:

- между двумя словесными утверждениями (*«Вы сказали, что нет никакой проблемы, но вы также сказали, что он очень злится на вас»*);
- между словами и действиями (*«Вы говорите, что хотите получить хорошие оценки, но большую часть времени вы тратите на вечерники и отсыпание после них»*);
- между двумя действиями (*«Вы улыбаетесь, но ваши зубы крепко стиснуты»*);
- между двумя чувствами (*«Вы злитесь на вашу сестру, но вам также доставляет удовольствие, что теперь все увидят, какая она в действительности»*);
- между ценностями и поведением (*«Вы сказали, что вы верующий человек, но затем вы начали высмеивать ваших друзей»*);
- между представлением о себе и опытом (*«Вы сказали, что вы никому не интересны, но ранее вы описали ситуацию, когда коллега пригласил вас вместе пообедать»*);
- между идеальным Я и реальным Я (*«Вы сказали: „Я хочу этого достичь“, но вы также сказали: „Я не могу“*);
- между мнениями клиента и терапевта (*«Вы говорите, что не работаете по-настоящему, а я думаю, что вы проделали огромную работу»*).

Создатели когнитивной терапии Айрон Бек (2003) и рационально-эмотивной терапии Альберт Эллис (Эллис, Драйден, 2002) сделали дисфункциональные идеи и иррациональные убеждения клиентов мишенью терапевтического воздействия. Согласно теории когнитивной терапии, наши эмоции напрямую связаны с нашими мыслями, с тем, что мы говорим самим себе. При выявлении иррациональных убеждений клиента терапевт может бросить им вызов (*«Вы сказали, что вы ничто без него. Я не могу поверить, что вы это сказали»*). Хилл и О'Брайен (Hill & O'Brien, 1999) отмечают, что «две, наиболее распространенные иррациональные идеи, – это „Каждый должен любить меня“ и „Я должен быть совершенным“. Выявив эти убеждения, терапевт может бросить им вызов, например, следующим образом: *„Вы ведете себя так, как будто хотите, чтобы все вас любили. Неужели вы сами любите всех и каждого?“* или *„Вы хотите написать совершенную диссертацию. Вы собираетесь писать ее всю жизнь?“*».

Применение конфронтации требует взвешенной оценки и осторожности, поскольку ее неуместное использование разрушает эмоциональный контакт между терапевтом и клиентом. В идеале с любым клиентом стоит начинать с мягкой конфронтации, сформулированной в виде предположения, просьбы пояснить или вопроса. Если клиент откликается на такую пробную конфронтацию, то в последующем можно конфронтировать более смело, однако, всякий раз отмечая при этом, как клиент реагирует на нее, как это влияет на эмоциональный контакт между ними.

Если же клиент игнорирует конфронтацию или реагирует на нее негативно, это значит, что по той или иной причине клиент не способен ее использовать в данный момент и вряд ли стоит с этим упорствовать. Если клиент реагирует на конфронтацию негативно, то терапевту нужно провести переоценку манеры и формы ее осуществления, того, готов ли клиент услышать ее в данный момент и является ли конфронтация верным способом вмешательства в случае с этим пациентом.

Бросая вызов защитам клиента, мы не преследуем при этом цели как можно быстрее обезоружить его. Существующие защиты имеют свои веские причины – они помогают клиентам справляться с дискомфортом и негативными переживаниями. Наша цель – показать клиенту – когда, как именно и насколько часто он защищается и какие это имеет последствия для его жизни. Например, человек, который в детстве нередко сталкивался с враждебными нападками со стороны родителя, может начать уходить в себя, отключаться от собственных чувств, что тогда, в той ситуации было весьма адаптивным, но если и в последующих близких отношениях он при малейшем напряжении в отношениях поступает так же, это может быть совершенно неадаптивно.

В отдельных случаях может быть уместна прямая, достаточно жесткая конфронтация, например, по отношению к клиенту, злоупотребляющему алкоголем.

Клиент: Док, все в порядке. Я пью, когда хочу, но это не очень влияет на другие стороны моей жизни. Я люблю повеселиться. Мне нравится пропустить рюмочку – другую в выходные. А кому не нравится?

Терапевт: Да вы действительно любите повеселиться. Однако вас уже дважды задерживали за вождение в нетрезвом виде, трижды увольняли с работы, вы как минимум раз шесть ввязывались в пьяные драки. Мне кажется, что злоупотребление спиртными напитками – ваша основная проблема. Если вы не признаете этого и не примете меры, у вас по-прежнему будут неприятности с законом, неприятности на работе, неприятности во взаимоотношения с окружающими. Вы и вправду считаете, что у вас все в порядке? (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

Айви (Ivey, 1994) отмечает, что прямая конфронтация может быть подходящим способом для клиентов мужского пола, склонных к отыгрыванию. Эти клиенты находят вежливый и мягкий подход бессмысленным и могут перестать уважать терапевта за такую слабость. По всей видимости, Айви имел в виду клиентов с асоциальным и пограничным личностным расстройством.

Конфронтация – это трудное вмешательство для многих начинающих психологов-консультантов и психотерапевтов. Большинство начинающих терапевтов не прибегают к бросанию вызова клиентам, потому что не хотят быть вторгающимися и обвиняющими. Как правило, идеальное Я начинающих терапевтов включает такие качества, как принимающий, теплый и заботливый. Должно пройти немало времени, пока сформируется реальное терапевтическое Я, в которое войдет «бросающий вызов, когда это уместно».

Поскольку эффективное применение техники конфронтации с разными клиентами связано с вопросами тактики и стратегии, в завершение раздела о конфронтации хотелось бы привести цитату из трактата Сунь-Цзы «Искусство войны»: «Правила ведения войны таковы: если противник находится на высотах, не иди прямо на него; если за ним возвышенность, не располагайся против него; если он притворно убегает, не преследуй его; если он полон сил, не нападай на него; если он подает тебе приманку, не иди на нее; если войско противника идет домой, не останавливай его; если окружаешь войско противника, оставь открытой одну сторону; если он находится в безвыходном положении, не нажимай на него; это и есть правила ведения войны».

Обратная связь

Обратная связь – это описание поведения клиента, которое помогает ему узнать, как он воспринимается другими, как они реагируют на его поведение, чтобы помочь клиенту задуматься над коррекцией своего поведения.

Полезная обратная связь содержит конкретную информацию о проявлениях клиента, она описательна, своевременна и в идеале безоценочна. Вместе с тем намерение терапевта при этом состоит в том, чтобы клиент оценил собственное поведение и задумался над его коррекцией.

Терапевт: В начале нашей беседы вы жаловались на то, что муж часто конфликтует с вами, но вы только что рассказали о нескольких ситуациях, в которых вы сами выступали инициатором конфликтов, а муж не только не пытался обвинить вас в чем-то, а, наоборот, искал пути примирения. Что вы по этому поводу думаете? (Алешина, 1999).

Терапевт: Когда вы рассказываете о муже, выражение вашего лица и тон, как мне кажется, демонстрируют пренебрежение.

Важно то, как клиент воспринимает обратную связь. Если между терапевтом и клиентом установлены доверительные отношения, то некоторая степень критики, которую явно или неявно содержит обратная связь, может быть воспринята клиентом как действие в его интересах. Кроме того, конечно же, важна форма выражения обратной связи. Кейсмент (2005) иллюстрирует это на примере пациента, проявляющего высокомерие. «Если при этом терапевт просто скажет „Вы высокомерны“, то пациент может воспринять это как нападение и захочет поспорить. Если мы попробуем в этот момент проидентифицироваться с пациентом, то легко поймем, что лучше сказать: „Иногда вы становитесь довольно высокомерным“. По крайней мере, последнее высказывание лишено абсолютного характера и предполагает, что есть моменты, когда пациент не высокомерен или менее высокомерен, чем в данный момент. Это облегчает пациенту обдумывание моментов, когда возникает и исчезает высокомерность, а также дает возможность распознать различные обстоятельства, при которых появляется высокомерие, а далее – способствует раскрытию его защитной функции» (Кейсмент, 2005).

Интерпретация

Интерпретация – это объяснение, придание нового смысла внутренним переживаниям или внешним событиям в жизни клиента, связывание друг с другом разных элементов его опыта, попытка расширить сферу самосознания клиента, указав на неосознаваемые детерминанты его поведения.

«Интерпретация является основой любой психотерапевтической работы, поскольку наша главная задача – обобщить представленный клиентом материал и сделать на его основе содержательные выводы» (Коттлер, 2002). Интерпретация является главной техникой в психоаналитической терапии, целью которой является достижение клиентом инсайтов касательно себя и собственного поведения. Однако она повсеместно применяется и в других методах психотерапии. Многочисленные научные исследования подтверждают наличие связи между умелым применением интерпретаций и благоприятным исходом психотерапии (Orlinsky et al., 1994).

«В отличие от других видов вмешательства, интерпретации: а) имеют отношение к неосознаваемому материалу, а не к очевидной для пациента данности; б) направлены на объяснение, а не просто на описание поведения пациента; в) заключают в себе выводы, предположения и альтернативные гипотезы, а не наблюдения и достоверные факты. Интерпретации также обладают двумя особенностями, нередко заставляющими пациента испытывать чувство дискомфорта. Во-первых, сообщая клиенту нечто новое о его внутренней жизни или поведении, интерпретации неизбежно что-то меняют в его представлениях о самом себе. Чтобы думать, чувствовать или действовать по-новому, необходимо отказаться от старых стереотипов; реструктурирование опыта и модификация поведения, являющиеся целью интерпретации, могут быть достигнуты только через изменение существующих структур и моделей поведения... Во-вторых, поскольку интерпретации подразумевают, что модели поведения или взгляды пациента не вполне эффективны и реалистичны, они всегда представляют собой своего рода критику... Даже деликатные интерпретации являются для пациента испытанием, снижают его самооценку и мобилизуют защитные механизмы» (Вайнер, 2002).

Психоаналитик Грей (Gray, 1994) сформулировал важный принцип интерпретации, который звучит: «В дополнение, а не вместо». Иначе говоря, терапевту следует предлагать интерпретацию в качестве возможного дополнительного смысла к уже высказанному клиентом значению ситуации, а не в качестве категорично истинного утверждения. Клиенту легче принимать интерпретации, формулируемые как допущения, когда ему позволяется отвергнуть их. Вайнер (2002) пишет по этому поводу: «Точно так же как интерпретации следует рассматривать в качестве альтернативных гипотез, а не приговора, пациентов следует считать партнерами по исследовательской работе, а не студентами, присутствующими на лекции... Интерпретации, до которых с помощью психотерапевта пациент дошел сам, оказывают большее воздействие и дают более стойкие положительные результаты, чем интерпретации, предлагаемые пациенту в завершенном виде. Пациент, с которого снимается ответственность за интерпретирование, оказывается в роли опекаемого и лишается возможности самостоятельно открыть в себе что-то новое».

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.