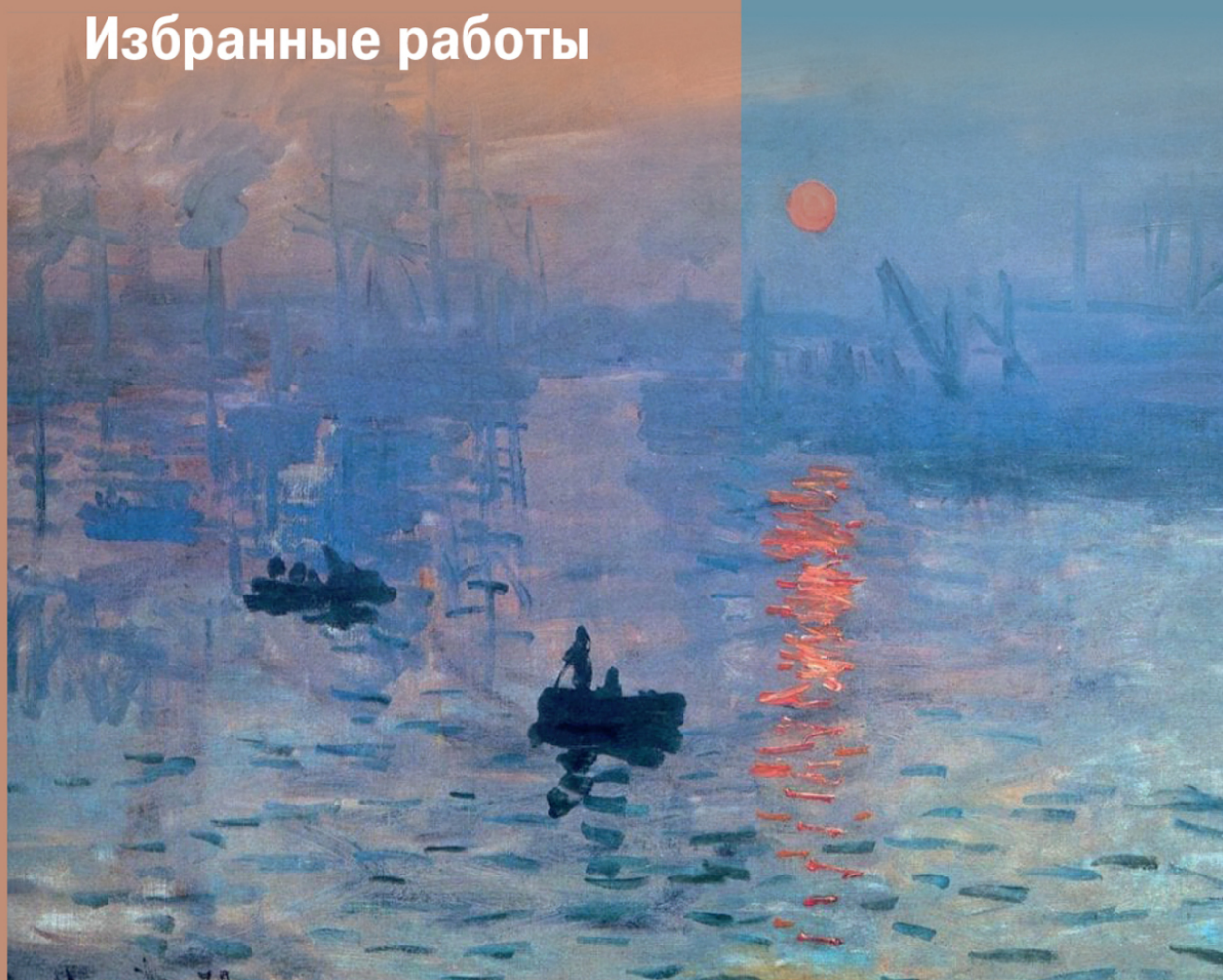


Современная
психотерапия

К. В. Ягнюк

Терапевтическая встреча и ключевые навыки в психотерапии

Избранные работы



COGITO
CENTRE
NT

Современная психотерапия (Когито-Центр)

Константин Ягнюк

**Терапевтическая встреча и
ключевые навыки в психотерапии**

«Когито-Центр»

2021

УДК 159.9
ББК 88

Ягнюк К. В.

Терапевтическая встреча и ключевые навыки в психотерапии
/ К. В. Ягнюк — «Когито-Центр», 2021 — (Современная
психотерапия (Когито-Центр))

ISBN 978-5-89353-612-6

В данном сборнике статей Константина Ягнюка содержатся практические рекомендации по технике начальной консультации, обоснование эмпатии и формулировки случая как ключевых навыков психотерапии, анализ транскрипта терапевтической сессии Карла Роджерса, исчерпывающий обзор отечественной литературы о концепции запроса на психологическую помощь, теоретическое обоснование и практические рекомендации по проведению ограниченной во времени психотерапии и психоаналитической работы с супружескими парами. Книга будет интересна психологам-консультантам и психотерапевтам, а также тем, кто только начинает свой профессиональный путь в психологии, психологическом консультировании или психотерапии. В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

УДК 159.9
ББК 88

ISBN 978-5-89353-612-6

© Ягнюк К. В., 2021
© Когито-Центр, 2021

Содержание

Предисловие	6
Природа эмпатии и ее роль в психотерапии	8
Клиент-центрированная точка зрения	9
Психоаналитическая точка зрения	10
Эмпатия в терапевтической коммуникации	13
Внутренняя рабочая модель пациента как ориентир для эмпатической откликаемости	19
Эмпатия как агент исцеления	20
Технические аспекты эмпатии	22
Мишени терапевтического реагирования	25
Конец ознакомительного фрагмента.	27

Константин Ягнюк
Терапевтическая встреча и ключевые
навыки в психотерапии. Избранные работы

© К. В. Ягнюк, 2020

© Когито-Центр, 2021

Предисловие

Статьи этого сборника отображают результаты моего 25-летнего профессионального пути в качестве психотерапевта. Развитие и расширение моей профессиональной идентичности можно изобразить в виде следующей последовательности – психолог, психолог-консультант, клинический психолог, психоаналитический терапевт, краткосрочный динамический терапевт, психоаналитический парный терапевт. Представленные в сборнике статьи связаны с этими аспектами моей профессиональной деятельности, отражают те темы, которые интересовали меня на протяжении этих лет.

Эти статьи также свидетельствуют о моем достаточно продолжительном опыте преподавания психотерапии в Институте практической психологии и психоанализа. В течение более двадцати лет я преподавал курс «Искусство психотерапевтических консультаций: обучение через наблюдение». С этим курсом во многом связан мой многолетний интерес к базовым навыкам терапевтической коммуникации и разным направлениям психотерапии. Статья по анализу сессии Карла Роджерса с Глорией позволяет как бы заглянуть в аудиторию, в какой-то степени представить, как проходили занятия, на которых обсуждались видеозаписи сессий мастеров основных направлений мировой психотерапии.

С некоторого времени я преподаю курс: «Техника начального динамического интервью», и в сборнике есть несколько статей, которые были написаны в процессе изучения литературы по данной теме. В них содержатся практические рекомендации Х. С. Салливана касательно проведения начального интервью, результаты исследования терапевтических механизмов первой встречи терапевта и пациента, осуществленного Дэвидом Мэланом с коллегами, и обоснование формулировки случая в качестве ключевого навыка психотерапии.

«Краткосрочная динамическая психотерапия» – еще один курс и область моего интереса на протяжении последних 10 лет. В этом сборнике содержатся две статьи, в которых представлено применение психологии самости Кохута в ограниченной во времени психотерапии. Особого упоминания здесь заслуживает модель Баша, которой посвящена одна из статей. То, как он описывал свою работу с пациентами, представляет редкий пример клинической мудрости в действии.

Еще одну статью из этого сборника я использую в курсе «Практикум по дистантному психологическому консультированию». В ней представлена форма описания проблемы, которую я предложил для проведения e-mail-консультирования. В этой статье, написанной совместно с четырьмя коллегами, практикующими иные методы психотерапии, была сделана попытка описать возможности разных методов психотерапии при проведении терапевтических e-mail-консультаций.

Еще одной областью моего профессионального развития является психоаналитическая работа с парами. Две статьи в данном сборнике о неординарных клинических исследованиях в этой сфере. Одна из статей посвящена основополагающей работе Генри Дикса «Напряжения в браке»; в ней впервые теория психоанализа была применена для понимания и лечения супружеских пар. В другой статье приведены результаты известного исследования Джудит Валлерстайн; в результате изучения семейной жизни супружеских пар, которые считают свой брак счастливым, ею были выделены так называемые психологические задачи брака.

И наконец, в еще одной статье данного сборника вы найдете исчерпывающий обзор отечественной литературы о концепции запроса на психологическую и психотерапевтическую помощь. В этой работе я также даю определения основных понятий данной концепции и предлагаю новую типологию запросов на психотерапевтическую помощь. Как мне представляется, отечественная концепция запроса предоставляет психологам-консультантам и психотерапевтам продуктивный способ концептуализации проблем, мотивации, представлений и ожиданий

клиентов, обращающихся за помощью. Это ценный для психотерапевтической практики конструкт, который еще не исчерпал всех своих возможностей и может привести нас к новым находкам. Свою следующую книгу я собираюсь посвятить этой теме.

Вошедшие в этот сборник статьи ранее уже были опубликованы, главным образом в электронном виде в Журнале практической психологии и психоанализа. Однако для многих важно иметь заинтересовавшие их тексты в бумажном виде, поэтому я решил издать сборник избранных работ. Кроме того, в ходе подготовки этого издания некоторые статьи были мною значительно доработаны – отредактированы, дополнены новыми цитатами и примерами. А анализ сессии Карла Роджерса с Глорией фактически был осуществлен заново с использованием текущей версии «Типологии вербальных вмешательств».

Качество невербального присутствия, наблюдение за проявлениями клиента и за собой во взаимодействии с ним, эмпатическое слушание и погружение во внутренний мир клиента, переработка и осмысление собственных эмоциональных реакций, эффективная терапевтическая коммуникация, концептуализация случая и осуществляемых вмешательств – вот те умения, которые я имею в виду под ключевыми навыками психотерапии. Благодаря этим составляющим профессиональной компетентности терапевтическая встреча становится возможной. Этому посвящена данная книга; каждая включенная в нее статья в той или иной степени затрагивает эти ключевые навыки в психотерапии.

12 сентября 2020 года

Константин Ягнюк

<http://yagnjuk.ru>

Природа эмпатии и ее роль в психотерапии

В клиент-центрированной терапии Карла Роджерса и психоаналитической психологии самости Хайнца Кохута эмпатии принадлежит ключевая роль. Роджерс считал эмпатию основополагающей установкой терапевта в терапевтических отношениях и ключевым условием изменения личности клиента¹. Кохут отстаивал позицию, что основным инструментом в психоаналитическом исследовании является именно эмпатия аналитика. Кроме того, он поместил эмпатическую откликаемость окружения ребенка в центр своей теории нарциссического развития самости. Благодаря влиянию Роджерса и Кохута понятие эмпатии было признано большинством терапевтических школ в качестве основополагающего навыка терапевта, необходимого для создания терапевтического климата. В данной статье будут рассмотрены различные представления о природе эмпатии и ее роли в терапевтическом процессе, накопленные главным образом в рамках клиент-центрированной и психоаналитической традиций.

Эмпатия – это сложное явление, которое с трудом поддается определению. В связи с этим имеет смысл обратиться к такому определению, которое разделяется большинством авторов. Начальной точкой, на наш взгляд, может послужить утверждение Мид о том, что «эмпатия предполагает способность занимать позицию другого» (Mead, 1934). Иначе говоря, эмпатия подразумевает принятие роли другого и понимание чувств, мыслей и установок другого человека.

Для образного представления акта эмпатии часто привлекаются такие метафорические описания как способность «прогуляться в ботинках», «влезть в шкуру» или «увидеть ситуацию глазами другого». Эти метафоры действительно содержат важный элемент эмпатического процесса, а именно разделение внутреннего опыта другого человека. Однако, эмпатия – это не просто отождествление с переживанием другого индивидуума. Рассмотрим простой пример: пациент начинает плакать. То, что терапевт непосредственно наблюдает, – это слезы и спертое дыхание, свидетельствующее о комке в горле. Эти сигналы соотносятся с собственными аналогичными ощущениями. Таким образом, терапевт начинает сопереживать пациенту. Вместе с ним терапевт может переживать некоторую боль и печаль, однако это не значит, что он находится с ним в слиянии. Терапевт лишь временно и со значительно меньшей интенсивностью переживает эти чувства. Вместе с тем он осознает, что данные переживания относятся к пациенту, что позволяет ему сохранить некоторую дистанцию от них. Другими словами, терапевт соприкасается с собственными чувствами, которые кажутся ему сходными с тем, что он наблюдает у пациента, но и делает поправку на расхождение опыта. Контекст опыта терапевта, даже весьма сходного с переживанием пациента, всегда должен быть дополнен обстоятельствами жизненной ситуации пациента и особенностями его субъективного восприятия и реагирования.

«Вслед за утверждением, что эмпатия подразумевает понимание внутреннего мира другого человека, встает вопрос: „Имеется ли в виду феноменологический мир человека, т. е. мир, который создает он сам? Или речь идет о понимании, основанном на психологической интерпретации внутреннего мира человека, т. е. мира, который человек *мог бы* знать, если бы полнее осознавал свои переживания и мотивы?“» (Warner, 1999). Для ответа на этот вопрос давайте более подробно рассмотрим феноменологический и психоаналитический подход к пониманию природы эмпатии и ее роли в терапевтическом процессе.

¹ Термины «клиент» (гуманистическая традиция) и «пациент» (психоаналитическая традиция) в этой статье равнозначны.

Клиент-центрированная точка зрения

Как известно базовое положение теории личности Роджерса состоит в том, что мысли, чувства и поведение человека мотивировано и направляется конструктивной силой, а именно врожденной тенденцией организма к актуализации. Нарушения же личности возникают вследствие интроекций условного принятия от родителей и других значимых других. Эти интроекции условного отношения создают несоответствие между организмическим переживанием и Я-концепцией. Когда Я оказывается под гнетом условий ценности, человек становится тревожным и уязвимым (Bozarth, 1999).

Соответственно цель терапевтических отношений состоит в исправлении данного положения дел. В рамках постепенно разворачивающегося терапевтического процесса терапевт становится для клиента новым значимым другим, а его безусловное принятие, эмпатия и подлинность создают условия для актуализации организмических переживаний клиента и внутренней реорганизации его Я-концепции.

Наиболее известное определение эмпатии Роджерса звучит следующим образом: эмпатия – это способность встать в ботинки другого, изнутри воспринимать внутреннюю систему координат другого, как если бы терапевт был этим другим, однако без потери условия «как если бы»². Иначе говоря, с клиент-центрированной точки зрения эмпатия – это процесс контактирования с внутренним миром другого посредством воображения, настройка на вчувствование и постижение нюансов его переживания и личностного смысла.

Роджерс следующим образом описывает задачу терапевта: «Вы являетесь надежным спутником человека в путешествии по его внутреннему миру, его точкой опоры, указывая на возможные смыслы в его опыте, вы помогаете ему переживать эти смыслы более полно и продвигаться в них глубже. Быть с другим, таким образом, означает, что на какое-то время вы откладываете в сторону собственные взгляды и ценности для того, чтобы без бремени предвзятых войти в чужой мир. В каком-то смысле это означает, что вы откладываете в сторону собственное Я... Эмпатия подразумевает вхождение в приватный мир представлений другого, будучи в каждый момент чувствительным к смене переживаемых смыслов, которые протекают в другом... которые тот едва осознает, но без попытки раскрыть совершенно неосознаваемые чувства» (Rogers, 1980).

Эмпатическое понимание терапевта нацелено на достижение клиентом самопринятия и доверия к собственным внутренним переживаниям, что постепенно позволяет прервать ощущаемую им психологическую изоляцию. Чтобы облегчить этот процесс клиент-центрированный терапевт стремится помочь клиенту обрести собственный внутренний голос. Терапевт не указывает клиенту путь, а скорее создает условия для познания им своего субъективного мира, обеспечивает клиента поддержкой и заботой, чтобы он не отказался от пути, если что-то начнет его страшить.

² Роджерс неоднократно отмечал необходимость воспринимать внутреннюю систему координат пациента с его точки зрения, но без потери условия «как если бы». «Это имело особое значение для Роджерса, что, возможно, связано с однажды пережитой им проблемой – „психотическим“ срывом, возникшим в ходе работы с „психотическим“ клиентом» (Kirschenbaum, 1979).

Психоаналитическая точка зрения

Сторонники психоаналитической традиции видят роль терапевта главным образом в том, чтобы раскрыть, передать и помочь пациенту ассимилировать материал, который находился вне его осознания, поэтому они по большей части тяготеют к второму видению термина «эмпатия». Такое представление заложил Фрейд своим комментарием о том, что эмпатическая связь может позволить аналитику переживать в себе ассоциации и материал первичного процесса, который блокирован от осознания пациентом. Под влиянием этого представления Олинник даже называл эмпатию «регрессивной открытостью и восприимчивостью», а также «регрессией на службе другого» (Olinick, 1969).

Концепция «анализирующего инструмента», на мой взгляд, является одним из вариантов последующей разработки этой идеи Фрейда. «Анализирующий инструмент – понятие, введенное Исаковером, для обозначения совместного участия анализируемого и аналитика в аналитической ситуации; такое объединение рассматривается как уникальное рабочее орудие, используемое для аналитического процесса. Цель такой объединенной активности – достичь оптимальной регрессии Эго пациента, позволить аналитику увидеть бессознательное анализируемого и соответствующим образом реагировать как сознательно, так и бессознательно. Если аналитику и анализируемому удастся достичь сопоставимого уровня (но не эквивалентного) состояния частичной регрессии Эго (чем-то напоминающего состояние дремы), то тогда каждому из них становятся доступны разнообразные произвольные мысли, образы и восприятия. При этом важным фактором функционирования аналитика является его способность к эмпатии. Сообщаемые пациенту мысли, чувства и восприятия, связанные с аналитической ситуацией, часто дополняются им самим, что облегчает выявление, понимание и объяснение констелляций его фантазий и воспоминаний» (Мур, Файн, 2000). Исаковер полагал, что центральной для творческого слушания является способность аналитика входить в состояние психики, согласующееся с уровнем регрессии пациента. «Без регрессии по обеим сторонам кушетки аналитический процесс невозможен, как без достижения состояния согласующейся регрессии аналитик не способен воспринимать элементы фантазии, памяти и воображения, которые обеспечивают ему доступ к бессознательному пациента» (Jacobs, 1992). Вместе с тем ядром анализирующего инструмента аналитика Исаковер считал самонаблюдение. В своей статье о роли супервизии в обучении аналитической деятельности он писал, что видит свою основную задачу в развитии «способности аналитика к самонаблюдению в то же самое время, когда он наблюдает и слушает своего пациента» (Isakower, 1992).

Сходная мысль, подчеркивающая значение восприимчивости аналитика, была выражена Райком в его известной идее о том, что аналитик должен слушать пациента «третьим ухом». «Одна из способностей третьего уха состоит в том, что оно работает двумя способами: может уловить то, чего другие люди не говорят, но только чувствуют и думают, и может быть обращено внутрь. Оно может слышать голоса, идущие изнутри Я, которые иным образом не слышны, потому что их заглушает шум нашего сознательного мыслительного процесса» (цит. по: Томэ, Кэхеле, 1996).

Многие психоаналитические авторы для объяснения эмпатии привлекают концепцию идентификации. При этом обычно подчеркивается ее частичный или пробный характер. По мнению Гринсона, разница состоит в том, что идентификация – это по большей части бессознательный и долговременный процесс, в то время как эмпатия предсознательна и временна. «Цель идентификации преодолеть тревогу, вину или утрату объекта, в то время как эмпатия используется для понимания» (Greenson, 1960). Гринсон также отмечал, что поскольку эмпатия включает разделение опыта пациента, временное и частичное участие в нем, т. е. погружение в эмоциональные переживания пациента, она подразумевает разделенность в функциони-

ровании Эго аналитика. Иначе говоря, в этом процессе аналитик колеблется между позициями участника и наблюдателя.

В работе 1926 года Дэйч первой указала на то, что «в эмпатии аналитик может идентифицироваться не только с пациентом, но и с его объектами» (цит. по: Beres, Arloy, 1974). Дальнейшее развитие эта идея получила в теории объектных отношений, в частности в концепции проективной и интроективной идентификации. В рамках данной статьи нет возможности для подробного рассмотрения данной концепции; иллюстрацией же связи между проективной идентификацией и эмпатией может послужить следующее замечание: «Осознание и рассмотрение терапевтом собственного состояния – в силу того, что оно непосредственно связано с спроецированными аспектами внутреннего мира пациента (аспекты Я и внутренних объектов) и было вызвано им посредством давления в ходе взаимодействия – становится основным „инструментом“ аналитика в эмпатическом понимании пациента. Осознание и исследование собственного состояния независимо от того, является ли оно согласующимся или комплементарным с аспектами Я и внутренними объектами пациента, – лучшее средство достижения эмпатического понимания. Это не столько *вхождение* в положение другого, сколько *попадание* в него вследствие проекции другого и оказываемого в ходе взаимодействия давления (проективная идентификация)» (Eagle, Wolitzky, 1999).

По мнению Береса и Арлоу, эмпатия требует способности сохранять стабильные репрезентации себя и объекта (Beres, Arloy, 1974). Основная же идея их работы заключалась в том, что степень эмпатической способности аналитика покоится на его способности быть подвергнутым стимулирующему влиянию бессознательной фантазии пациента, когда сам аналитик еще не осознает существование и характер бессознательной фантазии пациента. Особое значение они придавали роли «сигнальных аффектов» в аналитике, которые возникают в результате кратковременных идентификаций с пациентом. Кроме того, Берес и Арлоу особо выделили тот факт, что сигнальный аффект в аналитике часто выступает в качестве подсказки касательно мотивации и фантазии пациента. «Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что данный сигнал предвещает появление бессознательной фантазии, а качество аффекта соответствует природе этой фантазии» (ibid.).

Кохуту мы обязаны двумя точками зрения на эмпатию. Прежде всего Кохут видел в эмпатии способ наблюдения и сбора данных. Эта идея ясно выражена в данном им определении психоанализа как дисциплины, которая основывает свои наблюдения на интроспекции и эмпатии (преобразующая интроспекция) (Кохут, 2000). По его мнению, эмпатия есть не что иное, как «близкое к опыту наблюдение». Кохут полагал, что эмпатия позволяет терапевту переживать опыт другого без потери способности объективно оценивать психические состояния другого. В последней главе книги «Анализ самости» Кохут рассматривает эмпатию как «способ познания, при котором человек особым образом настроен на восприятие сложных психических конфигураций» (Кохут, 2003). Далее в этой главе мы находим следующую формулировку Кохута о связи между эмпатией и анализом данных: «Ученые-психологи в целом и психоаналитики в частности должны не только обладать свободным доступом к эмпатическому пониманию – они должны также отказываться от эмпатической установки. Если они не могут быть эмпатичными, то они не могут наблюдать и собирать необходимые данные; если они не могут отказаться от эмпатии, то и не могут выдвигать гипотезы и создавать теории и, таким образом, в конечном счете не могут дать объяснения полученным фактам» (там же).

В книге «Как исцеляет психоанализ?» (Kohut, 1984), вышедшей в свет уже после его смерти, Кохут утверждает, что эмпатия аналитика состоит в безусловном принятии нарциссического переноса пациента, терпимого отношения к зеркальному переносу с его проявлениями эксгибиционизма и стремлением к контролю, а также идеализирующему переносу без попыток его сдерживания через апелляцию к реальности и при помощи интерпретаций, что по сути означает его отвержение. Кохут полагает, что благодаря эмпатии аналитик получает

возможность верно уловить восприятие пациентом своей психической реальности и признать ее достоверность.

Кроме того, Кохут считал эмпатию универсальной потребностью развития. Переживание младенцем эмпатического отзеркаливания заботящегося лица – необходимая составляющая в развитии связной самости и, наоборот, травматические провалы в обеспечении эмпатического отзеркаливания играют критическую каузальную роль в развитии дефектов и патологии самости (см.: Кохут, 2003). Такие понятия, как «настройка» между матерью и младенцем (Beebe, Lachmann, 1988; Stern, 1985) и «откликаемость» (Ainsworth, 1974; Thoman, 1978) – хотя и не идентичные, однако весьма соотносимые с эмпатией – были разработаны психологами развития в результате наблюдения за взаимодействием матери и младенца.

Эмпатия в терапевтической коммуникации

Рассмотрение роли эмпатии в процессе терапевтического взаимодействия начнем с описания цикла эмпатического реагирования (по Барретт-Леннард – Barrett-Lennard, 1981), включающего следующие фазы.

Фаза предварительных условий. Терапевт имеет эмпатическую установку по отношению к клиенту, который тем или иным образом выражает свой опыт. Эта стадия включает активную открытость со стороны терапевта к познанию переживания клиентом собственного Я и внешнего мира.

Фаза эмпатического резонанса. Условия предварительной фазы делают потенциально возможным следующий шаг, в котором слушатель входит в эмоциональный резонанс (настраивается на одну волну) с переживанием и личностными смыслами клиента, которые активизируются в его сознании. Резонирование можно определить как обращение терапевта внутрь себя, т. е. к чувствам, образам, воспоминаниям, смыслам, которые возникают в ответ на то, что он видит, слышит, чувствует вместе с клиентом.

Фаза выражения эмпатии. Эта фаза включает в себя выражение терапевтом эмпатического отклика. Эмпатия включает не только способность понять актуальные чувства, но и вербальное умение передать свое понимание ясным для клиента языком. Эмпатическая реакция может быть выражена намеренно и непроизвольно, словесно и через невербальные сигналы.

Фаза получения эмпатии. Передача эмпатии делает возможным заключительный этап процесса эмпатического реагирования. Адекватная эмпатия вызывает у клиента чувство, что его услышали, поняли ту или иную личностно значимую для него область внутреннего опыта, и это, как правило, приводит к эмоциональному облегчению и обретению смысла.

Фаза обратной связи. На этом этапе клиент вербально или невербально демонстрирует результат воздействия эмпатии терапевта. Если эмпатический отклик терапевта адекватен, это приводит к позитивным следствиям, например, терапевтическому молчанию или углублению процесса. Неверная эмпатическая реакция терапевта может привести к стремлению клиента более ясно донести свои переживания, а совершенно неадекватный отклик терапевта может привести даже к негативным последствиям, например, чувствам безнадежности, одиночества или агрессии.

Барретт-Леннард отмечает, что в реальной сессии выделенные фазы могут быть трудно-различимы. «При успешном эмпатическом слушании один эмпатический цикл, включающий в себя выделенные этапы, сменяется другим и так далее, однако при тщательном наблюдении и здесь удастся увидеть признаки смены фаз» (Barrett-Lennard, 1981).

Воспользуемся выделенной Барретт-Леннардом последовательностью для более детального рассмотрения эмпатического процесса. Фаза предварительных условий предполагает наличие со стороны терапевта эмпатической установки по отношению к пациенту, который тем или иным образом выражает свой опыт. Серьезным испытанием для эмпатической установки терапевта может стать пациент, который способен лишь отчасти, неявным образом или весьма путанно выражать свои переживания. В этой весьма непростой ситуации терапевт должен быть способным воздерживаться от поспешных суждений. «Терапевт должен уметь переносить состояние незнания и быть готовым переживать неясность и неопределенность» (Vanaerschot, 1999). Представим ситуацию: терапевт слушает пациента, но не понимает того, что тот пытается донести до него. В это же самое время пациент может почувствовать, что не может ухватить и ясно выразить свои переживания. Как правило, этот момент у обоих участников диалога вызывает некоторое беспокойство. В данной ситуации совместно переживаемой неопределенности и неясности пациент может явно или неявно обратиться к терапевту с вопросом: «Понятно ли то, что я говорю?». В этот момент пациент стремится разделить свое затрудне-

ние по артикуляции смутно ощущаемого им смысла. Адекватный отклик терапевта, словами или невербально демонстрирующий признание и понимание сложности текущего момента и вместе с тем готовность пребывать в состоянии незнания, выступает в качестве начального момента поиска соприкосновения, предваряющего следующий шаг – установление эмпатического резонанса.

Фаза эмпатического резонанса включает не только настройку на одну волну с пациентом, но и осмысление тех чувств, образов и идей, которые возникают в ответ на то, что он видит, слышит, чувствует, находясь рядом с пациентом. «Терапевт генерирует гипотезы о внутреннем опыте клиента; эти гипотезы есть результат серии сопоставлений вербальных сообщений и невербальных сигналов пациента, а также внутренних референтов, которые терапевт имеет в своем распоряжении. Эти внутренние референты, а именно сходные с опытом пациента переживания, а также знания, почерпнутые из литературы, фильмов, личной психотерапии и теории психопатологии, действуют в качестве внутренних ресурсов, доступных для процесса соотнесения с феноменологическим миром пациента» (Vanaerschot, 1999). В результате когнитивной обработки и интуитивного выбора терапевт останавливается на определенном послании, которое в данный момент кажется ему наиболее верным, уместным и своевременным. Намерение терапевта выразить понимание и человеческое участие служит началом следующего этапа, а именно фазы выражения эмпатии.

Коммуникация эмпатии предполагает умение трансформировать понимание душевной жизни пациента в отклик, с помощью которого терапевт может разделить с ним свое понимание. Умение верно (ясно, сжато, образно и т. п.) и адекватно терапевтической ситуации (т. е. своевременно, с учетом контекста и терапевтических задач) сформулировать эмпатическую реакцию – это комплексная задача, вбирающая в себя навыки коммуникации и концептуализации.

Эмпатическая реакция терапевта должна быть согласована на вербальном и невербальном уровне. Конгруэнтность словесного сообщения и невербальной реакции терапевта подтверждает и усиливает сказанное им. Однако невербальное поведение терапевта может также отрицать его вербальное сообщение и, как следствие, запутывать пациента. Не стоит забывать о том, что когда слова и невербальные сигналы противоречат друг другу, люди больше верят языку тела.

Сопоставление терапевтом своего намерения и формы вмешательства – еще один важный элемент эмпатической коммуникации. Выбор содержания и формы эмпатического отклика предъявляет терапевту требование осознавать свои намерения, т. е. понимать, чего он хочет добиться и формулировать свои вмешательства в соответствии с этими задачами.

Передача терапевтом эмпатического сообщения знаменует переход к заключительной стадии эмпатического цикла. Готовность пациента принимать точную эмпатию терапевта и использовать ее для терапевтического продвижения, а также способность переносить неудачные попытки эмпатической коммуникации со стороны терапевта и адаптивно реагировать на них – на мой взгляд, ключевой вклад со стороны пациента в эффективность терапевтического взаимодействия.

Проявление эмпатии терапевтом далеко не всегда приводит к желаемой цели. Роджерс указывал на важное условие терапевтической коммуникации – способность пациента воспринять эмпатию терапевта, которую он назвал открытостью новому опыту. Поскольку эмпатия – это двусторонние отношения, способность терапевта к проявлению эмпатии в существенной степени зависит от готовности пациента впустить другого в свой внутренний мир. «Некоторым индивидуумам вследствие их хрупкой связности Я крайне трудно вынести эмпатическую реакцию другого» (MacIsaac, 1999). «Существуют пациенты, которые сознательно или бессознательно хотят остаться непонятыми; они боятся быть понятыми, так как это угрожает им разрушением, поглощением или разоблачением» (Greenson, 1960). Обретаемая благодаря

эмпатии близость может оживлять потаенный опыт прошлого, вселять надежду на удовлетворение ранее отвергнутых потребностей развития, но одновременно и страшить повторением опыта отвержения, утраты и наказания. Иначе говоря, эмпатия несет в себе потенциал к исцелению раненой души, однако условием такого исцеления является болезненное пробуждение и проработка проблематичного, конфликтного или травматического опыта прошлого, что объясняет реакции сопротивления. В. Тэхкэ привлекает наше внимание к тому, что порой встречаются неожиданные негативные реакции со стороны пациента после успешно разделенного эмпатического переживания и понимания. «Такие реакции, как правило, происходят после особенно „хорошего часа“, когда аналитик остался в приподнятом настроении, сравнимом с переживанием себя родителем как хорошего, заботливого и понимающего по отношению к своему ребенку, который теперь станет радостно и благодарно сотрудничать с ним» (Тэхкэ, 2001).

Роджерс неизменно подчеркивал, что все эмпатические реакции терапевта являются по сути пробными, подразумевающими обращение к клиенту «Правильно ли это?». Поэтому чрезвычайно важным с клинической точки зрения является вопрос о том, каким образом пациент реагирует на эмпатические сообщения терапевта. Некоторые ориентиры для оценки реакций пациента мы находим в руководстве Ю. Джендлина по абсолютному слушанию:

«Признаком правильности эмпатических реакций может быть молчание и заметное удовлетворение клиента, которое часто сопровождается расслаблением всего тела и глубоким дыханием. Такие моменты происходят время от времени, за чем, как правило, следуют дальнейшие шаги в терапевтическом исследовании. Более тонким признаком является всем нам знакомое ощущение, когда мы пытались передать что-то другому и наконец это удалось – ощущение, что нам нечего больше добавить. Пока человек разворачивает идею существует напряжение, сдерживание дыхания, а когда суть наконец-то выражена и точно понята другим, происходит расслабление, похожее на глубокий выдох. Важно принять такие моменты молчания (которые порой кажутся слишком длинными), не разрушать их говорением. В такие моменты человек испытывает внутреннее телесное умиротворение, которое позволяет подняться другим важным вещам.

Как узнать, когда вы совершили неверный шаг и что с этим делать? Если человек вновь и вновь говорит сходные вещи, это значит, что он чувствует, что вы еще не поняли его. Обратите внимание, как слова клиента отличаются от сказанного вами. Если вы не чувствуете разницы, тогда выразите ваше понимание снова и добавьте к этому: „Но это еще не все, или не совсем верно, да?“. Другим признаком неверного шага может быть невербальная реакция клиента. Так, в ответ на ваши слова лицо клиента может стать сконфуженным, напряженным, непроницаемым. Это указывает на попытку понять вас. По-видимому, вы сделали неверный шаг, что-то не поняли или привнесли. Если клиент сменил тему разговора (особенно на абстрактную или малозначимую тему), это означает, что он оставил надежду донести до вас лично значимую тему. В этот момент вы можете прервать его и сказать что-то вроде: „Я все еще с тем, что вы пытались сказать о. Мне не удалось правильно понять то, что вы сказали, но я хотел бы понять“. Затем скажите только ту часть, в которой вы уверены, и попросите человека продолжить с этого места. Через какое-то время вы поймете то, что хотел сказать человек, возможно с третьей или четвертой попытки» (Gendlin, 1978).

При оценке обратной связи пациента следует учитывать его способность прощать эмпатические неудачи терапевта. Так, Л. Гринберг и Р. Эллиотт отметили, что порой клиенты вполне удовлетворены тем, что терапевт пытается их понять, воспринимая его неточные попытки отразить их переживания как эмпатические вследствие их намерения (Greenberg, Elliot, 1999). Вместе с тем не стоит упускать из виду тот факт, что признание негативных чувств к терапевту может быть трудным для пациента, так как он нуждается в терапевте. Пациенты могут скрывать свои реакции из уважения к авторитету терапевта и страха возмездия, поэтому обратная связь пациента имеет зачастую неявный характер.

Оценка результата воздействия эмпатии и использование отклика пациента в качестве обратной связи – одновременно и заключительная точка в цикле эмпатического реагирования, и момент начала нового эмпатического акта. Эмпатический отклик терапевта выступает в качестве способа настройки на переживания пациента. Реакция пациента на вмешательство позволяет терапевту осуществить «подгонку» собственного опыта и более точно настроиться на переживание пациента, создавая тем самым почву для точной эмпатии.

В качестве примера, в некоторой степени иллюстрирующего этапы эмпатического процесса, я хотел бы привести следующий отрывок из статьи Джендлина:

«Как-то один мой клиент сказал мне, что хотел бы знать, где же в больнице прячут ту самую электронную машину, которая заставляет людей возвращаться сюда. По его мнению, легко доказать, что машина такая есть, поскольку как иначе объяснить тот факт, что пациенты со свободным режимом добровольно возвращаются в больницу.

Я мог бы, конечно, начать доказывать ему, что никакой машины не существует, что будь она, я бы непременно о ней знал, неужели он не доверяет мне, это у него просто галлюцинации. Я мог бы завести разговор о его чувствах: мол, просто ему самому не нравится в больнице, и потому он не может понять, как это кто-то может прийти сюда по доброй воле. Но спросим себя, каково целостное переживание клиента в тот момент, когда он говорит об этой машине? В чем состоит „до-понятийный“, или „чувственный“ смысл, из которого исходят эти странные слова? Конечно, знать этого я не мог. Но я хотел как-то отреагировать на этот смысл. Поэтому мой ответ на вопрос прозвучал так: „Вы ощутили на себе какое-то влияние этой машины, о которой вы говорите?“. „Конечно, ощутил!“ – воскликнул он и стал рассказывать о том, как машина заставляет его быть „не самим собой“. Эту фразу я воспринял как некое сообщение о содержании внутреннего переживания, к которому были обращены мои слова... Далее клиент рассказал мне, что это его чувство „непохожести на самого себя“ появилось после того, как его родители переехали в деревню и он должен был добираться на автобусе за много миль по заснеженной равнине. Конечно, можно было усомниться, что одно это событие могло вызвать у него ощущение отчуждения от самого себя. Но, почувствовав, что этот эпизод – лишь один фрагмент из большой череды воспоминаний, где есть ощущение „сам не свой“, я вообразил бесконечный, мрачный путь в заснеженном автобусе каждый день, из года в год и, казалось, понял его чувство отрезанности от всех, кого он знал, затерянности там, вдали, в глуши, среди снежных заносов. Я подумал, что он сейчас заново переживает все эти годы, и сказал ему что-то об этой дороге в автобусе, о чувстве отрезанности, и эти слова стали для нас новым средством взаимопонимания. Он тоже после этого стал использовать выражение „чувство отрезанности“. Возможно, я назвал точное выражение для его чувства, но важнее здесь другое – то, что я обращался ко всему множеству ощущаемых клиентом

смыслов и представлений, ко всему процессу переживания, который протекал в нем во время его рассказа, а не относился к его повествованию только как к вербальному сообщению. Действуя таким образом, можно, пусть и с преткновениями на каждом шагу, все же постепенно прийти до осмысленной коммуникации, даже если высказывания клиента странны и причудливы или поверхностны и тривиальны» (Джендлин, 1993)³.

Завершая рассмотрение роли эмпатии в терапевтической коммуникации, представлю несколько идей, на мой взгляд, важных для психотерапевтической практики.

Общепринято мнение о том, что эмпатия терапевта вносит вклад в построение отношений сотрудничества между психотерапевтом и пациентом. Поскольку терапевтическая эмпатия предполагает уважение к внутренней системе координат пациента и подразумевает необходимость реакции подтверждения с его стороны, логично заключить, что прямым ее следствием будет также разделение власти в терапевтических отношениях. Так ли это на самом деле? Существуют разные мнения по этому поводу. Сторонники равенства в терапевтических отношениях и самораскрытия терапевта отвечают утвердительно. Существуют и те, кто хотя и разделяют мнение о важности сотрудничества и определенного рода партнерства в терапевтической диаде, все-таки считают, что близость (т. е. риск проявлять эту потребность) в психотерапии имеет по большей части односторонний характер. Равенство в терапевтических отношениях возможно примерно в той же степени, в какой это имеет место в отношениях между родителем и ребенком – мнение, которое напоминает нам о роли переноса в терапевтическом процессе. Очевидно, что доступ к приватной информации пациента, которую терапевт обретает через эмпатию, выступает в качестве источника его власти и влияния в терапевтических отношениях. Вместе с тем последовательная эмпатия терапевта служит своего рода гарантией, обеспечивающей пациента верой в то, что следствием его открытости эмпатии терапевта будет получение от него заботы, а не злоупотребление данной ему властью.

Еще один важный вопрос, имеющий непосредственное отношение к роли эмпатии в терапевтической коммуникации, – критичное отношение пациента к себе и своему опыту. Смягчение критического отношения пациента к собственным переживаниям и психическим процессам, на мой взгляд, является одной из важнейших функций эмпатии в терапевтическом процессе. Эмпатическое обращение терапевта к переживаниям пациента обеспечивает пациента защитой от собственного внутреннего критика, который может уничтожить процесс обращения внутрь себя, назвав его бессмысленным, нелепым или неуместным. Благодаря эмпатическому обращению терапевта к источнику переживаний пациента он (через самоэмпатию) входит в резонанс с собственным переживанием и может более ясно выразить то, что было доселе неясным и спутанным. Непосредственный опыт того, как сам терапевт реагирует на ошибки и обнаружение ограничений собственных способностей, – еще один шанс смягчения самокритики пациента. Терапевты, которые признают свои ошибки, обеспечивают пациента примером того, как можно принимать свои недостатки и обращаться с возникающими в отношениях проблемами непонимания. Конструктивное разрешение переживаний непонимания вносит вклад в принятие пациентом собственного несовершенства и большему доверию в отношениях с людьми.

В какой-то степени проявление эмпатии в терапевтических отношениях безотносительно к конкретному содержанию высказывания содержит следующее послание: «Сейчас я внутри тебя (или «Сейчас ты внутри меня»), и это имеет важное значение для тебя, для нас обоих».

³ Данный пример также может служить иллюстрацией того, как эмпатические комментарии отражают не только то, что говорит клиент, но и неопределенную область на краю его сознания. «Когда терапевт сообщает свое понимание чувств и значений клиента, выражает еще не сформулированные последним смыслы, клиент получает возможность расширить понимание себя и допустить в свое сознание больше организмического опыта» (Meador, Rogers, 1984).

Данное утверждение содержит некоторый сексуальный подтекст. Дэвис указал на глубоко проникающий и соблазняющий характер психоаналитического процесса, его провоцирующее воздействие на возникновение эротических чувств в переносе и контрпереносе. «Психическое проникновение может быть нежным и любящим или агрессивным и эксплуатирующим, чрезвычайно интимным и глубоко разоблачающим, в равной степени как обогащающим, так и унижающим» (Davies, 2001). Удивительно, но я не обнаружил ни одной работы, в которой рассматривалась бы или хотя бы гипотетически высказывалась возможность связи между эмпатией и появлением в терапевтических отношениях эротических чувств. Оценка потенциального вклада эмпатии в бессознательную эротизацию отношений терапевтической пары – задача будущих клинических наблюдений.

Внутренняя рабочая модель пациента как ориентир для эмпатической откликаемости

В свое время Р. Гринсон, а затем Р. Шафер высказал идею развития внутренней рабочей модели пациента в качестве ориентира для эмпатической откликаемости терапевта (Eagle, Wolotzky, 1999). Так, Гринсон видел задачу терапевта в построении рабочей модели пациента, включающей физическую внешность, аффекты, жизненные переживания, способы поведения, установки, защиты, ценности и фантазии, а также ожидания и предвосхищения терапевта относительно его потенциальных сторон (Greenson, 1960). По мнению Шафера, эмпатия позволяет терапевту создать психическую модель пациента, обеспечивает его бдительность к сигнальным аффектам и разделяемым фантазиям в ответ на ассоциации пациента. Кроме того, эмпатия требует готовности со стороны терапевта подвергать рефлексии эти реакции, осмыслять их как возможные намеки относительно эмоциональных аспектов и значений действий пациента в ходе лечения (Shafer, 1983).

Исходя из данных представлений, эмпатию можно определить как процесс построения, проверки и разработки временных рабочих моделей пациента, вбирающих в себя знания касательно внутреннего мира пациента, а также присущих ему особенностей межличностного функционирования.

Тэхкэ высказал сходную идею, акцентируя способность терапевта создавать внутри себя целостное представление о душевной жизни пациента, а также взаимный характер идентификаций в терапевтической паре, создающий потенциал для эмпатической связи. Определяя значение эмпатии в лечении пограничного пациента, он отмечал: «Эмпатическое описание никогда не может быть точной копией переживания пациента вследствие того факта, что его (аналитика) переживание и описание внутренней ситуации пациента – это продукты более структурированной психики, чем та, которую имеет в своем распоряжении пациент. Эти более продвинутые структуры аналитика включают установившиеся способности к переживанию чувств, их представлению и вербализации, которые у пациента либо отсутствуют, либо недостаточно развиты. Даже когда аналитик старается описывать эмпатическое переживание как можно точнее и исключительно с точки зрения пациента, различие между его собственным структурным оснащением и оснащением пациента будет неизбежно ощущаться последним – в идеале не столько как *отличие*, а как *дополнение* к его собственному способу переживания... Именно такое дополнение к собственному переживанию пациента служит основанием его идентификации с описанием аналитика. При условии, что эмпатическая идентификация аналитика с пациентом была точной, его дополнение к переживанию пациента склонно иметь отношение к *эмпатическому потенциалу* у пациента, к чему-то такому, что нормально структурированный человек станет переживать в ситуации пациента. Эмпатическое описание аналитиком переживания пациента, являющегося дополнением аналитика, обеспечивает эмпирическую и репрезентативную модель для такого потенциально возможного переживания. В случае, когда выполнены другие предварительные условия для идентификации, пациент может теперь идентифицироваться с этим новым образом себя, включая дополнение, присутствующее в эмпатическом описании аналитика» (Тэхкэ, 2001).

Эмпатия как агент исцеления

На протяжении ряда десятилетий в психоаналитической литературе горячо дискутировался вопрос о том, что является главным агентом терапевтического изменения – аффективная связь между аналитиком и пациентом или когнитивное понимание через интерпретацию (см., напр.: Куртис, 2001; Столороу, Брадшафт, Атвуд, 1999). Эмпатия, похоже, находится в самом центре этих дебатов: с одной стороны, эмпатия как ничто другое содействует созданию терапевтической атмосферы и укрепляет отношения между терапевтом и пациентом; с другой стороны, эмпатия обеспечивает терапевта важнейшим инструментом для понимания внутреннего мира пациента, а также средством оценки формы и своевременности терапевтических вмешательств.

В соответствии с представлением о том, что эмоциональный и когнитивный процесс – это неразложимые элементы эмпатического акта, Р. Столороу, Б. Брадшафт и Д. Атвуд отстаивают мнение, что инсайты пациента касательно природы бессознательной организующей деятельности идут рука об руку с новыми способами аффективной связи с аналитиком. «Оба эти компонента содействует росту способности пациента интегрировать конфликтные, прежде диссоциированные аспекты опыта. Непрерывное эмпатическое исследование аналитиком аффективных переживаний пациента и организующих их инвариантных принципов устанавливает интерсубъективный контекст терапевтической связи, в которой изолированные области субъективной жизни пациента могут быть обнаружены и высвобождены. Многочисленные самостно-объектные переживания, связанные с аналитиком, обеспечивают контекст, который поддерживает развитие способности пациента занимать рефлексивную, понимающую, принимающую и утешающую позицию по отношению к своим собственным аффективным состояниям и потребностям» (Столороу, Брадшафт, Атвуд, 1999).

Дж. Пеннебакер также подчеркивает значение достаточно продолжительного и надежного опыта взаимодействия с эмпатическим объектом и его влияние на развитие способности к аффективной саморегуляции (Pennebaker, 1990). «Последовательная эмпатическая деятельность обеспечивает важную функцию усиления аффективной регуляции пациента. Символизация аффекта посредством эмпатического отклика способствует его ассимиляции в структуры смысла» (ibid.). Согласно сходной идеи Снайдера, главная функция терапевта состоит в том, чтобы создать для пациента модель и облегчить ему возможность войти в собственный жизненный мир и сделать это на таком уровне, который включает обостренное восприятие эмоций, непрерывное формирование смыслов и способность интерпретировать опыт в рефлексивной, а не привычной манере (Snyder, 1994). Иначе говоря, терапевт инициирует у пациента самоэмпатию, т. е. установку сочувствия и интереса к собственному опыту, которое позволяет быть одновременно и тонко чувствующим эмоции, и обособленным от них.

Часто поднимается вопрос о границах терапевтического воздействия эмпатии на пациента. С одной стороны, существует мнение, что эмпатия важна лишь как предварительное условие для интерпретативной деятельности аналитика, что ее терапевтическое действие подобно эффекту лечения переносом, в результате чего может быть снята симптоматика, но вряд ли возможно структурное изменение личности пациента.

Существуют и те, кто придерживается противоположной точки зрения. Так, М. Варнер считает, что эмпатия имеет потенциал терапевтического изменения как на непосредственном уровне решения проблемы, так и на уровне изменения характера. Варнер выделяет следующие свойства эмпатии:

«Передача эмпатии сама по себе способствует позитивной, „самонаводящейся“ обработке информации. Хотя существуют индивидуальные вариации, „самонаводящаяся“ обработка имеет общие

особенности, лежащие в основании человеческой природы. Эмпатическое реагирование создает особого рода эмпирическое признание, которое привносит новые аспекты опыта, позволяя переформулировать жизненные нарративы пациента» (Warner, 1999).

Эмпатия заботящегося о ребенке лица – важнейшая функция объекта самости, которая выступает в качестве предшественника зрелых способностей удерживать и перерабатывать опыт. Эмпатические отношения в терапии возобновляют сорванные функции объекта самости и бросают вызов ранним решениям касательно способа обращения как с собственными переживаниями, так и с опытом другого.

Пациенты, которые страдают от ранних эмпатических провалов, по-видимому, обладают недостаточно надежным способом обработки информации. В результате они имеют трудности с сохранением внимания и удержанием оптимальной интенсивности переживаний, а также рассмотрением точки зрения другого без чувства, что их собственный опыт при этом уничтожается (ibid.).

Представления Варнера во многом основаны на идеях Кохута. Каким же образом самим Кохутом понимался процесс терапевтического исцеления? В последней, посмертно вышедшей книге «Как исцеляет анализ?» Кохут следующим образом подытоживает вклад в психоанализ психологии самости: во-первых, она подчеркивает значение последовательности из а) близкого к опыту понимания (сбор релевантных данных о внутренней жизни анализируемого) и б) объяснения этих данных в более или менее отдаленных от опыта динамических и генетических терминах; во-вторых, она указывает на центральную роль процесса преобразующей интернализации, т. е. построения структур вследствие оптимальной фрустрации; и в-третьих, она сформулировала сущность психологического здоровья и цель психоаналитической терапии в терминах психологии самости (Kohut, 1984). Для Кохута сущностью психоаналитического исцеления является постепенное обретение эмпатического контакта со зрелыми объектами самости. Он считал, что терапевтическое изменение включает открытие эмпатической связи и установление эмпатического созвучия между самостью и объектом самости в терапевтических отношениях. Иначе говоря, цель психоаналитического лечения состоит не столько в том, чтобы сделать бессознательное сознательным, сколько в возобновлении задержанного развития и построении психической структуры через преобразующую интернализацию.

«По мнению Кохута, структуры Я строятся в терапии так же, как они возводились в раннем возрасте. Если терапевт является по большей части эмпатичным, то создаются условия для построения структур. Так же как родитель не может быть абсолютно понимающим, абсолютно эмпатичным все время, так и терапевт не может быть совершенным. Неудачи неизбежны. Терапевт может быть в плохом настроении или рассеян, или просто потерять нить рассказа клиента. И кроме того, возможности иметь в своем распоряжении терапевта на все время нет. Каждый может заболеть или взять отпуск. Если текущие ошибки не слишком часты, не травматичны и терапевт признает их с эмпатией и без защищенности, то опять появляется возможность, предоставленная неизбежными ошибками хорошего родителя в образе терапевта. Клиент открывает для себя возможность обеспечивать эту обнадеживающую эмпатию без посторонней помощи. Каждый раз, в таком случае, происходит процесс преобразующей интернализации, закладывается новый кирпичик в структуру Я. В успешной терапии структуры строятся постепенно до тех пор, пока не будет исчерпан первоначальный дефицит или пока не будут созданы адекватные компенсаторные схемы» (Кан, 1997).

Технические аспекты эмпатии

Сердцевиной любого метода психотерапии является концепция терапевтического воздействия, которая содержит указания для действий терапевта и критерии их оценки, т. е. выполняет важную регуляторную функцию по преобразованию намерений и гипотез терапевта в стратегию целенаправленных психотехнических действий (Ягнюк, 2001а). Роджерсу мы обязаны описанием таких технических приемов, как отражение, перефразирование и отражение чувств. Первоначально Роджерс писал о важности отражения опыта клиента; в последующем в результате дифференциации когнитивной и аффективной составляющей, были предложены термины «отражение чувств» и «перефразирование» (т. е. отражение когнитивного содержания). Рассмотрим эти понятия.

Техника «отражение» как самая первая в рамках клиент-центрированной школы попытка определения способа передачи терапевтом своего понимания клиенту, зачастую приравнивалась эмпатии. Дж. Бозарт попытался прояснить этот вопрос следующим образом:

«Отражение – это способ, посредством которого терапевт становится эмпатичным, т. е. проверяет понимает ли он клиента, а также передает ему свое понимание.

Отражение главным образом для терапевта, а не для клиента. Отражение – это способ вхождения в мир клиента. Это такая „прогулка“ в мире клиента, которая содействует его росту.

Отражение – это не эмпатия. Это способ, помогающий терапевту стать более эмпатичным.

Эмпатия – это не отражение. Эмпатия является процессом, посредством которого терапевт входит в мир клиента, „как если бы“ он был этим клиентом. Отражение – это техника, которая содействует этому процессу.

Другие способы эмпатии не рассматриваются. Другие способы обычно не так легко наблюдать и подвергать анализу, как вербальные формы отражающих утверждений» (Bozarth, 1984).

Перефразирование можно определить как возвращение другими словами, как правило, в более сжатой и ясной форме сути когнитивного содержания высказывания клиента (Ягнюк, 2001а). *Отражение чувств* – это отзеркаливание и словесное обозначение вербально или невербально выраженных клиентом эмоций (произошедших в прошлом, переживаемых в настоящий момент или предполагаемых в будущем) с целью фасилитации их отреагирования и осмысления (Ягнюк, 2001б).

Помимо непосредственного отражения чувства, следующего за высказыванием клиента, может использоваться так называемое *суммарное отражение чувств*, вбирающее в себя аффективное содержание целого отрезка или даже всей беседы, а не только последнего высказывания. «Суммарное отражение вбирает в одно утверждение несколько ранее выраженных чувств, связывая их в паттерн в определенной последовательности. В суммарном отражении чувств также может выражаться наличие общего чувства в разных ситуациях, изменение интенсивности какого-либо одного аффекта или выделение последовательной смены нескольких чувств» (там же). «Текущее переживание пациента может включать сложную смесь внутренних реакций: чувств, защит от чувств, мыслей, фантазии и уникальный способ, которым индивид организует свой мир. Например, один пациент может без труда выразить чувство гнева, в то время как другого пациента это может сильно встревожить. С первым пациентом, по-видимому, уместной окажется реакция, в которой ухвачено отдельное чувство. Со вторым же пациентом вмешательство должно вбирать в себя сложную смесь переживания, а именно

гнев, тревогу и колебание» (MacIsaac, 1999). Примером суммарного отражения чувств может быть высказывание терапевта типа «По мере того как вы рассказывали об этом событии, ваши чувства изменялись: вначале вы переживали обиду, затем злость, а теперь, кажется, на их место приходит грусть» или «В ваших описаниях семейных отношений, воспоминаниях о школьных годах и отношений на работе присутствует ощущение личного провала».

Можно сказать, что вклад Роджерса в технику клиент-центрированной терапии парадоксален. С одной стороны, формализация техник «отражения чувств» и «перефразирование» обеспечило терапевтов надежным средством для эмпатического понимания (Bozarth, 1997). Вместе с тем в своих последних работах в ответ на растущую популярность и зачастую механическое применение отражающих утверждений Роджерс подчеркивал, что техника имеет малую ценность, не будучи частью установок терапевта. Фактически взгляды Роджерса претерпевали изменения: сперва он говорил о *методе*, затем об *установках* терапевта и наконец о *терапевтических отношениях* как ключевом ингредиенте в терапевтическом процессе (Kirschenbaum, 1979). Данное опасение касательно «технологичности» терапевтического процесса разделяют многие последователи Роджерса. Бозарт (Bozarth, 1997) – один из лидеров современной клиент-центрированной терапии, отмечает, что основной причиной развития техник в клиент-центрированной традиции является помощь терапевту расчистить свои барьеры для лучшего впитывания мира представлений клиента. Б. Бродли и А. Броди (Brodley, Brody, 1996) придерживаются позиции согласования: «Техники могут применяться, если они являются частью отклика на реакции и вопросы клиента, но никак не могут быть результатом диагностического видения терапевта, из которого вытекают определенные цели и техники».

И хотя в работах Роджерса нет описания каких-либо иных техник эмпатического реагирования, кроме когнитивного и аффективного отражения, а также самораскрытия, однако в имеющихся записях его сессий мы находим гораздо большую вариативность приемов терапевтической коммуникации. Ниже приведены два небольших отрывка из сессии Карла Роджерса с Кэти, которые иллюстрируют применение как перефразирования и отражения чувств, так и иных, не описанных им техник.

Кэти: Да-да. Довольно долгое время у меня вообще не было желания куда-то ходить и с кем-то встречаться, и все было хорошо. Я переживала свою потерю. И это было нормально. Я не подгоняла события. Но недавно я стала выходить в свет и поняла, насколько одинока была весь год. Я была очень-очень одинока. Я нечасто ходила на свидания за последние 4 года, только работа и забота о детях. И я думаю, что удерживаю себя в отдалении от мужчин, мне очень одиноко, и все же я остаюсь в своем окружении, как будто вокруг меня ограда.

Роджерс: То есть вы в некоторой степени ответственны за собственное одиночество.

Кэти: Да, и я знаю об этом.

Роджерс: И это то, из чего вам хотелось бы вырваться, разбить скорлупу, убрать ограду, за которой вы прячетесь.

Кэти: Часть меня хочет.

Роджерс: Хорошо, часть вас хочет этого.

Кэти: А другая часть говорит: Ни за что!

Роджерс: То есть ситуация амбивалентная, двойственная. Я подозреваю, что за этой оградой очень комфортно. Выбраться за пределы – это уже какой-то риск, не так ли?

Кэти: Я, ну я хотела сказать, что почти могу вернуться к тому моменту, когда я возвела эту стену, когда мой брак разваливался на куски 5 лет назад. Я почувствовала, как я замкнулась, и с тех пор я остаюсь замкнутой в себе. Я не хочу больше чувствовать эту рану. Больше не надо.

Роджерс: Слишком велик риск снова почувствовать боль. И вы были отдалены от этого долгое время.

Кэти: И я осознаю это уже долгое время, но я никогда не выхожу за пределы осознания.

Роджерс: То есть само знание не является новым. Вопрос в том, что с этим делать.

Кэти: Абсолютно точно. Как остаться в безопасности и в то же время быть открытой.

Роджерс: По тому, как вы потрясли головой, я почувствовал, что вы как будто говорите: «Я не вижу как».

...

Кэти: Я в равной степени уделила внимание всем своим сферам жизни, и я начала соприкасаться со своей наиболее ранимой стороной, но теперь я чувствую злость. Типа: Это не ваше дело, что я чувствую.

Роджерс: Что я делаю? Так близко подхожу к вашей ранимой стороне. Черт, держись подальше!

Кэти: Точно-точно. Зачем вам это? У вас ведь есть чем заняться.

Роджерс: То есть вы выстраиваете ограду от меня, а она начинает рушиться. Что вы делаете, так близко подбираетесь к моей ранимой стороне? Почему бы вам не заняться чем-нибудь еще?

Кэти: Эта сторона и делает меня одинокой.

Роджерс: То есть это отталкивающая, разозленная часть, которая говорит «Убирайся!», она делает вас очень одинокой.

Кэти: Я не очень-то верю в то, что могу вам все это рассказать и что и вы что-то почувствуете. И потом знаете, как будет: «Это хорошая история, ну и что... У меня есть работа, которую надо делать».

Роджерс: Из того, что я слышу, мне как будто все равно, это просто история, просто что-то.

Кэти: Всё верно.

Роджерс: А что, если мне это не безразлично.

Как мы видим, даже в этих двух коротких отрывках, помимо традиционного отражения когнитивного и аффективного содержания, а также самораскрытия, Роджерс использует и иные приемы – призыв к ответственности, пробуждающие метафоры, мягкую конфронтацию, акцентирование невербального поведения, дублирование. Похоже, что тщательное изучение транскриптов сессий Карла Роджерса может сообщить нам гораздо больше о роджерсианской технике эмпатического реагирования, чем чтение его работ.

Л. Гринберг и Р. Эллиот (Greenberg, Elliot, 1999) – основатели ориентированной на переживание терапии (experiential therapy) – предложили интересную концептуализацию в области терапевтического применения эмпатии. По их мнению, мишенью эмпатических реакций терапевта являются чувства, с фокусом на эмоциональном переживании или Я-концепция с фокусом на том, как люди видят и оценивают себя.

Мишени терапевтического реагирования

I. Эмоциональные процессы

1. *Первичные адаптивные эмоциональные процессы.* Фокус на базовых чувствах и потребностях и связанных с ними адаптивных реакциях на окружение, таких как чувства страха и печали или потребности в защите и близости, и связанные с ними тенденции к действию.

2. *Первичные неадаптивные эмоциональные процессы.* Фокус на ядерных неадаптивных чувствах, таких как страх оставления, базовая небезопасность или стыд. В каких-то ситуациях в прошлом эти эмоциональные переживания могли быть адаптивными, но сейчас они являются источником проблем.

3. *Вторичные эмоциональные процессы.* Фокус на чувствах, которые переживаются в ответ на первичное переживание, например выражение гнева, когда первичным чувством является страх, когда фрустрация или гнев переживается в ответ на разочарование или когда депрессивные чувства возникают в результате самокритики.

4. *Инструментальные эмоциональные процессы.* Фокус на эмоциональных выражениях, используемых с целью повлиять на других, например плач, чтобы вызвать симпатию.

II. Когнитивные процессы

1. *Уникальные смыслы.* Фокус на субъективном представлении клиента о влиянии определенной ситуации или переживания, а также на том, что данный опыт значит для него.

2. *Ядерное организующее убеждение.* Фокус на базисных предположениях, которые организуют смысл, т. е. на ценностях, стандартах, убеждениях о себе и других.

Гринберг и Эллиот (Greenberg, Elliot, 1999) предложили также концептуальную разработку видов эмпатического реагирования. Хотя выделенные ими виды эмпатического реагирования недостаточно четки, в формулировках и читатель может столкнуться с трудностью дифференциации одного вида вмешательства от другого, стоит привести предложенные ими описания способов эмпатического реагирования.

Эмпатическое понимание. Терапевт сообщает свое понимание явно выраженного клиентом переживания или того, что подразумевалось им, но еще не было высказано. Функция этого вмешательства состоит в усилении и подтверждении Я клиента и содействии в построении доверия к собственным переживаниям.

Эмпатическое пробуждение. Терапевт вызывает к жизни переживание клиента, используя метафору, экспрессивный язык, пробуждающее воображение или говоря, как клиент. Намерение терапевта состоит в извлечении и выявлении переживания, чтобы оно могло быть повторно пережито в данный момент. Функция этого вмешательства состоит в обеспечении доступа к новой информации и новому опыту. Терапевт не добавляет никакой новой информации, но посредством пробуждения увеличивает возможность ее извлечения из опыта клиента.

Эмпатическая догадка. Терапевт пытается прояснить опыт клиента, в порядке рабочей гипотезы высказывая догадку о том, что тот может переживать в данный момент. Обычно эмпатическая догадка выражается в форме предчувствия или предположения. Принимая неавторитарную позицию, терапевт поощряет развитие разделенной системы координат, облегчая клиенту возможность в случае необходимости выразить свое несогласие. Намерение терапевта при этом – предложить клиенту подходящий символ, позволяющий ухватить тот или иной аспект его опыта. Терапевт создает возможность добавления новой информации сосредоточивая внимание на еще не сформулированном аспекте текущего переживания клиента.

Эмпатическое исследование. Терапевт поощряет клиента к поиску новой внутренней информации за «границами» его непосредственного переживания. Открытие нового аспекта

опыта, видение чего-то в новом свете – цель эмпатического исследования. Терапевт сосредотачивается на расширении и дифференциации текущего переживания клиента, использует отражения, чтобы сфокусировать внимание клиента на неясных границах переживаний, открытых вопросах или даже прямо запрашивает у клиента информацию о том, что потенциально присутствует, но еще не было выражено им непосредственно.

Эмпатическая интерпретация. Здесь эмпатия способствует пониманию бессознательной динамики. Данная реакция основана на эмпатии, хотя и осуществляется, исходя из системы координат терапевта, а не клиента. Намерение заключается в том, чтобы сказать что-то новое, сознательно не признаваемое клиентом. Функция данного вмешательства состоит в связывании различных аспектов опыта. При этом важна своевременность: терапевт интерпретирует опыт клиента в сенситивной безоценочной манере, когда клиент готов принять и ассимилировать новую информацию о себе.

Предложенные Гринбергом и Эллиотом типы эмпатического реагирования, полагаю, могут быть использованы и для анализа сессий Карла Роджерса. Мы можем увидеть варианты этих вмешательств даже в вышеприведенном коротком отрывке из сессии Роджерса с Кэти.

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.