



# АНАТОМИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ

БАЗОВЫЕ НАВЫКИ И ТЕХНИКИ

*Учебное пособие*



К. В. Ягнюк

**Константин Владимирович Ягнюк**  
**Анатомия терапевтической**  
**коммуникации. Базовые**  
**навыки и техники.**  
**Учебное пособие**

Серия «Библиотека Института  
практической психологии  
и психоанализа», книга 9

*Текст книги предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=9366953](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=9366953)*

*Анатомия терапевтической коммуникации. Базовые навыки и техники.*

*Учебное пособие: Когито-Центр; Москва; 2014*

*ISBN 978-5-89353-412-2*

### **Аннотация**

Книги, подобные этой, читают и перечитывают с карандашом в руке. Перед вами – краткое учебное пособие, в котором собраны практические знания и рекомендации отечественных и зарубежных специалистов, систематически описаны базовые навыки и техники психологического консультирования и психотерапии. В книге подробно рассмотрены следующие темы:

невербальные аспекты взаимодействия терапевта и клиента, типология вербальных вмешательств, техника и практика проведения начальной консультации. В практикуме предлагаются задания, которые могут быть использованы в процессе обучения психологическому консультированию и психотерапии, а также для самостоятельного овладения техниками терапевтической коммуникации.

# Содержание

Предисловие	5
Глава 1	10
Введение	10
Вопрос	13
Поощрение	25
Информирование	34
Конец ознакомительного фрагмента.	37

**Константин  
Владимирович Ягнюк**  
**Анатомия терапевтической  
коммуникации**  
**Базовые навыки и техники**  
*Учебное пособие*

**Предисловие**

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

Как правило, профессиональное развитие психотерапевта начинается с лекций/семинаров, тренинга базовых навы-

ков 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 полу-

---

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

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

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



начинает свой профессиональный путь в психологии, психологическом консультировании или психотерапии.

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

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

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

*Константин Ягниук*

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

вмешательств.

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

Ниже будет представлена авторская типология вербальных вмешательств.

# Вопрос

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

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

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

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

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

## **Открытый вопрос**

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

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

«Открытые вопросы побуждают клиента к вербальной активности. По определению, открытые вопросы требуют относительно развернутого, не односложного ответа» (Со-

ммерз-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 ситуации («*Есть ли у вас какие-либо идеи, почему он так себя повел?*»). Как известно, говорить обо всем сразу может быть не очень продуктивно. В таком случае открытые вопросы позволяют сосредоточиться на определенной части проблемы или опыта клиента. Например, открытые вопросы могут фокусироваться на разных аспектах опыта: мыслях («*Что вы думаете об этом?*», чув-

ствах («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<sup>2</sup> («Что вы чувствуете

---

<sup>2</sup> В одном исследовании (Hill & Garmally, 1977) сравнивался эффект исполь-



прямо сейчас?», «Что эти чувства говорят вам?»);

- просьба привести пример («Когда, как именно это случилось в последний раз?», «Не могли бы вы, по возможности, шаг за шагом рассказать о произошедшем?», «Как это началось и что происходило во время ссоры?»).

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

---

зования 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.

**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 мо-

гу 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 откли-

ка 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 мо-

жет вызывать раздражение.

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

## Закрытый вопрос

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

«Закрытые	вопросы	позволяют	уточнить
информацию,	расставить	акценты,	сохранить

логическую структуру беседы» (Трунов, 2013).

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

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

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

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

**Терапевт:** Были ли у вас мысли о самоубийстве?

**Клиент:** Да, довольно часто я не хочу жить. Было бы луч-

ше 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 оста-

ется лишь догадываться, что же он пытался донести до вас. Сигнализирование терапевтом о затруднении в понимании стимулирует клиента к тому, чтобы пояснить или выразить другими словами то, что он пытается донести.

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

Сигнализовать о затруднении в понимании можно следующим образом: *«Я не понял этого»*, *«Мне не совсем это понятно»* или *«Не могли бы вы пояснить, что вы имеете в виду»*. Можно сделать это и в более конкретной форме: *«Я не совсем понимаю, какие чувства это событие вызвало у вас»*.

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

## **Незаконченное высказывание**

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

**Терапевт:** И тогда вы подумали...

**Терапевт:** В этот момент вы почувствовали себя...

**Терапевт:** Она сказала вам все это и...

**Терапевт:** Иначе говоря, ваш отец...

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

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

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

Так же как проективный тест неоконченных предложений может обнаружить важную информацию об отношениях и страхах испытуемого, так и незаконченное высказывание те-

рапевта 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. Случи-

лось непоправимое.

**Терапевт:** Непоправимое...?

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

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

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

бенностей консультативной беседы – ее нацеленность в глубину, ориентированность на понимание более глубоких, личностно значимых переживаний» (Алешина, 1999).

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

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

**Терапевт:** Мужественно...?

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

## Приглашение ассоциаций

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

Правило свободных ассоциаций, используемое в психоаналитической терапии, предлагает клиентам «без критики рассказывать все, что приходит ему в голову» (Фрейд, 2008). Приглашение ассоциаций («*Какие-либо мысли в связи с этим?*», «*Напоминает ли вам это что-то из прошлого,*

когда вы реагировали схожим образом?») – это простой способ напомнить о правиле свободных ассоциаций и поощрить клиента к свободному самовыражению.

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

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

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

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

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

С пациентами, в памяти которых якобы не остается воспоминаний детства, Ференци, считая, что такая забывчивость рождается из-за вытеснения психического материала и подавления аффектов, предлагал им, свободно фантазируя, обнаружить такие реакции. «Будучи лишен оружия интеллектуального сопротивления, пациент, сначала робко, заикаясь, готовый в любой момент замолчать, начинает живописать интересующую нас ситуацию... Понемногу пациент



становится отважнее, его „сочиненные“ переживания приобретают цвет и реальное звучание, наконец, полноту впечатления» (Ференци, 2003). Благодаря этому техническому открытию<sup>3</sup> Ференци приглашение ассоциаций мы можем дополнить приглашением фантазий («*Что вам представилось в этот момент?*», «*Не могли бы вы пофантазировать о возможном развитии ситуации?*»).

---

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

# Информирование

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

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

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

И действительно, клиенты часто обращаются к психотерапевту с тревогами по поводу собственного психического здоровья, поэтому знания в области клинической психологии и психиатрии, а также существующих видов и методов психотерапии, позволяют внести определенность и наметить ша-

ги 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, универсаль-

ными человеческими реакциями, а вовсе не патологическими проявлениями.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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