



# АНАТОМИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ

БАЗОВЫЕ НАВЫКИ И ТЕХНИКИ

*Учебное пособие*



К. В. Ягнюк



Институт Практической  
Психологии и Психоанализа

# АНАТОМИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ

Выпуск 9



К. В. Ягнюк

# АНАТОМИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ

БАЗОВЫЕ НАВЫКИ И ТЕХНИКИ

*Учебное пособие*

Москва  
Когито-Центр  
2014

УДК 159.9  
ББК 88  
Я 29

*Все права защищены. Любое использование материалов  
данной книги полностью или частично  
без разрешения правообладателя запрещается*

*Рекомендовано Ученым советом Института практической психологии  
и психоанализа в качестве учебного пособия  
по направлению подготовки (специальности) «Психология»*

**Ягнюк К. В.**

**Я 29** **Анатомия терапевтической коммуникации. Базовые навыки и техники. Учебное пособие.** – М.: Когито-Центр, 2014. – 166 с. (Библиотека Института практической психологии и психоанализа. Вып. 9)

ISBN 978-5-89353-412-2

УДК 159.9  
ББК 88

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.

© К. В. Ягнюк, 2014  
© Когито-Центр, 2014

ISBN 978-5-89353-412-2

# Содержание

Предисловие .....	7
-------------------	---

## **ГЛАВА 1**

### **ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОММУНИКАЦИЯ:**

<b>ВИДЫ ВЕРБАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ .....</b>	<b>10</b>
---	-----------

Введение .....	10
----------------	----

Вопрос .....	11
--------------	----

Поощрение .....	18
-----------------	----

Информирование .....	22
----------------------	----

Отражение когнитивного содержания .....	25
---	----

Отражение чувств .....	33
------------------------	----

Конфронтация .....	39
--------------------	----

Интерпретация .....	45
---------------------	----

Самораскрытие .....	51
---------------------	----

Прямое руководство .....	60
--------------------------	----

Поддержка .....	71
-----------------	----

Заключение .....	75
------------------	----

Вопросы для обсуждения .....	76
------------------------------	----

Вопросы для размышления и саморефлексии .....	76
---	----

## **ГЛАВА 2**

### **НЕВЕРБАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ**

<b>ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ .....</b>	<b>78</b>
---	-----------

Введение . . . . .	78
Визуальный контакт. . . . .	80
Лицевая экспрессия . . . . .	82
Невербальные аспекты речи. . . . .	85
Пространство и дистанция во взаимодействии . . . . .	91
Жесты . . . . .	94
Позы . . . . .	96
Виды невербальных посланий . . . . .	98
Заклучение . . . . .	100
Вопросы для обсуждения . . . . .	100
Вопросы для размышления и саморефлексии . . . . .	101

### **ГЛАВА 3**

#### **ТЕХНИКА НАЧАЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:**

#### **ЗАДАЧИ, НАВЫКИ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА . . . . .102**

Введение . . . . .	102
Цели и задачи начальной консультации . . . . .	105
Начало консультации. . . . .	109
Середина консультации. . . . .	117
Окончание консультации . . . . .	128
Заклучение . . . . .	134
Вопросы для обсуждения . . . . .	135
Вопросы для размышления и саморефлексии . . . . .	136

#### **ПРАКТИКУМ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ . . . .137**

Задание 1. Запись учебной сессии: анализ вербальных вмешательств . . . . .	137
Задание 2. Оклик на запрос клиента: вариации вмешательств . . . . .	141
Задание 3. Выбор и сочетание вербальных вмешательств (на примере e-mail-консультации) . . . . .	151

Литература . . . . .	158
----------------------	-----

Информация об авторе . . . . .	165
--------------------------------	-----

## Предисловие

Развитие психолога-консультанта и психотерапевта – это путешествие длиной 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 профессию<sup>1</sup>. 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 ста-

---

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

тьи 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 Развите Джармен, без встречи с которыми на моем профессиональном пути эта книга, скорее всего, никогда бы не появилась.

*Константин Ягнюк*  
<http://www.yagniu.ru/>

# 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 неперенная 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 вы-

нуждены 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. Например: «*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 си-

туации («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 чувств («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-Фланган, Соммерз-Фланган, 2006; Shea, 1998) отдельно выделяют так

1 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.

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.

**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 отграничивает 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 беседах 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.

Сигнализировать 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 неза-

конченной 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 неоправимое.

**Терапевт:** Неоправимое...?

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 глубинных 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 глубинных, 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 открытию<sup>1</sup> Ференци приглашение ассоциаций мы можем дополнить приглашением фантазий («Что вам представилось в этот момент?», «Не могли бы вы пофантазировать о возможном развитии ситуации?»).

## **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.

---

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

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 происходит“*. 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 тщатель-*

но 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 тера-

певтом 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 прояснения 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 прояснения 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 замешательст-

во перед тем, что остается неясным. С помощью прояснения 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 покритиковать.

**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 – маленький 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 ни-

каких 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 ответить 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 (Teuber, 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 Алешиной, 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? (Алёшина, 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**

Конфронтация<sup>1</sup> – 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 столкно-

---

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

вении 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).

**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 любимым 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 конфронттировать 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 защитами 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, от-

ключаться 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 вызывались 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 не-

го; 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 пойдем, 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 позволено 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 завершённом виде. Пациент, с которого снимается ответственность за интерпретирование, оказывается в роли опекаемого и лишается возможности самостоятельно открыть в себе что-то новое».

**Клиент:** Мне хотелось бы понять, почему люди меня используют; все всегда кончается тем, что я делаю так, как нужно им, а не мне.

**Терапевт:** Судя по вашему рассказу, дело не столько в том, что вас используют, сколько в том, что вы всегда идёте на поводу у других людей, не говоря о своих желаниях и стремлениях. Что вы об этом думаете, может ли такое быть? [Обращенный к клиентке призыв отделить наблюдающее Я от переживания того, что ее используют, для изучения этого переживания вместе с психотерапевтом.]

**Клиент:** Я никогда об этом не задумывалась, но полагаю, что веду себя именно так. Я как бы прошу людей принимать за меня решения, не делая этого самостоятельно.

**Терапевт:** То есть вы не пассивная жертва. [Обращение к клиентке рассмотреть вероятность того, что причины ее трудностей кроются в ней самой, а не в других людях, как она считала раньше.]

**Клиент:** Да, думаю, что если посмотреть на происходящее с этой стороны, то я сама создаю такую ситуацию тем, что не высказываю своего мнения и не пытаюсь повлиять на уже принятое решение. Но почему я не говорю людям о своих чувствах и желаниях, особенно друзьям?

**Терапевт:** А как вы думаете? (Вайнер, 2002).

В качестве способа привлечения пациента к активному участию в интерпретационном процессе Вайнер (2002) предлагает метод

частичной интерпретации. «Частичное интерпретирование подразумевает предложение сокращенного варианта интерпретации с целью побудить пациента к ее самостоятельному завершению. В предыдущем примере частичной интерпретацией явилась фраза психотерапевта: „То есть вы не пассивная жертва“. Полная интерпретация на этот момент могла бы звучать следующим образом: „Иными словами, вы не пассивная жертва действий других людей; вы не высказываете свое мнение и не пытаетесь повлиять на уже принятые решения, и именно ваша нерешительность заставляет других принимать решения за вас“» (Вайнер, 2002).

Конечно же, также очень важна форма выражения интерпретаций. Коттлер (2002) отмечает, что «негативные реакции клиента зачастую объясняются не сопротивлением или имеющейся психопатологией, а естественным ответом на воображаемое поведение: клиент ощущает боль и считает себя отвергнутым. Вот несколько примеров того, как можно подать интерпретацию в негативном и позитивном ключе. С одной стороны, можно сказать: *„По-видимому, вы отыгрываете свои проблемы в отношениях с женой, как раньше делали это со своей матерью“*. А теперь сравните: *„Мне кажется, что в вашем отношении к жене и матери есть некоторое сходство“*. Или другой пример: *„Вы чувствуете себя в ловушке, но не похоже, что вы хотите из нее выбраться“*. Другой вариант этой интерпретации будет гораздо более действенным: *„Одна часть вас действительно хочет измениться к лучшему, в то время как другую устраивает имеющееся положение вещей“*» (Коттлер, 2002).

«Интерпретации, в правильности которых психотерапевт небезосновательно уверен, можно начать словами: *„Теперь кажется очевидным, что вы...“* Не будучи уверенным в правильности интерпретации, но имея некоторые основания для своей точки зрения, психотерапевт может начать со слов: *„Вероятно...“* или *„Мне кажется, что...“* Желая проверить смутные догадки, не подкрепленные убедительными доказательствами, психотерапевт поступит разумно, если начнет интерпретацию следующим образом: *„Существует ли вероятность того, что...?“* или *„Мне пришла в голову одна мысль, которую я хотел бы с вами обсудить“*» (Вайнер, 2002).

Интерпретации триады конфликта (непризнаваемый аффект или импульс–тревога–защита) и сопротивления являются характерными особенностями психоаналитической техники.

**Клиент:** Только что, когда вы упомянули о смерти мужа, мне показалось, что на вашем лице мелькнуло выражение гнева. Но едва

я попыталась задать вопрос, вы быстро сменили тему, заговорив о проблемах с дочерью. Можно ли сказать, что вы чего-то боитесь, когда чувствуете гнев на мужа из-за того, что он покинул вас? (Стренгс, 2000).

**Терапевт:** Конечно, сексуальность – это важная часть любых интимных отношений. Но возможно ли, что отчасти причиной того, почему вы становитесь очень сосредоточенным на сексуальном аспекте отношений, является ваш страх близости с вашей женой.

**Терапевт:** Вы так много времени сейчас проводите на работе. Мне интересно, не является ли это способом избегания непереносимого чувства печали, которая является неизбежной частью вашего разрыва с подругой.

Интерпретация переноса и генетическая интерпретация, т. е. связывание с прошлым тех или иных проявлений клиента в текущей жизни или в терапевтической ситуации – два других характерных варианта интерпретации, которые также часто применяются психоаналитическими терапевтами.

**Клиент:** Теперь, когда вы об этом сказали, я понимаю, что в вашем поведении и выражении лица не было ничего необычного. Однако, когда я начала сегодня разговор, мне показалось, что вы смотрите надменно, будто насмехаетесь надо мной, и мне стало очень обидно. Почему у меня сложилось такое впечатление?

**Терапевт:** Наверное, какие-то другие люди в вашей жизни производят на вас такое впечатление.

**Клиент:** Другие люди? Дайте подумать. [Пауза.] Знаете, я об этом уже давно не думала, и сейчас мне неприятно об этом вспоминать, но мой отец вел себя по отношению ко мне примерно так же. Когда бы я ни пыталась ему рассказать о чем-то важном для меня, он самодовольно улыбался, снисходительно, насмешливо отвечал что-нибудь, а я чувствовала себя полным ничтожеством. Не знаю, чего было больше, гнева или унижения, думаю, я чувствовала и то, и другое.

**Терапевт:** То есть вы отреагировали на меня так, будто я ваш отец, а вы – все еще маленькая девочка.

**Клиент:** Это глупо, но, видимо, так оно и есть.

**Терапевт:** Таким образом, вы, взрослая женщина, чувствуете себя неполноценной перед мужчинами, поскольку все еще считаете себя маленькой девочкой и воспринимаете мужчин так же, как своего отца, как людей, выше вас (Вайнер, 2002).

**Терапевт** [*перед долгим летним перерывом*]: Мы оба знаем, что вы, как взрослый, сможете справиться с моим отсутствием. Тем не менее, вы можете чувствовать, что если я на самом деле понимал, что значит для ребенка внутри вас мое длительное отсутствие, то я бы не смог уехать (Кейсмент, 2005).

**Терапевт**: Мне кажется, есть некое сходство в том, как вы сердитесь на меня и на вашу жену, подозревая нас в том, что мы ждем от вас чего-то неисполнимого. Это заставляет меня вспомнить те давние времена, когда вам, судя по вашим словам, никак не удавалась угодить матери, такой требовательной и неспособной оценить ваши усилия (Стренгс, 2000).

При осуществлении интерпретации всегда важно отслеживать отклик клиента на сделанное вмешательство. «Если интерпретация эффективна, пациент принимает ее, понимает и использует как стимул к дальнейшему самопознанию. Пациент только тогда сможет добиться каких-либо стойких положительных изменений, когда, найдя подтверждение интерпретации в своем прошлом или поняв ее значение для своего настоящего и будущего, воспримет ее содержание как часть своего Я... К положительным реакциям на интерпретации можно отнести повышенное внимание („Я никогда об этом раньше не думал“; „Когда вы это сказали, меня охватила тревога, поэтому в ваших словах, наверное, действительно что-то есть“), рассуждения („Интересно, не причина ли это моего страха перед новыми знакомствами?“; „Это напоминает мне чувства, которые я испытывал к своей школьной учительнице“) и сомнения („Я не совсем понимаю, как вы пришли к такому выводу“» (Вайнер, 2002). Следующие за интерпретацией ассоциации клиента, явно или косвенно подтверждающие ее, а также обращение клиента вглубь и выражение ранее скрытых чувств, мыслей и желаний или появление в сознании новых воспоминаний или фантазий – еще более явная положительная реакция на интерпретацию.

### *Переформулирование*

Переформулирование – это альтернативное объяснение, придание нового смысла переживаниям и/или поведению клиента.

По мнению Соммерз-Фланаган и Соммерз-Фланаган (2006), переформулирование используется в основном тогда, когда интервьюер полагает, что мировосприятие клиента искажено или затрудняет адаптацию.

**Терапевт** [по отношению к клиенту, страдающему депрессией]: Когда вы совершаете ошибку, вы склонны рассматривать ее как свидетельство неудачи, но вы можете рассматривать ее и как свидетельство ваших усилий и продвижения к конечному успеху. Фактически, большинство успешных людей, прежде чем достичь цели, терпят многочисленные неудачи (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

Позитивная интерпретация или парадоксальное переформулирование – это создание в сознании клиента необычной перспективы, призыв к альтернативному, нередко к прямо противоположному, очевидному и рациональному для клиента восприятию ситуации или способу реагирования на нее.

Так, например, в книге Д. Энрайта «Гештальт, ведущий к просветлению» (1994) описана техника «бархатный каток», которая, как он отмечает, показала свою эффективность в работе с клиентами с негативным восприятием себя.

**Клиент:** Я пью слишком много и, кажется, не могу остановиться.

**Терапевт:** Это хорошо, вы не остаетесь, как большинство пьющих, без осознания. Вы уже понимаете проблему, более того, вы уже предпринимали шаги, чтобы предотвратить это, а не просто пассивно осознаете свой недостаток.

**Клиент:** Я уже близок к тому, чтобы сдаться.

**Терапевт:** Да, вы действительно готовы пережить отчаяние, рассказывая о нем здесь.

**Клиент:** Но это разрушит мою семью.

**Терапевт:** Так вами движет не только забота о себе, но и забота о вашей семье.

**Клиент:** То, как я веду себя, часто не создает впечатления большой любви.

**Терапевт:** В своей заботе вы готовы рассмотреть даже возможность того, что вы их не любите (Энрайт, 1994).

Как мы видим, здесь каждая фраза клиента подвергается позитивной интерпретации. По мнению Энрайта, последовательная трактовка поведения клиента в позитивных тонах может стать хорошим средством изменения ригидных убеждений.

Другой вариант переформулирования мы находим в эмоционально-фокусированной супружеской терапии. В этом подходе переживания супругов переопределяются с точки зрения потребностей привязанности, испытываемых эмоций и защитных действий

партнеров, в результате чего негативный цикл во взаимодействии предстает для них в совершенно другом свете.

**Терапевт:** Конечно, это трудно – раскрыться и показать ей себя таким, какой вы на самом деле, если вы уверены, что ей не понравится и она скажет вам об этом, или когда вы уверены, что она на вас разозлится.

**Гэри:** Я просто немею. Этот голос говорит мне: «Она меня бросит, как и все остальные». Я застываю на месте, а она бесится все сильнее и сильнее.

**Терапевт:** Вы застываете на месте, как будто вы ее уже потеряли. Это опасно.

**Гэри:** Если я буду вести себя совсем тихо, это прекратится, она успокоится, когда я замру.

**Терапевт:** Если вы совсем замрете, опасность может пройти стороной? *[Он кивает.]* Это так страшно, что она может уйти, так что вы застываете и прячетесь.

**Гэри:** Да, и я знаю, что она от этого бесится.

**Сью:** Я не могу найти тебя (Джонсон, 2013).

«Варианты переформулирования, предложенные выше, помещают реакции одного из партнеров в контекст поведения второго партнера, цикла их взаимодействия и сущности привязанности, а также обеспечивают возможность взгляда с метаперспективы на то, как шаг за шагом строятся отношения. Пара включается в процесс, который позволяет им непосредственно увидеть, как шаги каждого партнера направляют танец отношений в определенном направлении, а также то, как каждый из них пытается, в меру своих сил и умений, обезопасить отношения привязанности» (Джонсон, 2013).

## Самораскрытие

Самораскрытие – это явное или неявное раскрытие терапевтом личной информации о себе или непосредственное разделение с клиентом собственных чувств, мыслей или желаний.

Раскрыться, в самом широком смысле, – значит показать свое эмоциональное отношение к событиям и людям, поэтому самораскрытие часто начинается с «Я-высказываний».

Терапевт может ответить на вопрос клиента о его профессиональной или личной жизни, раскрыть сходный жизненный опыт, поделиться своим инсайтом или способом решения проблемы, выразить свои чувства по поводу клиента или отношений с ним.

Самораскрытие – это способ продемонстрировать клиенту, что перед ним личность, а не только человек в профессиональной роли. Пол Вестон – психотерапевт из сериала «Лечение» – прекрасный пример использования самораскрытия в работе со своими пациентами. В каких-то случаях, в частности как в нижеприведенном случае, это весьма продуктивно и помогает несколько «разгрузить» от искаженного восприятия и проекций отношения «эксперт–клиент» и тем самым установить эмоциональный контакт с клиентом, в других случаях – самораскрытие Пола порой вызывает вопросы.

### Пример<sup>1</sup>

Софи – 16-летняя девушка, при странных обстоятельствах попавшая в ДТП, которая была направлена страховой компанией на прием к психотерапевту для проведения диагностики суицидального риска и при необходимости для проведения терапии. Терапевт читает отчет, а Софи прохаживается и рассматривает кабинет терапевта.

**Софи** [*спрашивает про макеты кораблей*]: Так все эти корабли в кабинете вместо реального выхода в море?

**Пол** [*сидя в кресле, читая отчет о ДТП с участием Софии*]: Угу.

**Софи**: По крайней мере, вы не получите морскую болезнь.

**Пол**: О, я этого не знаю!

**Софи**: Что вы имеете в виду?

**Пол** [*улыбаясь*]: Иногда я испытываю шаткость, даже сидя в этом кресле.

**Софи**: Вы должны сделать круглое окно, тогда вы будете себя чувствовать как на настоящем корабле.

**Софи** [*глядя на многочисленные книжные полки*]: Эти книги здесь потому, что вы реально их читаете или вы стараетесь произвести впечатление?

**Пол** [*не отрываясь от чтения отчета*]: Угу.

**Софи**: «Да», потому что вы читаете их или «да», потому что вы пытаетесь произвести впечатление?

**Пол** [*отрываясь от чтения и улыбаясь*]: Да, я читаю их.

**Софи**: У вас астма?

**Пол**: Да, как вы узнали?

**Софи**: Здесь ингалятор. [*Берет с полки ингалятор и внезапно бросает его в руки терапевту.*]

---

1 Это один из примеров, выбранных Сергеем Лучинским, написавшим под моим руководством квалификационную работу по теме «Анализ самораскрытия психотерапевта (на примере материала из сериала „Лечение“)».

**Пол** [с трудом лоя ингалятор]: О, спасибо, я везде искал его.

**Софи**: Так что, возможно, вы бы умерли без него.

**Пол** [кивает головой и переводит разговор на случай Софи и содержание отчета]: Здесь написано, что и вы тоже могли умереть.

**Софи**: Да, это решило бы много проблем.

**Пол**: Что это решило бы?

**Софи**: Ничего. Я ничего под этим не имела в виду... Могу я поговорить с вами как нормальный человек? Вы сводите с ума свою дочь такими же вопросами?

**Пол**: Еще более сумасшедшими, поверьте мне. Улыбается. Как вы узнали, что у меня есть дочь?

«Самораскрытие терапевта – это наиболее спорный вид вмешательства в психотерапии; некоторые авторы поощряют клиницистов к его использованию, другие непреклонно выступают против его применения» (Hill & Knoch, 2001). Гуманистические и экзистенциальные теоретики (Роджерс, 2012; Бьюдженталь, 2011) считают, что терапевт должен быть реальным и подлинным в отношениях с клиентом. Так, согласно Роджерсу, в терапевтических отношениях терапевт «должен быть конгруэнтной, подлинной, интегрированной, целостной личностью. Это означает, что внутри отношений он является полностью и до глубины самим собой, с его реальным опытом, репрезентируемым с полным осознанием себя. Это полностью отлично от того, чтобы демонстрировать свой „фасад“, осознавая или не осознавая того» (Роджерс, 2012). И наоборот, психоаналитические теоретики (Фрейд, 2008; Гринсон, 2003), которые считают работу с переносом, по выражению Юнга, альфой и омегой психотерапии, акцентируют необходимость сохранения терапевтом нейтральности и удерживания от непосредственного отреагирования собственных контрпереносных реакций.

По мнению Хилл и О’Брайен (Hill & O’Brien, 1999), применение терапевтом самораскрытия влияет на баланс власти в терапевтических отношениях и ведет к большему участию клиента в достижении инсайта. Одно дело, когда терапевт ведет себя как эксперт, знающий ответы, на которого клиент может положиться в решении своих проблем, и совсем другое дело, когда терапевт воспринимается как другое человеческое существо, также имеющее дело с невзгодами человеческой жизни.

Поскольку самораскрытие опасно сменой ролей, в профессиональной литературе часто можно встретить предостережение и предложение терапевтам всякий раз предварительно задаться вопросом: «Удовлетворением чьих потребностей продиктовано это

самораскрытие?» Только после того, когда «терапевтическое Супер-Эго» терапевта даст зеленый свет, стоит осуществлять такое вмешательство. Полагаю, всем терапевтам из собственного опыта известны ситуации, когда в какой-то момент сессии рождается некий отклик, который кажется уместным в данной ситуации. Мгновенное обращение к внутреннему супервизору может привести к одобрению такого спонтанного отклика, даже если он ощущается как несколько рискованный, или к воздержанию от его осуществления и более продолжительному взвешиванию и осмыслению своей реакции. Пожалуй, самораскрытие всегда требует такого более продолжительного взвешивания и оценивания.

Каждый терапевт должен определить для себя степень нейтральности – открытости в общении со своими клиентами, что влияет на частоту, степень и способы возможного самораскрытия. Однако в той или иной степени, пусть лишь в очень редких особых случаях, каждый терапевт раскрывается с клиентами.

Некоторые терапевты иногда делятся переживаниями из собственной жизни, схожими с трудностями клиента, тем самым давая клиенту понять, что мы все несовершенны, что и у него были проблемы или трудный период в жизни. Пожалуй, это самый рискованный вид самораскрытия, даже если акцент при этом на способах совладания, поскольку это может подорвать веру клиента в получение помощи. В любом случае, чтобы не перегружать клиента, самораскрытие такого рода должно быть ограниченным.

Коттлер (2002) приводит следующий пример подобного самораскрытия. «Один из моих клиентов-подростков был настолько мрачен и угрюм, что удивил даже меня, хотя я знал его предысторию: он попал ко мне против своей воли. Мать клиента настаивала на его посещении сессий как минимум в течение нескольких месяцев, так как ей надоело видеть его слоняющимся по дому в глубокой тоске. В связи с этим мы чувствовали себя привязанными друг к другу. Все традиционные способы вызвать его интерес оказались безрезультатными; самое точное и доброжелательное отражение его чувств, проявление внимания к его хобби встречались невразумительным молчанием. Так прошел месяц, а мне удалось выяснить лишь то, что его подруга полгода назад прекратила с ним встречаться и отказывалась обсуждать возможность возобновления отношений. Страдая от боли и депрессии, мой клиент хотел лишь одного – чтобы его оставили в покое учителя, родители, сестры и в особенности я. Нам приходилось коротать время за игрой в покер, словно мы оба сговорились терпеть друг друга в течение назначенных родите-

лями двух месяцев. В конце концов, его внимание привлекло подведение мной итогов нашего общения. Я рассказал ему, как глупо себя чувствую, пытаюсь говорить сам с собой от его имени. Я также поделился своим разочарованием, не будучи в силах вызвать его на откровенность. Помимо моей воли, в процессе монолога начали проявляться и другие чувства, в частности, я сказал, что ощущаю его боль как свою собственную. В моей памяти всплыли давние события, да так ярко, словно это произошло на прошлой неделе: я вспомнил собственный разрыв с девушкой в студенческие годы. Рана не заживала многие месяцы. Даже теперь, спустя почти 20 лет, прошлая боль все еще жила во мне. Когда на мои глаза навернулись слезы от нахлынувших воспоминаний, юноша начал всхлипывать, а потом разрыдался. Наружу хлынули так долго копившиеся слова и слезы. Контакт с ним наконец-то был установлен» (Коттлер, 2002). Надо отметить, что в той же работе Коттлер (2002) пишет о том, что, обнаружив действенность своих личных воспоминаний для установления контакта с негативно настроенным подростком, он попытался применить этот прием с другим трудным клиентом – молодой женщиной, которая во время сессий хранила молчание, не испытывая желания рассказывать о своей личной жизни. На этот раз, увы, он потерпел полное фиаско, приведшее к прерыванию терапии. В результате этого болезненного опыта Коттлер (2002) пришел к выводу, что, поскольку самораскрытие психотерапевта производит сильный эффект, к нему следует прибегать с осторожностью, когда мы абсолютно уверены в том, что действуем в интересах клиента.

По мнению Джонсон, самораскрытие может с пользой использоваться в работе с супружескими парами (Джонсон, 2013) для нормализации чувств клиентов и облегчения их выражения.

**Муж:** Я чувствую себя по-идиотски, я не должен был позволять своим тревогам настолько выйти из-под контроля, чтобы я не мог даже слышать жену.

**Терапевт:** Гм-гм, по себе я знаю, что действительно трудно воспринимать что-то, когда тебе страшно. Тогда для чего-то другого остается мало места (Джонсон, 2013).

**Муж:** Я уверен, что могу справиться с чем угодно. Сейчас я ничего не чувствую вообще.

**Терапевт:** Сейчас вы кажетесь себе очень устойчивым (*тот кивает*). Я бы просто хотел поделиться с вами: когда я вижу, как вы боретесь, как ваша жена пытается достучаться до вас, а вы остаетесь

за своей «стеной» – я чувствую печаль. Прямо сейчас это кажется мне печальным (Джонсон, 2013).

Такие вмешательства, по мнению Джонсон, нормализуют, подтверждают реакции клиентов или позволяют пробудить больший эмоциональный отклик у партнера, который не находится в контакте с собственными переживаниями.

На основе эмпирической литературы по самораскрытию Хилл и Кнокс (Hill & Кнокс, 2001) предложили терапевтам следующие руководящие принципы:

1. В целом терапевт должен раскрываться нечасто.
2. Наиболее уместной темой для самораскрытия терапевта является его профессиональное образование, а наименее уместными – сексуальная практика и убеждения.
3. По большей части терапевт должен использовать самораскрытие, чтобы признать реальность, нормализовать, выступить в качестве модели, укрепить альянс или предложить альтернативный способ размышления или действия.
4. Терапевтам следует избегать использовать самораскрытие для удовлетворения своих собственных потребностей, а также для перенесения фокуса с клиента на себя, чтобы вмешиваться в течение сессии, нагружать или смущать клиента, вторгаться или нарушать его границы, чрезмерно стимулировать клиента.
5. Самораскрытие терапевта в ответ на самораскрытие клиента – наиболее эффективный способ вызвать самораскрытие клиента.
6. Терапевт должен тщательно наблюдать за тем, как клиент реагирует на их самораскрытие, спрашивать клиентов об их реакциях и использовать эту информацию для понимания клиента и для решения о том, какие вмешательства следует применять вслед за этим.
7. Самораскрытие может иметь важное значение с клиентами, имеющими трудность с установлением отношений в терапевтическом сеттинге.

### *Универсальность*

Универсальность – это сообщение клиенту о том, что его переживания имеют универсальный характер, с намерением нормализовать их и тем самым успокоить клиента.

Универсальность как важный терапевтический фактор и техника психотерапии была выделена Яломом в книге «Теория и практика групповой психотерапии» (2000):

«Многие пациенты приступают к терапии с тревогой в душе, полагая, что в своем несчастье они единственные в своем роде, что только у них одних бывают пугающие и неприемлемые проблемы, мысли, импульсы и фантазии. Разумеется, такое представление по сути своей верно, поскольку за плечами у большинства из них действительно необычный комплекс суровых жизненных испытаний и тяжелых стрессов, которые периодически напоминают о себе угрожающим материалом, просачивающимся из подсознания. До некоторой степени все это верно для каждого из нас, однако многим пациентам, по причине их крайней социальной изолированности, присуще обостренное чувство собственной уникальности. Свойственные им затруднения в межличностном общении препятствуют возникновению глубоких близких отношений. В обыденной жизни они не только остаются в неведении относительно аналогичных чувств и переживаний других людей, но и не пользуются возможностью довериться окружающим и, в конечном итоге, быть ими оцененными и принятыми».

**Клиент:** Я все время сравниваю себя с кем-то другим – и обычно не в свою пользу. Не знаю, смогу ли я когда-нибудь почувствовать себя по-настоящему уверенно.

**Терапевт:** Вы слишком строги к себе. Все люди сомневаются в себе. Я не знаю ни одного человека, который был бы полностью уверен в себе (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

Безусловно, фактор универсальности человеческих переживаний и проблем играет свою роль и в индивидуальной психотерапии. Ялом приводит пример пациента, который прошел 600-часовой психоанализ. «На вопрос, какое событие во время всего процесса психотерапии он может охарактеризовать как самое значительное, он описал случай, когда пребывал в глубокой депрессии по поводу своих чувств к собственной матери. Он одновременно и питал к ней сильные позитивные чувства, и жаждал ее смерти: умри она – он стал бы наследником значительного состояния. В какой-то момент психоаналитик просто заметил: „Что ж, так уж, видно, мы устроены“». Это безыскусное высказывание принесло пациенту значительное облегчение и дало ему возможность очень глубоко исследовать эту амбивалентность» (Ялом, 2000).

### *Раскрытие чувств здесь-и-сейчас*

Раскрытие чувств здесь-и-сейчас – это разделение с клиентом чувств и восприятий его действий, которые терапевт переживает в общении с ним.

Непосредственное раскрытие терапевтом чувств касательно себя в отношениях с клиентом, клиента или терапевтических отношений – это сильное средство воздействия и действенная обратная связь касательно того, как клиент воспринимается в межличностных отношениях. Как правило, терапевт прибегает к раскрытию своих чувств и наблюдений здесь-и-сейчас, чтобы показать клиенту его неадаптивные паттерны (например, что он ведет себя враждебно или дистанцированно, умело давит другого аргументами, но при этом не слышит его, или чрезмерно приятен со всеми), ведущие к тому, что другие люди реагируют на клиента негативно или чтобы непосредственно обратиться к какой-то проблеме в терапевтических отношениях, выступающей препятствием терапевтическому процессу. Посредством прямого и открытого прояснения возникшего неверного понимания между терапевтом и клиентом и честного выражения возникших чувств терапевт обеспечивает клиента новым опытом в близких отношениях и одновременно выступает в качестве примера решения затруднений в отношениях. Можно сказать, что тем самым терапевт выступает для клиента в качестве модели для идентификации и научения через наблюдение.

Многие терапевты согласятся с мнением, что одна из важнейших задач в процессе психотерапии состоит в том, чтобы обращать внимание на наши сиюминутные чувства, так как они представляют собой очень ценные данные. После их осмысления и нахождения слов для выражения собственных чувств и наблюдений терапевт может поделиться ими с клиентом, например, следующим образом: *«Я чувствую себя некомфортно оттого, что вы постоянно недовольны и никогда не позволяете себе других чувств»*. Ялом (2005) пишет по этому поводу: «Если в течение сеанса вы чувствуете, что пациент отстраняется, что он робок, кокетлив, пренебрежителен, испуган, состоятелен, по-детски непосредствен или следует любому другому из мириад поведений, возможных между людьми, тогда это и есть информация, ценная информация» (Ялом, 2005). Например, «если именно этот пациент вызывает у вас скуку во время сеанса, то можно с уверенностью предположить, что он действует подобным же образом и на других в своем окружении. Так что вместо того, чтобы пугаться скуки, приветствуйте ее и ищите способ для того, чтобы превратить ее в терапевтическое преимущество. Когда она появилась? Что именно в поведении пациента заставляет вас скучать?» (Ялом, 2005).

**Терапевт:** Мэри, позвольте мне сказать. В последние несколько минут я заметил, что чувствую себя изолированным от вас, от-

части дистанцированным. Я не уверен, почему это происходит. Но знаю, что чувствую себя иначе, чем в начале сеанса, когда вы описывали свои эмоции, утверждая, что не получаете от меня всего того, что бы хотели, и на последнем сеансе, когда вы гораздо больше говорили от всего сердца. Любопытно, на каком уровне находится ваша связь со мной сегодня? Близки ли ваши чувства к моим? Давайте попытаемся разобраться в том, что происходит (Ялом, 2005).

**Терапевт** [*пациенту, который в течение нескольких месяцев говорит мягким голосом, избегая его взгляда*]: Тэд, я прекрасно осознаю, что вы всегда избегаете моего взгляда. Конечно же, я не знаю, почему вы смотрите в сторону, но знаю, что это пробуждает меня говорить с вами очень осторожно, так, как будто бы вы очень хрупки, и ощущение вашей хрупкости заставляет меня внимательно взвешивать все, что я говорю. Я убежден, что эта осторожность мешает мне быть с вами спонтанным и чувствовать себя ближе к вам. Мои слова удивляют вас? Вы слышали что-то подобное раньше? (Ялом, 2005).

В двух вышеприведенных примерах можно отметить то, что при формулировке вмешательств терапевт руководствуется своими наблюдениями и чувствами, испытываемыми в контакте с клиентом, заявляет о своем желании быть ближе с клиентом и неизменно завершает вопросы, сфокусированными на чувствах самого пациента, посредством чего вновь перемещает фокус с терапевта на клиента.

В обоих вышеприведенных примерах терапевт дает клиенту некоторую обратную связь, показывает связь между его поведением и реакциями другого и тем самым бросает клиенту некий вызов, однако эти вмешательства являются раскрытием чувств здесь-и-сейчас, а не вариантом обратной связи, интерпретации или конфронтации.

Бюдженталь (2011) – другой известный экзистенциальный терапевт – время от времени прибегает к достаточно спонтанному раскрытию непосредственных, относящихся к ситуации реакций, а также чувств и мыслей о самой психотерапевтической работе, о том, как она проходит, но делает одно предостережение: «Раскрытие чувств психотерапевта по отношению к пациенту, связанных с враждебностью, обидой, желанием наказать, эротическими переживаниями, желанием соблазнить или соперничеством, должно предприниматься только в том случае, если пациент был к этому тщательно подготовлен. Кроме того, психотерапевт должен принять это решение вне сессии, должен располагать временем для того,

чтобы насколько возможно тщательно проверить свои собственные потребности, мотивы и намерения. Если такие чувства очень сильны, то, прежде чем хоть сколько-нибудь затрагивать этот предмет, психотерапевту хорошо бы прибегнуть к супервизии и консультации с коллегами» (Бьюдженталь, 2011).

### **Прямое руководство**

Прямое руководство – это способ оказать непосредственное влияние на клиента, изменить привычные для него способы реагирования посредством совета, убеждения, директивы или домашнего задания.

#### *Совет*

Совет – это высказывание клиенту собственного наставления или мнения о том, как ему следует поступить в определенной жизненной ситуации.

Совет может восприниматься как свидетельство личности заинтересованности; вероятно, именно поэтому дружба ассоциируется с обращением за советом.

Типичная форма совета «*На вашем месте я бы...*» предполагает идентификацию с позицией получающего совет – с позицией, но не всегда с восприятием и возможностями этого человека. Можно сказать, что хороший совет как раз характеризует учет индивидуальных особенностей, обстоятельств и возможностей того, кому он дается. Кроме того, часто обращение за советом к терапевту – это способ избегания контакта с собственными болезненными чувствами, попытка переманить терапевта на свою сторону или переложить ответственность на чужие плечи. В связи с этим советы имеют плохую репутацию среди клиницистов.

**Терапевт:** Если вы хотите найти работу, то, вероятно, начать стоит с того, чтобы составить и разместить свое резюме.

**Терапевт:** Мне не кажется, что это хорошая идея – выразить ваш гнев начальнику, а там пусть как будет, так и будет.

**Терапевт:** Может быть, вам стоит поговорить об этом с ним?

**Терапевт:** Почему бы вам не записать ваши вопросы до встречи с врачом?

«Настоящей „битвой при Ватерлоо“ для многих начинающих консультантов является клиент, который представляет свою проблему и тут же выдвигает требование типа: „А теперь скажите, что мне делать?“» (Роджерс, 1999). Когда терапевт не уверен в себе как в спе-

циалисте, ему трудно противостоять требующему совета клиенту. Клиент, например, может иметь представление, что на основе опыта обращений со схожими проблемами у терапевта должен быть алгоритм ее решения. Клиент может оказывать давление, например, следующим образом: «Я ведь пришел на консультацию, поэтому я хочу услышать, как на взгляд специалиста мне следует поступить». В такой ситуации начинающему терапевту бывает весьма непросто сохранить собственную позицию. Кроме того, начинающие терапевты нередко по собственной инициативе прибегают к советам, поскольку советы и поддержка – это наиболее ощутимые способы доказать самому себе, что ты сделал нечто действенное, полезное.

Особенное неприятие советов как метода терапевтического воздействия существует в психоаналитической и экзистенциально-гуманистической традициях. Фрейд не раз и весьма однозначно высказывался по поводу советов. Так, например, в «Лекциях по введению в психоанализ» он писал: «Кроме того, уверяю вас, что вы плохо осведомлены, если полагаете, что советы и руководство в житейских делах образуют составную часть аналитического воздействия на больного. Наоборот, мы по возможности избегаем такой менторской роли и ничего так не хотим, как того, чтобы больной сам принимал свои решения» (Фрейд, 2003). Создатель недирективной терапии Роджерс (1999) имел схожую позицию: «Консультант часто сталкивается с ситуациями, когда взаимодействие ограничено одной беседой, или знает, что не может осуществить сколько-нибудь продолжительное лечение. В таких случаях, как показывает практика, чаще всего используются исключительно директивный подход. Поскольку времени очень мало, консультант быстро схватывает проблему, как он ее видит, дает совет, убеждая и направляя клиента. Результаты почти всегда бывают нежизнеспособными и неудовлетворительными». Не менее твердо, чем Роджерс, высказался об уместности советов Мэй: «Надо твердо помнить, что советом человека не переделать. Следует раз и навсегда расстаться с этим заблуждением. Совет и консультация преследуют совершенно разные цели. Поделиться советом может практически любой человек... Здесь не требуется ни глубокого понимания, ни тем более эмпатии. Совет (в его обыденном понимании) носит поверхностный характер и выдается как указание сверху. Он похож на одностороннее уличное движение. Истинное консультирование проводится на более глубоком уровне, и его результаты – всегда итог взаимодействия двух людей, работающих „на одной волне“, если можно так сказать» (Мэй, 2012). Схожее мнение о пользе советов применительно к груп-

повой психотерапии мы находим у Ялома: «То, как человек дает советы или просит совета, часто является ключом к объяснению его межличностной патологии. Например, пациент, который без конца „вытягивает“ из окружающих советы и предложения, в конечном итоге только для того, чтобы их отвергнуть и фрустрировать других, хорошо известен групповым терапевтам как тип „отвергающего поощрения нытика“ или „да... но“ пациента» (Ялом, 2000).

Трунов (2013) подытожил негативные следствия советов, предложив список из 15 «побочных эффектов» советов. Приведу лишь некоторые из них:

- консультант берет на себя ответственность за экзистенциальный выбор клиента;
- консультант косвенно демонстрирует свое превосходство над клиентом: «Я лучше знаю, как тебе поступить»;
- «плохой» (неэффективный) совет – это одновременно, неудача клиента и удар по имиджу консультанта;
- «хороший» совет – это своеобразная «медвежья услуга» консультанта, поскольку повышает зависимость клиента;
- советы консультанта могут входить в противоречие с внутренними тенденциями и установками клиента, а значит, вызывать «сопротивление» клиента и даже его раздражение или неприязнь (Трунов, 2013).

Однако существуют также методы психотерапии, в которых советами не пренебрегают. Так, например, Эллис – создатель рационально-эмотивной терапии – активно использовал советы, а также убеждения и домашние задания. Эллис пишет: «Практикующие консультанты, использующие рационально-эмотивный подход, часто применяют весьма „скорострельную“ активно-директивно-убедительно-философскую методологию... Эллис рассматривал роль рационально-эмотивного консультанта как роль „авторитетного и поощряющего учителя, который стремится научить клиентов быть наилучшими терапевтами для самих себя“» (Нельсон-Джоунс, 2000).

Существуют также особые ситуации, когда советы могут быть вполне уместны, например, с клиентами в состоянии кризиса, т.е. временно неспособными использовать свои навыки решения проблем, а также с психически больными клиентами, которые имеют трудности с реалистичной оценкой ситуации и в силу этого могут совершить необдуманные действия. В такой ситуации терапевт как бы отдает свое Эго в займы клиенту, обосновывая, почему ему следует поступить определенным образом.

Соммерз-Фланаган и Соммерз-Фланаган (2006) отмечают, что «иногда трудно удержаться от совета. Представьте, что ваша клиентка говорит:

„Я беременна и не знаю, что делать. Я обнаружила это позавчера. Никто об этом еще не знает. Что мне делать?“».

Поскольку преждевременный совет делает невозможным дальнейший поиск решения проблемы, Соммерз-Фланаган и Соммерз-Фланаган (2003) рекомендуют начать с недирективного подхода:

«Итак, вы никому не рассказывали о своей беременности. И, если я правильно вас понял, вы чувствуете необходимость предпринять какие-то конкретные действия, однако не знаете, какие именно».

Кроме того, ими подчеркивается необходимость, прежде чем давать совет, выяснить, какие выходы из сложившейся ситуации клиенты уже обдумывали и какие советы им уже давали другие люди? «Клиенты обычно умнее и находчивее, чем мы о них думаем (и изобретательнее, чем они сами считают). Неправильно давать совет, не выяснив, как они пытались справиться со своими трудностями... Излишние советы (то есть советы, которые уже давали другие люди, или советы предпринять такие действия, которые уже были предприняты клиентом и не имели успеха) могут подорвать авторитет интервьюера. Во избежание этого следует уточнить у клиента, какие советы по данной проблеме давали его друзья, родственники и предыдущие консультанты» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2003).

Если говорить в целом, то можно сказать, что терапевты стараются избегать советов типа «*В этой ситуации, я думаю, вам нужно вести себя так-то*», потому что слишком велика опасность проекции собственных взглядов, потребностей, ценностей и способов поведения. Однако если внимательно посмотреть записи терапевтических сессий, то, как правило, можно обнаружить не прямые, неявно выраженные советы, если не по форме, то по намерению. По всей видимости, любой терапевт изредка дает в той или иной степени замаскированные советы, например, в форме пожелания-вопроса («А почему бы вам не...»); информирования («В такой ситуации бывает полезно...», «Есть такое мнение...»); предположения («Быть может, в этой ситуации будет лучше... Возможно сейчас не стоит...»); исследования («Что будет, если вы...», «Что вам мешает...») или проверки («А не думали ли вы...», «Не приходило ли вам в голову...»)<sup>1</sup>.

---

1 Эти формы выражения рекомендаций (советов) выделены Труновым (2013).

## Убеждение

Убеждение – это способ воздействия на представления клиента посредством личного влияния, используя факты, логику и другие приемы.

Техника убеждения тесным образом пересекается с внушением, поэтому давайте также определим его. По мнению Бибринга (1999), «внушение – это индуцирование терапевтом (индивидуумом в авторитетной позиции) идей, эмоций, действий и т. п., т. е. различных психических процессов у пациента (индивидуума в зависимой позиции), без учета рациональной оценки последнего... Внушение направлено на непосредственное изменение, в основе которого лежит индуцирование веры, будь то вера в отрицание (например, исчезновение симптомов) или вера в появление (например, индуцирование желаемой установки)». В отличие от внушения при убеждении может учитываться позиция и возражения клиента, однако терапевт при этом пытается убедить последнего в правомерности иного представления.

**Клиент:** Я слабый человек. Я не смогу измениться.

**Терапевт:** У вас за плечами сорок лет нормальной жизни – и, можно добавить, нелегкой жизни – и только два года депрессии. И даже в эти два года вам иногда удавалось справляться с неприятностями и проблемами.

**Клиент:** Изменить себя – это тяжелое дело.

**Терапевт:** Верно. Меняться всегда трудно, особенно поначалу, но это возможно. Очень многим людям удалось победить свои привычки.

**Клиент:** Я не верю, что смогу измениться.

**Терапевт:** Точнее, вы убеждены в обратном, в том, что не сможете измениться. Эта убежденность и является главным препятствием для вас. Она действует как оговорка в договоре, предусматривающая отказ от взятого обязательства, и не дает вам попробовать измениться.

**Клиент:** Мои привычки слишком застарелые, и вряд ли мне удастся отказаться от них.

**Терапевт:** «Застарелые» не значит «укоренившиеся». Они не являются частью вашей личности или характера, вы можете работать над ними, преодолевать их в повседневной жизни. Человеку по силам изменить даже те привычки, с которыми он жил всю жизнь. Он может, например, изменить свою манеру речи и свои жесты (Бек, Раш, Шо, Эмери, 2003).

Убеждения могут использоваться в психологическом консультировании и психотерапии с самого начала. Именно убеждение или неявное внушение дает клиенту надежду на улучшение («Я был свидетелем тому, как психотерапия помогала в гораздо более трудных ситуациях. Поэтому, думаю, психотерапия может вам помочь»). Убеждение может использоваться для облегчения эмоционального выражения («Вы имеете право испытывать печаль!»); чтобы преодолеть сопротивление клиента, который пришел под влиянием окружения («Я понимаю, что вы здесь не по собственной воле. Однако вряд ли найдется человек, у которого нет никаких проблем. Может быть, стоит подумать о том, как, несмотря ни на что, использовать это время продуктивно»); чтобы продуцировать сновидения («Если, ложась спать, вы положите рядом с собой лист бумаги и ручку и будете готовы сразу после пробуждения записать ваш сон, то с большой вероятностью, вам удастся его запомнить») и для иных целей.

Дисфункциональные иррациональные убеждения клиентов являются источником страдания и препятствием к изменению, поэтому они часто становятся мишенью терапевтического воздействия. Так, например, многие пациенты считают, что, если бы они имели любовь, красоту или известность, это сделало бы их счастливыми. «Эта формула содержит ряд ошибочных представлений о счастье. Во-первых, она основана на ошибке „либо–либо“. Вместо того чтобы рассматривать счастье как континуум, пациент считает, что человек бывает либо счастлив, либо несчастлив. Во-вторых, она подразумевает, что счастье – это стабильное и продолжительное состояние, тогда как на самом деле счастье представляет собой преходящее, мимолетное переживание. В-третьих, подразумевается, что счастье обязательно должно быть абсолютным, беспримесным, хотя в действительности счастье может включать некоторую долю дискомфорта (например, можно чувствовать себя счастливым, лежа под солнцем на пляже, испытывая при этом дискомфорт от попавшего в рот песка или спящих вокруг людей). И наконец, в подобного рода убеждениях счастье выступает как следствие неких заслуг, а между тем его следует понимать как побочный продукт активности. Эта ошибка нередко приводит к „кольцевым“ умопостроениям, которые усугубляют депрессию: „Если я буду достоин, я буду счастлив. Я несчастлив, значит, я не заслуживаю счастья. Я не заслуживаю счастья и поэтому никогда не буду счастлив“» (Бек, Раш, Шо, Эмери, 2003).

**Терапевт:** Сколько денег вам нужно для счастья?

**Клиент:** Ну, я не знаю. Во всяком случае, больше, чем я имею сейчас.

**Терапевт:** Вероятно, раньше вам казалось, что для счастья достаточно тех денег, которые есть у вас сейчас?

**Клиент:** Да, наверно.

**Терапевт:** Погоня за успехом, достижениями, деньгами бесконечна. Это недостижимые цели. Это совсем иное, нежели, например, покрасить стену или сколотить стол. Здесь нет конца.

**Клиент:** Но я буду доволен, если заработаю столько, сколько мне нужно.

**Терапевт:** Насколько реальна эта нужда? Если вы считаете, что вам нужно нечто, в чем на самом деле вы не испытываете нужды, вам всегда будет мало. Невозможно удовлетвориться, получив то, в чем ты не нуждаешься (Бек, Рош, Шо, Эмери, 2003).

Убеждения терапевта часто нацелены на перемены в поведении клиента и побуждают к выходу за пределы порочного круга дисфункционального паттерна мышления–чувствования–поведения.

**Терапевт:** Вы можете поставить себе целью хотя бы раз в день делать нечто, что шло бы вразрез с вашим стремлением завоевать одобрение окружающих?

**Клиент:** Я говорю себе, что мне нужно делать это, но это не помогает.

**Терапевт:** Надо заставить себя. Скажите себе: «Будь что будет, но я сделаю это».

**Клиент:** Знаете, всякий раз, когда я собираюсь нарушить мое правило, меня охватывает жуткая тревога.

**Терапевт:** Естественно. Вы столько лет руководствовались этим правилом, что оно стало частью вас самой – ваших мыслей, эмоций, всего организма. Но от тревоги не умирают. Тревога подобна вялым мышцам. Тренируйте в себе способность переносить тревогу, и вы обретете смелость.

**Клиент:** Мне бывает трудно сориентироваться на месте. Только потом, задним числом до меня доходит, что я могла бы повести себя иначе.

**Терапевт:** Вы должны быть настороже, чтобы не пойти на поводу у внутреннего голоса, который нашептывает вам: «Сейчас не время. Не делай этого по такой-то и такой-то причине». Он подбирает вам разные отговорки и предлоги, чтобы свести на нет вашу решимость. Вы должны игнорировать этот голос и должны заставить себя поступать иначе. Учтите также – поскольку вы привыкли к другому поведению, вам поначалу будет не по себе. Но если вы продолжите действовать в нужном русле, ощущение дискомфорта в конце концов пройдет (Бек, Раш, Шо, Эмери, 2003).

## Директива

Директива – это предложение клиенту предпринять что-то в ходе сеанса, это способ вовлечения клиента в процесс исследования или модификации собственных чувств, когниций или поведения.

Давайте рассмотрим несколько примеров применения директивы. Самый простой пример директивы – предложение клиенту повторить определенную фразу.

**Клиент:** Я больше не позволю ему такого – говорить со мной в подобной манере.

**Терапевт:** Я больше не позволю такого. Скажите это еще раз.

**Клиент:** В будущем я не позволю такого. Я не потерплю унижения!

В фокусе директивы могут быть телесные ощущения; терапевт может предложить клиенту расслабиться или, наоборот, усилить некое телесное ощущение.

**Терапевт:** Когда вы вспоминаете о последней встрече с отцом, как вы переживаете чувства печали?

**Клиент:** Возникает сильное давление позади моих глаз.

**Терапевт:** Что если вы расслабите ваши глаза немного, отпустите давление и позволите себе ощутить, что ваше тело переживает?

**Клиент [после паузы]:** Когда я вспоминаю его, возникает невероятная тяжесть в моей груди (McCullough et al., 2003).

Директива нередко содержит инструкцию, например, когда клиенту предлагается психодраматическая техника двух стульев.

**Терапевт:** Давайте попробуем вывести этот внутренний диалог во вне. Давайте на этом стуле вы будете говорить от лица той части, которая предпочла бы ничего не делать, оставить все как есть. [Терапевт встает и ставит перед клиентом стул.] А на другом стуле будет та часть вас, которая хочет рискнуть, хочет открыться в отношениях с вашим другом.

Еще одним примером техники директивы является эксперимент – основной метод гештальттерапии. Эксперимент обычно специально организуется консультантом и вытекает из темы, возникающей в фокусе взаимодействия в ситуации «здесь и теперь». «В терапевтический фокус может попасть любая сфера человеческого функционирования, любая модальность опыта: мысли, желания, сновидения, фантазии, ощущения и т. д., в отношении которых в терапевтических целях используется определенный тип терапевтической манипуляции. Одной из главных функций, которую выполняет такая мани-

пуляция, является углубление контакта с аспектами собственной личности и обретение нового опыта. Большинство экспериментов имеют одно общее качество – поощрение клиента выразить себя в поведении» (Zinker, 1977).

### *Пример эксперимента в гештальтгруппе*

Сэди, 35-летняя женщина, которая в качестве своей проблемы назвала трудности в общении, в частности трудности в выражении собственной чувственности. Сэди осознавала эту проблему и ее истоки, но ей было очень трудно использовать это знание в своей жизни.

**(1) Терапевт:** Сэди, не могла бы ты пройти по комнате так, как если бы ты чувствовала себя чувственной женщиной?

**Сэди:** Это пугает меня. Я не хочу делать этого. Я чувствую некоторую дрожь в моем голосе, говоря это.

**(2) Терапевт:** Как ты чувствуешь себя относительно своего голоса сейчас?

**Сэди:** Он высокий и нервный. [*Пауза.*] Я обычно пою, как ребенок. Мне нравится мой голос.

**(3) Терапевт:** Было бы для тебя более комфортно поэкспериментировать сейчас с твоим голосом?

**Сэди:** Я чувствую себе немного нервно. Похоже, что по мере того, как я говорю с тобой, мой голос становится сильнее.

**(4) Терапевт:** Сейчас он звучит совершенно иначе, несколько резче.

**Член группы:** Сэди, пока вы говорили, ты покраснела. Ты выглядишь милой с этой краской на лице.

**Сэди:** Действительно?

**(5) Терапевт:** Сэди, ты осознаешь свое лицо?

**Сэди [*обращаясь к группе*]:** Я чувствую стеснительность и возбуждение одновременно.

**(6) Терапевт:** Сейчас я слышу чувственность в твоём голосе.

**Сэди:** Да. Я чувствую это немного.

**(7) Терапевт:** Не могла бы ты продолжать говорить с нами с этим чувственным качеством в голосе?

**Сэди:** Угу, конечно. [*После паузы она поворачивается к другому участнику группы.*] Джон, ты знаешь, я всегда находила тебя привлекательным. [*Все улыбаются. В комнате возбуждение.*]

Первое и последнее вмешательства терапевта – это призыв к выражению в поведении, и поэтому будет правильно считать их директивной. А второе и пятое вмешательства терапевта были фокусирующими вопросами, функцией которых было сосредоточение

на одной из модальностей опыта – сначала на голосе клиентки, затем на лицевой экспрессии.

В рамках разных школ психотерапии для работы с конкретными типами проблем был разработан целый арсенал специальных техник, применение которых требует глубокого знания того вида психотерапии, в которых они были созданы. Эти техники тесно связаны с теоретической концептуализацией проблем клиентов и вытекающими из этого терапевтическими целями. Так, например, в поведенческой терапии, в качестве средства воздействия на провоцирующие тревогу стимулы, был разработан метод систематической десинсибилизации, а в процессуально-ориентированной терапии для работы с телесным симптомом эффективно применяется метод амплификации. Однако существует огромное количество достаточно простых специальных техник, применение которых не требует углубленного изучения как на теоретическом, так и на практическом уровне, того метода психотерапии, в котором они возникли. Если терапевт является сторонником технического эклектизма, т. е. стремится для каждой проблемы подбирать наиболее эффективные техники, то нередко уже после участия в однодневном практическом семинаре терапевт может начать опробовать новые техники или, по крайней мере, привносить в свою практику некоторые ее элементы.

### *Домашнее задание*

Домашнее задание – это вытекающее из анализа проблемы предложение клиенту осуществить некое действие между сессиями с целью сбора релевантной информации, обретения нового опыта или непосредственного изменения неадаптивного поведения.

В качестве домашнего задания терапевт может предложить клиенту что-то сделать самостоятельно, например: над чем-то подумать, записать сновидение, вести дневник настроения, прочитать книгу самопомощи, поговорить с членами семьи о семейной истории или осуществить ассертивное поведение между сессиями.

У всех у нас есть представление, что начальная консультация должна завершиться профессиональной рекомендацией, т. е. информированием клиента о том, что ему, на взгляд специалиста, стоит предпринять.

**Терапевт:** Полагаю, наши встречи могли бы быть полезны в понимании вашей проблемы с алкоголем, однако, помимо этого, если вы серьезно настроены справиться с ней, я бы рекомендовал посещать встречи анонимных алкоголиков.

Домашние задания вытекают из профессиональных рекомендаций специалиста и предполагают в течение всего курса психотерапии активную роль в качестве фасилитатора перемен в жизни клиента.

**Терапевт:** Используете эту запись для обучения навыкам расслабления каждый день в течение 20 минут.

**Терапевт:** Мне бы хотелось, чтобы вы отмечали, например, с помощью галочек в вашем ежедневнике, сколько раз на дню вы говорите себе «я должен». Как вам такое предложение?

**Терапевт:** Я хотел бы, чтобы вы вместе прочитали эту статью о шагах по изменению поведения партнера и до следующего сеанса опробовали на практике данные в ней рекомендации.

Среди психодинамических и гуманистических терапевтов домашние задания, как и советы, считаются проявлением чрезмерной директивности, однако и в этих видах психотерапии они иногда используются. Так, например, психоаналитический терапевт вполне может дать следующее домашнее задание: *«Я хотел бы предложить вам записывать ваши сновидения после пробуждения, они могут быть полезны в понимании ваших проблем»*, а клиент-центрированный терапевт, например, вполне может сказать клиенту: *«Почему бы вам не попробовать при принятии решения опираться на собственные чувства, а не на ожидания других людей?»*

Запрос клиента на прямое руководство, в частности на домашние задания, может быть как конструктивным стремлением проявить активность в процессе изменения, так и неадаптивным проявлением зависимости. В связи с этим Хилл и О'Брайен (Hill & O'Brien, 1999) подчеркивают, что «когда клиенты просят (иногда даже умоляют) о прямом руководстве, терапевты должны быть внимательны, чтобы отделить честную и прямую просьбу о прямом руководстве и выражении зависимых чувств. В случае сомнения, пожалуй, сперва лучше исследовать чувства и мотивы клиента... Терапевт также должен оценить свою собственную мотивацию и убедиться, что его желание проявить заботу о другом не препятствует стремлению клиента принять собственное решение» (Hill & O'Brien, 1999).

В видах психотерапии, в которых домашние задания активно используются, считается, что они могут быть весьма полезны в качестве способа вовлечения клиента в процесс изменения между сессиями. Домашние задания позволяют клиентам опробовать на практике то, чему они научились в ходе терапии, понять, могут ли они вести себя по-новому вне терапевтической ситуации, определить,

что еще нужно изменить в своем поведении. Именно поэтому домашние задания – это одна из основных интервенций в когнитивно-поведенческой терапии.

Бек, Раш, Шо и Эмери (2003) дают следующие рекомендации касательно использования домашних заданий. «Чрезвычайно важно исследовать отношение пациента к домашним заданиям. Терапевт объясняет пациенту назначение и смысл каждого задания и дает конкретные инструкции по его выполнению. Терапевт и пациент совместно формулируют задание, чтобы оно отвечало индивидуальным потребностям и обстоятельствам пациента. По сути, они заключают договор, что позволяет им избежать в дальнейшем ненужных споров и баталий. Пациент должен видеть, что ему отводится важная роль в формулировании задания или, как минимум, что терапевт считается с его мнением... Задание должно быть сформулировано как можно более четко и конкретно. Лучше сказать пациенту: „Запишите от десяти до двадцати негативных автоматических мыслей“, нежели: „Дайте мне примеры ваших мыслей“. Можно попросить пациента повторить своими словами, что ему поручается сделать, и описать возможные проблемы. Подчас полезно провести „мысленную репетицию“ задания в кабинете терапевта – это помогает выявить предвосхищаемые пациентом трудности и наметить пути их преодоления» (Бек, Раш, Шо, Эмери, 2003).

Четкие домашние задания и предписания широко и с большим успехом применяются в когнитивно-поведенческой терапии и системной семейной терапии. Все чаще эти приемы применяются и в других видах психотерапии. По мнению Гарфилда (2002), «одна из причин, по которым значение домашних заданий в психотерапии растет, заключается в том, что они связаны с деятельностью в реальной ситуации за пределами кабинета психотерапевта».

## **Поддержка**

Поддержка – это высказывание терапевта, в котором он тем или иным способом содействует совладанию и адаптации клиента.

Обеспечение поддерживающих отношений имеет важное значение в любом курсе психотерапии. Неявно терапевт поддерживает клиента посредством принятия, заботы и уважения, через готовность вместе с пациентом работать над разрешением его затруднений. Но есть и непосредственные способы осуществления поддержки.

С каждым клиентом уместна своя степень поддержки; чем больше степень нарушения, тем больше клиент нуждается в поддерживающих вмешательствах.

«Многие люди имеют острую или хроническую трудность с тем, чтобы утешить и успокоить себя. Это связано с проблемами саморегуляции самооценки, толерантности к аффектам/тревоге, регуляции стимулов, контроля импульсов и способности играть» (Cabaniss, 2011). Поддерживающие вмешательства могут быть также очень полезными с клиентами с суровым Супер-Эго, поскольку они не способны сами себя успокоить и подбодрить. С некоторыми клиентами поддерживающих вмешательств должно быть значительно больше, чем так называемых экспрессивных вмешательств; в этом случае можно говорить о поддерживающей психотерапии.

### *Похвала и одобрение*

**Терапевт:** Это требовало мужества – признать, что вы нуждаетесь в помощи (Cabaniss, 2011).

**Терапевт:** Позвонить в скорую помощь – это было хорошее решение.

### *Утешение и успокоение*

**Терапевт:** Я знаю, что в среду будет годовщина смерти вашего отца... Не хотели бы вы встретиться в этот день? Я мог бы встретиться с вами в середине дня, если это время подходит вам (Cabaniss, 2011).

**Терапевт:** Похоже, сегодня вы были переполнены чувствами. Почему бы вам не расслабиться в течение минуты, прежде чем вы пойдете (Cabaniss, 2011).

### *Признание правомерности чувств*

**Терапевт:** Похоже, у вас есть веская причина для того, чтобы сердиться (Файн, Глассер, 2003).

**Терапевт:** Любой бы испугался, оказавшись в такой ситуации.

### *Вселение надежды*

**Терапевт:** Ваша тревога должна уменьшиться через две недели, когда лекарства начнут действовать.

**Терапевт:** Прохождение терапии пар позволит вам начать открыто говорить о ваших проблемах и восстановить вашу способность слушать друг друга.

«Вселение и укрепление надежды – краеугольный камень любой психотерапии. Надежда нужна не только для того, чтобы удержать па-

циента в терапии и таким образом дать возможность подействовать другим терапевтическим факторам, вера в лечение и сама по себе может давать терапевтический эффект» (Ялом, 2000).

### *Побуждение и воодушевление*

**Терапевт:** Думаю, стоит попробовать еще раз. Обычно во второй раз это дается легче (Cabaniss, 2011).

**Клиент:** Я только что подумал о том, что я однажды сделал; это связано с сексом, поэтому мне очень трудно об этом говорить.

**Терапевт:** Именно на тех вещах, о которых трудно говорить, мы и должны сосредоточиваться. То, о чем рассказывать легко, вряд ли является причиной ваших проблем (Вайнер, 2002).

### *Напоминание о способностях*

**Терапевт:** Вы беспокоитесь, что вы не способны принять решение, но для меня это звучит так, что вы тщательно взвесили существующие возможности (Cabaniss, 2011).

**Терапевт:** В последний раз, когда вы ощутили острое одиночество, вы поддержали себя тем, что писали в вашем дневнике и позвонили вашему другу. Думаю, вы вновь можете это сделать.

### *Признания потенциала к действию*

**Терапевт:** Вы делали это до этого. Думаю, вы сможете сделать это вновь (Cabaniss, 2011).

**Терапевт:** Я понимаю, что, воспитывая детей, вы уже много лет не работали и сейчас вам весьма непросто начать вновь работать, но у вас есть педагогическое образование и опыт с детьми. Мне кажется, вы вполне бы могли найти работу в качестве няни.

### *Одобрение и неодобрение*

**Терапевт:** Вы говорили, что всегда чувствуете себя спокойнее после занятий йогой. Вы не думали о том, чтобы посещать занятия чаще? (Cabaniss, 2011).

**Терапевт:** Ваше чутье не подвело вас, когда вы решили навестить мать, взяв с собой друга. Вы можете подумать о том, чтобы вновь сделать так же (Cabaniss, 2011).

**Терапевт:** Если вы будете употреблять алкоголь перед сеансами, мы будем вынуждены завершить психотерапию (Cabaniss, 2011).

**Терапевт:** Это не всегда лучшая стратегия – рассказать вашей жене о ваших мыслях. Иногда их некоторое редактирование может помочь вам не обидеть ее (Cabaniss, 2011).

«Используя эти вмешательства, терапевт сознательно и умышленно позитивно подкрепляет более адаптивное поведение и негативно подкрепляет иное поведение. Это ключевое поддерживающее вмешательство при работе с защитами» (Cabaniss, 2011).

### *Ослабление вины*

**Терапевт:** Вы берете ответственность за то, что вне вашего контроля (Cabaniss, 2011).

**Терапевт:** С вашими детьми вы делали лучшее из того, что было возможно в таких сложных обстоятельствах (Cabaniss, 2011).

### *Обеспечение защиты*

**Терапевт:** Я понимаю, что вам очень трудно отказать, но вряд ли стоит занимать деньги этому, в общем-то малознакомому человеку, притом что сейчас и вы, и ваша мама не работаете и вы живете на сохранившиеся у вас сбережения.

**Терапевт:** Если вы надеваете презерватив, вы берете вашу жизнь в свои руки (Cabaniss, 2011).

Кабанис (Cabaniss, 2011) отмечает, что, «когда у наших пациентов нарушенная способность к суждению и контролю импульсов, они могут оказаться в ситуации опасности или быть опасны для других. Когда такое может случиться, нам необходимо активно защищать их» (Cabaniss, 2011).

Известная китайская пословица гласит: «Дай человеку рыбу, и ты обеспечишь его едой на один день. Научи его ловить рыбу, и ты обеспечишь его пропитанием на всю жизнь». Эту пословицу можно использовать в качестве руководящего принципа при оценке степени и формы поддержки, в которой нуждаются клиенты. Когда мы непосредственно удовлетворяем потребность клиента в поддержке, давая ему то, что, как мы считаем, в данный момент он не способен сделать для себя, мы даем ему рыбу. Когда мы способствуем тому, чтобы он задействовал собственные функции Это, т. е. собственные способности и ресурсы, мы, скорее, учим его ловить рыбу. Иначе говоря, обеспечивая клиентов поддержкой, необходимо не забывать о нашей конечной цели – способствовать стремлению клиента по-

лагаться на самого себя (заботе о себе и саморегуляции), обретению автономии и отношений привязанности вне терапии.

## **Заключение**

Представленная здесь «Типология вербальных вмешательств» представляет собой набор основных психотехнических средств терапевтической коммуникации, применяемых психологами-консультантами и психотерапевтами в их повседневном взаимодействии с клиентами. В каждом направлении психотерапии есть свои признанные и запретные техники, считающиеся малоэффективными. Применительно к тому или иному методу психотерапии вышеописанные виды вербальных вмешательств можно условно разделить на три типа: ключевые, дополнительные и используемые редко, или «запретные». Мастерство психотерапевта обычно предполагает искусное владение 3–5 ключевыми техниками, что как раз и создает неповторимость каждого психотерапевтического метода. Ключевые техники в клиент-центрированной терапии – это перефразирование, отражение чувств и самораскрытие; в психоаналитической терапии – это прояснение, отражение чувств, конфронтация и интерпретация; в когнитивно-поведенческой терапии – вопросы, конфронтация и варианты прямого руководства. В психоаналитической терапии «запретными» считаются самораскрытие и прямое руководство; в клиент-центрированной терапии – конфронтация, интерпретация и прямое руководство; в когнитивно-поведенческой терапии – интерпретация и отражение чувств. Однако это не значит, что эти техники вовсе не используются представителями этих направлений в реальном взаимодействии с клиентами. Открытые и закрытые вопросы, поощрение, суммирование, информирование и поддержка – это, в большинстве случаев, дополнительные техники, которые в той или иной степени используются всеми терапевтами, независимо от их теоретической ориентации. Частое использование определенных дополнительных техник, особенно поддержки, скорее, характеризует индивидуальный стиль терапевта или способ приспособления к трудному клиенту, а не характерную особенность практикуемого метода психотерапии.

Свободное владение всеми 10 техниками, в действительности, является весьма редким явлением, свидетельствующим о высоком профессиональном мастерстве и/или интегративной/эkleктической ориентации терапевта. Свободное владение всеми 10 техниками может быть целью в развитии профессиональной компетентности терапевта, но при этом важно не забывать о том, что не менее

важной целью является обретение личного стиля, т. е. достижение органичного сочетания индивидуальных особенностей терапевта и применяемых психотерапевтических техник.

### **Вопросы для обсуждения**

1. Какие виды вопросов существуют? Каково их назначение?
2. Какие виды поощрения существуют? Какова функция разных видов поощрения?
3. В каких ситуациях и с какой целью терапевт может использовать информирование?
4. Чем прояснение отличается от перефразирования?
5. Для чего в ходе интервью терапевт может использовать суммирование?
6. В чем ценность техники отражения чувств?
7. В каких случаях применение отражения чувств может быть неуместным?
8. Каким образом терапевт может избегать работы с чувствами?
9. Какие существуют подвиды техники отражения чувств?
10. С какой целью применяется конфронтация?
11. Какие типы расхождения между различными элементами опыта клиента могут стать фокусом конфронтации?
12. Какие трудности и возможные негативные следствия существуют при применении техники конфронтации?
13. В чем ценность и какова особенность техники интерпретации?
14. Какие типы интерпретации существуют в психоаналитической терапии?
15. Чем переформулирование отличается от динамической интерпретации?
16. В чем ценность и опасность самораскрытия терапевта?
17. Какие подвиды техники самораскрытия существуют?
18. Какие существуют предостережения при использовании советов? В каких ситуациях совет может быть уместен?
19. Чем убеждение отличается от внушения?
20. В чем сходство и отличие директивы и домашнего задания?
21. Какова функция техники поддержки? Какие виды поддержки существуют?

### **Вопросы для размышления и саморефлексии**

1. Какая техника, на ваш взгляд, является наиболее ценной, или, иначе говоря, какой техникой вы хотели бы овладеть в совершенстве?

2. Какие еще 2–3 техники вы считаете очень ценными, которыми хотели бы овладеть прежде всего?
3. Какими 5 видами или подвидами вербальных вмешательств, на ваш взгляд, должен, прежде всего, владеть идеальный терапевт?
4. Есть ли техники, которые показались малоинтересными или вызвали какое-либо неприятие?
5. Какие личные и профессиональные ценности повлияли на выбор наиболее и наименее ценных техник?
6. Какие ваши характерные особенности повлияли на выбор наиболее и наименее ценных техник?
7. Какими видами или подвидами вербальных вмешательств вы уже отчасти владеете?
8. Какой техникой из тех, которые вы считаешь наиболее важными, вам, возможно, будет труднее всего овладеть? Почему?

## Глава 2

# Невербальные аспекты терапевтической коммуникации

### Введение

Невербальная коммуникация – это основополагающий навык эффективной человеческой коммуникации и базовая составляющая взаимодействия психотерапевта и клиента. Невербальное общение играет важную роль при установлении контакта с клиентом в течение первой встречи и для поддержания контакта на протяжении всего процесса терапевтического взаимодействия. Невербальные проявления клиента обнаруживают подлинные эмоции и межличностные реакции, адаптивное выражение которых является важной составляющей терапевтического изменения. Невербальные проявления терапевта не менее важны; они могут способствовать открытости клиента и исследованию его проблем, но могут также приводить к недоверию и уклонению от терапевтического взаимодействия.

Невербальные проявления более спонтанны, чем вербальные, и их труднее контролировать. Язык тела не только передает то, что мы хотим выразить, но и выдает то, что мы хотели бы утаить. Через язык тела, который в немалой степени мы используем неосознанно, более непосредственно и правдиво выражается человеческая личность, ее потребности и отношения. «Действительно, когда то, что человек выражает с помощью языка (вербальный канал коммуникации), не соответствует тому, что он выражает с помощью тела (невербальный канал коммуникации), его партнер по взаимодействию обращает большее внимание на невербальные сообщения. Вероятно, это связано с тем, что за языком тела можно непосредствен-

но наблюдать, он находится на поверхности и его сложнее скрыть. Язык тела оказывается более убедительным, чем слова, из-за своей природной спонтанности и устойчивости к фальсификации» (Коццолино, 2009).

Невербальная коммуникация обеспечивает ряд важных функций в ходе самых первых встреч между людьми. Три функции являются центральными для установления раппорта: сбор информации друг о друге; проявление намерения к сотрудничеству и дружелюбие и регуляция и влияние на межличностное вовлечение (Tickle-DeGnen & Gavett, 2003). Иначе говоря, клиент ищет информацию, чтобы ответить на вопрос: «Является ли этот человек добрым; тем, кому я могу доверять; кто поймет меня; тем, с кем я смогу работать и кто сможет мне помочь?». Терапевт, в свою очередь, ищет ответ на вопрос: «Является ли этот человек тем, кого я могу ценить; кого я могу понять; тем, кто доверяет мне; с кем я могу работать и кому я могу помочь?». Терапевт также задается вопросом: может ли другой быть для него источником личной угрозы? Иначе говоря, и терапевт, и клиент, до того как они начнут совместную работу над терапевтическими целями, должны весьма быстро достичь некоего начального понимания незнакомца, оказавшегося перед ним. Этот по большей части скрытый процесс взаимного познания происходит в значительной степени на уровне считывания невербальных сигналов.

Одна из основных функций невербальной коммуникации – внешнее проявление эмоции. В невербальной коммуникации важные подсказки касательно подлинных чувств клиента могут быть найдены быстрее, чем в словах. Бывает, что клиенты передают главное сообщение только невербально, порой не осознавая того, и при этом ожидают от нас проявления проницательности и участия. Терапевту важно уметь «читать» как невербальное поведение клиента, так и собственные невербальные сигналы. Отслеживание невербальных сигналов в ходе беседы позволяет выявлять скрытое в них значение. При обращении с внутренними реакциями терапевт сталкивается с противоречивыми требованиями: быть открытым к собственным чувствам и вместе с тем воздерживаться от их непосредственного внешнего выражения. Это трудная, но заслуживающая усилий задача.

Далее будут рассмотрены компоненты невербальной коммуникации, сигналы и смыслы, которые они могут иметь в терапевтическом взаимодействии.

## Визуальный контакт

Глаза – это, как известно, зеркало души, поэтому визуальный контакт является ключевым элементом невербальной коммуникации. Как писал К. С. Станиславский, «взгляд – это прямое, непосредственное общение в чистом виде, из души – в душу» (цит. по: Лабунская, 1999).

Взгляд – это важный элемент в установлении отношений и формировании эмоциональной вовлеченности собеседника. Встретиться взглядами – значит открыто проявить интерес, внимание, понять, установить контакт. Согласно Коццолино (2009), в социальных ситуациях во время слушания человек использует взгляд, чтобы дополнить увиденным информацию, которую услышал. Человек смотрит на собеседника чаще (примерно в 2 раза), когда слушает, чем когда говорит сам. В конце или при смене высказываний взгляды собеседников учащаются. Это связано с необходимостью определить, насколько собеседник заинтересован и внимателен. Кроме того, визуальное взаимодействие, как правило, становится более интенсивным в конце разговора.

«Зрительный контакт – это основной элемент, создающий интимность отношений, наряду с близостью в пространстве, улыбкой и тоном голоса. Такие факторы, как зависимость и потребности в присоединении, принятии и одобрении, выражаются посредством коммуникативных паттернов, характеризующихся увеличением частоты взгляда субъекта на собеседника, от которого ожидается такое отношение... То, как другие смотрят на нас, как долго и насколько часто, влияет на нашу эмоциональную и поведенческую реакцию» (Коццолино, 2009).

Всем нам из опыта повседневного общения известно, что визуальный контакт легко поддерживается при обсуждении приятной темы, однако собеседники обычно избегают его, когда речь заходит об эмоционально затрагивающих или неприятных вопросах. Когда два человека обсуждают интимную тему, они смотрят друг на друга меньше, чем когда они говорят на нейтральную тему. Если говорящий то смотрит в глаза, то отводит взгляд в сторону, это обычно значит, что он еще не закончил говорить. По завершении своего сообщения говорящий, как правило, дает об этом знать посредством прямого взгляда в глаза собеседнику, как бы запрашивая тем самым отклик и считывая самую первую, непосредственную реакцию.

«Люди, не признающие влияния других людей, стараются избегать зрительного контакта. Избегание взгляда также связывают с такими отрицательными эмоциями, как стыд, смущение и трево-

га. Однако это поведение проявляется и тогда, когда человек хочет что-то скрыть от других» (Коццолино, 2009). Вместе с тем Кормер и Кормер (Cormier & Cormier, 1998) отмечают, что «к сожалению, часто консультанты считают, что избегание зрительного контакта свидетельствует о неуважении, смущении, лжи или депрессии, для некоторых клиентов менее частый визуальный контакт типичен для их культуры и не является свидетельством чего-то из вышперечисленного».

По мнению Соммерз-Фланаган и Соммерз-Фланаган (2006), слишком пристальный взгляд вызывает у многих людей чувство неловкости и может быть истолкован как угроза. «Представьте, что собеседник сверлит вас глазами, в то время как вы рассказываете что-то глубоко личное или плачете. Визуальный контакт необходим, однако слишком пристальный взгляд клинициста может действовать подавляюще» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006). «Результаты исследований зрительного поведения показывают, что два собеседника тратят на обмен взглядами от 30 до 60% всего времени взаимодействия и что от 10 до 30% этого времени приходится на одновременные взгляды, которые длятся от 1 до 7 секунд» (Коццолино, 2009). Способность выдерживать зрительный контакт до тех пор, пока другой не отведет взгляда, – черта, которой некоторые люди гордятся; существуют и те, кто тут же отводит взгляд, когда длительность зрительного контакта оказывается чуть больше «допустимой». Зрительный контакт более 7 секунд происходит редко и, как правило, несет с собой некое важное сообщение: заинтересованность, стремление к близости, проявления участия и заботы, вызов, демонстрацию силы и доминирования, проявление несогласия, упрямства или наглости. С разными клиентами терапевт может столкнуться со всеми этими проявлениями, и для того, чтобы иметь с ними дело, не пасовать перед трудностями, терапевт должен быть готов к продолжительному визуальному контакту. Речь не идет об игре «Кто кого переглядит?». Но терапевту важно быть способным достаточно долго сохранять прямой визуальный контакт, несмотря на возрастающий дискомфорт. При этом можно обратиться к клиенту с вопросом «Что вы хотите мне сказать вашим взгляд?», тем самым показывая ему, что вы готовы встретиться лицом к лицу с возникшим напряжением в ваших отношениях. Любые слова терапевта, например: «Похоже, вы не согласны со мной» или «Вы злитесь на меня?» – могут восприниматься совершенно по-разному, в зависимости от того, выдерживает ли терапевт визуальный контакт с клиентом в момент их выражения или отводит глаза.

Некоторым людям трудно вступать в прямой визуальный контакт, и поэтому они избегают его, некоторые боятся выражения какой-то идеи или эмоции и обсуждения определенных тем и отводят глаза, как только в разговоре затрагивается пугающая или болезненная тема. Терапевт может прокомментировать такую перемену, если он чувствует, что было бы полезно прямо обратиться к этой теме, а клиент может справиться с возросшей тревогой. Возникновение затруднений в процессе визуального контакта имеет смысл рассматривать как потенциальный источник информации о клиенте и о терапевтических отношениях.

Любые пары обычно «договариваются» о том, сколько и когда смотреть друг на друга, при этом такое согласование осуществляется без слов, на бессознательном уровне. Терапевт может полагаться на собственную автоматическую настройку в установлении подходящего визуального контакта, но вместе с тем время от времени нелишне сознательно оценивать характер визуального взаимодействия.

Хилл и О'Брайен (Hill, O'Brien, 1999) отмечают, что недостаток визуального контакта может привести к тому, что клиент почувствует, что терапевту неинтересно, в то время как в результате переизбытка визуального контакта клиент может почувствовать себя некомфортно, испытать со стороны другого попытку доминирования, контроля, внедрения и даже поглощения. Это требует от терапевта наблюдательности и тактичного исследования. Так, например, если клиент избегает прямого взгляда, отводит глаза и изредка бросает на терапевта взгляд исподлобья, то исследование этого факта может обнаружить, что когда отец в детстве ругал его за провинности, то при этом требовал, чтобы он смотрел ему прямо в глаза. Некоторые клиенты избегают визуального контакта во время беседы, но при этом могут, заходя в кабинет, искать визуального контакта или бросать пронзительный взгляд на прощание. Исследование чувств, скрытых за таким поведением, может стать важным фокусом терапевтической работы.

### **Лицевая экспрессия**

Чарльз Дарвин (Дарвин, Экман, 2013) считал, что до того, как доисторические люди обрели язык, средством выражения приветствия, угрозы и подчинения была лицевая экспрессия. Именно это наследие человечества, по его мнению, объясняет, почему люди разных культур выражают базовые эмоции посредством сходных выражений лица.

Однако далеко не всегда человек хочет показывать свои истинные чувства к другому человеку, поэтому все мы в свое время научились отслеживать и контролировать наши лицевые выражения. Вместе с тем проявление спонтанных чувств или сильных эмоций сдерживать очень непросто. В начальной форме они, помимо нашей воли, могут, словно бегущая строка, промелькнуть на нашем лице, и здесь уже от наблюдения собеседника и его мастерства читать по первым проблескам эмоций зависит, что остается скрытым, а что становится явным. Если человек улавливает, что пропустил нежелательную реакцию, то тут же может последовать другое, дополняющее первое выражение лица. Например, выразив на лице гнев или печаль, мы можем немедленно улыбнуться, словно желая сказать: «Я не зайду слишком далеко» или «Я с этим справлюсь».

Поскольку именно мимические реакции собеседника наглядно свидетельствуют о его эмоциональном отклике, давайте рассмотрим некоторые из проявлений лицевой экспрессии.

Сдвинутые брови сами по себе обычно передают неодобрение, однако если слушатель изредка сдвигает брови, тем самым он весьма экономным способом может сообщить говорящему, что ему непонятно сказанное. Сжатые челюсти могут свидетельствовать о твердости и уверенности, а также об агрессивном настрое. Движения подбородка связывают со способностью человека утверждать-доминировать. Когда человек старается добиться уважения к себе и того, чтобы его ценили, он стремится выдвинуть подбородок вперед.

Страх, восторг или удивление могут заставить слушателя открыть рот, как будто этим чувствам не хватает места внутри. А человек с напряженными ноздрями и опущенными уголками губ мог бы сказать: «Я дышу этим воздухом и нахожусь рядом с вами, но я не одобряю ни этот воздух, ни вас». Рот открывается частично или полностью, когда возникает большое желание узнать что-либо, понять, поговорить, то же самое происходит в ситуации удивления. А вот когда мы переживает неприятие, гнев и нежелание что-либо воспринимать, наш рот закрывается, а губы сужаются и поджимаются. Защитная позиция и замкнутость часто сопровождается напряженными губами.

«Улыбка – это ключ к душевному благополучию для тех, кто ее дарит и получает. В этом смысле, улыбка – это своеобразный подарок, которым люди могут обмениваться в свое удовольствие» (Коццолино, 2009). Улыбка имеет множественную коммуникативную функцию в человеческом общении. Улыбка может выражать стремление к сближению или примирению. «Улыбка, как правило, выражает

дружелюбие, однако чрезмерная улыбчивость зачастую отражает потребность в одобрении... Натянутая улыбка в неприятной ситуации выдает чувства извинения и беспокойства... Улыбка, сопровождаемая приподнятыми бровями, выражает готовность подчиниться, а улыбка с опущенными бровями выражает превосходство» (Евсикова, 1999). Кроме того, улыбка нередко призвана что-то скрыть. Так, например, клиент может чувствовать тревогу, однако пытаться сдержать ее выражение посредством улыбки. Для сензитивного наблюдателя скрытый сигнал тревоги может стать явным через ложную улыбку.

«Женщины чаще улыбаются, чем мужчины, и таким образом стимулируют положительные реакции других людей. Но улыбка не сходит с их лица и тогда, когда они чувствуют себя неловко или когда они взволнованы (робкие и застенчивые женщины вообще улыбаются очень много). Мужчина, напротив, когда нервничает, становится беспокойными и практически неспособными на улыбку» (Коццолино, 2009).

«Некоторые мимические проявления связаны с коммуникативной ситуацией, другие – более стабильны и постоянно присущи человеку, независимо от текущей ситуации. В этом случае речь идет больше о приобретенной мимике. Так называемые морщины плохого настроения вокруг рта или морщины грусти можно обнаружить также у тех людей, которые не осознают подобного состояния своей души... Существует типичная для человека мимика, которая возникла вследствие пережитых отношений и чувств и потом закрепились как стабильная экспрессивная модель. Постоянная мимика обозначает состояние души человека, в котором он находится чаще всего» (Коццолино, 2009).

Отслеживание терапевтом мимических реакций (как собственных, так и клиента), осознание их значения могут существенно обогатить процесс терапевтической коммуникации. Ли Маккулоу (McCullough, 1997) предложила оригинальный способ обращения к восприятию лицевой экспрессии терапевта в качестве корректирующего эмоционального опыта для пациентов, которые имеют трудности с заботой о себе и искаженно воспринимают отношение к ним других людей.

**Клиент:** Мне кажется, вы считаете, что во мне нет добра и вы очень высокого мнения обо мне. *[Это отражает искажения, вызванные паттернами прошлых отношений, перенесенными на настоящее.]*

**Терапевт:** Сделала ли я что-то, что оставило у вас такое впечатление?  
[Осторожно начала обозначать реальную перспективу, чтобы противопоставить ее искажению.]

**Клиент:** Нет, я ничего не могу придумать. Просто мне так показалось.

**Терапевт:** Когда вы смотрите мне в лицо, вам кажется, что я думаю о вас плохо?

**Клиент:** Нет, ваше лицо вовсе не выглядит так. Я думаю, вы на самом деле не... смотрите на меня свысока... но...

**Терапевт:** Посмотрите на мое лицо. Что, как вам кажется, я чувствую к вам прямо сейчас?

**Клиент** [нервно, бросая взгляд на меня]: Понятия не имею!

**Терапевт:** Может быть, и не имеете, но если вы позволите своим глазам на мгновение задержаться на моем лице, вы, возможно, почувствуете что-то другое. Что, как вам кажется, сейчас исходит от меня?

**Клиент** [еще раз внимательно взглядываясь в меня]: Ваше лицо выглядит немного грустным. Возможно, вы немного грустите обо мне.

**Терапевт:** Ну, вы мне рассказали печальную историю, не так ли?

**Клиент:** Да. И мне тоже было бы грустно, если бы кто-то рассказал это мне (McCullough, 1997).

## **Невербальные аспекты речи**

Голос является важным средством выражения целого диапазона субъективных чувств и смыслов. «Хотя люди воспринимают эмоции посредством всех органов чувств, результаты некоторых исследований показывают, что слух обеспечивает более точное различение эмоций, чем зрение. Этот факт подчеркивает важность голосовых характеристик в выражении и восприятии эмоций... Компетентные клиницисты используют свои голосовые характеристики для того, чтобы укрепить эмоциональный контакт, заинтересованность в общении и эмпатию, чтобы определенным образом расставить акценты беседы» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

Конечно же, очень важно, что говорит терапевт в ответ на услышанное от клиента, но не менее важное значение имеет и то, как это говорится. Самую эмпатическую и глубокую по смыслу реплику терапевта может загубить тон и интонация, не соответствующая передаваемому при этом отношению. Особое значение голосовые характеристики приобретают в таком виде психологической помощи, как телефонное консультирование, а также при первом телефонном разговоре с клиентом. Если свой первый телефонный разговор с кли-

ентом провести не спокойным и уверенным голосом, а с вкраплениями неуверенности или раздражения, то первая встреча, с большой вероятностью, не состоится. Клиент имеет полное право проявить в телефонном разговоре так называемые сигналы волнения – заминки, пропуск букв или слов, повторения, незаконченность фразы, терапевту же проявления тревоги, как правило, не прощаются.

Одна и та же фраза, в зависимости от интонации, может приобретать различный смысл. Можно говорить уверенным и ноющим, принимающим и извиняющимся, ликующим и пренебрежительным тоном. Темп речи может многое сказать об эмоциональном состоянии человека. Как правило, скорость речи возрастает, когда говорящий взволнован, возбужден или обеспокоен. Быстро также говорит тот, кто пытается убедить своего собеседника. Медленная речь может свидетельствовать об угнетенном состоянии, высокомерии или усталости. Однако это может свидетельствовать и о совершенно обратном. Так, терапевты часто намеренно говорят медленно, тщательно подбирая слова и акцентируя их смысл. Реакция клиента на высказывания терапевта во многом связана именно с невербальными аспектами речи, поэтому терапевту нужно постоянно стремиться расширять диапазон интонационной выразительности.

Файн и Глассер (2003) приводят пример того, как лишь небольшой акцент может повлиять на восприятие клиентом вступительного вопроса терапевта. Посмотрите, что происходит со смыслом при смене логического ударения:

Что вас сюда *привело*? (В какую проблему вы влипли?)

Что вас сюда *привело*? (Никогда бы не подумал, что вам нужен психотерапевт.)

Что вас сюда *привело*? (К психиатру, подумать только) (Файн, Глассер, 2003).

Исследователи невербальных аспектов речи выделяют такие паралингвистические свойства речи, как смех, плач, зевок, ворчание, вздохи, паузы и звуки вроде «ух», «хм» (Коццолино, 2009). Пожалуй, наиболее релевантными для терапевтической ситуации являются такие аспекты невербальной коммуникации, как паузы, плач, звуки, вроде «хм», впрочем, в отдельных случаях особое значение могут иметь смех, зевки, вздохи и ворчание клиента.

### *Паузы и молчание*

«В обычном общении люди часто проявляют нетерпение и перебивают собеседника, чтобы выразить симпатию, совет, оценочное сужде-

ние или чтобы поделиться собственным опытом. Общение с психотерапевтом отличается от такого типа взаимодействия, в частности, значением пауз и молчания в процессе беседы. Молчаливая пауза и включенность терапевта подчеркивает предоставленную клиенту возможность полнее выразить себя.

Умение выдерживать паузу является одним из базовых коммуникативных навыков терапевта. Сохраняя паузу, терапевт предоставляет возможность говорить клиенту. Наличие пауз создает в беседе ощущение неторопливости, продуманности происходящего, поэтому не следует слишком спешить задавать вопросы или комментировать сказанное клиентом. Пауза дает клиенту возможность добавить что-то к уже сказанному, поправить или уточнить сообщение. Порой людям необходимо достаточно длительное молчание, чтобы «переварить» произошедшее или поплакать, прежде чем вновь начать говорить. Еще одной причиной молчания может быть желание обоих участников остановиться на некоторое время, чтобы осмыслить, подытожить ранее высказанное.

Если клиент замолкает не договорив, то в большинстве случаев терапевту стоит позволить ему продолжить и выразить невысказанное. Или, например, если клиент лишь невербально откликнулся на сказанное терапевтом, также стоит сохранять молчание, давая ему возможность обдумать услышанное и ответить. Можно сказать, что короткая пауза уместна практически после любого высказывания клиента, кроме тех, в которых содержится обращенный к терапевту вопрос. Молчание терапевта может передавать следующие сообщения: «Я хочу, чтобы мы двигались немного медленнее» или «Я хочу, чтобы вы больше подумали о только что сказанном» или «В данный момент я очень внимателен к вашим чувствам». Клиент, в свою очередь, может замолчать, чтобы передать терапевту послание: «Я приближаюсь к страшщей меня теме и нуждаюсь в поддержке» или «Я независим и не нуждаюсь в вашем сочувствии».

Во многих ситуациях молчание терапевта – это золото, но не всегда. Не стоит забывать о том, что время паузы воспринимается в беседе по-особому. Чрезмерно длинная пауза может вызывать тревогу и раздражение. Допустимая длительность паузы зависит от состояния клиента и стадии психотерапии. Несмотря на ценность молчания, мы не советуем чрезмерно полагаться на него до тех пор, пока терапевтические отношения не будут прочно установлены и клиент не получит представление о терапевтическом процессе. На начальном этапе психотерапии клиент может почувствовать себя парализованным, если не знает, чего ожидает от него молчащий терапевт.

Молчание клиента может быть сопротивлением внутренней работе, свидетельствовать о стремлении скрываться, уединяться и защищаться от других людей, однако и избегание им молчаливых пауз может оказаться уклонением от погружения внутрь. «Молчание – наиболее прозрачная и частая форма сопротивления в психоаналитической практике. Это означает, что пациент сознательно или бессознательно не расположен сообщать свои мысли и чувства аналитику... Иногда, несмотря на молчание, пациент может невольно раскрыть мотив или содержание молчания своей позой, движениями и выражением лица. Отворачивание головы, избегание взгляда, закрывание глаз руками, скрюченная поза тела на кушетке, краска, заливающая лицо, могут говорить о смущении. Если пациентка при этом с отсутствующим видом снимает обручальное кольцо с пальца и затем несколько раз продевает сквозь него мизинец, возможно, она смущена мыслями о сексуальности и супружеской неверности. Ее молчание показывает, что она еще не осознала этих импульсов и что происходит борьба между побуждением раскрыть и противодействующим ему импульсом спрятать эти чувства. Молчание, однако, может иметь также и другие значения. Например, молчание может быть повторением прошлого события, в котором молчание играло важную роль» (Гринсон, 2003).

Начинающим психологам-консультантам и психотерапевтам молчание может представляться чем-то угрожающим, демонстрирующим их профессиональную некомпетентность. Именно так начинающие терапевты нередко описывают периоды молчания. В результате появляется желание сказать или спросить хоть что-нибудь, лишь бы прервать молчание. Обычно в таких случаях терапевт задает не самый лучший вопрос, который, как правило, не развивает течение беседы. Такая ситуация возникает всякий раз, когда терапевт берет на себя ответственность за отсутствие пауз в речи клиента. Как будто говорение является единственным свидетельством того, что клиент осуществляет важную психологическую работу, а молчание – лишь бесполезная трата времени.

На клиентов молчание зачастую оказывает сходное влияние. Они также чувствуют требование говорить и испытывают потребность отвечать, заполняя пустоты в беседе. В связи с этим между терапевтом и клиентом может возникнуть тайный сговор о заполнении пустот говорением. Осознав это, терапевт может исправить ситуацию, предложив клиенту при очередной паузе помолчать и сосредоточиться на внутренних переживаниях. Тем самым молчание может обрести другой смысл. Сосредоточение на внутреннем опы-

те (ощущениях, чувствах, образах, фантазиях), своего рода молчаливое фокусирование, требует времени, и пауза в данной ситуации является наиболее уместной реакцией терапевта.

### *Слезы и плач*

Психоаналитик Шелдон Роут (2002) заметил: «Среди предметов, входящих в инструментарий психотерапевта, коробка с салфетками – на первом месте». Многие психотерапевты, особенно те, кто занимаются длительной терапией и кризисным вмешательством, согласятся с этим суждением. Клиенты бывают разные: есть те, кто не позволяют себе пустить слезу и неодобрительно поглядывают на коробку с салфетками, те, кто начинают рыдать на первой сессии и продолжают делать это в течение многих месяцев, есть и те, кто спустя несколько лет психотерапии могут позволить себе лишь почти незаметное увлажнение глаз, но тут же берут себя в руки и просят извинения. Слезы и плач – это, конечно, не самоцель, но эти проявления скорее сопутствуют процессу облегчения душевной боли и исцеления.

Если клиент не позволяет себе плакать на сеансе, даже когда речь заходит о болезненных и печальных вещах, то, скорее всего, существует внутренний запрет на выражение таких чувств. Исследование этого может, например, обнаружить, что еще на самой первой встрече, обратив внимание в кабинете на салфетки, клиент сказал самому себе: «Ну уж нет. Этого не будет никогда».

Признание собственных ограничений и переживание лишений и потерь невозможны без переживания печали и слез, т. е. без так называемой работы горя. Слезы помогают клиенту выразить боль и принять болезненную реальность.

### *Смех и юмор*

Чувство юмора и заразительный смех – качества, которые высоко ценятся в человеческом общении. Шутки и смех в психотерапии редки, но вполне возможны, особенно на ее завершающем этапе, ведь юмор является одной из зрелых защит и может отражать прогресс в лечении.

«Достоевский, этот тонкий исследователь человеческой природы, точно подметил: „Смех человека может сказать о его характере гораздо больше, чем скучное психологическое обследование“. Примечательно, что невротика не так легко от души рассмеяться. Он может позволить себе сардоническую усмешку или ироническую ухмылку, какую изображает провинциальный актер, играющий злодея в старинной пьесе, потому что при такой мимике уголки рта все равно

остаются опущенными. Искренний смех – это признак душевного здоровья, приглашение к дружелюбию, прямое доказательство распахнутого отношения к жизни» (Мэй, 2012).

Юмор дает человеку возможность создать дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе по отношению к самому себе (Франкл, 1990). «Юмор несет в себе элемент прощения, а также признание естественных сил, контроль над которыми выходит за рамки наших возможностей... Юмор помогает сделать непереносимое переносимым, что, в конечном счете, и составляет основное содержание процесса психотерапии» (Роут, 2002). Кроме того, как отметил в свое время Фрейд (1999), «остроумие – это отдушина для чувства враждебности, которое не может быть удовлетворено другим способом... Шутка позволяет нам, используя нечто смешное в нашем враге, выразить то, что мы не могли бы в силу неких препятствий высказать открыто и сознательно. Шутка позволяет подкупить слушателя приманкой удовольствия, чтобы он, не углубляясь в проблему, принял нашу точку зрения».

Роут приводит в качестве примера пациента, который в начале анализа сказал: «Психоанализ – это как брак. Хочется, чтобы это было один раз в жизни!». «Это замечание свидетельствовало о его надеждах в отношении своего брака и намекало на возникающий сильный перенос. Вместе с тем оно говорило о его тревогах по поводу того, что ему потребуется длительный и трудный для нас обоих анализ... Чувство юмора обнаружило его наблюдающее Эго, которое находилось на некоторой дистанции от его переживающего Эго и предполагало существование у него способности к рефлексивному самонаблюдению» (Роут, 2002).

Иногда на первой консультации можно спросить клиента о его любимой шутке, которая может открыть что-то важное о нем. Вспоминается один клиент, пришедший на консультацию с проблемой, связанной с чрезмерным употреблением алкоголя, который, однако, отрицал, что у него есть алкогольная зависимость. Несколько минут спустя он вспомнил и рассказал следующую шутку: «Когда я выпью сто грамм, я становлюсь другим человеком, а он тоже хочет выпить». В каждой шутке, как известно, есть доля правды.

Наличие смеха и юмора в терапевтических отношениях в умеренных дозах – это признак хорошей атмосферы. В некоторых ситуациях смех – это лучший способ снять напряженность. Вместе с тем не стоит забывать, что такие слова, как «высмеивать» и «насмехаться», отражают негативную сторону этого явления. Смех может иметь множество значений. Анализ использования клиентом

юмора в контексте терапевтических отношений может стать важным источником информации о клиенте.

### *Зевание*

Зевание – это свидетельство недостатка интереса и/или усталости, скрываемые или явно проявляемые собеседником. Оно может также выражать и другие чувства, такие как скука, раздражение или пренебрежение.

Зевая вам в лицо, клиент может выразить свое отношение, но, возможно, он лишь пришел к вам просто весьма уставшим. В отдельных случаях зевание может стать серьезным препятствием в работе. Вспоминается клиент, который в момент, когда с трудом удавалось подойти к значимому материалу, вдруг зевал и таким образом удалялся на безопасное расстояние от болезненных чувств. Сам он позже сравнил этот момент с перезагрузкой компьютера, после которой процесс обращения внутрь себя приходилось начинать сначала.

С некоторыми клиентами, по-видимому, невозможно избежать чувства скуки, а следовательно, увы, и его некоторого невербального проявления. Так, например, с клиентами, которые начинают издалика и «ходят вокруг да около», позыв к зевку можно ухватить на полпути, но произошедшее становится очевидным пациенту, если только он, на счастье психотерапевта, не смотрел при этом в другую сторону.

Не испытывают скуки и никогда не зевают, пожалуй, только те терапевты, которые делают первые шаги в профессии; у них все перебивает тревога. Когда общение с клиентами уже особо не тревожит терапевта, когда он принимает целый ряд клиентов, особенно следующих один за другим почти без перерыва, и возникает усталость, невербальное проявление скуки возможно, хотя, конечно же, весьма нежелательно. Если возникающее чувство скуки становится не редким, мимолетным явлением, а устойчивым переживанием с каким-то конкретным клиентом, то перед терапевтом встает задача разобраться с собственным контрпереносом. Психоаналитик Уилфред Бион как-то заметил по этому поводу: «Существует множество способов, каким пациент может вызвать у вас скуку, понимание любого из них – очень увлекательное мероприятие».

### **Пространство и дистанция во взаимодействии**

Пространство и дистанция в процессе взаимодействия с другим человеком – это жизненное пространство, наполненное значениями, которые изменяются в зависимости от индивидуальных, межличностных и социокультурных характеристик.

Существует четыре зоны дистанции: интимная, личная, социальная и публичная. «Для каждого типа взаимодействия двух людей существует некая оптимальная дистанция, определяющаяся пропорцией теплоты и враждебности в их отношениях. Примерно в полуметре вокруг нашего тела располагается интимная зона, предназначенная для возлюбленных, супруга, детей и близких членов семьи. На этом расстоянии мы можем прикоснуться к другому человеку, поцеловать, почувствовать запах его тела, разглядеть поры и дефекты его кожи. Беседуя с друзьями и знакомыми, мы, как правило, находимся от них на удалении от полуметра до 1 м 20 см. Более официальные деловые и социальные взаимодействия происходят на расстоянии от 1 м 20 см до 2 м 75 см. В еще более официальных ситуациях (например, при переговорах с важными особами или при обращении к публике) используются дистанции свыше 2 м 75 см» (Вильсон, 2001).

Неуважение личного пространства другого человека может переживаться как нарушение личной безопасности. Расхождение в оценке участниками взаимодействия подходящей дистанции приводит к переживанию дискомфорта, хотя порой люди не сразу осознают, что послужило причиной этому. Будучи приобретенными в ходе обучения, эти паттерны регуляции личного пространства, как правило, находятся за рамками сознательного контроля.

Обычно личная и социальная дистанции подходят для расположения кресел в кабинете терапевта, однако это может варьироваться от человека к человеку. Внимание терапевта здесь должно быть направлено, прежде всего, на индивидуальные различия в ощущении границы личного пространства. Некоторые терапевты расставляют места для сидения довольно близко, другие на достаточном удалении. Когда диван является местом для клиента, это позволяет ему выбрать, где именно и на каком удалении расположиться. Если терапевт работает с парами и семьями, то должно быть достаточное количество мест, а то, как члены семьи усаживаются по отношению друг к другу, может сигнализировать о существующем напряжении между партнерами и коалициях между членами семьи.

Изначальное расположение кресел под некоторым углом и на определенной дистанции задает последующие возможности регуляции контактной границы обоими участниками, поэтому обычно кресла ставят на расстоянии 1,5–2 метра под небольшим углом. Существуют три варианта позиции, позволяющие обоим участникам регулировать физическую дистанцию: оба сидят, облокотившись на спинку кресла; один сидит облокотившись на спинку

кресла, а другой – наклонившись вперед; оба – и терапевт, и клиент – сидят наклонившись вперед друг к другу. В зависимости от происходящего по ходу сессии могут происходить многочисленные перемены в этих позициях, инициируемые той или иной стороной общения.

Плавный и небольшой наклон терапевта вперед может переживаться клиентом, погруженным в болезненные чувства, как поддержка со стороны терапевта и, наоборот, отклонение назад – как отстранение и нежелание иметь дело с его чувствами. Слишком быстрый, внезапный наклон одним из участников резко сокращает дистанцию, что может восприниматься другим как вызов. Так, например, терапевт может сказать: «Итак, я выслушал ваши жалобы, а теперь я хотел бы узнать, в чем вы видите причины этих трудностей?», при этом резко наклониться вперед. Такое невербальное поведение может придать нежелательный смысл вполне уместному вопросу терапевта. И наоборот, если после данной фразы терапевт резко отклонится назад, клиент может воспринять это как нежелание слушать его жалобы и пренебрежение к объяснению их причин.

Отдельно я бы выделил позицию, в которой один из участников садится на край кресла и при этом наклоняется вперед. Это может переживаться другим как сильное сокращение дистанции и нарушение личной границы, особенно если эта поза сохраняется в течение длительного времени. Вспоминается начальная консультация с клиентом, который расположился на диване так, чтобы быть максимально близко ко мне, сел на край и, наклонившись вперед, просидел так в течение всего времени беседы. Характерно также, что он сразу сказал, что 50 минут – это слишком мало времени, чтобы рассказать свою историю. Свой рассказ он пожелал начать с предыстории – фактов из своего детства. Он говорил торопясь, практически не делая пауз, поддерживая при этом активный, почти непрерывный визуальный контакт. У меня это вызывало дискомфорт, с чем я пытался справиться, адаптируясь к дистанции, установленной клиентом, которую я даже временно не мог уменьшить. Я сдерживал свои реакции, но, очевидно, некоторый испытываемый мною дискомфорт можно было заметить по моим невербальным реакциям, однако это не привело к изменению позы и манеры взаимодействия с его стороны. При этом клиент рассказывал о своих отношениях со значимыми другими, в которых явно звучала тема нарушения личных границ. Примечательным было его поведение после завершения консультации и договоренности о следующей встрече; находясь у двери кабинета, он трижды обратился ко мне с вопросом, который предварял словами «А теперь самый последний вопрос».

Хороший терапевт с уважением относится к психологическим границам другого человека; он внимателен к физической дистанции и психологической близости, комфортной для клиента, и использует собственные реакции в качестве источника информации о характерных особенностях клиента.

## **Жесты**

Жест – это действие, с помощью которого человек сигнализирует другому человеку о своем отношении и намерениях. Чаще всего жест совершается руками или головой, реже – другими частями тела. Активная жестикуляция в человеческом общении часто отражает положительные эмоции и воспринимается как проявление заинтересованности и дружелюбия.

Результаты анализа жеста как средства выражения показывают, что: 1) жест – это безмолвное действие, которое не прерывает речь и не служит для нее помехой; 2) с помощью жеста как единственного движения человек может передать такое количество информации, которое он не смог бы передать с помощью одного слова, а лишь с помощью большого количества слов; 3) на подготовку жеста у человека уходит значительно меньше времени и когнитивных усилий, чем на подготовку соответствующего вербального выражения; 4) с помощью жеста можно выразить обратную связь отправителю сообщения, не прерывая его и не претендуя на право высказаться; 5) жест может прояснить потенциальную неоднозначность высказывания, разъясняя, о чем именно идет речь; 6) с помощью жеста можно выразить элементы опыта или переживания, которые трудно адекватно передать словами.

Экман и Фризен (Ekman, Friesen, 1984) выделили следующие виды жестов.

*Экспрессивные жесты, или индикаторы эмоционального состояния.* Это жесты контакта, с помощью которых человек проявляет свои чувства и отношение к собеседнику.

*Регулирующие жесты.* Отправитель и получатель используют регулирующие жесты, чтобы поддержать беседу, определить очередность высказываний или с той или иной целью контролировать собеседника.

*Иллюстрирующие жесты.* С помощью их человек разъясняет, дополняет то, что он выразил словами, расставляет акценты, подчеркивает главное или усиливает вербальное высказывание.

*Жесты адаптации или управления собой.* Управление различными частями собственного тела или внешним объектом, посредством

чего человек неосознанно стремится адаптироваться к необычной ситуации. Эти жесты обретаются преимущественно в детстве и составляют репертуар средств саморегуляции человека.

Жесты клиентов могут иметь скрытый смысл, требующий разгадки. Так, например, Волкан (2012) приводит случай пациента, который в определенный период анализа, прежде чем встать с кушетки, совершал бессознательный жест рукой по направлению сверху вниз. «Я постепенно выяснил, что он „магическим образом“ приводил в действие смывной бачок, как если бы мои интерпретации были фекалиями, которые необходимо смыть в унитаз. Этот магический жест был прямым выражением его сопротивления» (Волкан, 2012).

Степень использования жестов в терапевтическом взаимодействии с клиентами зависит от экспрессивности психотерапевтов. Вспоминается учебный фильм, в котором Карл Роджерс, Фриц Перлз и Альберт Эллис проводят терапевтические интервью с одной и той же клиенткой – Глорией. Карл Роджерс в течение всей беседы сидел наклонившись вперед и часто кивал головой, так, как, наверное, никто другой не умеет. Фриц Перлз реагировал на слова клиентки более непосредственно, например, разводил руками в стороны и одновременным поворотом головы выражал несогласие с клиенткой. Кроме того, он не раз фокусировался на жестах самой клиентки, так, например, поощряя ее прямо выражать свое несогласие и агрессию по отношению к нему. В один из моментов он «ухватил» ее мимолетный жест рукой с указательным пальцем, повторил его сам, поощряя клиентку к его использованию: «Сделайте так, а теперь так и разговаривайте со мной». Альберт Эллис же сопровождал свои убедительные речи не менее убедительными жестами руками, как будто тем самым «вколачивал» свои идеи в голову клиентки.

### *Кивки головой*

Кивки головой – хороший способ показать клиенту, что вы его слушаете. Кивки являются для клиента непосредственным подтверждением того, что вы следуете за ним шаг за шагом и понимаете сказанное. Уместное использование кивков позволяет клиенту почувствовать, что терапевт слушает его и следует за ходом его рассуждений. Это простейшее умение, если его последовательно использовать, начинает выполнять функцию обратной связи. Отсутствие кивков сообщает клиенту о недостатке понимания и необходимости прояснения, а их появление – о понимании того, что пытается выразить клиент. Вместе с тем Соммерз-Фланаган и Соммерз-Фла-

наган (2006) подчеркивают необходимость соблюдать умеренность в использовании кивков головой: «Слишком частые кивки головой могут вызвать у клиента раздражение. Спустя некоторое время он начинает смотреть в сторону просто для того, чтобы не видеть постоянных кивков интервьюера. Один клиент младшего возраста отметил: „Было похоже, что ее (интервьюера) голова крепилась на пружине, а не на шее“». Итак, кивки головой требуют меры, если их слишком много, они скорее раздражают и сбивают с толку, чем способствуют диалогу.

## Позы

Поза – это положение тела, которое человек принимает сознательно или неосознанно, проявляя тем самым свое отношение к другим людям и собственные индивидуальные особенности.

Эмоциональное состояние влияет на то, какую позу занимает человек, поскольку, с одной стороны, эмоции непосредственно влияют на физиологию и телесные проявления человека, заставляя его непроизвольно принять то или иное положение, а с другой стороны, человек специально может принять ту или иную позу, чтобы символизировать, показать свои внутренние эмоциональные состояния (Коццолино, 2009). Конечно же, человек также может намеренно занять определенную позу, чтобы скрыть свои чувства.

Существенно упрощая положение дел, традиционно выделяют открытую и закрытую позы. Открытая поза, как считается, свидетельствует об открытости, восприимчивости и принятии терапевта. Закрытая же поза, явными маркерами которой считаются скрещивания ног или рук, свидетельствует о меньшей вовлеченности в беседу, может обозначать отстранение от другого человека или выражать потребность в защите.

Клейборн (Claiborn, 1979) в ходе проведенного исследования обнаружил, что экспрессивное невербальное поведение терапевтов существенно увеличивало оценку клиентами их привлекательности и профессиональной компетентности. Некоторый наклон вперед и открытая поза, без скрещивания рук и ног – телесная поза, которая обычно рекомендуется консультантам и терапевтам как оптимальная. Открытая поза не предполагает, что, заняв ее, терапевт сохранит ее на протяжении всего сеанса без изменений. Открытая поза только тогда произведет должное впечатление, когда она будет ненапряженной и естественной. Идеальной можно считать ситуацию, когда принятие открытой позы является для терапевта естественным, аутентичным поведением. Типичным же оказывается выбор

между открытой, но при этом в той или иной степени неудобной неестественной позой и комфортной, однако в какой-то степени закрытой позой. В ситуации, когда терапевт стремится непреклонно сохранять открытую позу, но при этом все его внимание сосредоточено на испытываемом им от этого дискомфорте, пожалуй, лучше занять закрытую, но удобную позу и сконцентрироваться на слушании клиента.

### *Синхрония взаимодействия*

Одной из наиболее интересных находок исследований невербального поведения является синхрония взаимодействия, т. е. согласованность движений людей в процессе взаимодействия. Синхрония может проявляться как сходство движений, например, когда оба человека одновременно, как бы зеркально, меняют позу или когда люди говорят с одинаковой скоростью. Будучи интенсивно вовлеченным в разговор, вы внезапно можете заметить, что телесная поза человека, с которым вы общаетесь, является зеркальным отражением вашей собственной позы. Осознание данного феномена зеркальности может также произойти, когда изменение позы одним из участников приводит к перемене позы собеседника, своего рода неосознанному следованию. В этом легко убедиться, например, намеренно зевнув в беседе с приятелем, после чего он с большой вероятностью тут же последует за вами. Подобная «телесная настройка», как правило, свидетельствует о глубоком контакте между двумя людьми. Такое приведение в соответствие невербального поведения в паре происходит на бессознательном уровне.

Успешная настройка терапевта на аффективное состояние клиента может вести к непровольному возникновению феномена синхронии взаимодействия как следствию подлинного эмоционального контакта между ними. Кроме того, этот феномен может использоваться терапевтами сознательно для присоединения к клиенту, наведения транса и воздействия на его состояние (как в эриксоновском гипнозе и НЛП), но это требует высокого мастерства владения данной техникой. По мнению Соммерз-Фланаган и Соммерз-Фланаган (2006), «чрезмерное или неумелое использование техники отзеркаливания может нанести огромный вред». Авторы приводят пример психиатра, который использовал этот метод с пациентами психоневрологического диспансера. Иногда результаты были невероятно успешными; в других случаях пациенты злились и испытывали агрессию, потому что им казалось, что психотерапевт их передразнивает. «Подобным образом клиенты иногда беспокоятся, считая,

что интервьюер использует какие-то тайные методы, чтобы добиться контроля над их психикой. Они могут заметить, что вы пытаетесь подражать их движениям, и подумать, что вы используете особый психологический прием, чтобы манипулировать их сознанием» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

### **Виды невербальных посланий**

Невербальные компоненты коммуникации – часть более широкого коммуникативного репертуара. Через невербальные проявления человек может осознанно или неосознанно дополнять и модифицировать свое вербальное сообщение. Кнапп (Кнарр, 1978) выделил 4 вида невербальных посланий, дополняющих или модифицирующих вербальную коммуникацию.

1. **Подтверждение и повторение.** Невербальное поведение может подтверждать и повторять то, что было сказано словами. Например, если после фразы «Все, хватит с меня» клиент решительно поворачивает головой из стороны в сторону, то он придает больший вес своим словам и как бы повторяет их. Или, если в ответ на выражение клиентом чувств, связанных с воспоминанием болезненной ситуации из прошлого, терапевт, медленно кивая головой, с сопереживающим выражением лица говорит: «Я понимаю, как тяжело вам было в тот момент», то он невербально подтверждает сообщение сочувствия и понимания.
2. **Отрицание или запутывание.** Невербальное поведение может отрицать или запутывать вербальное сообщение. Если в ответ на обращенный к нему вопрос «Кажется, я задел вас своей критикой?» человек дрожащим голосом отвечает «нет», то его невербальное послание отрицает сказанное им. Примером запутывания можно считать ситуацию, когда человек говорит, что он злится на кого-то, но при этом улыбается. В таком случае невербальная реакция запутывает другого. Улыбка в данной ситуации может означать: «Я зол, но мне очень некомфортно говорить об этом».
3. **Усиление и акцентирование.** Невербальное поведение может усиливать и акцентировать сказанное, т. е. увеличивать интенсивность сказанного и придавать ему некую эмоциональную окраску. Например, если на вопрос терапевта «Говорили ли вы об этом ей?» клиент отвечает: «Я не могу даже представить себе этого», – закрывая при этом глаза руками. Или, например, если терапевт отказывает в совете клиенту, пытающемуся в очеред-

ной раз переложить ответственность на его плечи, и при этом пристально смотрит на него хмурым взглядом, то он дает ему понять, что он непреклонен в своей позиции.

4. **Контроль и регуляция.** Невербальные послания часто используются для регуляции процесса взаимодействия и контроля поведения другого. Например, слегка нахмуренные брови одного из участников беседы могут послужить для говорящего сигналом о том, что его мысль не вполне понятна и нуждается в пояснении. И наоборот, кивки терапевта свидетельствуют о согласии и последовательном понимании. И в том, и в другом случае осуществляется регуляция темпа рассказа.

Было сделано несколько попыток выделить наиболее важные невербальные компоненты взаимодействия психотерапевта и клиента. Так, Валтерс (Walters, 1980) выделил следующие элементы позитивного языка тела клинициста:

- небольшой наклон туловища в сторону клиента;
- расслабленная, но свидетельствующая о внимании поза;
- положение ног, которое не бросается в глаза;
- ненавязчивые и плавные жесты;
- минимизация других движений;
- выражение лица соответствует чувствам терапевта или клиента;
- размещение на расстоянии вытянутой руки от клиента.

Иган (Egan, 1994) предложил акроним SOLER для описания базовых компонентов невербального поведения, которые, прежде всего, определяют качество присутствия терапевта, а именно: смотреть в лицо прямо (squarely), принять открытую (open) позу, наклониться (lean) к клиенту, сохранять умеренно последовательный визуальный (eye) контакт и стремиться быть достаточно расслабленным (relaxed) и естественным<sup>1</sup>.

---

1 Следует отметить, что схожие невербальные проявления имеют место и со стороны заинтересованного пациента; исследования общения в диаде «врач–пациент» показали, что желание вовлечения может быть выражено пациентом через наклон тела к врачу, активный визуальный контакт, улыбки, кивания и иные экспрессивные средства (Soker & Vugoon, 1987). И наоборот, пациенты, которые ведут себя покорно (используют пассивный тон голоса, слабый визуальный контакт, закрытые позы) и меньше говорят, уменьшают вероятность вовлечения в процесс медицинской заботы (Kaplan et al., 1989).

## **Заключение**

Вышеприведенные аспекты невербальной коммуникации, несмотря на их кажущуюся простоту, требуют достаточно большого времени для их практического освоения и осознанного применения в практической деятельности. Тренинг коммуникативных навыков в ходе профессионального тренинга по психологическому консультированию или психотерапии призван лишь обратить внимание будущего психолога-консультанта или психотерапевта на значение языка тела в терапевтической коммуникации, однако только в ходе последующей клинической практики терапевт в полной мере осознает свои характерные невербальные проявления и то, как они могут влиять на процесс его взаимодействия с клиентами. Отслеживание и регулирование собственных аффективных (невербальных) проявлений являются одним из ключевых навыков в психотерапевтической деятельности, а стремление к осознанию собственных скрытых процессов во взаимодействии с клиентами – это одно из условий непрерывного профессионального развития психотерапевта.

## **Вопросы для обсуждения**

1. В чем особенность языка тела и каковы основные функции невербальной коммуникации?
2. Какие компоненты невербального поведения прежде всего определяют качество присутствия терапевта?
3. Каковы особенности визуального контакта в терапевтической ситуации?
4. Как лицевая экспрессия используется в ходе взаимодействия терапевта и клиента?
5. Каково значение пауз и молчания в терапевтической коммуникации?
6. Какова функция слез и смеха в терапевтической коммуникации?
7. Каковы особенности взаимодействия в пространстве между терапевтом и клиентом?
8. Какое значение в терапевтической коммуникации имеют поза и жесты?
9. Что такое синхрония взаимодействия?
10. Какие виды невербальных посланий, дополняющих или модифицирующих вербальную коммуникацию, были выделены Кнаппом?

## **Вопросы для размышления и саморефлексии**

1. Какие аспекты невербальной коммуникации, на ваш взгляд, являются наиболее важными в общении с клиентами?
2. Какие навыки невербальной коммуникации представляются вам наиболее трудными?
3. Является ли для вас трудностью продолжительный визуальный контакт в напряженной ситуации? Что вы чувствуете в этот момент?
4. Какие индивидуальные невербальные проявления характерны для вас? Требуют ли они осмысления и изменения?

## Глава 3

# Техника начальной консультации: задачи, навыки и вмешательства

### Введение

Эта глава посвящена технике начальной консультации, прежде всего целям и задачам, стоящим перед консультантом, иначе говоря, ключевым моментам и возможным направлениям первичного интервью. В ней будут выделены основные задачи начальной консультации, а также базовые навыки и технические средства их реализации.

Существует множество моделей и видов психологического консультирования и психотерапии, в рамках которых разработаны самые разные способы проведения первичной консультации. В этой главе<sup>1</sup> излагаются возможные пути проведения начального интервью и отдельные шаги и вмешательства, которыми начинающий консультант может пополнить свой технический арсенал. Можно сказать, что здесь будет представлен обобщенный вариант, своего рода алгоритм проведения самой первой встречи с клиентом, который может быть использован вне зависимости от теоретических предпочтений психолога-консультанта или психотерапевта<sup>2</sup>.

Начальная консультация – это ситуация межличностной встречи двух незнакомых людей, соединенных в большей или меньшей сте-

---

1 Выражаю благодарность своим коллегам Марине Головкиной и Ольге Салищевой за комментарии к этой главе на этапе ее подготовки.

2 Далее в этой главе слова «консультант» и «терапевт» будут использоваться взаимозаменяемо, поскольку независимо от того, кто проводит консультацию – психолог-консультант, психолог-психотерапевт или врач-психотерапевт, – данный специалист, прежде всего, выступает в роли консультанта.

пени по собственному желанию на постепенно разворачивающейся основе отношений «эксперт–клиент» с целью пролить свет на проблемные аспекты жизни клиента и укрепления надежды на избавление от переживаемого им эмоционального дистресса.

В профессиональной литературе по психологическому консультированию и психотерапии самая первая встреча с клиентом редко рассматривается отдельно, а в главах, посвященных начальному интервью, часто подразумевают несколько первичных интервью (от 2 до 5), поэтому у читателя легко может сложиться впечатление, что за первую встречу нужно успеть слишком много, что в реальности просто невозможно. У меня нет иллюзии, что все рекомендации, изложенные в данной статье, можно реализовать в каждой отдельно взятой первой консультации. Кроме того, есть большая разница между разовой консультацией клиента с запросом на психологическую информацию или на содействие в выработке позиции клиентом, скажем, с депрессией, требующим клинической оценки его состояния, и первым интервью с мотивированным клиентом, желающим пройти длительную психотерапию. С каждым клиентом уместна своя стратегия.

Конечно же, направленность и форма начальной консультации напрямую связана с образованием, профессиональным тренингом по психотерапии и личностью терапевта. Если консультант по своему образованию – психиатр или клинический психолог, то очень вероятно, что интервью в большей степени будет клиническим, диагностическим. Также очевидно, что, например, консультации психодинамического терапевта, когнитивно-поведенческого терапевта и гештальт-терапевта будут сильно отличаться друг от друга, поскольку в своем взаимодействии с клиентами эти специалисты будут исходить из разных терапевтических принципов.

Так, например, Файн и Глассер (2003) выделили следующие принципы терапевтической коммуникации при проведении первичных консультаций: 1) следование за клиентом; 2) признание и контроль чувств клиента; 3) создание атмосферы открытости и честности; 4) безоценочность и принятие; 5) неструктурированный сбор информации. Эти руководящие принципы нельзя считать общими; каждый консультант первоначально исходит из представлений, полученных им в ходе своего тренинга по психотерапии, а затем вновь и вновь опробует их на практике, постепенно дополняя и видоизменяя в соответствии с собственными личностными особенностями и теоретическими предпочтениями.

Существуют самые разные представления о структуре, стадиях и основных задачах начального интервью. Разными авторами предлагаются различные варианты структуры консультации, в которых выделяются 4, 5 и даже более стадий (см. например: Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006). Приведу в качестве иллюстрации два примера, один из области психологического консультирования, другой – из психиатрии. Алешина (2000) предложила модель консультативной беседы, включающей четыре этапа: 1) знакомство с клиентом и начало беседы (5–10 минут); 2) расспрос клиента, формулирование и проверка консультативных гипотез (25–35 минут); 3) психокоррекционное воздействие (10–15 минут); 4) завершение беседы (5–10 минут). Моррисон (Morrison, 1995) разработал структуру начального клинического интервью, определив в процентах время, которое терапевт должен затратить в ходе беседы на каждую из тем: 1) главная жалоба и свободная речь – 15%; 2) проверка конкретных диагнозов, спросить о суициде, истории насилия и злоупотреблении психоактивными веществами – 30%; 3) медицинская история, обзор систем и семейной истории – 15%; 4) личная и социальная история, оценка патологии характера и личностных черт – 25%; 5) оценка психического статуса – 10%; 6) обсуждение диагноза и лечения с пациентом, планирование следующей встречи – 5%. Модель Алешиной подходит для проведения разовых консультаций, если же первая встреча – это начало краткосрочной или длительной психотерапии, то, на мой взгляд, ей недостает исследования истории проблемы и диагностической оценки случая. Модель Моррисона, наоборот, всецело сконцентрирована на сборе анамнеза и диагностической оценке, а структура и задачи интервью слишком уж жестко определены и конкретизированы.

К счастью, в отличие от психиатрического интервью, перед психологом-консультантом и психотерапевтом стоят несколько другие задачи и диагностическую задачу начальной психотерапевтической консультации, по сравнению с психиатрическим интервью, можно в значительной степени «разгрузить», необязательно в каждом случае спрашивать о суициде, истории насилия и злоупотреблении психоактивными веществами, собирать медицинскую историю, проводить оценку психического статуса. Впрочем, как показывает клинический опыт, чем более нарушенным является клиент, тем в большей степени может стираться грань между этими двумя видами интервью<sup>1</sup>.

---

1 В разработанном Кернбергом (2000) структурном интервью предполагается последовательная оценка психотических, органических,

Проведение начальной консультации – это весьма непростое дело, поэтому вряд ли стоит усложнять его, выделяя более трех стадий интервью. Кажется разумным ограничиться тремя стадиями консультации и распределить имеющееся в вашем распоряжении время начального интервью следующим образом: начало консультации – 20–25%; середина консультации – 45–50%; окончание консультации – 20%, т. е. если в вашем распоряжении есть стандартные 50 минут, то 10–15 минут – на начало, 25–30 минут – на середину и оставшиеся 10 минут – на завершение консультации. Если в вашем распоряжении 90 минут, то 20–25 минут – на начало, 50 минут – на середину и оставшиеся 15–20 минут – на завершение консультации.

### **Цели и задачи начальной консультации**

В литературе по психологическому консультированию и психотерапии существуют самые разные представления о целях и задачах начального интервью. Так, например, Волберг (Wollberg, 1977) выделяет следующие цели начального психотерапевтического интервью: 1) установление раппорта с клиентом; 2) получение релевантной информации, в частности: (а) постановка клинического диагноза, (б) оценка сильных и слабых сторон пациента, (в) определение этиологии, (г) оценка динамики (например, внутренних конфликтов, механизмов защиты); 3) информирование; 4) создание возможности для пациента почувствовать себя понятым и придание надежды; 5) обеспечение пациенту возможности ощутить вкус лечения; 6) мотивирование пациента пройти лечение; 7) достижение договоренности с пациентом о дополнительной диагностической оценке; 8) отбор пациентов для лечения; 9) выбор терапии для пациента; 10) достижение практических договоренностей касательно терапии. Вриэнд и Диер (Vriend & Dyer, 1977) сформулировали перечень важнейших составляющих, по сути задач начальной консультации, следующим образом: 1) начало интервью; 2) оценка причины обращения за помощью; 3) оценка ожиданий клиента от консультирования; 4) оценка предыдущего опыта консультирования; 5) определение консультирования; 6) сообщение о конфиденциальности; 7) поиск значимого содержания для консультирования; 8) оценка способности клиента функционировать; 9) называние чувств; 10) уста-

---

пограничных и невротических нарушений пациента; в случае же выявления психотической или органической патологии структурное интервью может практически трансформироваться в традиционное психиатрическое интервью.

новление структуры консультирования; 11) вовлечение клиента в консультирование; 12) работа над постановкой целей; 13) суммирование, обзор и оценка; 14) использование психологического домашнего задания; 15) завершение интервью. Рудольф (Rudolph, 2004) в результате анализа литературы по краткосрочной динамической терапии и консультированию выявила 173 задачи, которые разные авторы выделяют для начального интервью. Эти терапевтические задачи затем были сгруппированы ею в 6 терапевтических кластеров или в более общие цели, а именно: 1) структурирование и обеспечение процесса интервью; 2) начальное вовлечение клиента и раскрытие проблем; 3) углубленное исследование и эмоциональное выражение клиента; 4) отражение и интерпретация материала клиента; 5) уточнение и проверка фокуса; 6) построение терапевтического альянса. Каждый из этих кластеров, по мнению Рудольф, представляет собой терапевтическое событие начального интервью.

В большинстве работ понятия цели и задачи используются взаимозаменяемо, или же речь идет только о целях или только о задачах начального интервью. На мой взгляд, полезны формулировки как более общих целей, так и определение более конкретных задач, стоящих перед консультантом в ходе начального интервью. Цели – это некие ориентиры, то, что консультант считает наиболее важным результатом начальной консультации. Задачи – это «шаги» к цели, действия, посредством выполнения которых консультант достигает целей интервью. Только в работе Рудольф (Rudolph, 2004) выделяются как более общие цели, так и частные задачи начального интервью, однако многие из выделенных ею задач – это слишком общие формулировки, которые определяют, скорее, цели, чем конкретные задачи и способы их осуществления. Кроме того, выделенные ею задачи не соотношены со стадиями интервью, т. е. в ее работе не дается ясного ответа на вопрос «Что сделать, как именно и в какой момент, чтобы достичь целей начального интервью?». Очевидно, что консультант, проводящий начальную консультацию, нуждается как в основных ориентирах, так и в более конкретных задачах, а также в средствах их достижения, т. е. в знании того, когда и какие вмешательства ему следует использовать.

Можно выделить три основные, связанные друг с другом цели: межличностную, диагностическую и терапевтическую.

В межличностном плане цель терапевта состоит в установлении раппорта, в создании доверительных отношений с клиентом. Прежде всего, клиент нуждается в благожелательном, внимательном, уважительном отношении, в стремлении терапевта установить

с ним эмоциональный контакт. Кроме того, уверенное, спокойное и естественное поведение консультанта сообщает клиенту о профессионализме специалиста, к которому он обратился, и располагает к изложению своей истории.

Основополагающий навык любого клинициста – это способность эмпатически откликаться на переживания другого человека и передавать эмпатию посредством признания, подтверждения и понимания. Эмпатия – это способность воспринимать и понимать чувства клиента, «как если бы» клиницист переживал их сам, и передавать свое понимание клиенту (Faust, 1998). На консультации клиент сталкивается с необходимостью подробного раскрытия приватной, болезненной информации, поэтому с самого начала разговора клиент нуждается в сочувствии и тактичности со стороны консультанта. Благодаря такту, эмпатии и уважительному отношению терапевта, клиент уже «на первой встрече может усвоить очень важный урок уважения и самоуважения, позволяющий клиенту почувствовать собственную значимость и достоинство. Ощущение своей никчемности, с которым многие клиенты приходят на терапию, – это первое отрицательное убеждение, которому противопоставляется уважительное отношение специалиста» (Файн, Глассер, 2003).

В диагностическом плане цель терапевта состоит в оценке жалоб клиента, его состояния и уровня нарушения и в формулировке рабочих гипотез относительно затруднений клиента. Вне зависимости от образования и теоретической ориентации консультант не может избежать необходимости формулировать гипотезы о проблемах клиента и принимать решения о том, что нужно сделать для улучшения ситуации или состояния клиента. Иначе говоря, для того чтобы вести себя терапевтически, терапевт должен стать диагностом.

Диагностическую оценку, на мой взгляд, полезно рассматривать как непрерывный процесс умозаключения, расширяющий текущее знание о клиенте. Этот процесс запускается с первых мгновений первичной консультации, заканчивается же он лишь с завершением терапевтических отношений. На основе наблюдений за поведением клиента, отслеживания и осмысления собственных субъективных реакций в ходе взаимодействия с ним, а также анализа изложенного клиентом материала терапевт начинает выстраивать рабочую модель внутреннего мира клиента и пригодную для данного случая терапевтическую стратегию.

И наконец, терапевтическая цель начальной консультации состоит в отклике терапевта на насущные потребности клиента,

в укреплении надежды клиента на избавление от эмоционального дистресса и решение его психологических проблем.

«Часто пациенты приходят на терапию тогда, когда проблемы захватывают их полностью и они чувствуют себя беспомощными и подавленными. Отсутствие надежды усугубляет состояние пациента; если же дать ему надежду, то он с большей вероятностью будет продолжать попытки разрешить проблемы и, таким образом, возрастет успешность терапии» (Люборски, 2003), поэтому для положительного исхода первичной консультации «важна вера клиента в то, что терапевт предложит новую перспективу, содействует возможности изменения и роста. Если клиницист может продемонстрировать такую надежду, клиенты с большей вероятностью будут испытывать свободу и безопасность при исследовании своей проблемы» (Segal, June & Marty, 2010).

«На что можно рассчитывать к концу первой консультации? Что клиенту станет легче, что он не будет считать свое положение таким отчаянным и безнадежным и что он, возможно, начнет понимать, что кое-что зависит от него самого. Может быть, он станет немного лучше разбираться в себе, поймет, что ему еще нужно время для принятия решения или что он уже, возможно, готов предпринять какие-то действия... Важно, чтобы первичная консультация завершилась конкретным, значимым для клиента результатом: у него может появиться новый взгляд на проблему, уверенность в том, что ему можно помочь, подтверждение признания того, что он действительно находится в очень трудной ситуации» (Файн, Глассер, 2003).

Большинство людей, обращающихся к психологам и психотерапевтам, переживают эмоциональный дистресс, с которым они не способны справиться, и ищут профессиональной помощи, чтобы уменьшить его. Даже тогда, когда это неочевидно на первый взгляд, стоит помнить о том, что очень часто клиент обращается за психологической помощью в состоянии фрустрации насущных потребностей и крушения надежд. Неоднократные попытки клиента самостоятельно решить ту или иную жизненную проблему потерпели неудачу, что и заставило его обратиться за помощью. Переживания боли и уязвимости, чувства неопределенности и тревоги влияют на поведение клиента: он одновременно открывает и скрывает свои потребности и чувства. Консультанту необходимо продемонстрировать готовность эмоционально откликнуться на психологические нужды клиента и отнестись с пониманием к проявлениям сопротивления их выражению.

## Начало консультации

*Сообщите об имеющемся в вашем распоряжении времени и назначении консультации.*

*Проявляйте невербальными средствами ваше расположение и внимание.*

*Чтобы помочь клиенту начать рассказ о причинах обращения за помощью, используйте открытые вопросы и поощрение.*

*Отслеживайте ваши наблюдения и реакции на клиента.*

*Используйте активное слушание: повторение, перефразирование и прояснение.*

*Определите уместную степень контроля и структурирования беседы.*

*Суммируйте жалобы клиента и определите главную проблему.*

Большинство клиентов ничего не знают о психотерапии, поэтому их представления о том, чего стоит ожидать от консультации специалиста, могут быть самыми разными, порой весьма нереалистичными. Это может создавать напряжение, на которое можно обратить внимание в самом начале консультации, сразу после того, как клиенту было предложено сесть. «Прежде чем мы начнем, есть ли у вас какие-то вопросы касательно самой консультации?» – вводный вопрос, который может помочь клиенту выразить свои ожидания от консультации и задать волнующий его вопрос. Такого рода вступление со стороны консультанта может также помочь уже в самом начале увидеть какие-то опасения клиента, затрудняющие начало беседы.

Консультацию также можно начать с информирования. Так, Фовлер и Пери (Fowler & Perry, 2005) считают, что в своем вводном замечании консультанту следует кратко сообщить о временной рамке интервью и его назначении, а также предложить очертание процесса интервью с акцентом на исследовании.

**Терапевт:** Перед тем как начать консультацию, я хотел бы сказать, что у нас с вами сегодня есть 50 минут на эту беседу. Наша цель на ближайшие 50 минут – лучше понять те трудности, с которыми вы столкнулись. Я буду слушать вас, задавать вопросы или комментировать сказанное вами. Эта первая встреча – своего рода совместное исследование вашей жизненной ситуации, а также причин существующих у вас проблем. Эта беседа также дает вам возможность увидеть мой способ работы и определить, насколько он подходит вам. Как вам такой план этой встречи?<sup>1</sup>

1 Взав за основу данный пример, каждый консультант может сформулировать свой вариант вводного замечания, согласующегося с его представлениями о первой встрече с клиентом.

Подобное вводное замечание со стороны консультанта – это самое первое ориентирование клиента в неизвестной для него терапевтической ситуации, информирование клиента о ролях терапевта и клиента, о том, чего можно ожидать от первой встречи. Обычно подобное информирование немного успокаивает клиента. Кроме того, у него появляется возможность в самом начале спросить о чем-то, что его беспокоит.

Другой вариант начала консультации предложили Бэркхэм и Хобсон (Barkham & Hobson, 1989). На их взгляд, в самом начале первого интервью терапевту следует сфокусироваться на текущем аффекте и попытаться выразить свое понимание чувств клиента по поводу визита к терапевту с учетом физического и эмоционального напряжения, характерного для начала сессии. Для этого желательно использовать слова, соответствующие привычному языку клиента (*«Вы, похоже, немного взвинчены?»*). Тем самым терапевт обращает внимание на то, как клиент чувствует себя в кабинете терапевта, стремится к установлению эмоционального контакта.

После вышеприведенных попыток уменьшить напряжение наступает момент для приглашения клиента рассказать о причинах, приведших его на консультацию. Многие консультанты начинают беседу с открытых вопросов, предлагающих клиенту начать свой рассказ, например, с вопроса *«С чем вы пришли?»*, *«Чем я могу вам помочь?»* или *«Какая проблема привела вас сюда?»*. Иногда тревожный пациент начинает первым: *«Я в первый раз на приеме у психотерапевта. С чего мне следует начать?»* На это можно ответить: *«Давайте начнем с причины обращения, с того, что вас беспокоит, что привело вас сюда»*. «Большинство пациентов сразу после ответов на стандартные вопросы станут излагать свою историю так, как, по их внутреннему ощущению, они должны это сделать... Разумно не вмешиваться в этот процесс, не делать резких, болезненных для пациентов замечаний, пока они не допустят вас до самых глубин своей боли» (Роут, 2003).

Некоторые терапевты предлагают начинать консультацию с вопроса: *«Что заставило вас обратиться за помощью? Почему сейчас?»*, но, на мой взгляд, подобный вопрос стоит задать несколько позже, а в самом начале стоит задать менее конкретный вопрос и предоставить большую свободу клиенту.

Хорошими средствами установления контакта с клиентом на начальном этапе являются невербальное присутствие (кивки, доброжелательное и заинтересованное выражение лица и т. д.) и поощрения (реплики типа *«Да»*, *«Я слушаю»*, *«Расскажите мне больше об этом»*),

которые передают расположение и заинтересованность терапевта и поощряют клиента к изложению своей истории.

Файн и Глассер (2003) отмечают, что при первой встрече с клиентом вы, как и любой другой человек, будете наблюдать и оценивать какие-то его характеристики. Прежде всего, вы, вероятно, обратите внимание на то, как настроен клиент, существуют ли признаки напряженности. Вы сразу отметите про себя какие-то бросающиеся в глаза особенности внешности или физические особенности, например: слишком высокий или слишком маленький рост, чрезмерную полноту или болезненную худобу, какие-то физические недостатки. Трудно не заметить и необычную манеру одеваться. Мы сразу же обращаем внимание на то, каким голосом говорит клиент, как он держится, какие он совершает движения. За несколько первых минут мы получаем огромное количество информации, большую часть которой мы обрабатываем автоматически, исходя из нашего прежнего опыта. Наконец, пропустив эту информацию через ваши человеческие и социальные пристрастия, вы, вероятно, определите для себя, насколько клиент вам нравится.

С одной стороны, ваши первые впечатления могут быть весьма ценной информацией, с другой стороны, задача консультанта состоит в том, чтобы сохранить безоценочное отношение и открытость во время слушания клиента.

В действительности не только мы наблюдаем и оцениваем клиента, но и клиент выносит свои суждения о нас. «На самом раннем этапе первичной консультации он должен решить, доверяет ли он психотерапевту: будет ли тот явно или неявно осуждать его; хватит ли у него мудрости понять, насколько глубока и сложна его проблема; достаточно ли он чуток, чтобы почувствовать, что стоит за словами клиента, действительно ли он его уважает. Клиент решает, может ли психотерапия и этот конкретный профессионал ему помочь» (Файн, Глассер, 2003). Уверенное, спокойное и тактичное поведение профессионала, соответствующие ожиданиям клиента вопросы и внимательное слушание – вот первые шаги к установлению доверительных отношений. Отношение и комментарии консультанта по ходу консультации, которые свидетельствуют о его специальных знаниях и опыте, также работают на завоевание доверия.

«Естественно, пока клиент говорит, психолог не просто слушает, а работает. Условно можно выделить несколько направлений работы на этом этапе консультирования. Консультант: 1) поддерживает контакт с клиентом; 2) стимулирует его на дальнейший рассказ;

3) способствует направленному развитию беседы; 4) осмысливает то, что говорит клиент» (Алешина, 2000).

Время от времени бывает весьма полезно сверить свое понимание, формулируя сказанное клиентом собственными словами и давая ему возможность поправить ваше понимание. Вы поможете клиенту выразить его чувства и изложить его видение своей жизненной ситуации, если посредством повторения и перефразирования смысловых и эмоциональных сообщений будете последовательно демонстрировать ваше намерение как можно точнее и полнее его понять. Повторение ключевых слов высказывания или выражение своими словами сути сказанного клиентом поощряет его к раскрытию более глубоких уровней и измерений проблемы.

«Для того чтобы полноценно участвовать в диалоге с клиентом, консультанту следует помнить имена, названия, даты, различные детали, упоминаемые клиентом... Для того, чтобы не упустить что-то важное, консультант может попробовать кое-что записывать во время беседы» (Алешина, 2000).

Контроль за ходом беседы – это проявление ответственности консультанта. Только слушания, даже самого чуткого, в большинстве случаев недостаточно. Удерживание фокуса на определенных жалобах, симптомах, темах позволяет консультанту формулировать и проверять начальные гипотезы касательно природы проблем клиента, тем самым с максимальной пользой использовать время начальной консультации.

В первые 10–15 минут беседы, после структурирующей ситуацию информации и открытого вопроса о причинах обращения, консультанту на некоторое время бывает полезно занять пассивную позицию, а затем по ходу решать, как действовать в дальнейшем. Так, например, с болтливым, пространно рассуждающим, отвлекающимся на малозначимые детали или, в действительности, не полностью отвечающим на вопросы клиентом следует проявлять большую активность, чтобы время консультации не было съедено малозначимыми деталями. Задавая преимущественно открытые вопросы такому клиенту, консультант предоставляет ему слишком большую свободу, делает беседу слишком неструктурированной и упускает возможность рассмотреть относящиеся к делу вопросы. И наоборот, с клиентом, который последовательно излагает проблему, обогащая ее все новыми и новыми изменениями, контроль со стороны терапевта может быть минимальным. Здесь наиболее уместным будет активное слушание и редкие вопросы и реплики консультанта. Однако и в данной ситуации

не стоит забывать об ограничении времени и задачах консультации.

Итак, на начальной стадии беседы консультанту следует определить степень контроля и структурирующей активности, которая в значительной степени зависит от способности клиента предоставить релевантную информацию. Общее правило здесь – осуществлять минимальное структурирование, необходимое для продуктивного изложения и исследования личной истории клиентом.

По мере изложения клиентом причины обращения за помощью, консультант начинает осуществлять диагностическую оценку жалоб, симптомов и проблем клиента.

«Спонтанно излагаемая жалоба имеет определенный сюжет, т. е. последовательность изложения жизненных коллизий, предшествовавших возникновению ситуации, о которой идет речь в жалобе, а также содержание и взаимосвязь этих коллизий. Сюжет – это форма жалобы, созданная самим клиентом, и для наивного слушателя сюжет исчерпывает все содержание жалобы. Например, клиент рассказывает о том, что предшествовало браку, как относились к браку родители, когда родили ребенка, чем он болел, как возникли первые осложнения и т. д. От анализа сюжет отличается тем, что его строение и содержание продиктованы не специалистом, собирающим нужные ему сведения, а самим клиентом и тем, что ему кажется важным» (Столин, 1989).

Слушая изложение жалобы клиентом, консультант начинает знакомиться с его субъективным видением проблемы, отмечает, что он акцентирует, а что игнорирует; оценивает, в какой степени он признает свой собственный вклад в сложившуюся ситуацию; делает предположение об ожиданиях клиента от разговора с консультантом, т. е. о его запросе.

«На этой фазе беседы часто выясняется: то, как интерпретирует свою ситуацию клиент, в чем и как он видит причины своих проблем» (Алешина, 2000). Файн и Глассер (2003) считают, что «независимо от того, в чем вы сами или другие люди видите проблему клиента, начать нужно с принятия его определения, вкуче с приводимыми им объяснениями и обоснованиями. Только так можно установить доверительные отношения с клиентом». Алешина (2000) отмечает, что «часто уже в процессе рассказа точка зрения клиента изменяется, он готовится к принятию нового взгляда на себя и окружающих, иной концепции происходящего». Иначе говоря, есть основания рассчитывать, что по мере того, как клиент будет углублять свое понимание проблемы, его позиция может измениться.

Если при описании своих проблем клиент прибегает к психиатрическим «ярлыкам» («Это мазохизм какой-то») и психологическим понятиям («Я, наверно, перфекционист»), это требует прояснения. Так, например, если клиент упоминает о депрессии, терапевт может спросить: *«Вы сказали, что были в депрессии. Не могли бы вы более подробно описать, что именно вы чувствовали?»* или *«Какие у вас основания поставить себе такой диагноз?»*

Главная жалоба или предъявленная проблема<sup>1</sup> в самом начале может иметь ту или иную форму, включая: симптом (например, бессонница); межличностный конфликт (например, серьезная ссора с партнером); некий стресс (например, потеря работы); эмоцию (например, тревога); поведение (например, навязчивые действия) или что-то еще. Затем в процессе совместного исследования предъявленная проблема может трансформироваться в целостную картину, имеющую целый ряд взаимосвязанных элементов. Задача консультанта состоит в выявлении значимых аспектов проблемы и в содействии осознанию клиентом взаимосвязи между ними. Отмечая, проясняя и связывая между собой жалобы и аспекты проблемы, клиент и консультант совместно продвигаются к формулировке главной причины обращения.

Пытаясь понять жалобы клиента, важно оценить масштаб и тяжесть текущих жалоб, а также отягчающие и смягчающие факторы, т. е. значимые обстоятельства возникновения/исчезновения проблемы и/или усиления/ослабления симптомов. Это можно оценить посредством следующих вопросов: *«С чего все началось? Что предшествовало возникновению этого симптома?»*, *«Как часто вас беспокоит данная проблема?»*, *«В какие моменты вы чувствуете себя хуже всего?»*, *«Что именно происходило с вами, когда вы ощутили ухудшение состояния?»*, *«Бывают ли периоды, когда симптомы отступают, когда вы чувствуете себя значительно лучше?»*, *«Как вы пытались справиться с этой проблемой?»*.

Собирая информацию о симптомах и проблемах, стоит помнить о таких ее аспектах, как продолжительность, протекание, частота проявления, интенсивность, влияние проблемы и симптомов на функционирование и благополучие клиента.

---

1 Как правило, зарубежные авторы предпочитают или термин «главная жалоба» (chief complaint), или «предъявленная проблема» (presenting problem). Я использую оба эти термина. В отечественной традиции психологического консультирования предпочтение отдается термину «запрос».

Подробное расспрашивание симптомах может вызвать у некоторых клиентов тревогу и нетерпение. Клиент, у которого присутствует ощущение, что его проблемы требуют срочного решения, по мнению Грейсона (Grayson, 2002), нуждается в поддержке в том, чтобы быть терпеливым (*«Когда вы настаиваете на том, что этим приступам тревоги нужно немедленно положить конец, вы только заставляете себя еще больше тревожиться»*).

Еще один шаг в оценке предъявленной проблемы – определить сопутствующие симптомы. «Так, например, если предъявленная проблема – бессонница, то можно ожидать обнаружить также подавленное настроение, потерю интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности, что будет свидетельствовать о депрессии; повышение энергии и настроения – при мании; чрезмерное беспокойство – при генерализованном тревожном расстройстве; ночные кошмары и непроизвольные воспоминания травматических событий – при посттравматическом стрессовом расстройстве» (Hutchings & Virden, 2010), т. е. предъявленная проблема может оказаться лишь частью слона или верхушкой айсберга и привести к обнаружению более серьезной, действительной проблемы.

Слушая клиента, консультант стремится свести воедино все то, что он видит и слышит, чтобы получить связную картину и добиться лучшего понимания клиента. Суммирование жалоб клиента или предъявленной проблемы и его видения сложившейся ситуации – уместное вмешательство на данном этапе консультации. Суммирования обычно продолжительнее, чем перефразирования, так как, пусть и в сжатом виде, вбирают в себя большее количество информации – значимые факты жизни, чувства и идеи клиента. Из суммирования часто вытекает тот или иной вопрос или необходимость что-то уточнить. Суммирование также можно использовать для подытоживания результата, достигнутого в ходе определенного отрезка беседы, для смены темы и логичного перехода к следующей задаче консультации.

Бывает, что клиент изначально предъявляет одну проблему, бывает, что выражает ряд жалоб. В обоих случаях к концу начальной стадии интервью консультанту важно определить фокус последующей консультации – главную проблему клиента. *«Что вы считаете вашей основной проблемой?»* – уместный вариант вмешательства в этот момент, особенно если планируется лишь одна или несколько терапевтических консультаций.

По мнению Файн и Глассера (2003), «определение проблемы – очень важный шаг в процессе терапии, от которого в значительной

степени зависит то, к каким переменам вы будете стремиться в процессе вашего взаимодействия с клиентом и каковы будут средства их достижения. А это, в свою очередь, сформирует ожидание возможного результата терапии. В этом и состоит суть терапевтического контракта».

Грейсон (Grayson, 2002) отмечает, что типичный первый отклик на просьбу определить фокальную проблему – это все что угодно, кроме фокуса, например: «Ну, я бы хотел поработать над своим характером и моими отношениями с отцом, над самооценкой, а еще над склонностью все откладывать и...». В подобной ситуации Грейсон использует дополнительные вопросы, заимствованные из ориентированной на решение краткосрочной терапии: *«Но если бы могла измениться только одна вещь, но что позднее заставило бы вас порадоваться, что вы со мной работали, что это было бы за изменение?»*. В конце концов, большинство клиентов, по его опыту, в состоянии назвать симптом или проблему, которая является для них основным приоритетом. В качестве следующего шага Грейсон рекомендует определить терапевтическую цель: *«Как бы вы поняли, что вы достигли прогресса в отношении данной проблемы? Что бы изменилось?»*. «Цель привносит идею, что терапия – это не просто разговор, что сессии нацелены на то, чтобы помочь что-то изменить в подходе клиента к фокальной проблеме» (Grayson, 2002).

После определения главной проблемы и терапевтической цели консультант может перейти к задачам второй стадии консультации, однако хотелось бы оговорить, что подобным образом интервью разворачивается далеко не всегда. Во многих случаях вопрос о главной проблеме и терапевтических целях имеет смысл отложить до конца второй стадии консультации или и вовсе отказаться от этого в течение первой встречи, например, в ситуации, когда по ходу беседы возникает впечатление, что для диагностической оценки данного случая требуются дополнительные интервью или что, возможно, данному клиенту лучше порекомендовать другого специалиста.

Определение главной или фокальной проблемы – фокуса последующей терапевтической работы – является характерной особенностью любой краткосрочной психотерапии. Экономия времени в рамках краткосрочной терапии начинается с самой первой консультации, в ходе которой определяется мишень терапевтического воздействия. Наличие целого ряда проблем и неспособность клиента выбрать главную, как правило, свидетельствуют о том, что клиенту

вряд ли помогут терапевтические консультации или курс краткосрочной психотерапии, т. е. что он, по всей видимости, нуждается в длительной психотерапии или и вовсе в иного рода помощи.

### **Середина консультации**

*Сосредоточьтесь на анализе главной проблемы, ее основных аспектов, контексте возникновения и истории развития проблемы.*

*Предложите клиенту рассказать о конкретной ситуации. Если это уместно, вместе с клиентом проанализируйте ее.*

*Уделяйте внимание важным темам, исследуйте их посредством вопросов, прояснения и отражения чувств.*

*Оцените уровень нарушения клиента.*

*Формулируйте гипотезы о природе затруднений клиента и запросе клиента.*

*Для проверки наблюдений и рабочих гипотез используйте пробные вмешательства.*

Середина консультации – наибольшая по времени часть начального интервью. Основные задачи этой стадии консультации – анализ главной проблемы и оценка уровня нарушения пациента, зондирование личной и семейной истории, формулирование гипотез о природе затруднений и запросе клиента, а также применение уместных пробных вмешательств.

После серии открытых вопросов на начальной стадии консультации рекомендуется сочетание открытых и закрытых вопросов в течение последующей беседы, т. е. открытые вопросы постепенно дополняются закрытыми, а также перефразированием и суммированием, что позволяет консультанту в большей степени сохранять контроль над ходом беседы. В отличие от открытых вопросов, закрытые вопросы позволяют экономить время, уточнить что-то, запросить или конкретизировать интересующую информацию.

**Терапевт:** Вы сказали, что вам нравится выпить с приятелями пару кружек пива после работы. Сколько именно содержится в «паре кружек»? (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

**Терапевт:** Даже когда вы знаете, что ваши действия никак не могут повлиять на депрессию вашей жены, вам все-таки кажется, что ей станет лучше, если вы приложите еще больше стараний, чтобы ей помочь? (Файн, Глассер, 2003).

**Терапевт:** Как я понял, бессонница возникла примерно два месяца назад, когда вы были уволены с работы, и с этого времени вы

чувствуете себя подавленно, ничто вас не радует, вы чувствуете, что легко раздражаетесь и устаете, вам трудно сконцентрироваться на чем-то, вы похудели почти на восемь килограмм. Все верно? (Hutchings & Virden, 2010).

Иногда клиент говорит весьма пространно, но важной информации совсем немного, или она представляется в беспорядочном виде. В такой ситуации для более детального понимания уместны открытые, но фокусирующие вопросы («Вы упомянули о конфликте на работе, который привел к увольнению. Не могли бы вы подробнее рассказать об этом конфликте?») или проясняющие вопросы («Что вы имели в виду, когда сказали, что предпочитали держаться от него на расстоянии?»).

По мнению Алешиной (2000), основной и самый надежный для консультанта подход на этапе расспроса – это анализ конкретных ситуаций из жизни клиента, демонстрирующих его отношения с людьми, поведение в проблемных ситуациях, его паттерны взаимодействия. «Работа с конкретными ситуациями – для консультанта один из наиболее надежных способов проверить свои гипотезы. Широко известно, что чем подробнее человек говорит о чем-либо, тем больше конкретных деталей в рассказе, тем меньше отпечаток субъективности и односторонности и больше возможностей для понимания консультантом тех аспектов реальности, которые не воспринимаются и не замечаются рассказчиком. Мелкие детали ситуации труднее придумать или исказить, и они становятся своеобразными фильтрами, через которые проходит неосознаваемая или недооцениваемая клиентом информация» (Алешина, 2000). Фокус на анализе конкретных ситуаций особенно уместен, если планируется лишь одна или несколько консультаций, поскольку, как правило, в результате такого анализа появляются возможности для осуществления психокоррекционного воздействия.

Отслеживайте темы, которые поднимает в ходе беседы клиент. Изучайте вместе с ним каждую новую тему: начинайте с открытых вопросов, далее, в случае необходимости, используйте прояснение, фокусирующие вопросы и отражение чувств. Когда вы придерживаетесь определенной линии исследования и появляется важная, но не связанная с ней информация, отметьте ее про себя и, прежде чем перейти к ней, убедитесь, что вы закончили текущую тему. Перейти к новой теме можно при помощи следующей конструкции: «Когда вы говорили о... вы упомянули о... не могли бы вы больше рассказать об этом».

**Терапевт:** Когда вы говорили о ваших чувствах к мужу, вы упомянули о смерти вашего отца. И это, как мне показалось, очень важно для вас. Не могли бы вы больше рассказать об этом?

Иначе говоря, перед тем, как углубиться в изучение новой темы, важно закончить предыдущую линию исследования. Увлечение новой темой является распространенной ошибкой, которая может приводить к спутанному и поверхностному пониманию проблем клиента.

В ситуации резкого перехода клиентом к изложению новой темы может быть уместным прямое проявление контроля со стороны консультанта. Это можно сделать, например, следующим образом: *«Я понял, что это важно для вас, но не могли бы вы вернуться к тому, что сказали ранее о ваших проблемах на работе, и рассказать о них?»*

Если же сам консультант решает поднять новую тему, то желательно представить ее, чтобы клиент понимал, куда движется беседа.

**Терапевт:** Вы упомянули о ссорах с матерью, поэтому я бы хотел сейчас обратиться к обсуждению вашей семьи. Мы могли бы начать с вашей матери. Не могли бы вы больше рассказать мне о ней?

Порой так бывает, что клиент не очень конкретен при изложении своей истории и опускает важную информацию, а это не очень хорошо, если консультация заканчивается, а терапевт не знает возраста, супружеского статуса, профессии, с кем и в каких условиях проживает клиент и т. д. Макиннон, Мичелс и Букли (Maskinpon, Michels & Buckley, 2006) отмечают, что эта базовая информация подобна скелету жизни пациента, на который накладывается другая информация. Когда этот материал не появляется спонтанно по ходу обсуждения текущих проблем, большую его часть часто можно получить с помощью одного – двух вопросов. «Интервьюер может обратиться к клиенту следующим образом: *„Расскажите мне о своей текущей жизни“*. Нередко на такую просьбу клиент реагирует вопросом: *„Вы имеете в виду, женат я или нет, чем я занимаюсь профессионально и т. п.?“*. Интервьюеру на это следует лишь кивнуть головой и следить, не упустил ли клиент чего-то, на что можно будет обратить его внимание впоследствии. Просьба консультанта рассказать о текущей жизни показывает, что многие клиенты предоставляют более полезную информацию, если им предложить тему разговора, а не ряд вопросов, на которые они кратко отвечают» (Maskinpon, Michels & Buckley, 2006).

Определение главной проблемы, которое осуществляется на начальной стадии консультации, предполагает сбор информации о со-

путствующих симптомах и жалобах, о влиянии жизненных обстоятельств и стрессов, получение начальных сведений об истории возникновения проблемы. Какую-то часть этой информации консультант, как правило, получает в результате свободного изложения клиентом причины обращения; какую-то в результате прояснений и вопросов на начальном этапе консультации. В результате в сознании консультанта зачастую складывается предварительная картина затруднений клиента, но многие ее элементы еще требуют прояснения.

Анализ же главной проблемы предполагает уже более фокусированное исследование связанных с ней факторов, сбор дополнительной информации о тех аспектах проблемы, которые не были освещены клиентом ранее, проверку гипотез, возникших на начальном этапе консультации, а также попытку проникнуть вглубь, к тому, что лежит в основании главной проблемы.

Оригинальный способ анализа проблемы предложил создатель мультимодальной терапии Арнольд Лазарус (2001). Он выделил семь модальностей опыта, которые можно учитывать при выявлении разных измерений, в частности, предшествующих условий и следствий определенного симптома или проблемы.

**Поведение.** Какие действия предшествуют симптомам и следуют за ними?

**Аффекты (чувства, настроения).** Какие эмоции предшествуют симптомам и возникают после их появления?

**Ощущения и восприятие.** Какие физические ощущения предшествуют симптомам и следуют за ними?

**Когниции (мысли, убеждения, ценности).** Какие мысли предшествуют симптомам и возникают после их появления?

**Воображение (образы, мечты, сны).** Какие визуальные образы предшествуют симптомам и следуют за ними?

**Межличностные отношения.** Какие события или переживания в сфере отношений предшествуют симптомам и возникают после их появления?

**Психоактивные вещества и биологические факторы.** Какие биохимические, физиологические или медикаментозные факторы предшествуют симптомам или следуют за ними?

Тем самым терапевт может начать работу по построению так называемого профиля модальностей, т. е. списка конкретных проблем в каждой модальности, который затем обсуждается с клиентом. Лазарус (Lazarus, 1984) в качестве примера приводит 33-летнюю кли-

<i>Поведение</i>	Уход, избегание, инертность
<i>Аффект</i>	Депрессия, вина, самообвинения
<i>Ощущения и восприятие</i>	Вялость, тугоподвижность, обессиленность
<i>Воображение</i>	Образы смерти, картины семейного отвержения
<i>Когниции</i>	Монолог о прошлых неудачах, Я-утверждения о личном ничтожестве
<i>Межличностные отношения</i>	Пассивность, застенчивость, неспособность к самоутверждению
<i>Психоактивные вещества и биологические факторы</i>	Принимала трициклический антидепрессант в течение трех месяцев; затем примерно четыре недели назад препарат был заменен на ингибитор МАО

ентку с жалобой на депрессию, которая признала, что вышеприведенный профиль модальностей адекватно суммирует ее главные проблемы.

Концепция модальностей Лазаруса может быть особенно востребована терапевтами, которые придерживаются принципа технического эклектизма и используют для работы с теми или иными проблемами различные техники из разных видов психотерапии. Психотерапевты, практикующие определенный метод психотерапии, также могут найти полезными выделенные Лазарусом модальности опыта, поскольку они дают целостный взгляд на феноменологию проблемного опыта.

Факт обращения к психологу или психотерапевту – это в подавляющем большинстве случаев не случайность. Консультант должен проверить гипотезу существования конкретного эмоционально нагруженного ускоряющего события. «Что заставило вас обратиться за помощью именно сейчас?» – вопрос, которым можно начать проверку данной гипотезы. Впрочем, далеко не всегда клиент может ответить на этот вопрос, поэтому в значительной степени это задача консультанта – сначала про себя попытаться ответить на вопрос «Что заставило клиента обратиться за помощью именно сейчас?», а затем поделиться с ним своими догадками о существующих ускоряющих событиях.

Ускоряющее событие, как правило, связано со значимыми отношениями, с этапом развития клиента и/или с экзистенциальными данностями существования. Эти три области Будмэн и Гурмэн (Budman & Gurman, 1988) назвали межличностным, развитием и экзистенциальным аспектами в разработанной ими интегративной модели краткосрочной терапии. Как отмечает Молнос (Molnos,

1998), хотя конкретное ускоряющее событие или стечение нескольких таких событий происходит в настоящем, эмоциональные реакции клиента нередко связаны с его прошлым. Их исследование и проработка может стать содержанием терапии, а в рамках начальной консультации может быть осуществлен самый первый шаг такого исследования, результатом чего может стать пробная интерпретация. Понимание значения ускоряющего события, по мнению Молнос (Molnos, 1998), является ключом к пониманию характера сложностей и мотивации клиента и тем самым способствует задаче вовлечения клиента в психотерапию. Иначе говоря, продуктивное исследование ускоряющего события может стать отправной точкой начальной консультации, к которой консультант может периодически возвращаться после получения от клиента очередной порции информации.

Симптомы можно понимать как «ошибочные и дорогостоящие попытки разрешения проблемы, связанной с взаимоотношениями» (Люборски, 2003). Слушая клиента, важно обращать внимание на межличностный контекст предъявляемых симптомов проблем. «Этот контекст состоит как из внутренних, так и из внешних условий, вызывающих и поддерживающих симптомы и психические страдания. Внутренние условия – это вариации центральных конфликтных отношений; к внешним относится поведение других людей, которое воспринимается пациентом через призму его центральных конфликтных отношений» (Люборски, 2003). По мнению Люборски, подход к симптому как к попытке разрешения проблемы и использование такого языка в разговоре с пациентом очень полезны для него.

Более прямо и глубоко о значении человеческих взаимоотношений высказался Роут (2002): «Все беды и несчастья, с которыми люди приходят в кабинет психотерапевта, имеют общую составляющую – определенную фрустрацию, связанную с любовью. Любовь обретенная и любовь потерянная, любовь, которую ищут, или любовь, которую, кажется, вообще нельзя найти, именно она нарушает жизнь человека, ищущего внимания и заботы со стороны другого, способного излечить его недуг. Таким образом, самое существенное обобщение, которое я могу сделать, таково: на первичном интервью терапевту следует обратить особое внимание на либидинозную связующую нить... Если этого коснуться во время первых встреч, пациенты чувствуют облегчение, ожидая, что терапевт сможет понять самое важное в их жизни. Фрустрация в любви как источник клинических расстройств является типичным событием по-

вседневной жизни, однако столь часто игнорируется в клинической практике».

Для исследования жизненных обстоятельств, их восприятия и объяснений клиентом собственных действий можно использовать такие технические средства динамической психотерапии, как прояснение, конфронтация и интерпретация. Кернберг (2000) следующим образом определяет эти виды вмешательства.

«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.

Конфронтация открывает перед пациентом такие сведения, которые кажутся противоречивыми или непоследовательными... Прежде всего, пациенту указывают на что-то в его действиях, что он не осознавал или считал вполне естественным, но что терапевт воспринимает как нечто неадекватное, противоречащее другой информации или приводящее в замешательство. ... Конфронтация требует такта и терпения, это не агрессивное вторжение в психику пациента и не движение к поляризации взаимоотношений с ним.

Интерпретация, в отличие от конфронтации, связывает здесь и сейчас сознательный и предсознательный материал с предполагаемыми или возможными бессознательными функционированием или мотивацией. Иными словами, интерпретация имеет дело со скрытыми активизировавшимися тревогой и конфликтами. Конфронтация сопоставляет и реорганизует то, что можно было наблюдать; интерпретация же добавляет к этому материалу гипотетическое измерение причинности и глубины. Таким образом, терапевт связывает актуальное поведение пациента с его глубинными тревогами, мотивами и конфликтами, что позволяет увидеть основные трудности за текущими поведенческими проявлениями» (Кернберг, 2000).

**Терапевт:** Вы сказали мне, что иногда тоже любите гулять с другими женщинами. На прошлой неделе у вас был этот неприятный спор с вашей подругой, в котором всплыл этот момент. Ваша подруга настолько ревнива или, возможно, была другая причина ее раздражения?

**Терапевт:** Вы признали, что не хотите потерять свою подругу. В то же время вы продолжаете поддерживать интимные отношения с другой женщиной и рассказывать об этом своей подруге. Как одно может сочетаться с другим?

**Терапевт:** Мы уже увидели, что вы начинаете отношения «на стороне» каждый раз, когда чувствуете особую близость с вашей подругой. И насколько я понимаю, вы снова и снова подчеркиваете в особо интенсивные моменты нашей беседы, что собираетесь пройти, по крайней мере, еще два интервью с другими терапевтами. Не может ли быть так, что вы начинаете отношения «на стороне» каждый раз, когда близость в значимых для вас отношениях становится слишком значимой и, таким образом, столь пугающей для вас?» (Операционализированная психодинамическая диагностика, 2011).

«Коротко говоря, прояснение есть мягкий когнитивный инструмент исследования границ осознания пациентом того или иного материала. Конфронтация стремится внести в сознание пациента потенциально конфликтные и несовместимые между собой аспекты материала. Интерпретация стремится к разрешению этого конфликта, предполагая стоящие за ним бессознательные мотивы и защиты, что придает противоречивому материалу определенную логичность» (Кернберг, 2000).

Большинство людей, приходящих на консультацию, переживают эмоциональный дистресс, с которым они не способны справиться, и они ищут профессиональную помощь, чтобы уменьшить душевную боль. Поэтому свободное проявление клиентом болезненных чувств, их признание и принятие консультантом – важные составляющие терапевтического взаимодействия. Прямое обращение к эмоциональным переживаниям, поддержка их выражения здесь и сейчас – очень полезные вмешательства в ходе начальных консультаций. *«По-видимому, тогда это вас очень расстроило»* или *«Это решение, похоже, было трудным для вас»*. Такие высказывания сообщают клиенту, что, в отличие от большинства людей, вы способны говорить об их чувствах. Если же говорить на языке терапевтических вмешательств, то для выражения эмоций лучше всего подходят такие техники, как отражение чувств (*«Когда вы слышите такое, это очень обидно»* или *«Это разбивает ваше сердце»*), сосредоточение на невербальных проявлениях (*«У вас на глазах появились слезы»* или: *«Вы слышите ваш голос?»*) и фокусирующие вопросы (*«Не могли бы вы больше сказать*

о том, что вас злит?» или: «Что вы чувствуете, когда говорите это?»).

Использование техник на первой сессии, особенно таких, как отражение чувств, конфронтация и интерпретация, носит характер пробного вмешательства. То, как клиент реагирует на пробное вмешательство консультанта, свидетельствует о степени его готовности использовать терапевтический потенциал психотерапии, т. е. тех средств, которые может предложить ему терапевт. Как точно замечают Шерман и Фредман, «каждую конкретную технику одновременно можно рассматривать и как психодиагностический тест» (Шерман, Фредман, 1997). То, насколько клиент откликается на пробные вмешательства, отражает его уровень открытости – закрытости, способность входить в контакт с собственными чувствами, умение использовать иную точку зрения для понимания своих проблем и другие важные факторы при оценке уместности того или иного вида психотерапии.

В завершение анализа проблемы имеет смысл подытожить основные факты и возможные открытия. Суммируя сказанное клиентом, консультант предоставляет ему возможность уточнить, поправить и дополнить что-то важное, упущенное им. Тем самым консультант как бы открывает перед клиентом свои карты, внося некоторую определенность относительно того, что у него на уме. Кроме того, обобщая результаты исследования главной проблемы, терапевт предлагает клиенту подтвердить совместно достигнутый результат – расширенную, углубленную и тем самым переформулированную проблему клиента.

Как правило, определение и исследование главной проблемы в ее межличностном, экзистенциальном и развитии контекстах занимает значительную часть времени начальной консультации, поэтому в большинстве случаев времени для подробного сбора истории развития в течение начальной консультации просто не остается.

Кроме того, некоторые клиницисты высказываются против систематизированного и структурированного расспроса о прошлом опыте в течение первой консультации еще и потому, что это вымывает из диалога эмоциональное содержание и связь с настоящим. Так, Видерман (Viederman, 2002) считает, что «прошлое важно лишь как живое прошлое, – не как интеллектуальная история, а как прошлое, действующее в настоящем».

Поэтому, пожалуй, более уместным будет заняться сбором полной истории развития клиента в ходе интервью, предваряющих курс психотерапии, когда клиент уже положительно откликнулся

на такое предложение. Однако исследование отдельных аспектов прошлого, а также личностных особенностей и значимых отношений клиента может быть с пользой задействовано и на самой первой встрече с клиентом.

Видерман, например, предлагает в ходе начальной консультации обращаться к прошлому избирательно, прося клиента обратиться к определенным воспоминаниям из прошлого, связанным с тем, что находится сейчас в фокусе разговора между консультантом и клиентом. Он пишет: «По мере развития интервью я исследую прошлое, фокусируя внимание на тех описываемых пациентом поведенческих паттернах, которые вызывают у него дистресс. Когда пациент проясняет и называет эти паттерны, я прошу его вернуться в ранний период жизни и непринужденно подумать о том, что эти паттерны вызывают в сознании» (Viederman, 2002).

**Терапевт:** А вы когда-нибудь в жизни испытывали реакцию такого типа? Были ли вы когда-либо в той же ситуации, быть может, не с той же интенсивностью, как сейчас, но, может быть, это напоминает вам что-то из вашего прошлого, что угодно, скажите мне любое, что приходит в голову... (Viederman, 2003).

**Терапевт:** Было ли такое время в прошлом, когда вы узнали о том, что вам нужно удерживать ваш гнев внутри себя, потому что если вы этого не сделаете, то может произойти нечто ужасное?

В адлерианской терапии (Mosak, 1989) и в краткосрочной, провоцирующей тревогу психотерапии (Sifneos, 1992) терапевт может попросить клиента рассказать о его самых ранних воспоминаниях.

**Терапевт:** Какое ваше самое раннее воспоминание – первое, что вы помните из своего детства?

**Клиент 1:** Я помню, что братья заставили меня забраться в отцовский пикап. Они хотели играть в водителей. Они смеялись. Я залез в кабину и каким-то образом снял машину с ручного тормоза, потому что она покатила вниз. Отец здорово разозлился, но братья постоянно толкали меня на всякие дикие выходки.

**Клиент 2:** Я помню, как повредил трубу в подвале нашего дома. Я играл отцовскими инструментами и бил молотком по водопроводной трубе. Она начала течь, и вода залила подвал (Соммерз-Фланеган, Соммерз-Фланеган, 2006).

Ранние воспоминания – это важная информация о клиенте. Содержит ли воспоминание мирную или воинственную сцену, есть в ней

люди или нет, кто эти люди и что они делают – все это важная информация о внутреннем мире клиента. «Нередко предъявленное раннее воспоминание – это статичный, бессмысленный, даже “глупый” образ, лишенный каких-либо эмоций. Тот факт, что это воспоминание неизгладимо запечатлелось в памяти, говорит о том, что с ним связаны сильные эмоции, которые были вытеснены» (Molnos, 1998). «Часто воспоминания, о которых сообщает клиент, имеют значение для его нынешней жизни, т. е. эти воспоминания представляют основные темы или проблемы, которые клиент пытается разрешить в настоящем» (Mosak, 1989).

Эту идею можно также использовать для оценки отношений со значимыми другими в жизни клиента. «Бывает полезно спросить о самом первом воспоминании, связанном с определенным человеком, например: „Какое у вас первое воспоминание о вашем муже? Можете вы описать первое мгновение, когда вы впервые увидели его?“. Ответ на этот вопрос может быть важным ориентиром, ведущим к открытию того, что не так с браком» (Molnos, 1998).

Шаг к узнаванию клиента как личности можно сделать следующим образом: «Теперь, когда я узнал о причинах вашего обращения за помощью, я хотел бы побольше узнать о вас как о человеке. Не могли бы вы рассказать мне о себе?» Кернберг (2000) в разработанном им структурном интервью для оценки уровня нарушения клиента предлагает два сходных вопроса, с которых можно начать исследование его личностных особенностей и межличностных отношений.

**Терапевт:** Теперь я хотел бы побольше узнать о вас как о человеке.

О том, как вы видите себя, как, по-вашему, вас воспринимают окружающие, обо всем, что за короткое время помогло бы мне получить о вас ясное представление.

**Терапевт:** Расскажите, пожалуйста, о людях, которые много значат в вашей жизни. Попробуйте рассказать что-нибудь о них так, чтобы я за короткое время, которое есть в нашем распоряжении, мог себе их ясно представить (Кернберг, 2000).

Реакция и способность клиента ответить на эти вопросы и исследующие вмешательства терапевта позволяют оценить уровень нарушения организации личности (невротический, пограничный или психотический) клиента (см. подробнее об этом: Кернберг, 2000; Мак-Вильямс, 1998).

Раскрытие собственных проблем и недостатков перед специалистом может проводить клиента к чувству стыда и ощущению уяз-

вимости, поэтому бывает весьма полезно показать клиенту, что вы интересуетесь не только его проблемами, но и положительными аспектами его жизни и сильными сторонами его личности. «*Расскажите мне о том, что вам нравится в самом себе*», «*Что в жизни доставляет вам наибольшее удовольствие?*» или «*Расскажите мне о своем самом важном достижении*» – вот несколько способов сделать это. Кроме того, через восприятие клиентом своих достижений можно узнать о его убеждениях и ценностях, а также об успешном, счастливом периоде его жизни.

### **Окончание консультации**

*Суммируйте содержание беседы.*

*Выразите ваше понимание причин обращения за помощью.*

*Дайте информацию или профессиональную рекомендацию.*

*Выразите реалистичную надежду на изменение.*

*Предоставьте клиенту возможность задать вопросы.*

*Спросите клиента о соответствии произошедшего ожиданиям.*

*Обсудите следующий шаг.*

*Дайте домашнее задание.*

Читателю без опыта проведения начальных консультаций может показаться, что после того, как с клиентом установлен контакт и он подробно рассказал о собственной жизненной ситуации и существующих проблемах, дело по большей части уже сделано, а окончание беседы – это не такая уж сложная задача. Читатель же с опытом знает, что в действительности часто именно окончание консультации – самая трудная ее часть. Увы, поспешное, «смазанное» завершение беседы – одна из самых частых ошибок начинающих консультантов, которая может поставить под сомнение в целом весьма успешную консультацию. Успешное завершение консультации напрямую вытекает из начальной и средней стадий интервью, того, насколько они были продуктивны, а огрехи по ходу беседы могут стать явными как раз на этапе завершения консультации. Таким образом, именно этап окончания консультации нередко представляет собой наибольший вызов компетентности консультанта, его способности принимать клинические решения и интегрировать и осмысливать материал посредством суммирующих и интерпретативных формулировок.

Помимо практического опыта консультанта, на окончание начального интервью также влияют его личностные особенности. Д. Соммерз-Фланаган и Р. Соммерз-Фланаган (2006) отмечают, что «если нам присущи резкость и торопливость, это проявляется

и в стиле прощания. Если мы не уверены в себе или сомневаемся в том, что все сделали правильно, мы можем медлить и „нечаянно“ затянуть клиническое интервью. Если у интервьюера напористый характер, а клиент вместо окончания хочет о чем-то вам сообщить, клиницист может проявить раздражение и применить силовые методы для завершения встречи».

Многие авторы выделяют в качестве важной задачи завершающего этапа консультации подведение итогов консультации, т. е. сжатого и точного суммирования содержания беседы и/или выражения совместно достигнутого в ходе сессии понимания основной проблемы клиента.

Так, например, Файн и Глассер (2003) предлагают следующие варианты. «Первый способ – суммировать сказанное: *„Подведем итог того, что мы обсудили“*. Второй способ – сформулировать какие-то выводы: *„Мы выяснили, что вам не стоит ждать, пока ваша жена изменится, вам нужно разобраться в своих чувствах и решить, что делать“*. Еще один способ – вернуться к одной из ранее затронутых проблем: *„Мы говорили о том, как трудно помочь вашей жене справиться с ее горем, пока вы еще не справились со своим“*. После таких заключительных замечаний можно добавить: *„В следующий раз мы с этого и начнем“* или *„В следующий раз мы поговорим о...“*».

Иначе говоря, на завершающем этапе консультации консультанту следует уделить внимание основным моментам в материале, наиболее важной информации, которой поделился клиент. В заключительном суммировании терапевт может сделать краткий обзор важных тем, затронутых в интервью; отметить выявленные по ходу беседы связи и выводы; суммировать чувства клиента.

**Терапевт:** Наш с вами сегодняшний разговор был посвящен вашим отношениям с дочерью. Мы говорили о том, что ваши конфликты с ней в основном связаны с тем, что ей кажется, будто вы постоянно учите ее, вы же хотите выразить свое беспокойство за нее, помочь советом. В ходе нашего разговора мы с вами пришли к выводу, что если бы вы смогли по-другому выразить свои чувства, рассказали бы ей о своих тревогах и переживаниях, ваши отношения с ней, вероятно, изменились бы к лучшему. Ну что же, дело за вами! (Алешина, 2000).

Вышеприведенный пример иллюстрирует то, каким может быть суммирование, когда у клиента запрос на разовую консультацию. Когда клиент нуждается в психотерапевтической помощи, суммирующая

формулировка нацелена не на коррекцию установки или поведения в текущей жизни клиента, а на мотивирование к работе над существующими проблемами.

В итоговой формулировке проблемы клиента консультант может поместить главную проблему в межличностный контекст (т. е. отметить связь между возникновением проблемы и событиями в межличностной жизни клиента), контекст текущей жизненной ситуации (т. е. обратить внимание на текущие стрессы) или обстоятельств прошлого (акцентировать сходство между текущими переживаниями клиентами и конфликтной ситуацией в прошлом).

Мак-Вильямс (McWilliams, 1999) считает, что клиенты имеют право знать рабочие предположения касательно природы их трудностей. По ее мнению, сообщение терапевтом своих предварительных выводов об истоках и функциях проблем пациента типично становится краеугольным камнем рабочего альянса. «Динамическая формулировка также должна содержать некоторые идеи о том, как терапия, обусловленная наличествующим предварительным пониманием, будет иметь дело с проблемами пациента. Идеи клинициста должны быть выражены с чувством надежды и ожиданием удовлетворяющего сотрудничества».

**Терапевт:** То, что обратило на себя внимание касательно вашей депрессии, – это то, как много потерь было в вашей жизни, которые вы не оплакали, и то, насколько ваша семья была не готова столкнуться с вашими чувствами печали. Ваша грусть и жалость к себе вызывали главным образом критику. Возможно, у вас есть гнев в связи с этим, который вызывает дискомфорт, и поэтому его трудно признавать. Мне кажется, что, если мы сможем обратиться к горестным и гневным переживаниям, ваша депрессия может постепенно уменьшиться. Есть также основание считать, что некоторая депрессивность была присуща вашей семье и, похоже, у вас не было возможности обратиться к кому-то из близких с этими переживаниями, чтобы вам помогли справиться с ними и осознать, какие ситуации приводят к депрессивным чувствам и почему. Как это для вас? (McWilliams, 1999).

После формулировки проблемы можно спросить клиента: «Я правильно понял то, что вы считаете основной проблемой, над решением которой вы бы хотели работать?». Такой вопрос стимулирует мотивацию клиента и предваряет согласование с клиентом следующего шага. Чаще всего таким шагом является договоренность о следующей встрече или нескольких интервью, основным резуль-

татом которых должен стать заключенный терапевтический контракт. Консультанту стоит предложить клиенту определить время следующей встречи, однако, если клиент уклоняется от такой договоренности, ссылаясь на какие-то обстоятельства или говорит о необходимости подумать, это его право.

По мнению Грейсона, на завершающем этапе начальной консультации после краткого суммирования основных тем и предложения обсудить дальнейшие перспективы перед клиентом имеет смысл явно или неявно поставить вопрос: *«Нужно ли ему приходиться еще?»* – и не торопиться с высказыванием собственного мнения по этому поводу. Он считает, что лучше, если клиент сам решит, продолжить ли общение с терапевтом. Если же мнение клиента и терапевта не совпадает, то Грейсон предлагает клиенту отложить окончательное принятие решения относительно лечения, пока они не встретятся еще хотя бы один раз.

Безусловно, консультация консультации рознь. Так, например, если к концу средней стадии интервью клиент погружается в собственные чувства и начинает плакать или терапевт обращается к переживаниям клиента и тем самым «открывает» болезненную тему, то основной целью конечной стадии консультации может стать облегчение эмоционального отреагирования и его завершение к концу беседы. В большинстве случаев такое «закрытие» болезненных чувств возможно, в отдельных случаях требуются дополнительные специальные меры, такие как назначение встречи на следующий день или через день, предваряющее информирование о том, что поскольку были затронуты болезненные чувства, то весьма вероятно их появление между сессиями, что отчасти подготавливает клиента, или даже конкретные рекомендации.

Мак-Вильямс (McWilliams, 1999) отдельно акцентирует в качестве одной из задач на заключительной стадии интервью выражение терапевтом реалистичной надежды. *«Порой слова терапевта „Думаю, я могу вам помочь“ вызывают удивление и облегчение. Я нередко говорю или имею в виду это в конце первого интервью, если у меня возникает предварительное понимание. Другие варианты этой фразы „Ваша проблема очень давняя и укоренившаяся. Думаю, я могу помочь достигнуть определенного прогресса в работе над ней, но это потребует длительного времени“ или „Думаю, я могу помочь вам разобраться с давними проблемами в отношениях со значимыми другими, которые привели к вашим фобиям, но если вы хотите непосредственного облегчения от этих болезненных переживаний, возможно, вы захотите прежде или одновременно обратиться к дру-*

гому специалисту, который специализируется на краткосрочном лечении фобических реакций“» (McWilliams, 1999).

Как известно из психотерапевтической практики, о самом важном клиенты часто говорят именно в конце сессий, поэтому бывает полезно спросить: *«Не упустили ли мы чего-нибудь важного, есть ли еще что-то, что вам хотелось бы добавить?»* или *«Может быть, есть вопрос, который я сегодня не задал, но который следовало бы задать?»*. Такой вопрос порой может привести к обнаружению новой важной информации, подробное рассмотрение которой может стать задачей следующей сессии. Такой вопрос несет сообщение клиенту о том, что клиницист заинтересован в обратной связи и показывает, что терапевт «не знает всего» и действительно стремится к сотрудничеству с клиентом. Предоставление клиенту шанса «почувствовать» терапевта передает ему уважение и способствует позитивному чувству развивающегося альянса между ними.

Голдстейн (Goldstein, 1997) отмечает потребность клиентов задавать определенные вопросы в конце первой консультации. «Если им не предложить этого, они обычно не задают их, по крайней мере, до конца часа. Когда же они задают их в конце сессии, то либо надо продлевать сессию, либо клиент уходит фрустрированным» (Goldstein, 1997). По мнению медицинского антрополога Хелмана (Helman, 1981), когда пациент обращается с какой-то проблемой к врачу, он ищет ответы на следующие вопросы: 1) что случилось; 2) почему это произошло; 3) почему со мной; 4) почему сейчас; 5) что случится, если ничего не делать с этим; 6) что мне нужно предпринять в связи с этим и к кому обратиться за последующей помощью? Какие-то из этих вопросов клиент может адресовать консультанту. Вы не обязаны иметь ответ на любой вопрос, но у клиента должна быть возможность спросить о том, что его волнует.

Впечатления клиента о первой встрече с терапевтом имеют определяющее значение для принятия решения о продолжении терапевтических отношений. Обращение к тому, как клиент себя чувствовал во время первой консультации, является еще одним шагом к вовлечению клиента в терапевтический процесс. Кроме того, на заключительной стадии консультации встает вопрос о соответствии между ожиданиями, с которыми клиент пришел, и реального опыта консультации.

*«Почувствовали ли вы сегодня, что я понимаю вас, вашу проблему?»*, *«Наша встреча прошла так, как вы и предполагали?»* или *«Насколько то, что произошло, соответствует ожиданиям, которые у вас были?»* – вот те вопросы, которые позволяют обнаружить до-

селе скрытые впечатления, ожидания, чувства клиента и обсудить возможные разочарования. Такого рода вопросы дают информацию о том, как клиент интерпретирует произошедшее, помогают оценить степень вовлечения клиента и получить сигналы о том, намерен ли он прийти на следующую встречу. Чтобы задать такого рода вопрос, порой от консультанта требуется определенное мужество, поскольку обсуждение ожиданий – это зачастую трудный разговор о том, чего клиент не получил. Но это также потенциальная возможность для коррекции нереалистичных ожиданий от разовой встречи.

В конце беседы клиенты нередко обращаются с требовательной просьбой дать совет («Как мне, по вашему мнению, следует поступить в этой ситуации?»). Несмотря на возрастающее волнение клиента и «требование» сказать, что же ему делать в его жизненной ситуации, важно удержаться от совета. Хотя, давая явный или неявный совет, начинающий терапевт может почувствовать, что «он что-то сделал», в такой ситуации ему важно помнить, что роль консультанта состоит не в том, чтобы советовать клиенту, как ему поступить. Такие просьбы клиента – скорее, повод для последующего исследования («Как клиент принимает решения? Почему данное конкретное решение дается ему с таким трудом?»). В ситуациях подобного рода терапевту важно сочувственно ответить на просьбу и объяснить, что вы можете помочь принять решение, но не решить за клиента. Советы лишают клиента возможности научиться принимать собственные трудные решения и брать ответственность за них.

Заключительная фаза беседы – это также время для того, чтобы предоставить клиенту релевантную информацию и дать профессиональную рекомендацию. Существуют проблемы, которые имеют несколько измерений, а то и вовсе выходят за пределы компетентности консультанта. Поэтому, помимо (или вместо) психологической или психотерапевтической помощи, клиент может нуждаться в профессиональной помощи другого специалиста: врача, психиатра, юриста, сексолога и т. д. либо в иных формах помощи, например, группы анонимных алкоголиков. Информирование клиента о доступных ему возможностях и проработка опасений по поводу обращения к тому или иному специалисту – это еще одна потенциальная задача конечной фазы первой консультации.

В конце консультации можно также дать домашнее задание. По мнению Грейсона, домашнее задание усиливает фокус и несет мотивирующее послание о том, что что-то конструктивное можно сделать незамедлительно. *«Почему бы вам не отмечать те моменты в течение недели, когда проблема проявляется. Обращайте вни-*

мание на ситуацию и на то, как вы реагируете. Тогда в следующий раз мы сможем вместе исследовать эти примеры», – универсальный пример задания, которое можно дать практически в любом случае (Grayson, 2002).

Другой универсальный вариант домашнего задания может звучать следующим образом: «Так нередко бывает, что после беседы с психотерапевтом человек какое-то время продолжает думать о состоявшемся разговоре, при этом могут приходиться новые мысли, возникают чувства или всплывают какие-то воспоминания. Было бы хорошо, если бы вы уделили этому внимание, может быть, даже что-то записали, чтобы запомнить это, в следующий раз мы могли бы начать с этого».

Последняя трудность, с которой может столкнуться консультант, – это вопрос или откровение со стороны клиента, когда времени на ответ уже не осталось. «Иногда клиент придерживает шокирующее признание почти до конца консультации или даже до ее официального окончания и начинает выдавать такого рода информацию, уже подходя к двери. Психотерапевт не должен потворствовать такому поведению, т.е. обсуждать это с клиентом... В ответ на запоздалое признание нужно сказать: „Жаль, что у нас уже нет времени, чтобы это обсудить. Поговорим об этом на следующей встрече“» (Файн, Глассер, 2003). Вопросы и реплики клиента у двери – это интересный феномен, еще требующий своего исследователя. Такие вопросы могут, например, выражать страх или неудовлетворенное желание, а также быть формой прощания клиента. Так или иначе, в этой ситуации уместен лишь короткий ответ и предложение вернуться к этому в следующий раз. «Если вы заканчиваете встречу в доброжелательной манере, своевременно и профессионально, вы тем самым сообщаете клиенту: „Я хорошо к вам отношусь и хочу вам помочь, но я не волшебник и не могу изменить ради вас мир“» (Соммерз-Фланаган, Соммерз-Фланаган, 2006).

## **Заключение**

Представленные в этой статье технические рекомендации основаны на клиническом опыте многих терапевтов, это знания, проверенные практикой.

Пока еще немногочисленные научные исследования процесса и результатов начальных интервью в психологическом консультировании и психотерапии подтверждают вышеизложенные находки клиницистов. Как показали исследования, клиенты воспринимают свой опыт начальных интервью позитивно, когда, на их взгляд, пси-

хотерапевт обладает такими качествами, как компетентность, эмпатия, безоценочность, уважение, понимание, теплота, вовлеченность и активность (Ackerman et al., 2000; Bachelor, 1995; Hilsenroth et al., 2004; Huber et al., 2005; Mohl et al., 1991; Rumpold et al., 2005; Tryon, 1990). Исследователи также обнаружили, что на позитивный результат начальных интервью влияют следующие действия терапевта: прояснение источников дистресса и активное исследование основных проблем; исследование точки зрения клиента на его проблему; облегчение выражения переживаний и исследование вызывающих дискомфорт чувств; обращение к глубоким областям опыта клиента; использование терапевтом ясного, конкретного, близкого к опыту языка; принятие терапевтом установки на сотрудничество, совместное принятие решения о лечении и совместное развитие терапевтических целей; сохранение фокуса на связанных с терапией темах; освещение повторяющихся проблем в отношениях; обеспечение клиента новым пониманием и инсайтом; психообразование о симптомах и процессе лечения (Ackerman et al., 2000; Bachelor, 1995; Hilsenroth et al., 2004; Huber et al., 2005; Mohl et al., 1991; Rumpold et al., 2005; Sexton et al., 2005; Tryon, 1990).

«На первой встрече с пациентом наука приближается к искусству» (Роут, 2002). Но в основе продуктивной начальной консультации лежат практические знания, передаваемые от одного поколения психологов-консультантов и психотерапевтов другому и многолетний опыт их применения на практике.

### **Вопросы для обсуждения**

1. Какие представления о целях и задачах начального интервью существуют в профессиональной литературе? Чем отличаются цели и задачи начального интервью?
2. Какие три основные цели начального интервью выделяются автором?
3. Как терапевт устанавливает и поддерживает контакт с клиентом в течение консультации?
4. Как терапевт структурирует и контролирует ход беседы?
5. Как и когда консультант имеет дело с ожиданиями клиента?
6. Что консультант делает причиной обращения за помощью (жалобами) клиента?
7. Что такое пробные вмешательства и какова их функция?
8. Каковы основные задачи начального этапа консультации? Какие навыки и техники применяются на начальной стадии консультации?

9. Каковы основные задачи середины консультации? Какие навыки и техники применяются в середине консультации?
10. Каковы основные задачи на этапе окончания консультации? Какие навыки и техники применяются на этапе окончания консультации?

### **Вопросы для размышления и саморефлексии**

1. Какие три задачи, на ваш взгляд, являются наиболее важными на первой встрече с клиентами?
2. Какие ваши ценности и характерные особенности повлияли на выбор наиболее важных задач начального интервью?
3. Какие задачи на разных этапах интервью представляются вам наиболее трудными и бросающими вызов вашим навыкам и способностям?
4. Есть ли в статье рекомендации, которые вы вряд ли будете использовать? Почему?
5. Какие задачи начальной консультации вы уже можете осуществить?

# Практикум по терапевтической коммуникации

**П**рактикум по терапевтической коммуникации – это специально созданные практические задания, которые могут быть использованы в процессе обучения психологов-консультантов и психотерапевтов. Этот учебный материал, предполагающий обучение с карандашом в руке, может быть интегрирован в процесс обучения через опыт (тренинг базовых навыков и техник) или проводиться на практических семинарах в рамках теоретических курсов по психологическому консультированию и психотерапии.

## **Задание 1.**

### **Запись учебной сессии: анализ вербальных вмешательств**

#### *Пояснение и инструкция*

Ниже представлен транскрипт учебной сессии, который можно использовать для проведения практического занятия по теме: «Виды вербальных вмешательств». Он создан Хилл и О’Брайен (Hill & O’Brien, 1999), чтобы проиллюстрировать использование различных вербальных вмешательств, а не для демонстрации наиболее эффективных техник. Высказывания терапевта могут включать различные виды вербальных вмешательств, поэтому после каждой отдельной части высказывания вам будет предоставлена возможность выразить свое суждение об использованных видах вербальных вмешательств. Поместите после каждой части (выделенной следующим образом «/\_\_\_\_\_») целого высказывания терапевта один из известных вам видов вербальных вмешательств.

Кроме того, помимо обозначения использованных терапевтом вмешательств, сформулируйте не менее 5 своих собственных, альтернативных вербальных вмешательств (разных видов), которые бы вы предпочли сделать по ходу данной сессии.

### *Транскрипт сессии*

**Терапевт (1):** Спасибо, что пришли сегодня. Меня зовут Джуди.

Я начинаю осваивать навыки консультирования. / \_\_\_\_\_

У нас есть 20 минут. Ваша задача здесь состоит в том, чтобы говорить все, что приходит вам в голову. / \_\_\_\_\_

**Клиент:** В последнее время я чувствую себя угнетенным. У меня большие проблемы с мотивацией что-то делать. Я не хочу идти на занятия в институт. Меня ничего не интересует.

**Терапевт (2):** Не могли бы вы привести пример того, что произошло в последний раз, когда вы оказались на занятиях.

/ \_\_\_\_\_ И прежде скажите, какова ваша специализация? / \_\_\_\_\_

**Клиент:** На самом деле я не решил вопрос о специализации, так как меня ничего не интересует.

**Терапевт (3):** То есть вы еще не определились. / \_\_\_\_\_ Вы живете в студенческом городке? / \_\_\_\_\_

**Клиент:** Я живу дома и ощущаю большое давление на себя. Я бы хотел жить в общежитии, но мои родители не хотят платить за него, а у меня нет денег. Мои родители живут рядом со студенческим городком и говорят: зачем мне жить в общежитии, если мы живем так близко и я могу, если надо, сходить туда. Кроме того, можно сэкономить.

**Терапевт (4):** Вам кажется, что ваши родители принуждают вас жить дома? / \_\_\_\_\_

**Клиент:** Да, так и есть, и это мне очень не нравится! Я думаю, я бы чувствовал себя намного свободнее в общежитии. Я чувствую ограничения, как будто они следят за каждым моим шагом, и я не чувствую себя свободным приходить и уходить тогда, когда мне этого хочется.

**Терапевт (5):** Вы чувствуете, что вас подавляют. / \_\_\_\_\_ Звучит так, что вам также очень некомфортно от того, что ваши родители ограничивают вас, что они такие строгие. / \_\_\_\_\_

**Клиент:** Точно, но я не знаю, что с этим можно сделать. Они дают мне кров и немного помогают с учебой. Я чувствую, что должен быть благодарным им.

- Терапевт (6):** Вы стали нервничать немного сейчас, и ваш голос стал слабым. /\_\_\_\_\_ Скажите, вы чем-то расстроены? /\_\_\_\_\_ Я правильно почувствовала?/\_\_\_\_\_
- Клиент:** Ну, я подумал, я плохой сын. Они так много для меня делают, а все, что я делаю, – это хочу еще большего.
- Терапевт (7):** Вы можете припомнить последний раз, когда родители говорили вам что-то о вашем проживании дома? /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Это было вчера вечером. Они сказали, что очень не хотят, чтобы я оставил их. Они все расстроились, как только я заговорил об этом, особенно мама.
- Терапевт (8):** Может быть, вы и ваши родители так переживаете по поводу вашего отделения из-за вашего изменяющегося положения, по мере того как вы взрослеете. Может быть, они еще не до конца готовы к вашему переезду из дома, потому что их беспокоит возможность опустевшего гнезда. /\_\_\_\_\_ Вы боитесь, что раните их? /\_\_\_\_\_ Как вы чувствуете, это верно для вас? /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Похоже, так. Знаете, я единственный ребенок в семье, и мои родители – пожилые люди. Они построили целый мир вокруг меня.
- Терапевт (9):** С одной стороны, тяжело оставить их, но, с другой, вы хотите вырваться и жить своей собственной жизнью. /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Я хочу съехать, но я не хочу причинить им вред.
- Терапевт (10):** У меня была похожая ситуация, когда я уехала из дома. Мои родители были очень расстроены сначала. Я ужасно себя чувствовала. Я испытывала вину. /\_\_\_\_\_ А как это у вас? /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Ну, я не знаю. Это так сложно.
- Терапевт (11):** Что вы чувствуете в связи с этой ситуацией? /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Я чувствую вину за то, что хочу оставить их. Но я также злюсь, что они не позволяют мне вырасти. Я знаю, что им тяжело, но они должны сами с этим справиться. Как вы думаете, что мне следует сделать?
- Терапевт (12):** Вам следует переехать. Вы можете поговорить с родителями и сказать им, как вы себя чувствуете. /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Хорошо. Я могу попробовать это. Если я хочу поселиться в общежитии, вы знаете, что мне нужно будет сделать?
- Терапевт (13):** Администратор студенческого городка должен обладать полной информацией по этому вопросу. Он находится на другой стороне студенческого городка. /\_\_\_\_\_

- Клиент:** Мне надо им позвонить, наверное. Вы на самом деле считаете, что мне надо переехать?
- Терапевт (14):** Я вижу, вы хотите, чтобы я сказала вам, что надо делать, но я не уверена, что могу давать вам советы, потому что не знаю в достаточной степени вас и вашей ситуации. /\_\_\_\_\_ Вы сами должны решить, переезжать или нет. /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Я боюсь совершить ошибку, поэтому хотел бы услышать, что вы думаете.
- Терапевт (15):** Меня немного удивляет, что вы просите меня сказать вам, что вам надо делать. /\_\_\_\_\_ Вы также надеетесь на своих родителей, чтобы они сказали вам, что делать, а потом злитесь на них? /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Я никогда об этом не думал. Возможно, вы правы. Я на самом деле становлюсь пассивным, и тогда они говорят мне, что делать. И я, конечно, начинаю злиться на них. Наверное, у нас с годами возникли привычные, но плохие способы взаимодействия. Я подумаю над этим. Но все-таки я хотел бы знать: считаете ли вы, что мне нужно отделиться?
- Терапевт (16):** Я могу сказать вам, что, когда у меня были проблемы с родителями, я с ними поговорила и потом переехала. Для меня было важно поговорить с ними, чтобы сохранить хорошие отношения. Но мне было очень страшно, когда я впервые села с ними поговорить, потому что боялась, что они рассердятся. /\_\_\_\_\_ По моему мнению, вам всем будет тяжело вначале, но многим молодым людям надо уехать из дома и начать жить самостоятельно, даже если это трудно. /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Хорошо. Спасибо за вашу помощь.
- Терапевт (17):** Что вы думаете делать? /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Возможно, я поговорю с родителями.
- Терапевт (18):** Давайте попробуем прямо сейчас. /\_\_\_\_\_ Исследования показали, что это намного легче, если сначала попробовать это в ходе сессии. /\_\_\_\_\_ Что я хотела бы, так это, чтобы вы представили, что ваши родители сейчас здесь, и сказали им, что вы хотите переехать. /\_\_\_\_\_
- Клиент:** Хорошо. Мам, пап, я просто хотел вам сказать, что хотел бы переехать, может быть, уже совсем скоро.
- Терапевт (19):** Хорошее начало. /\_\_\_\_\_ Но вы сомневались несколько раз, и ваш голос становился неувереннее. /\_\_\_\_\_ Постарайтесь сказать это громче и точно выразить, чего вы хотите. /\_\_\_\_\_

**Клиент:** Mam, пап, я решил переехать.

**Терапевт (20):** Звучит очень хорошо. Ваш голос был громким и чистым, и вы четко выразили, что хотите. /\_\_\_\_\_ Попробуйте сказать так же, когда будете говорить с родителями. /\_\_\_\_\_ Знаете, я хочу сказать вам, что мне очень нравится работать с вами, потому что вы очень хотите изменить свою жизнь. /\_\_\_\_\_ Что вы чувствуете в связи работой, которую мы сделали сегодня? /\_\_\_\_\_

**Клиент:** Я чувствую себя отлично. Вы дали мне много, о чем стоит подумать. Я еще не уверен, что делать, но я чувствую уверенность, что смогу разобраться с моими родителями.

**Терапевт (21):** Отлично. /\_\_\_\_\_ Тогда до свидания. Надеюсь, вы проведете остаток дня хорошо. /\_\_\_\_\_

**Клиент:** Желаю вам того же. До свидания.

## Задание 2.

### Отклик на запрос клиента: вариации вмешательства

#### Пояснение

Формулировка запроса<sup>1</sup> клиента и отклик терапевта на него – одна из центральных задач начальной консультации. Это задание<sup>2</sup> позволяет обратиться к этому ключевому моменту первой консультации. В ходе практического занятия студентам предлагается поставить себя на место терапевта, проводившего данную консультацию, осмыслить ситуацию и сформулировать уместное вмешательство, желательно способствующее задаче сформулировать запрос клиента. Неторопливый анализ конкретных ситуаций в учебной группе, тщательная формулировка студентами собственных гипотез и вмешательств, их сравнение с другими вариантами и обратная связь студентов и преподавателя могут стать ценным дополнительным способом овладения навыками психологического консультирования и психотерапии.

- 1 Запрос – это явно выражаемая клиентом просьба или жалоба, его первое словесное формулирование своих трудностей, в разрешении которых он ожидает найти помощь у психолога (Лосева, Луньков, 1995).
- 2 Данное задание создано на основе статьи К. В. Ягнюка, М. В. Головкиной, И. Г. Земцевой, Ж. В. Ильченко, Н. М. Манухиной, Л. В. Абуховской и Н. Ю. Трепалиной «Отклик на запрос клиента: вариации терапевтических вмешательств», опубликованной в «Ежегоднике по психотерапии и психоанализу» (2012). Эта статья также доступна в «Журнале практической психологии и психоанализа» (<http://psyjournal.ru>).

Каждому студенту должны быть предложены описания конкретных ситуаций из практики начальных консультаций и в качестве домашнего задания или непосредственно в ходе занятия дано ниже следующее задание.

### *Инструкция студентам*

*Сформулируйте свой вариант вмешательства, на ваш взгляд наиболее уместный в данной ситуации и желательный способствующий запросу клиента.*

*Охарактеризуйте суть ситуации, с вашей точки зрения. Какие причины и намерения побудили вас прибегнуть к данному вмешательству?*

Далее будут последовательно представлены пять ситуаций из практики и возможные варианты вмешательств психоаналитических терапевтов (с комментариями), которые могут быть использованы для сравнения в процессе обсуждения вариантов студентов.

### **Ситуации из практики**

#### *Ситуация 1. Женщина 40 лет, финансовый директор*

**Клиентка:** Не знаю, почему я пришла. На первый взгляд, у меня все неплохо... Ничего страшного не происходит... Все проблемы в моей голове исключительно. Я раньше не понимала тех, кто ходит к психологам. Говорила, что это все «развод». Как чужой человек может помочь? А тут подумала, что нужен именно чужой, посторонний человек. Может, тогда удастся что-то структурировать...

**Терапевт:** Возможно, вам важно говорить об этом... о том, что с вами происходит, так как это дает возможность посмотреть на это со стороны... на эту боль...

**Клиентка:** Да [слезы]. У меня – сразу скажу – несколько лет назад муж погиб. Разбился в автомобильной аварии [плачет]. Был очень тяжелый период. Я выжила. Собрала нервную систему. Сейчас вроде уже все нормально, но в последнее время что-то со мной случилось... [Плачет.] Проблемы как у всех – кризис, работу страшно потерять, я ведь без мужа... и еще, я встретила человека, который мне очень нравится. И все идет не так, как хотелось бы. Меня мучает, что он не звонит несколько дней, я не нахожу себе места. Для меня – это катастрофа... бессилие накатывает... жду звонка. Зависимость. Я не хочу зависимости, я очень взрослая женщина!.. Это основное... Я знаю,

что он не может дать мне того, чего я хочу, – у него свои дела, свои проблемы. Я придумываю себе дела, пытаюсь отвлечься. Надо глобально что-то менять... И то, что я сегодня здесь, – это не представляете, что для меня значит!

### *Ситуация 2. Женщина 45 лет, преподаватель вуза*

«Я не знаю, что сказать... Я чувствую опустошение... Трудно сформулировать... Сына, которому 25 лет, уже надо отпустить, а я его все контролирую, вмешиваюсь советами, поучаю! Хочется разобраться в браке, это уже второй брак – 15 лет. Это спокойный брак, но проблема в том, что я живу со вторым мужем не по любви, но мне с ним надежно. А первый брак был сложный и отражается до сих пор на моей жизни: я очень любила первого мужа, а он мне изменял. Я старалась простить, не обижаться, сохранить отношения. Нашему сыну был всего один год тогда, когда его взяла к себе моя мама. Чтобы повидаться с сыном, я ездила к ней в другой город... [Плачет.] Я была растеряна: то ли мужу уделять все внимание, то ли сыну, да еще нужно было заканчивать институт и мужу помогать учиться...»

### *Ситуация 3. Женщина 38 лет, бухгалтер*

У меня есть сестра, старшая... Дело в том, что не так давно у нас умер отец, 2,5 года назад. С тех пор она звонит практически каждый день и расспрашивает меня о том, что у меня за день произошло, что нового, приеду ли я к ней, если она заболит... Говорю, что приеду, если смогу. А она начинает придирается к словам, спрашивает, что я имела в виду... И так почти каждый день по часу – полтора. А у меня же время не резиновое... Я работаю в известной очень компании главным бухгалтером, очень много работы... Дома семья, муж, дети – все требуют внимания. На сестру раньше злилась, бывало, и трубку вешала... Но сестра хоть и обижалась, потом опять перезванивала как ни в чем не бывало. Сейчас у меня раздражения нет уже, но разговоры выматывают. Объяснить ей не могу, что нет у меня столько времени, не понимает она... Вот вы психолог, наверняка есть какие-то техники или как-то себя нужно вести, чтобы она свои дурацкие вопросы не задавала все время... Подскажите, как мне в этой ситуации лучше себя вести.

### *Ситуация 4. Девушка 19 лет, студентка вуза*

*(Говорит очень эмоционально, в голосе тревога и растерянность.)*  
«Я не знаю, что мне делать... два молодых человека, мои друзья, сделали мне предложение... И так вышло, что они сделали это почти

одновременно... И теперь я не знаю, как быть. Вот, понимаете, один из них – он мой друг, он такой верный и преданный! Я всегда могу на него рассчитывать, когда мне тяжело. Но у нас никогда не было близких отношений, и мне даже как-то и не хочется с ним... ну, понимаете... вступать с ним в такие отношения. А другой парень – он... он мой мужчина, понимаете? Мы с ним близки уже год. Но он такой ненадежный и непутевый! Он может напиться и загулять с приятелями... А может себе еще одну подружку завести... так уже было... Он может забыть про мой день рождения, а я сижу и жду его, как дурочка, думаю, что вот он придет... Ну вот как мне быть? Скажите, что мне делать? Вы же взрослый человек, вы старше меня... Кого из них мне лучше выбрать? Вот как бы вы поступили на моем месте?»

### *Ситуация 5. Молодой человек 28 лет*

«Мне хотелось бы разобраться в том, что со мной происходит. У меня часто бывает такое чувство, что я теряю некий стержень внутри себя, теряю понимание, где я, а где другой человек. Я живу с мамой. Я уверен, что она совсем не ценит меня как мужчину, пытается не видеть моих мужских проявлений. Например, недавно я купил домой набор инструментов, по-моему очень хороший. Она стала сразу говорить, что надо пойти поменять на другой, как ей кажется, более подходящий. Я разозлился, вынул молоток и стал бить им по плитке на стене в кухне. Я бил несильно, хотя часть плитки раскололась. Я теряю ощущение, адекватно ли это. Мне кажется, что ситуация заслуживает такой реакции, но потом я начинаю сомневаться, не «слишком» ли это – бить плитку. Так же и в других случаях».

### **Варианты вмешательства**

#### *Ситуация 1*

**Вариант 1<sup>1</sup>.** «Похоже, вы находитесь в тупике. Вы рассказываете о двух любимых мужчинах в своей жизни: первом муже и сыне. С первым мужем вы расстались, сын уже вырос. Возможно, цепляясь за сына, вы пытаетесь удержать то, чего боитесь не получить уже никогда в отношениях с мужчиной, – любовь, близость. Вам почему-то трудно получить это с нынешним мужем. Мне кажется, мы могли бы разобраться в этой вашей тревоге».

Думаю, что клиентка находится в кризисе. Возможно, второй муж стал для нее когда-то поддерживающей, родительской фигурой

---

1 Вариант Марины Головкиной.

при расставании с первым, любимым мужем. Теперь сын – взрослый. Она вынуждена «вернуться лицом», остаться с тем, кого не любит. Я думаю, что можно попытаться разобраться в том, кем является для нее ее нынешний муж. Возможно, освободив его от своих проекций, она сможет по-новому на него взглянуть, обратиться к другим своим потребностям, которые могут теперь обновить их отношения.

**Вариант 2<sup>1</sup>.** *«У вас была большая потеря, и вы себя собрали и, как кажется, пережили это. И, я так понимаю, новые отношения вызывают у вас сильные, непонятные чувства. Похоже, что эта тревога и привела вас за помощью».*

Женщина пережила серьезную потерю в своей жизни – гибель мужа. Жизнь ее постепенно как-то наладилась, работа помогла ей выжить. Появление нового мужчины и чувства к нему вызывают серьезную тревогу. Женщина не может контролировать нового человека, это ее очень беспокоит, и она не может справиться с переживаниями. Можно предположить, что потеря мужа не прожита и возникает страх перед новыми отношениями, желание их прекратить их в самом начале. Разговор начинается с обозначения недоверия к работе психолога и отчаяния, в котором клиентка обращается за помощью. Некоторую внутреннюю работу клиентка проделала, поняв, что что-то «в ней» происходит, и она хочет помощи. Может быть, ее ожидания от терапевта такие: он сделает так, что она почувствует себя «взрослой женщиной», т. е. не будет чувствовать (по ее словам), не будет нуждаться и зависеть, не будет бояться потерять другого человека. То есть сможет избежать новой потери. Я думаю, здесь может быть «ловушка» для начинающего консультанта.

Я в своем вмешательстве хотела присоединиться к чувствам клиентки и сделать фокус на потере и новых отношениях. Во втором варианте я связываю чувства клиентки и прошлую потерю.

## *Ситуация 2*

**Вариант 1<sup>2</sup>.** *«Вы понимаете, что не должны удерживать сына, и хотели бы разобраться в чувствах, которые эта ситуация пробуждает в вас. Похоже, тогда это был очень тяжелый период и сложная дилемма: отдать свою любовь сыну или пытаться сохранить отношения с мужчиной, которого вы очень любили. А сейчас, 25 лет спустя, вы пытаетесь удержать сына и вновь переживаете о любви в вашей жизни».*

1 Вариант Надежды Трепалиной.

2 Вариант Константина Ягнюка.

Отпустить сына и разобраться в браке – запрос, который формулирует сама клиентка, и не хотелось бы, чтобы он затерялся в череде жизненных фактов и переживаний. Сейчас, похоже, она больше любит сына, поэтому воскресли ее старые чувства потери любви и вины. На этом этапе жизни ей вновь трудно сделать выбор между сыном и мужем. Возможно, выражение чувств по поводу прошлой ситуации подвело бы ее к пониманию, что тогда правильной было не цепляться за мужа, который ей изменяет, а сейчас за сына, который уходит в собственную взрослую жизнь.

**Вариант 2<sup>1</sup>.** *«Вы очень устали от сильных противоречивых чувств и от требовательности к себе: вы понимаете, что взрослого сына нужно отпустить, не контролировать. А с другой стороны, что-то не дает вам этого сделать. Возможно, это связано с вашей жизненной историей и тем, как приходилось разрываться между мужем и сыном в попытке сохранить первый брак».*

У этой женщины есть сильное чувство вины перед сыном за то, что когда он был маленьким, она не смогла быть с ним рядом. Кроме этого, у нее самой, возможно, есть проблемы с сепарацией, и это актуализируется во время, когда сын должен начать жить самостоятельной жизнью, а она останется один на один с мужем, с которым живет не по любви, а потому, что он надежнее первого. Мои намерения – работать с чувством вины, с ее собственным опытом переживания сепараций в жизни.

### Ситуация 3

**Вариант 1<sup>2</sup>.** *«Полагаю, я бы, в действительности, нисколько не помог бы вам, если бы выполнил вашу просьбу и дал вам совет, как себя вести в этой ситуации, поскольку это было бы неуважительно по отношению к вашим собственным способностям. Мой взгляд на эту ситуацию может быть ограниченным и не подходящим вам, ведь я не живу вашей жизнью и не обладаю всей той информацией, которой обладаете вы. Я не знаю людей, вовлеченных в эту ситуацию. Поэтому я предлагаю здесь исходить из вашего видения ситуации, исследовать ваши чувства и мысли, чтобы понять, что мешает вам найти приемлемое для вас решение».*

Данное вмешательство – вариант отклика на ситуацию, когда клиент прямо просит совета, и перед терапевтом остро встает во-

---

1 Вариант Людмилы Абуховской.

2 Вариант Константина Ягнюка

прос о том, удовлетворить эту просьбу клиента или фрустрировать ее, а также как сделать это оптимальным образом. Данная формулировка, так называемого «оптимального вызова», предложена Ли Маккулоу (McCullough, 1997) – создательницей краткосрочной эмоционально-фокусированной динамической терапии. Данный вид вмешательства – это способ, каким можно в явной форме сказать клиентке «нет». Проявление терапевтом собственной твердой позиции, уважительного отношения и стремления помочь, прочерчивание тем самым границы возможного касательно ожиданий клиентки от общения с психотерапевтом, возможно, также могло бы некоторым образом показать клиентке, что ей самой предстоит сделать в отношениях с сестрой.

**Вариант 2<sup>1</sup>.** *«Вот уже 2,5 года вы оказываетесь в ситуации, в которой ваша сестра после смерти отца нуждается в ежедневных длительных телефонных разговорах с вами. Похоже, что вы не готовы предоставлять ей столько своего времени и внимания. Возможно, вы чувствуете, что сестра требует от вас чего-то большего, чем то, что вы готовы ей дать. Ее требовательность и невнимание к вашей собственной занятости и усталости вызывали раздражение и злость, а сейчас вы измотаны всем этим, чувствуете беспомощность и невозможность защитить себя от внедрения сестры и ее попыток завладеть вами».*

Откликаясь таким образом, я стремлюсь сфокусироваться и показать клиентке то, что происходит в ее отношениях с сестрой: я называю чувства и интерпретирую смыслы происходящего. Например, я говорю, что ее сестра нуждается в разговорах с ней, предлагая клиентке по-новому задуматься над тем, что происходит с ее сестрой, и делаю я это для того, чтобы, задумавшись над чувствами сестры, клиентка в дальнейшем могла бы перейти к себе: что для нее смерть отца? Как она пережила (и пережила ли) это событие? В чем нуждается она сама в течение этих 2,5 лет? Есть ли кто-то, к кому бы она могла обратиться со своими нуждами?

Далее я хочу четко обозначить для клиентки внутренние причины ее раздражения и злости на сестру: телефонные разговоры с сестрой клиентка, по-видимому, воспринимает как нарушение ее границ, требование от нее чего-то сверх ее возможностей и желаний. Я хочу привлечь ее внимание к, возможно, лежащей за всем этим и не понимаемой самой клиенткой ее собственной депрессии,

---

1 Вариант Ирины Земцевой.

страхам и т. д. Я предлагаю ей вновь, слушая меня в этот момент, ощутить в себе те агрессивные чувства к сестре, которые клиентка выражала в «вешании трубки». Своим пониманием этих ее чувств я предлагаю сделать их легитимными в беседе со мной: проживать их, говорить о них, размышлять над ними.

Назвав клиентке предполагаемое мной ее чувство беспомощности и невозможности защитить себя от внедрения сестры и ее попыток завладеть клиенткой, я пока только обозначаю эту тяжелую внутреннюю ситуацию, которая, вероятно, в определенной степени и заставила клиентку искать помощи со стороны (обращение к психологу). Я проговариваю, но оставляю клиентке право самой решить – чувствует ли она в настоящий момент важным для себя исследовать тему невозможности отстаивания себя, своих границ от внедрения и использования.

#### *Ситуация 4*

**Вариант 1<sup>1</sup>.** *«Вам трудно разобраться в том, кого из мужчин выбрать. Складывается впечатление, что вам тепло и надежно с одним мужчиной, но он может быть только в качестве друга, а сильную страсть вызывает другой, который вас часто обижает. Как будто это не очень возможно – почувствовать страсть и нежность, доверие одновременно в отношении кого-то одного... Это похоже?»*

Предполагаю, что клиентка пришла не столько из-за того, что стоит перед выбором будущего супруга, сколько из-за некоторого тупика, в котором оказалась. Приходят в голову такие предположения: ей трудно соединить эмоциональную близость и страсть в отношениях к одному партнеру. Страсть, ответная любовь не возникает к тому, кто к ней хорошо относится, но она готова сохранить отношения с тем, кто причиняет ей боль. Возможно, этот предполагаемый выбор как-то связан с фигурой ее отца и ее чувствами к нему. Поэтому вмешательства нацелены на прояснение этих предположений.

**Вариант 2<sup>2</sup>.** *«Вы спрашиваете у меня, как вам быть, кого выбрать... Мне кажется, здесь у меня другая задача – понять вместе с вами, почему вы оказались в такой непростой ситуации, почему ни те, ни другие отношения не захватывают вас целиком, и вы не можете получить от них удовлетворение».*

---

1 Вариант Марины Головкиной.

2 Вариант Жанны Ильченко.

Клиентка рассказала суть ситуации и надеется получить конкретный совет. Своим вмешательством я ей показываю, каков характер работы с психологом, что это не совет, рекомендация или утешение, а совместный поиск причин происходящего. Дальше я делаю акцент на том, что и те, и другие отношения не ощущаются ею как удовлетворительные, и предлагаю разобраться, почему так происходит.

Она расщепляет мужской образ на «хороший», но не вызывающий страсти, и на «плохой», но сексуально привлекательный. Почему так? Возможно, оттого, что если все это будет совмещено в одном человеке, то невозможно будет выдерживать столь смешанные чувства.

### *Ситуация 5*

**Вариант 1<sup>1</sup>.** *«Когда ваша мама совершенно не принимает вашу независимость и самостоятельность, вы испытываете, как вы полагаете, законный гнев, но затем начинаете осуждать себя за такие проявления злости. А что именно при этом вы говорите самому себе, что происходит внутри вас?»*

По-видимому, здесь мы имеем дело с проблемами низкой самооценки, идентичности и сепарации. В этом вмешательстве, на мой взгляд, есть некоторая нейтрализация его чувств и предложение темы независимости в отношениях с матерью. Если бы у него были внутренние ресурсы для сепарации, наверное, он бы уже сделал более решительные шаги в этом направлении. Гнев – это та эмоция, которая содержит энергию для изменения ситуации, но прежде, по-видимому, должны быть проработаны его страхи и зависимость от матери.

**Вариант 2<sup>2</sup>.** *«Вы обеспокоены тем, что порой утрачиваете понимание себя, свой внутренний стержень и на примере отношений с мамой рассказываете, как это может происходить: вы совершаете покупку в соответствии с вашим собственным мужским представлением об инструменте, мама отвергает ваш выбор как, с ее точки зрения, неправильный, и тогда вы чувствуете, что она ставит под сомнение, а вы вследствие этого утрачиваете вашу ценность как мужчина. Это вызывает ярость, сила которой заставляет вас сомневаться в адекватности вашего поведения».*

---

1 Вариант Константина Ягнюка.

2 Вариант Ирины Земцевой.

Я думаю, что клиент рассказывает о том, что происходит с его мужской идентичностью в отношениях с матерью. Мое первое предположение заключается в том, что он может чувствовать себя обесцененным (кастрированным) своей фаллической, вступающей с ним в конкуренцию матерью. В этой конкурентной борьбе с матерью – мужчиной – отцом («Кто в доме лучший хозяин?», «Кто в доме настоящий мужчина?») клиент чувствует себя проигравшим, утратившим внутренний стержень (ощущение себя взрослым мужчиной). Или же мать критикует его с точки зрения зрелой женщины (мое второе предположение), умеющей хорошо отличать мужчину от немужчины, взрослого мужчину (например, отца клиента) от маленького мальчика, подходящий ей «инструмент» от неподходящего (клиент бессознательно может очень доверять этому экспертному материнскому мнению, а сознательно – протестовать). Но и в том, и в другом случае результат один: клиент чувствует себя обесцененным, непризнанным как мужчина. Ненависть к матери выражается в форме ярости, бессильной, неспособной прекратить материнское обесценивание и «слишком» сильной, как чувствует клиент, по отношению к плитке на стене.

В моем обращении к клиенту я описываю процесс утраты им «стержня внутри себя», начиная с того, что в начале ситуации с матерью он чувствует этот стержень в себе, использует его, доверяет ему, опирается на него, совершая мужскую покупку. Но вот появляется мать с ее несогласием, предпочтением другого инструмента, с ее собственными другими представлениями, и в клиенте происходит утрата, разрушение его внутреннего мужского стержня. Мать как будто отбирает его у клиента, присваивает его себе, а у него остается только молоток в руках – вынесенная вовне слабая альтернатива тому, бывшему внутри, а теперь утраченному, захваченному матерью. Или же мать, как взрослая женщина, отвергает клиента с его детским и именно поэтому недостаточно для нее хорошим набором инструментов, заявив о своем желании иметь другой, ей более подходящий, оставляя сына разгневанным и униженным.

Я хочу передать клиенту мое понимание его чувств в ситуации, о которой он рассказывает, роли его матери в судьбе того внутреннего стержня, о котором он говорит, пытаюсь попробовать перевести внешнюю ситуацию во внутренний план («мама ставит под сомнение, а вы вследствие этого утрачиваете»), с тем чтобы в дальнейшем работать над тем, почему же происходит это самое утрачивание им чувства ценности себя как мужчины. Похоже, что именно в этом клиент и хочет разобраться.

### **Задание 3.**

#### **Выбор и сочетание вербальных вмешательств (на примере e-mail-консультации)**

##### *Пояснение и инструкция*

Слушание клиента – это сложный, мноуровневый процесс, в ходе которого терапевт отслеживает поступающую информацию и генерирует гипотезы о разных аспектах психологии клиента и об особенностях своего взаимодействия с ним. В этом процессе терапевт постоянно осуществляет выбор: наиболее важной информации, релевантных гипотез и уместных в данной ситуации вмешательств.

Это задание<sup>1</sup> позволяет обратиться к процессу выбора вмешательств и их сочетания в терапевтическом отклике на письменное обращение клиента за помощью. Поскольку при написании терапевтического письма встает вопрос о том, с чего начать, что должно стать его основной частью, как следует завершить письмо, необходимо определить мишени для терапевтического воздействия и выбрать вмешательства, которые в данном случае могут оказаться наиболее эффективными, можно говорить о выстраивании терапевтической стратегии.

Выполнение этого задания и обсуждение в учебной группе различных гипотез и вытекающих из них вариантов вмешательств позволяет обратиться к обычно невидимому процессу обработки информации о клиенте, осознанно пройти через процесс перехода от формулировки гипотез к формулировке и осуществлению серии вмешательств.

Несколько слов об организации терапевтических консультаций по электронной почте. Клиенту было предложено воспользоваться специально созданной «Формой описания проблемы», структурирующей изложение им своей истории. Форма описания проблемы – это перечень вопросов, направленных на сбор релевантной информации о клиенте, прежде всего о его жизненной ситуации и о проблеме, в связи с которой он решил обратиться за консультацией. Данная организация e-mail-консультирования предполагает развернутый отклик терапевта на письменное изложение проблемы клиентом, т. е. написание терапевтического письма, в котором

---

1 Данное задание создано на основе статьи К. В. Ягнюка, Е. С. Жорняк, В. К. Калининко, Л. Л. Микаэлян и И. Ю. Хамитовой «Случай e-mail-консультации: жанр терапевтического письма с разных теоретических перспектив», опубликованной в Ежегоднике по психотерапии и психоанализу (2012).

он задействует собственные профессиональные знания и навыки. В ходе этого практического занятия студентам предлагается поставить себя на место терапевта и написать свой вариант терапевтического письма.

Данное задание можно предлагать в виде трех последовательных шагов или отдельных задач, в зависимости от времени, имеющегося в распоряжении преподавателя.

1. Студентам, которым предлагается письмо клиентки, дается задание в качестве домашнего задания или непосредственно в ходе практического занятия (в течение 30 минут) написать собственное письмо, в котором они должны использовать различные вмешательства из ранее изученной «Типологии вербальных вмешательств». После чего студентам по очереди предлагается зачитывать свои варианты терапевтического письма перед группой, на что все участники и преподаватель могут высказывать обратную связь, отмечая наиболее удачные ходы и формулировки из писем студентов.
2. Студентам, которым предлагается вариант терапевтического письма, дается задание в качестве домашнего задания или непосредственно в ходе практического занятия (в течение 15–20 минут) самостоятельно определить использованные вербальные вмешательства и намерения терапевта. После этого преподаватель может шаг за шагом зачитывать терапевтическое письмо вслух, предлагая студентам высказывать свои предположения об используемых видах вербальных вмешательств и намерениях терапевта. После обсуждения всего письма можно зачитать комментарий психоаналитического терапевта к нему.
3. В завершение в качестве домашнего задания можно предложить студентам прочитать статью «Случай e-mail-консультации: жанр терапевтического письма с разных теоретических перспектив» и на следующем занятии обсудить вмешательства четырех других психотерапевтов.

### **Случай**

*Как вас зовут?* Анна.

*Почему вы решили воспользоваться возможностью виртуальной консультации?* Нет ни физической, ни материальной возможности обратиться очно.

*Сколько вам лет?* 27.

*Вы замужем/женаты?* или *Есть ли у вас сейчас близкие отношения с мужчиной/женщиной?* Замужем 7 лет.

*Есть ли у вас дети?* Двое: девочка – 3 года 2 месяца, мальчик – 8 месяцев.

*С кем вы живете?* С мужем, детьми, мамой.

*Не могли бы вы коротко описать себя как личность, свой характер?*

Я уже не личность, а просто бесполое существо, сидящее дома с детьми.

*Как вы относитесь к себе?* Страшно видеть себя такой. Жаль, что из меня ничего не получилось.

*Как, по вашему представлению, вас воспринимают другие люди?*

Говорят, что невыносимо видеть мою ничего не выражающую физиономию и слушать мое вечное нытье и недовольство жизнью.

*Что вас беспокоит или не устраивает в вашей жизни?* Есть три проблемы: отсутствие взаимопонимания с мужем; не могу найти себе место в жизни и принятие ребенка.

*Как бы вы определили вашу основную проблему?* Многого хочу, но ничего не могу.

*В каких ситуациях ваша проблема проявляется острее?* Когда на мне ответственность или когда нужно сделать выбор.

*Не могли бы вы привести конкретный пример проблемной ситуации и описать, что вы пережили и как реагировали?*

1. Во время беременности я познакомилась с врачом, семья которого стала для меня идеалом семьи... Как-то неосознанно я подталкивала мужа делать то, что делал этот доктор. Они по выходным совершают загородные автопутешествия, купили недорого дом в деревне... Наверное, я слишком часто об этом говорила, но мы тоже пытались куда-то ездить. Мне это так нравилось, что я не замечала, что для мужа все это вынужденно и неприятно. Апофеозом стала покупка дома в деревне в качестве дачи. Этот дом стал камнем преткновения в наших с мужем отношениях. Дом без документов, требует огромных вложений... Покупка происходила при моем участии... Чем я думала тогда – не знаю! Мы заплатили залог, и, узнав все обстоятельства, я говорила мужу, что нужно отказаться. На что он зло спросил: «А залог ты им подаришь?» Я физически ничего не могу делать на этой даче: ни даже добратся туда, ни работать на участке, ни пытаться ходить по инстанциям за документами. Муж корит себя за совершенную глупость (он хотел побыстрее отделаться или отдал столько денег, потому что хотел сделать мне хорошо?). Делать там ничего не хочет (у его родителей есть дача – этот дом в деревне ему и подавно не нужен). Но деньги давать продолжает, говоря, что работает только на это...

и во всем он обвиняет меня. Я очень виновата перед ним. У нас плохие отношения с мамой. Я очень хочу жить с ней отдельно (разменять квартиру нет возможности, да и она не согласна). С мужем у мамы вообще никаких отношений нет – и их это вполне устраивает. Тем не менее, муж постоянно напоминает, что «такие отношения матери и дочери чудовищны». Мама всю жизнь хотела дачу... Я тоже. На дачу свекрови ездить не хочу, так как моя мама завидует, а я не хочу доставлять лишнего повода для разговоров; да и мне там очень неуютно... Мама, как оказалось после покупки, в даче не особо заинтересована: «А как я туда буду ездить? А кто там все будет делать?»...

Этот дом висит надо мной, как бетонная плита. Как же все хочется вернуть в день совершения покупки и просто схватить мужа за руку в момент передачи денег: «Прости, Лешенька, я поняла, что нам это не нужно! Спасибо, что ты так любишь меня. Оставь им залог, поехали домой!»

2. Я не могу определиться с занятием по жизни. Хочу работать, но моя специальность мне не нравится. Переучиваться нет средств. Ведь я уже «променяла» возможность учебы на ненужную никому дачу, да и возможности нет – дети не позволяют читать и уходить надолго. Мне очень плохо в четырех стенах; муж говорит: «Значит, ты ни на что большее не способна».
3. Я не люблю старшего ребенка. Несмотря на то, что она долгожданная и выстраданная... Она похожа на мою маму внешне и по характеру. И это отталкивает. Мне самой ужасно осознавать все это. Когда я закончила кормить ее грудью, как будто оборвалась последняя ниточка, хоть как-то связывавшая нас.

*Когда эта проблема проявилась впервые? С мамой – с детства; с мужем – с замужества; с ребенком – с рождения; с самой собой – с момента распределения в институте.*

*Происходили ли тогда в вашей жизни какие-то события, которые могли повлиять на возникновение проблемы? Нужно было всеми силами пытаться жить отдельно от матери. Нужно было принять за аксиому слушать мужа во всем. Нравящуюся специальность (педагогика) я не выбрала потому, что в то время сама не могла иметь детей, и переживала это очень болезненно.*

*Как вы пытались справиться с проблемой? Я совершила большие ошибки, которые невозможно исправить. Сама ничего не могу. Каковы ваши вопросы ко мне? Как выйти из сложившейся ситуации и как жить дальше с тем, что есть? Где взять сил, чтобы что-то изменить? И нужно ли менять?*

## **Вариант терапевтического письма**

*Анна, здравствуйте!*

*Начать это письмо я хотел бы с того факта, что появление ребенка в семье – это психологически очень сложный период для молодой семьи. И без того непростые испытания для молодой супружеской пары в вашем случае удвоились, поскольку спустя два с половиной года у вас с мужем появился второй ребенок. От мужа это потребовало огромных усилий, чтобы зарабатывать деньги и поддерживать вас; от вас материнство потребовало всех ваших эмоциональных ресурсов и сил. Последние 3–4 года вы посвятили материнству, и хотя на каком-то уровне вы, вероятно, понимаете, что то, чему сейчас посвящена ваша жизнь, – это очень важное дело, вас гнетет зависимость и неопределенность в области социальной и профессиональной жизни.*

*Как я понял, ситуацию очень осложняет то, что живете вы вместе с мамой, с которой, по-видимому, у вас весьма сложные отношения, а также эта злополучная ситуация с покупкой дачи. Вероятно, эти факты связаны между собой. Вы очень хотели создать хорошую семью, а семья начинается с собственного дома. Но, к сожалению, покупка дома в деревне не стала шагом к этой цели. Вы и ваш муж совершили ошибку. Вероятно, исправить ее можно только с некоторыми потерями. Вернуть ситуацию назад, увы, невозможно. Очень трудно, но, вероятно, можно вернуть часть денег и сбросить бетонную плиту с себя.*

*Наверно, можно сказать, что эта дача символизирует вашу неудавшуюся попытку отделиться от родителей и создать свой дом. Именно эта задача стоит перед каждой молодой семьей. Увы, и ваша мама, и родители мужа не поддержали вас, не помогли в стремлении жить отдельно, а, скорее, сковывали вас и усложнили развитие вашей молодой семьи.*

*Вы написали мне, что прокручивали в сознании момент непосредственно перед сделкой, как вы говорите мужу: «Прости, Лешенька, я поняла, что нам это не нужно! Спасибо, что ты так любишь меня. Оставь им залог, поехали домой!». Мне хотелось бы спросить вас, вы говорили ему что-то подобное? Наверно, это стоит сделать. Мне кажется, что выражение этих чувств может быть важным шагом к восстановлению чего-то важного между вами.*

*Признание вины и выражение до этого невыражаемых чувств каждым из вас, обсуждение того, что в данной ситуации возможно для исправления ситуации, может остановить «обвинения и самонаказание» и уменьшить негативное воздействие обиды, гнева и отчаяния на ваши отношения.*

*Эта ситуация с покупкой дачи открыла для вас, насколько дороги вы друг другу. Это понимание может стать уроком и приобретением в вашей жизни. Я понимаю, что в этот трудный период вашей совместной жизни проявилось много и такого, что очень расстраивает вас обоих, но любовь друг к другу и вашим детям может помочь преодолеть барьеры на вашем пути.*

*Вы написали, что ваше отношение к матери проявляется в вашем отношении к собственной дочери, что она кажется вам похожей на нее. В действительности она на половину является вашим продолжением, а на половину – вашего мужа. И вероятно, она похожа на вашу маму не больше, чем вы сами были похожи на нее в детстве. Постарайтесь отделять образ матери и ваши чувства к ней и образ дочери и ваше отношение к ней. Это трудно, но очень важно для вас обоих.*

*Возможно, вы также найдете полезной статью Сельмы Фрайберг «Призраки в детской: психоаналитический подход к проблемам нарушенных отношений матери и младенца». Вот ссылка на нее.*

*Всего доброго,  
К. Я.*

### **Комментарий**

Молодая семья нередко с большим трудом справляется с кризисом, который наступает после рождения ребенка. Когда за первым ребенком тут же рождается второй, а энергия и способности к адаптации уже на исходе, неудивительны переживания напряжения, истощения и беспомощности. Несколько лет тяжелой, однообразной жизни с полной самоотдачей, которой пока нет конца, болезненные вопросы, связанные с образом себя и самореализацией, сложности в отношениях с мужем и мамой – все это оказывает негативное влияние на эмоциональное состояние этой молодой женщины.

Мне кажется, более важным сосредоточиться, по большей части, на ее отношениях с мужем, а не на сложностях в отношениях с матерью. Изменить конфликтные отношения с матерью, выстроить супружеские отношения, стать достаточно хорошей матерью для двоих маленьких детей – три очень непростые жизненные задачи, особенно если решать их одновременно. Хотя в своем ответе я касаюсь всех трех задач, основным фокусом для меня являются отношения между супругами.

В своем письме я стараюсь поддержать ее, переформулировать и с другой точки зрения взглянуть на описанные ею проблемы. Ее душевные силы на исходе, но она старается быть честной с самой собой и берет на себя ответственность за сложившуюся ситуацию.

Это вызывает уважение, но ее ноша слишком тяжела, и я пытаюсь снять с нее часть ответственности и вины, ведь вклад в сложившуюся ситуацию есть не только с ее стороны. Перефразируя рассказанное ей, я как бы повторяю для нее ее историю, что-то высвечиваю, а что-то намеренно оставляю без внимания. Так, например, я акцентировал то, что покупка загородного дома – это поступок, который они совершили вместе с мужем, и я никак не прокомментировал ее стремление создать идеальную семью по типу семьи врача. Я также отражаю ее чувства, как названные ей, так и лишь подразумеваемые. Есть также чувства, которые я оставляю неотраженными – беспомощность и безнадежность, и вместо этого стараюсь помочь и усилить надежду.

Я начинаю письмо с информирования о трудных временах для молодой семьи, нацеленного на поддержку и нормализацию ее переживаний.

Далее я перехожу к стремлению создать хорошую семью и связываю его с целью обрести собственный дом. Ситуация с загородным домом воспринимается как полный личный провал и роковая ошибка. Чтобы сдвинуть ее с мертвой точки, прежде всего, нужно принять произошедшее и изменить отношение к ситуации. Как не удалось смириться, что если отказаться от покупки дома без документов, то будет потерян отданный залог, так теперь не удастся принять, что изначальной ситуации уже не вернуть и выйти из нее можно только с потерями. Но это все-таки выход, если она и муж примут эту ситуацию и признают, что ошибку нужно исправлять.

После этого я делаю интерпретацию о том, что покупка дачи символизирует неудавшуюся попытку отделиться от родителей и создать свой собственный дом. Если покупка дома в деревне была попыткой иллюзорного достижения этой трудной жизненной цели, то это также необходимо признать, чтобы двигаться дальше.

Затем я обращаюсь к проблеме в супружеских отношениях. Негативные чувства, отчуждение и взаимные обвинения полностью скрыли то, что лежит в основании их супружеского союза, – чувство любви и отношения привязанности. Своими вмешательствами я пытаюсь обратиться к более глубоким, позитивным чувствам.

В заключении письма я также обращаюсь к проблеме ее отношения к дочери и пытаюсь отделить ее чувства к матери от чувств к дочери, акцентируя то, что дочь является продолжением ее и мужа, а не продолжением ее матери, а также рекомендую прочитать статью Сельмы Фрайберг, посвященную влиянию нарушенных отношений с родителями на связь с собственным ребенком.

## Литература

- Алешина Ю. Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М.: Класс, 2000.
- Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.
- Бибринг Э.* Психоанализ и динамическая психотерапия // Психоаналитический вестник. 1999. №2 (8).
- Бьюдженталь Д.* Искусство психотерапевта. М.: Корветт, 2011.
- Васильев Н. Н.* Тренинг профессиональных коммуникаций в психологической практике. СПб.: Речь, 2007.
- Волкан В.* Расширение психоаналитической техники: Руководство по психоаналитическому лечению. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2012.
- Гарфилд С.* Практика краткосрочной психотерапии. СПб.: Питер, 2002.
- Гринсон Р.* Техника и практика психоанализа. М.: Когито-Центр, 2003.
- Дарвин Ч., Экман П.* О выражении эмоций у человека и животных. СПб.: Питер, 2013.
- Евсикова Н. И.* Метод беседы в исследовании личности // Метод беседы в психологии / Ред.-сост. А. М. Айламазян. М.: Смысл, 1999.
- Кейсмент П.* Обучение на наших ошибках. Алматы.: Дарын, 2005.
- Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М.: Класс, 2000.
- Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999.

- Коццолини М. Невербальная коммуникация. Теории, функции, язык и знак. Харьков: Гуманитарный центр, 2009.
- Лабунская В. А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. Ростов-на-Дону: Феникс, 1999.
- Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001.
- Лосева В. К., Луньков А. И. Рассмотрим проблему... Диагностика переживаний детей и взрослых по их речи и рисункам. М.: А. П. О., 1995.
- Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению. М.: Когито-Центр, 2003.
- Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс, 1998.
- Мэй Р. Искусство психологического консультирования. Как давать и обретать душевное здоровье. М.: ИОИ, 2012.
- Нардонэ Д., Сальвини А. Магическая коммуникация. Стратегический диалог в психотерапии. Усовершенствованные техники для быстрых изменений. М.: Рид Групп, 2011.
- Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб.: Питер, 2000.
- Операционализируемая психодинамическая диагностика. (ОПД) – 2: Руководство по диагностике и планированию терапии. М.: Академический проект–Культура, 2011.
- Певзнер М. М. Процесс консультирования // Мастерство психологического консультирования / Под ред. А. А. Бадхена и А. М. Родиной. СПб.: Европейский дом, 2002.
- Роджерс К. Необходимые и достаточные условия терапевтических личностных изменений // Журнал практического психолога. 2012. №1.
- Роут Ш. Психотерапия: Искусство постигать природу. М.: Когито-Центр, 2002.
- Соммерз-Фланаган Д., Соммерз-Фланаган Р. Клиническое интервьюирование. 3-е изд. М.: Диалектика, 2006.
- Столин В. В. Первичная психодиагностика // Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М.: Педагогика, 1989.
- Стренгс Д. Интерпретативные треугольники Давенлу в работе с образом Бога // Консультативная психология и психотерапия. 2000. №2. С. 155–171.

- Трунов Д. Г. Индивидуальное психологическое консультирование. М.: Этерна, 2013.
- Файн С., Глассер П. Первичная консультация. Установление контакта и завоевание доверия. М.: Когито-Центр. 2003.
- Ференци Ш. Тело и подсознание. Снятие запретов с сексуальности. М.: NOTA VENE, 2003.
- Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
- Фрейд З. Юмор // Художник и фантазирование. М.: Республика, 1999.
- Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М.: Фирма СТД, 2003.
- Фрейд З. Сочинения по технике лечения. М.: Фирма СТД, 2008.
- Хэмбли Г. Телефонная помощь. Пермь: ОЦПППН, 2004.
- Шерман Р., Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии: Руководство. М.: Класс, 1997.
- Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб.: Речь, 2002.
- Энрайт Д. Гештальт, ведущий к просветлению. СПб.: Центр гуманистических технологий «Человек», 1996.
- Ягнюк К. В. Присутствие и невербальная коммуникация // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000а. № 1. URL: <http://psyjournal.ru> (дата обращения: 25.08.2013).
- Ягнюк К. В. Анатомия терапевтического воздействия: типология техник // Журнал практического психолога. 2000б. № 5–6.
- Ягнюк К. В. Принципы проведения первичной консультации // Журнал практического психолога. 2001а. № 3–4.
- Ягнюк К. В. Сессия Карла Роджерса с Глорией: анализ вербальных вмешательств // Журнал практической психологии и психоанализа. 2001б. № 1–2. URL: <http://psyjournal.ru> (дата обращения: 25.08.2013).
- Ягнюк К. В. Салливан о начальном интервью // Журнал практической психологии и психоанализа. 2006. № 3. URL: <http://psyjournal.ru> (дата обращения: 25.08.2013).
- Ялом И. Дар психотерапии. М.: Эксмо, 2005.
- Ялом И. Теория и практики групповой психотерапии. СПб.: Питер, 2000.
- Ackerman S., Hilsenroth M., Baity M., Blagys M. Interaction of Therapeutic Process and Alliance during Psychological Assessment // Journal of Personality Assessment. 2000. № 75. P. 82–109.
- Bachelor A. Clients' Perception of the Therapeutic Alliance: Qualitative Analysis // Journal of Counseling Psychology. 1995. № 42. P. 323–337.

- Barkham M., Hobson R.* Exploratory Therapy in Two-Plus-One Sessions II – A Single Case Study. 1989.
- Brammer L. M., Shostrom E. L.* Therapeutic Psychology: Fundamentals of Counseling and Psychotherapy. Prentice-Hall, 1977.
- Budman S. H., Gurman A. S.* Theory and Practice of Brief Therapy. Guilford Press, 1988.
- Claiborn C.* Counselor Verbal Interaction, Non-verbal Behavior, and Social Power // Journal of counseling psychology. 1979. № 26. P. 378–440.
- Coker D. A. & Bugoon J. K.* The Nature of Conversational Involvement and Nonverbal Encoding Patterns // Human Communication Research. 1987. № 13. P. 464–494.
- Cormier S., Cormier B.* Interviewing Strategies for Helpers: Fundamentals Skills and Cognitive Behavioral Interventions. Pacific Grove. CA: Brooks/Cole, 1998.
- Cormier S., Cormier H.* Counseling Strategies and Interventions. Allyn & Bacon, 1999.
- Dittman A.* Kinesthetic Research and Therapeutic Processes: Further Discussion / P.N. Knapp (Ed.) // Expression of Emotions in Man. N. Y.: International University Press, 1963.
- Egan G.* The Skilled Helper. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1998.
- Ekman P., Friesen W. V.* Unmasking the Face. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1984.
- Elliott R., Hill C., Stiles W., Friedlander M., Mahrer A., Margison F.* Primary Therapist Response Modes: Comparison of Six Rating Systems // Journal of Counseling and Clinical Psychology. 1987. P. 218–223.
- Hackney H., Cormier S.* Counseling Strategies and Interventions. Boston, MA: Allyn & Bacon, 1994.
- Helman C. G.* Disease versus Illness in General Practice // The Journal of the Royal College of General Practitioners. 1981. V. 31. P. 548–562.
- Hill C.* The Development of a System for Classifying Counselor Responses // Journal of Counseling Psychology. 1978. № 25. P. 461–468.
- Hill C. E.* Therapist Techniques and Client Outcomes: Eight Cases of Brief Psychotherapy. Newbury Park, CA: Sage, 1989.
- Hill C. E., Knox S.* Self-disclosure // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2001. V. 38. № 4.
- Hill C., O'Brien K.* Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight and Action // American Psychological Association. 1989.
- Hilsenroth M., Peters E., Ackerman S.* The Development of Therapeutic Alliance during Psychological Assessment: Patient and Therapist

- Perspectives Across Treatment // *Journal of Personality Assessment*. 2004. № 83. P. 332–344.
- Hinshelwood R. D.* Psychodynamic formulation in assessment for psychotherapy // *British Journal of Psychotherapy*. 1992. № 8. P. 166–174.
- Huber D., Henrich G. & Brandl T.* Working Relationship in Therapeutic Consultation // *Psychotherapy Research*. 2005. № 15. P. 129–139.
- Hutchings P. S., Virden T. B.* Presenting Problem, History of Presenting Problem, and Social History / D. Segal, M. Hersen (Eds) // *Diagnostic Interviewing*. Springer, 2010.
- Hook J., Hodges E., Segal D., Coolidge F.* Clinical Interview in Adults / J. Thomas, M. Hersen (Eds) // *Handbook of Clinical Psychology Competencies*. Springer, 2010.
- Ivey A.* *Microcounseling: Innovations in Interviewing Training*. Springfield, IL: Chales C. Thomas, 1971.
- George R. L., Cristiani T. S.* *Counseling: Theory and Practice*. Englewood Cliffs. N.J.: Prentice-Hall, 1990.
- Goldstein W.* *A Primer for Beginning Psychotherapy*. Taylor & Francis, 1997.
- Gray P.* *Ego and Analysis of Defense*. Aronson, Jason Inc., 1994.
- Grayson P. A.* Psychodynamic Psychotherapy with Undergraduate and Graduate Students / J. J. Magnavita (Ed.) // *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*. V. 1. Wiley, 2002.
- Faust J.* General Issues / M. Hersen, V. B. Van Hasselt (Eds) // *Basic Interviewing: A Practical Guide for Counselors and Clinicians*. Philadelphia, PA: Erlbaum, 1998. P. 1–22.
- Fowler J. C., Perry J. C.* Clinical Tasks of the Dynamic Interview // *Psychiatry*. 2005. Winter. № 68 (4). P. 316–336.
- Kaplan S. N., Greenfield S., Ware J. E.* Assessing Effects of Physician-patient Interactions on the Outcome of Chronic Disease // *Medical Care*. 1989. № 27. P. 110–127.
- Knapp M. L.* *Nonverbal Communication in Human Interaction*. N. Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1978.
- Lazarus A.* Multimodal Therapy / R. J. Corsini (Ed.) // *Current Psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock Publishers Inc., Itsaka, Illinois, 1984.
- Mackinnon R. A., Michels R., Buckley P. J.* *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, 2006.
- Malan D.* *Individual psychotherapy and science of psychodynamics*. 2<sup>nd</sup> ed. Hodder Arnold Ltd, 2010.
- McCullough L.* *Changing Character. Short-term Anxiety-Regulation Psychotherapy for Restructuring Defenses, Affects and Attachments*. Basic Books, 1997.

- McCullough L., Andrews S., Kaplan A., Kuhn N., Wolf J., Hurley C. Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy. The Guilford Press, 2003.
- McWilliams N. Psychoanalytic Case Formulation. The Guilford Press, 1999.
- Mohl P., Martinez D., Ticknor C., Huang M., Cordell L. Early Dropouts from Psychotherapy // Journal of Nervous and Mental Disorders. 1991. № 179. P. 478–481.
- Molnos A. A Psychotherapist's Harvest. 1998. URL: <http://fox.klte.hu/~keresofi/psyth/psythtr.html> (дата обращения: 11.04.2013).
- Morrison J. The First Interview (revised for DSM-IV). N. Y.: Guilford Press, 1994.
- Mosak H. H. Adlerian Psychotherapy / R. J. Corsini, D. Wedding (Eds) // Current Psychotherapies. Itasca, IL: Peacock, 1989. P. 65–116.
- Othmer E., Othmer S. C. The Clinical Interview using DSM-IV. V. I: Fundamentals. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
- Orne M. T., Wender P. H. Anticipatory Socialization for Psychotherapy: Method and Rationale // American Journal of Psychiatry. 1968. № 124. P. 1202–1212.
- Orlinsky D. E., Grawe K., Parks B. K. Process and Outcome in Psychotherapy / A. E. Bergin, S. L. Garfield (Eds) // Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4<sup>th</sup> ed. N. Y.: Wiley, 1994. P. 270–378.
- Ronnestad M. N., Skovholt N. S. The Journey of the Counselor and Therapist Research Finding and Perspectives on Professional Development // Journal of Career Development. 2003. V. 30. № 1.
- Porter E. M. An Introduction to Therapeutic Counseling. Boston: Houghton Mifflin, 1950.
- Rudolph B. The First Interview / D. Charman (Ed.) // Core Concepts in Brief Psychodynamic Psychotherapy, 2004.
- Rumpold G., Doering S., Smrekar U., Schubert C., Koza R., Schartz D. Changes in Motivation and Therapeutic Alliance during a Pre-therapy Diagnostic Motivation Enhancing Phase among Psychotherapy Outpatients // Psychotherapy Research. 2005. № 15. P. 117–127.
- Segal D., June A., Marty A. Basic Issues in Interviewing and Interview Process / D. Segal, M. Hersen (Eds) // Diagnostic Interviewing. Springer, 2010.
- Sexton H., Littauer H., Sexton A., Tommeras E. Building Alliance: Early Therapeutic Process and Client-therapist Connection // Psychotherapy Research. 2005. № 15. P. 103–116.
- Sifneos P. Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy: A Treatment Manual. N. Y.: Basic Books, 1992.

- Stiles W.* Verbal Response Modes and Psychotherapeutic Technique // Psychiatry. 1979. V. 42 (February).
- Sullivan H. S.* The Psychiatric Interview. Norton, 1970.
- Tryon G. S.* Session Depth and Smoothness in Relation to the Concept of Engagement in Counseling // Journal of Counseling Psychology. 1990. № 37. P. 248–263.
- Shea S. C.* Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding. Philadelphia: Saunders, 1998.
- Spiegel P., Machotka P.* Messages of the Body. N. Y.: The Free Press, 1974.
- Stiles W.* Describing talk: A Taxonomy of Verbal Response Modes. Sage Publications, 1992.
- Teyber E.* Interpersonal Process in Psychotherapy: A Relational Approach. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1997.
- Tickle-Degnen L., Gavett E.* Changes in Nonverbal Behavior during the Development of Therapeutic Relationships / P. Philippot, R. S. Feldman, E. J. Coats (Eds) // Nonverbal Behavior in Clinical Settings. Oxford: Oxford University Press, 2003. P. 75–110.
- Viederman M.* Active Engagement in the Consultation Process. General Hospital Psychiatry. 2002. № 24 (2). P. 93–100.
- Viederman M.* Life Passage in Face of Death. V. 1: A Brief Psychotherapy, 2003.
- Vriend J., Dyer W. W.* Vital Components in Conduction Initial Counseling Interview / J. Vriend, W. W. Dyer // Counseling Techniques that Work. N. Y.: Funk and Wagnalls, 1977.
- Walters R. P.* Amity: Friendship in Action. P. 1: Basic Friendship Skills. Boulder, CO: Christian Helpers, 1980.
- Wolberg L. R.* The Technique of Psychotherapy. N. Y.: Grune & Stratton, 1977.
- Zinker J.* Creative Process in Gestalt Therapy. N. Y.: Brunner/Mazel, 1977.

## Информация об авторе

**Ягнюк Константин Владимирович** – клинический психолог, психотерапевт, преподаватель Института практической психологии и психоанализа, сотрудник «Психологической консультации на Ярославской», главный редактор «Журнала практической психологии и психоанализа», ответственный редактор «Ежегодника по психотерапии и психоанализу», действительный член Секции индивидуальной психоаналитической психотерапии взрослых и председатель Секции изучения семейных отношений и психоаналитической терапии пар Общества психоаналитической психотерапии – Европейской федерации психоаналитической психотерапии, автор многочисленных статей по психологическому консультированию и психотерапии, составитель книги «Психология и психотерапия в афоризмах» (2008).

<http://www.yagniuk.ru>

**Научное издание**  
*Серия «Библиотека Института  
практической психологии и психоанализа»*  
*Вып. 9*

**Ягнюк Константин Владимирович**  
**АНАТОМИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ**  
**Базовые навыки и техники**

Макет, обложка и верстка – *С. С. Фёдоров*

Издательство «Когито-Центр»  
129366, Москва, ул. Ярославская, 13  
Тел.: (495) 682-61-02  
E-mail: [post@cogito-shop.com](mailto:post@cogito-shop.com), [cogito@bk.ru](mailto:cogito@bk.ru)  
[www.cogito-centre.com](http://www.cogito-centre.com)

Сдано в набор 05.11.13. Подписано в печать 13.11.13  
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Печать офсетная  
Гарнитура гтс СНАТТЕР. Усл. печ. л. 11. Уч.-изд. л. 8,6  
Тираж 500 экз. Заказ 1385

Отпечатано способом ролевой струйной печати  
ФГУП Издательство «Известия» УД ПРФ  
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 6  
Контактный телефон: (495) 650-38-80

## **ИНСТИТУТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОАНАЛИЗА**

129366, Москва, ул. Ярославская, д. 13, м. ВДНХ  
Тел./факс: (495) 682-11-14, [www.psychol.ru](http://www.psychol.ru)

Лицензия Федеральной службы по надзору  
в сфере образования и науки №001665 от 03 августа 2011 г.  
Свидетельство о Государственной аккредитации Федеральной службы  
по надзору в сфере образования и науки №0000824 от 19 июля 2013 г.

### **Высшее образование по программам:**

- Основная образовательная программа бакалавриата по направлению подготовки 030300 «Психология» (профиль подготовки – Психологическое консультирование)
- Основная образовательная программа подготовки специалистов по направлению подготовки (специальности) 030401 «Клиническая психология» (специализация – Патопсихологическая диагностика и психотерапия)

Особенностью программ высшего образования является дополняющее друг друга сочетание отечественного и зарубежного подходов в обучении психологов-консультантов и клинических психологов, что предполагает знание современной научной психологии и овладение на практике навыками психологического консультирования и психотерапии. Особое внимание в ходе обучения уделяется развитию у студентов профессионального способа мышления, овладению навыками психотерапевтического взаимодействия и их применению на практике.

### **Профессиональная переподготовка по следующим направлениям:**

- «Психологическое консультирование, психокоррекция, психотерапия»
- «Психоаналитическая психотерапия»
- «Системная семейная психотерапия»
- «Танцевально-двигательная психотерапия»
- «Аналитическая психология и юнгианский анализ»

Программы профессиональной переподготовки ориентированы на лиц с высшим профильным образованием, уже имеющих базовые знания и опыт работы в области практической психологии, клинической психологии или психотерапии и позволяют углубленно изучить и освоить выбранный метод психотерапии. Данные программы соответствуют образовательным стандартам международных психотерапевтических ассоциаций и являются частью квалификационных требований для вступления в них.

Для широкого круга специалистов Институт также проводит различные краткосрочные программы повышения квалификации в области психологического консультирования и психотерапии (тренинги, мастер-классы, семинары).

**Институт практической психологии и психоанализа** – это высшее учебное заведение, осуществляющее подготовку специалистов в области психологии, клинической психологии, психологического консультирования, психотерапии и психоанализа. Институт осуществляет образовательную деятельность с 1991 года и является одним из первых учебных заведений в нашей стране, готовящих психологов-консультантов.

## **ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЙ СОСТАВ**

Преподавателями ИППиП являются авторитетные отечественные специалисты в области психологии, психологического консультирования, психотерапии и психоанализа. Дисциплины по психологии и клинической психологии преподают кандидаты и доктора психологических наук, сотрудники Факультета психологии МГУ, Института Психологии РАН и других ведущих психологических вузов. Курсы и тренинги по психологическому консультированию, психотерапии и психоанализу ведут высококвалифицированные специалисты с большим практическим опытом.

Преподаватели кафедры Психоанализа и психоаналитической психотерапии прошли или заканчивают свой профессиональный тренинг по стандартам Международной психоаналитической ассоциации. Все сотрудники кафедры Системной семейной психотерапии являются действительными членами Международной ассоциации семейной терапии и Европейской ассоциации психотерапии. Преподаватели кафедры Аналитической психологии являются действительными членами Международной ассоциации аналитической психологии. Все преподаватели кафедры Танцеваль-

но-двигательной психотерапии являются членами Европейской ассоциации танцевально-двигательной терапии и Международной ассоциации терапии творческим самовыражением.

## **ПРАКТИКА**

Нет ничего более важного в обучении психологов-консультантов, чем овладение практическими навыками работы. Именно поэтому особое внимание в Институте уделяется прохождению студентами различных видов психологической практики. Прохождение практики позволяет выпускникам обрести уверенность в собственных профессиональных знаниях и умениях.

Практика студентов начинается на первом курсе и продолжается в течение всего обучения. Каждый вид практики начинается после прохождения специальных подготовительных курсов и тренингов. Кроме того, практика студентов проходит под обязательной супервизией опытных специалистов и преподавателей.

К моменту окончания Института выпускники обладают немалым опытом самостоятельной работы в качестве психологов-консультантов. После завершения обучения каждый выпускник получает заверенный сертификат, в котором отмечаются все виды и объем психологической помощи, оказанной студентом за время прохождения практики.

### **Постоянные базы практики:**

- Отделения общей онкологии и гемабластозов стационара Научно-исследовательского института детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра Российской академии медицинских наук;
- Отделения психоневрологии, гематологии и челюстно-лицевой хирургии Российской детской клинической больницы;
- Московский научно-практический центр дерматовенерологии и коматологии;
- Телефон доверия бесплатной экстренной психологической помощи «Ярославна»;
- Центр психолого-педагогической помощи населению «Янтарь» (г. Щёлково, Московская область);
- Социально-психологический центр «Любовь» (г. Королёв, Московская область);
- Психологическая консультация при ИППИП.

## **ЛИЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

Прохождение личной психотерапии традиционно является составной частью обучения психологическому консультированию и психотерапии. Личная психотерапия даёт опыт самопознания и индивидуального развития, способствует осознанию и принятию сильных и слабых сторон своей личности. Прохождение личной психотерапии будущими специалистами является одной из отличительных особенностей ИППиП. Институт предоставляет студентам возможность пройти психоанализ, психоаналитическую психотерапию, юнгианский анализ или системную семейную психотерапию у специалистов, профессионализм которых гарантируется институтом и международными профессиональными сообществами.

## **БИБЛИОТЕКА ИНСТИТУТА**

Институт обладает специализированной библиотекой по психотерапии и психоанализу, которая является самой обширной среди аналогичных библиотек других вузов. Она начала создаваться в 1991 году из профессиональной литературы, преподносимой в дар институту различными международными психотерапевтическими ассоциациями и частными лицами. В настоящее время фонды библиотеки насчитывают свыше 6000 книг, журналов и статей по различным направлениям психологии, психотерапии и психоанализа на русском и иностранных языках. Многие из имеющихся книг и статей ранее в России не издавались и впервые переведены на русский язык сотрудниками института. Фонд библиотеки постоянно комплектуется в соответствие с рекомендациями ведущих специалистов института.

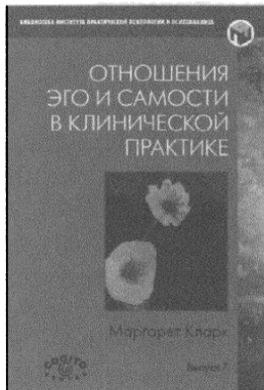


**К. В. Ягнюк (отв. ред.)**

## **ЕЖЕГОДНИК ПО ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОАНАЛИЗУ. 2013**

Статьи ежегодника – это работы по теории и технике психологического консультирования, психотерапии и психоанализа, описывающие специфику психотерапевтической практики с различными категориями клиентов в различных контекстах. Ежегодник адресован психологам-консультантам, клиническим психологам и психотерапевтам, а также тем, кто обучается психологическому консультированию и психотерапии ☆

ISBN 978-5-89353-403-0  
60x90/16, обл. 220 с. 2013

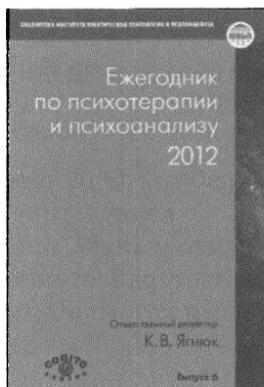


**Маргарет Кларк**

## **ОТНОШЕНИЯ ЭГО И САМОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПУТЬ К ИНДИВИДУАЦИИ**

Книга Маргарет Кларк посвящена клиническим аспектам практики и касается одного из самых сложных и интересных разделов теории аналитической психологии – отношениям Эго и Самости. Автор мастерски иллюстрирует теорию множеством практических примеров. Сочетание психоаналитических идей с мировоззрением аналитической психологии, характерное для школы развития, представителем которой является Маргарет Кларк, делает работу интересной для широкого круга специалистов-психологов ☆

ISBN 978-5-89353-397-2  
60x90/16, обл. 96 с. 2013



**К. В. Ягнюк (отв. ред.)**

## **ЕЖЕГОДНИК ПО ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОАНАЛИЗУ. 2012**

Статьи ежегодника – материал для своего рода мастерской по теории и технике психологического консультирования, психотерапии и психоанализа. Это работы, включающие теоретическое осмысление и описание специфики консультативной и психотерапевтической практики с различными категориями клиентов и в различных контекстах, а также психоаналитическую интерпретацию произведений искусства ☆

ISBN 978-5-89353-391-0  
60х90/16, обл. 200 с. 2012



**А. Я. Варга (науч. ред. и сост.)**

## **СИСТЕМНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР**

Книга посвящена крайне актуальной теме – психотерапии супружеских пар. Современный брак уже несколько десятилетий находится в кризисе – семьи распадаются, все больше людей вообще не создают семьи. В то же время люди отнюдь не утратили потребность быть в паре и все так же испытывают дискомфорт от одиночества. Описаны современные подходы к психотерапии пар, представлена их типология. Приведены техники психологической помощи супружеским парам, затронуты вопросы психотерапии развода, работы с семьями, страдающими от алкоголизма своих членов, изменения семейного климата в семье после рождения детей ☆

ISBN 978-5-89353-370-5  
60х90/16, обл. 342 с. 2012



**Е. С. Калмыкова**

## **ОПЫТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИСТОРИИ НАУЧНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ**

В книге представлены работы двух типов – посвященные научному изучению психотерапевтического процесса и феномена привязанности, а также описания клинических случаев из психоаналитической практики. Темы научно-исследовательских работ отражают интерес автора к порождению и функционированию нарратива в психотерапевтическом взаимодействии и в психической жизни индивида ☆

ISBN 978-5-89353-360-6  
60x90/16, обл. 182 с. 2012



**Е. А. Спиркина (сост.)**

## **ПСИХОАНАЛИЗ И ИСКУССТВО**

Этот сборник посвящен связям и переплетениям между психоаналитическим исследованием глубинного внутреннего мира человека и исследованием человеческой природы в произведениях искусства. В психоаналитической интерпретации образов и историй, изображенных и рассказанных средствами киноискусства и литературы, проявился профессионализм, богатый клинический опыт и широта теоретических взглядов авторов статей. Книга адресована психологам и психотерапевтам, а также всем тем, кто интересуется психоанализом искусства ☆

ISBN 978-5-89353-336-1  
60x90/16, обл. 176 с. 2011



**Джен Винер**

## **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ПЕРЕНОС, КОНТРПЕРЕНОС И ОБРЕТЕНИЕ СМЫСЛА**

Книга Джен Винер – наиболее полное и компетентное изложение современного понимания переноса и контрпереноса в юнгианской литературе. Работа в процессе переноса–контрпереноса и с этим аспектом терапевтических отношений крайне важна для успеха аналитической терапии. Книга будет полезна не только психоаналитикам разных направлений и обучающимся глубинной психотерапии, но и всем практическим психологам ☆

ISBN 978-5-89353-349-1  
60х90/16, обл. 145 с. 2011

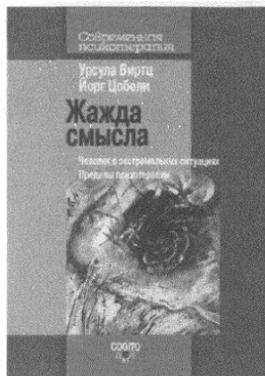


**В. К. Калинин**

## **ГРАНИЦЫ В АНАЛИЗЕ ЮНГИАНСКИЙ ПОДХОД**

В книге представлено понимание границ в психотерапии с позиций аналитической психологии. Сделан акцент на рассмотрение аналитических границ и проблем их поддержания с точки зрения особенностей культурного бессознательного. Осуществлен анализ основных российских культурных комплексов, влияющих на отношение к границам. Книга предназначена для практикующих психологов и психотерапевтов, а также для студентов психологических вузов ☆

ISBN 978-5-89353-330-9  
60х90/16, обл. 233 с. 2010



**Урсула Виртц, Йорг Цобели**

## **ЖАЖДА СМЫСЛА**

**ЧЕЛОВЕК В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ:  
ПРЕДЕЛЫ ПСИХОТЕРАПИИ**

Книга посвящена травме, смыслу, помощи и человечности – темам, которые неизбежно затрагивают каждого человека. Она о том, что страдание является частью исцеления, что связь сознания с духовной традицией может быть восстановлена. Представлено уникальное описание того, что происходит во внутреннем мире помогающих профессионалов при психологической работе с тяжело травмированными людьми, то есть при встрече с запредельным опытом жизни и смерти, обладающим большим потенциалом исцеления и развития. Эта книга поможет читателю почувствовать себя живым, породить и обнаружить смыслы, примириться с ограниченностью своих возможностей, найти внутренние опоры и равновесие предельного и запредельного ☆

ISBN 978-5-89353-371-2  
60x90/16, обл. 328 с. 2011

# «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КНИГА»

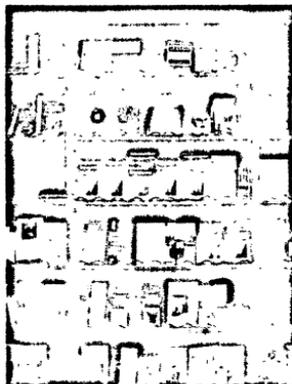
магазин при издательстве «КОГИТО-ЦЕНТР»



Наиболее полный ассортимент изданий по психологии — более 1500 наименований

Представлена продукция большинства крупных издательств, а также малотиражные издания университетов и институтов

**Широкий ассортимент  
сертифицированного  
психодиагностического  
инструментария**



В записную книжку

Книги и методики для профессиональных психологов

Ул. Ярославская, д. 13  
Пр-т Мира  
Овдих

Издательство  
Книжный магазин  
Оптовый склад

Время работы:  
10<sup>00</sup>–18<sup>00</sup>  
кроме выходных

(495) 682-0100, 682-8102 тел./факс  
<http://www.cogito-centre.com>  
E-mail: [post@cogito-centre.com](mailto:post@cogito-centre.com)

129244, Москва, Ярославская, 13. ООО «КОГИТО-ЦЕНТР»

*Для студентов и преподавателей — учебники, хрестоматии, учебные пособия, словари*

*Для профессионалов, исследователей и практиков — монографии, фундаментальные труды, энциклопедии, руководства, тренинги, бизнес-психология*

*Для родителей и широкой публики — литература по воспитанию, обучению, саморазвитию, научно-популярные издания*



**ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН**  
**[www.cogito-shop.com](http://www.cogito-shop.com)**



**Скидки постоянным покупателям до 10%**



## АНАТОМИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ

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.

ISBN 978-5-89353-412-2



9 785893 534122