

СУБВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ И ЭКСПРЕССИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТА: ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ КЛИЕНТО-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ЮДЖИН Т.ДЖЕНДЛИН

Юджин Джендлин – американский философ, психолог и психотерапевт, профессор Чикагского университета. В течение многих лет был главным редактором журнала «Psychotherapy: Theory, Research and Practice». В 70-м году за большой вклад в развитие психотерапии был удостоен звания «Выдающийся профессиональный психолог года», присуждаемого Американской психологической ассоциацией. Известен своими исследованиями в области феноменологической психологии, особенно теоретической разработкой такого фундаментального для психотерапии и психологии понятия, как *experiencing* (Gendlin E.T. *Experiencing and Creation of Meaning. A Philosophical and Psychological Approach to the Subjective.* – N.Y.: Free Press, 1962). В психотерапевтическом мире наибольшую известность Джендлину принесла разработка терапевтического метода фокусирования (Gendlin E.T. *focusing.* – N.Y.: Bantam Books, 1981. – 2nd ed., new, revised instructions. Первое издание – N.Y.: Everest House, 1978), который широко используется психотерапевтами самых разных ориентаций.

Публикуемая ниже статья впервые появилась в «Journal of Existential Psychiatry» (1963, vol.IV, № 14) через год после выхода в свет упомянутого выше теоретического труда Джендлина, посвященного проблеме переживания. Поскольку в статье ключевое понятие «*experiencing*» прямо не раскрывается (что по историческим обстоятельствам публикаций совершенно понятно: статья писалась «вдогонку» только что вышедшей книге), кажется осмысленным рассказать читателю о том, как Джендлин раскрывает эту категорию.

Главный объект исследования Джендлина – как это ясно уже из подзаголовка книги – субъективность. «Молекулой» субъективности можно считать смысл. Как молекула воды образуется из атомов водорода и кислорода, так смысл, по представлению Джендлина, образуется из

непосредственного чувственного переживания и символизации разного рода. Сам химически чистый элемент переживания представляет собой «частично неоформленный поток чувств, которые мы испытываем в каждый момент». Джендлин постоянно заботится о том, чтобы понятие «переживание» не превратилось в очередной теоретический конструкт, поэтому, поясняя его, апеллирует к феноменологическому опыту читателя: «*experiencing*» – это поток чувствований, «к которому вы, если захотите, можете в любой момент внутренне обратиться», или «переживание есть чувствование, как оно конкретно существует для нас внутренне и как оно сопровождает любой жизненный аспект...».

Джендлин анализирует функции процесса переживания в познании и психотерапии. В первом из этих измерений описывается взаимодействие переживания и различных символических форм. «Значения формируются во взаимодействии переживания и чего-то, что функционирует символически. Чувствования (здесь используется термин «*feeling*», который Джендлин часто употребляет как синоним «*experiencing*», особенно в тех контекстах, где переживание рассматривается вне отношения к его символизации, а только в модусе ощущаемости, – Ред.) без символизации слепы, символизация без чувствований пуста».

Что касается психотерапии, то личностные изменения происходят, по мнению Джендлина, не потому, что человек с помощью психотерапевта осознает источники и причины своих проблем, а потому, что ему удастся прочувствовать и пережить их. В этой своей функции переживание тождественно понятию «психическая переработка» (*working trough*).

Таково в общих чертах представление Ю.Джендлина о переживании. Если бы понадобилось создать пиктограмму этого понятия, то лучше всего оно было бы передано образом течения, проходящего неглубоко под поверхностью, порой выходящего наружу в той или иной форме, порой остающегося под спудом, но всегда и во всем присутствующего.

В публикуемой ниже статье Джендлин призывает устанавливать контакт с пациентом не на уровне слов, а глубже, на уровне переживаний, когда в коммуникацию вовлекаются не только переживания клиента, но и переживания терапевта. Такой способ общения возможен и важен и за пределами собственно психотерапевтической ситуации. «Перечитывая эту статью Юджина Джендлина, – делилась американская писательница Бери Стивенс, – я всякий раз чувствую ее глубину и правду, желание этой правды для меня и вокруг меня. Чем больше я изучаю статью и пытаюсь практически применять то, что в ней описано, тем она мне кажется более значительной... Я спрашиваю себя: три базовые психотерапевтические установки, описанные автором, – разве не могут они быть достоянием нашей повседневной жизни?... Когда я так живу и так общаюсь с другими людьми, я чувствую, что становлюсь лучше, да и счастливее». Много ли можно вспомнить научных, в общем-то узко специальных статей, которые заслужили такие слова?

Введение

Из клиенто-центрированной терапии и особенно из опыта применения этой терапии в клинике шизофрении вырастает и оформляется сейчас новый тип психотерапии, которая центрирована не столько на вербализуемом на сеансах содержании, сколько на «переживании» обоих участников терапевтического взаимодействия. Подобная эволюция наблюдается и в рамках других психотерапевтических подходов. Она проявляется в подчеркивании значения того факта, что в терапевтический процесс вовлечены две личности, в подчеркивании важности развертывающегося между ними взаимодействия и, наконец, в сосредоточении внимания на конкретных субъективных событиях, происходящих во внутреннем мире этих людей, а не только на содержании того, что они обсуждают в ходе терапевтического процесса.

В основе этой эволюции лежит представление, что в психотерапии всегда задействовано «переживание» (под каким бы именем они ни выступало в различных школах), то есть некий телесный, изнутри чувствуемый процесс, характер и смысл которого зависит от терапевтического взаимодействия. Особое внимание уделяется сейчас теоретической проблеме – как эти изнутри чувствуемые телесные события могут иметь некий «смысл», как их можно «исследовать» и «обозначать» и каким образом такие конкретные, хотя и невысказанные, «смыслы» могут меняться под влиянием взаимодействий с другим человеком. Сейчас, когда в психотерапии все более начинают опираться на конкретный процесс чувствования (*feeling process*), становится менее актуальной задача уточнения роли когнитивных символов и процесса эксплорации при всей важности того и другого. Психотерапевты разных ориентаций используют разные словари когнитивных терминов, и оказывается, что клиенты и пациенты вполне способны работать с любым из этих словарей. Похоже, любой хороший словарь можно использовать как систему знаковых средств для развертывания терапевтического взаимодействия и обеспечения «психической переработки» проблем пациента. Складывается впечатление, что личностные проблемы коренятся в непосредственно переживаемых допонятийных смыслах, которые при этом вполне конкретны и в процессе психотерапии могут символизироваться и изменяться с помощью любого из имеющихся психотерапевтических словарей.

Очевидно, дело не столько в том, какие термины и символы вы используете, сколько в том, *как* вы их используете. Если они используются в «прямом отнесении» к переживанию пациента, то почти всякий словарь может давать хорошие результаты. Если же они используются для абстрактного объяснения, пытающегося подменить собой уникальное переживание, то никакой словарь не сможет вызвать серьезных конструктивных изменений личности пациента. Разумеется, это представление нуждается в гораздо более основательном научном подтверждении, чем то, каким мы располагаем в настоящий момент, но оно,

безусловно, отражает весьма широко распространенную тенденцию современного терапевтического мышления.

Не только наилучшее использование слов, но и наилучшее использование невербального поведения терапевта определяется не столько тем, *что* терапевт делает, сколько тем, *как* его действия соотносятся с переживаниями пациента и влияют на них. Попытки уточнить, что же, собственно, терапевт должен и чего не должен делать, ориентируются в современной психотерапии не столько на то, какие действия применяются, сколько на то, как они применяются. Причем это «как» зависит от того, каким образом действия терапевта соотносятся с переживаниями и пациента, и самого терапевта.

Цель статьи

Цель этой статьи – предложить несколько конкретных рекомендаций по использованию субвербальной коммуникации и экспрессии терапевта в терапевтическом процессе. Такого рода уточняющие рекомендации нужны хотя бы потому, что если бы психотерапевты взяли себе за правило выражать все что угодно и в какой угодно форме, то мы, очевидно, остались бы вовсе без каких-либо ориентиров. Предлагаемые рекомендации касаются не того, *что* должен выражать терапевт, но того, *каким образом* самовыражение терапевта может становиться частью терапевтического метода. То же относится и к «субвербальной» коммуникации. Само это слово всегда звучит несколько таинственно: в самом деле, откуда мы можем знать, что наш клиент подразумевает, если даже сам он не смог высказать этого? Повторю, рекомендации, которые я хочу предложить вашему вниманию, не относятся к тому, как бы нам догадаться, что же подразумевает клиент. Рекомендации эти посвящены тому, каким образом слова пациента и терапевта могут использоваться для указания на переживание и отнесение к нему.

Шизофрения и невроз

На мой взгляд, психотерапия при шизофрении по характеру психотерапевтического процесса принципиально не отличается от обычной психотерапии неврозов. И все же особенности больных шизофренией достаточно важны, потому что они создают множество неустранимых препятствий, от которых можно отвлечься при обычной психотерапии. Например, если в ходе обычной психотерапии у пациента имеются трудности с выражением своих мыслей или он склонен к банальным высказываниям, мы часто не отмечаем это как особую проблему. Мы знаем, что такие клиенты время от времени встречаются и что работа с ними чаще всего оказывается безрезультатной, но, вероятно, мы совершенно иначе реагировали бы на эту проблему, если бы нам приходилось с ней сталкиваться едва ли не в каждом случае. Тогда мы просто должны были бы что-то предпринять.

Мы пока не располагаем окончательными данными об эффективности психотерапии при шизофрении. Поэтому то, что я собираюсь высказать, не является каким-то суждением на этот счет. Скорее, я буду описывать, что мы

фактически делаем на наших терапевтических сессиях и как мы пришли к такому способу работы.

Терапевтическая экспрессивность

В 1957 году К.Роджерс сформулировал три необходимых и достаточных условия психотерапии. Это эмпатия, безусловное принятие и конгруэнтность, или подлинность. Последнее (конгруэнтность) предполагает, что терапевт пытается быть самим собой и избегать любой профессиональной или личностной искусственности, любых маневров и поз.

В нашей работе с больными шизофренией важность этого условия многократно возрастает. Мы стремимся освободиться от готовых формул, даже если это наиболее специфические клиенто-центрированные способы терапевтического реагирования, такие как прием «отражения чувств». Следуя самому смыслу термина «эмпатия», мы стараемся понять и прочувствовать переживания клиента изнутри его собственного контекста, но при этом спектр наших ответных терапевтических реакций значительно расширен по сравнению с традиционным. Думается, что как раз появление у терапевтов нежелательной тенденции к стереотипным реакциям, к ответам стандартными формулами и привело Роджерса (по крайней мере частично) к выдвиганию конгруэнтности терапевта как существенного условия психотерапии.

Если терапевт может быть самим собой, это означает кроме прочего, что он достиг большей экспрессивности, способен гораздо чаще выражать собственные чувства и переживания, возникающие у него в данный момент. Когда клиент говорит о себе, то, естественно, текущее переживание терапевта состоит главным образом из эмпатического прочувствования выражаемых клиентом смыслов. Но когда клиент ничего не сообщает, это отнюдь не означает, что в это время терапевт ничего не переживает, ведь в каждый данный момент внутренний мир терапевта насыщен огромным количеством различных чувств и событий. Большинство из них связаны с пациентом и с тем, что происходит в данный момент. Терапевт вовсе не обязан пассивно ожидать, пока клиент начнет высказывать нечто интимное и терапевтически релевантное. Вместо этого он может в каждый данный момент обратиться к своему собственному переживанию и обнаружить здесь целый резервуар состояний, из которого можно многое почерпнуть и с помощью которого можно поддерживать, стимулировать и углублять терапевтическое взаимодействие даже с людьми немотивированными, молчаливыми или склонными видеть причины всего с ними происходящего во внешних обстоятельствах.

Конгруэнтность означает также то, что терапевт не обязан всегда выглядеть в самом лучшем свете, казаться человеком все всегда понимающим, мудрым и сильным. Я, например, считаю, что могу себе по случаю позволить выглядеть весьма глупым, не скрывать своих ошибок, обнаружить отнюдь не лучшие мои качества, коль скоро они фактически уже проявились во мне во время взаимодействия с пациентом. Если терапевт

остается самим собой и открывает себя, это освобождает его от множества ненужных внутренних обуз, от всяческой фальши и дает возможность его пациенту-шизофренику (равно как любому другому клиенту) войти в настолько прямое соприкосновение с другим человеческим существом, насколько это возможно.

Может, однако, показаться, что это упраздняет многие традиционные правила терапевтического поведения. В самом деле, если указываются лишь базовые установки, а не то, как терапевт может реализовывать и выражать их, не значит ли это, что он может делать все, что ему заблагорассудится? Для ответа на этот вопрос мне понадобится описать саму процедуру самовыражения терапевта более детально. В ней можно выделить три аспекта:

(1) *Ненавязчивость*. Терапевту очень важно уметь не навязывать себя пациентам, особенно при работе с теми из них, для кого характерна выраженная дефензивность и склонность к реакциям избегания и страха. Но, спросят, насколько эта ненавязчивость совместима с тем, что терапевту предлагается побольше выражать свои чувства, делать это более открыто и активно и брать на себя инициативу по установлению отношений с пациентом с помощью такого самовыражения? Думаю, что ответ состоит в следующем: поведение терапевта может быть более активным и одновременно менее навязчивым и менее пугающим клиента, если он будет выражать именно себя (свои собственные чувства, желания, представления и события, которые происходят в нем), чтобы было совершенно очевидно, что это его высказывания именно о себе или о событиях, происходящих в его внутреннем мире в данный момент. Таким образом, он сможет более открыто делиться своими мыслями и чувствами и при этом не будет ничего навязывать сознанию клиента. Действуя в таком духе, он говорит от своего собственного лица, не пытается ничего насильно ввести в пространство внутреннего опыта клиента и не смешивает события, которые происходят в нем, с событиями, происходящими в клиенте.

(2) *Несколько мгновений внутреннего самонаблюдения*. Чтобы искренне откликнуться на что-то идущее изнутри меня, я должен, очевидно, уделить какое-то внимание тому, что происходит во мне. При взаимодействии с пациентом, большая часть происходящего во мне связана с ним – это мои представления о нем, мои наблюдения за его реакциями, мои собственные реакции на него и т.д. Но внутри меня все это происходит именно как мое. Это вовсе не выводы о нем. Это то, что случилось со мной, проживаемые мной моменты встречи с ним. Чтобы сформулировать и выразить эти содержания, мне, например, нужно несколько раз взглянуть внутрь себя, нужно несколько мгновений, чтобы сконцентрироваться на том, что я чувствую. И тогда, как правило, появляется что-то, чем я бы хотел поделиться. Было бы неправильно сказать, что я выражаю все, что приходит мне в голову, поскольку тысячи вещей происходят во мне в каждый момент, так что их невозможно даже отделить друг от друга, а тем более выразить каждую из них. И, конечно же, я не изливаю импульсивно первое, что пришло мне в голову. Я как бы проживаю несколько мгновений внутри себя

и в результате нахожу в себе некий отклик на слова и действия моего клиента, на то, что происходит между нами или на наше молчание. Даже когда сказано было очень мало, я нахожу в себе разного рода желания, страхи, разочарования и стремление к более осмысленной коммуникации. И я могу высказать все эти чувства. За несколько мгновений внутреннего самонаблюдения я могу обнаружить мою подлинную реакцию на текущий момент. Если, например, слушая клиента, я почувствовал скуку, я не выпалю тут же: «Вы мне надоели». Понаблюдав несколько секунд за своими переживаниями, я могу обнаружить: моя скука состоит в том, что я не получаю от него чего-то интересного и лично значимого. Я понимаю, что очень хотел дождаться от него лично окрашенных проявлений и уж было надеялся, что эти проявления не замедлят появиться, но оказалось – напрасно. Иногда я обнаруживаю, что вообразил, будто в словах пациента было какое-то лично важное сообщение, но затем понимаю, что это мне только показалось. И я могу выразить все эти чувства разочарования, желания и пр., причем выразить именно как принадлежащие мне. Многие из моих личных внутренних ощущений, возникающих во время общения, в самом деле обычно состоят из этих весьма характерных моментальных внутренних событий – реакций, желаний и ощущений, относящихся к другому человеку. Например, возникает такая ситуация: я только что сказал что-то клиенту, а ответа нет. Я начинаю думать, что, возможно, сказал что-то не то. Но мне не обязательно молча сожалеть об этой ошибке. Вместо этого я могу просто сказать клиенту, что огорчен, поскольку, кажется, сделал что-то не то. А потом подчеркнуть, что говорю только о себе, о собственных ощущениях в данный момент, ведь мне, конечно, неизвестно, что в это время происходит в его душе.

Несколько секунд внутреннего самонаблюдения почти всегда приводят к двум переменам в моих чувствах: (1) становится яснее, что вот это чувство – нечто мое, а вовсе не нечто о нем; (2) становится намного легче поделиться своими чувствами. Таким образом, даже если это *моя истинная реакция* на клиента в данный момент взаимодействия, в то же время это *истинно моя реакция*, и я не приписываю и не навязываю ее клиенту. Я вполне могу сказать ему (когда это правда), что я совершенно не догадываюсь о том, что он испытывает в данный момент.

Таким образом, две названные мною особенности терапевтической экспрессивности предполагают друг друга: ненавязчивость требует нескольких мгновений внутреннего самонаблюдения, так чтобы терапевт мог понять, что он действительно чувствует и высказать это именно как свое чувство, не навязывая его клиенту.

(3) *Незамутненная простота*. Теперь я хочу описать третью особенность терапевтической экспрессивности. Когда клиент не высказывает ничего лично значимого, именно тогда я и должен обратиться к собственному резервуару текущих состояний и найти внутри себя мой отклик – ясное, непосредственное выражение моей личности в данный момент взаимодействия с клиентом. Когда же он выражает нечто личное, то я

сосредоточиваюсь внутри себя главным образом на моем ощущении его самовыражения и пытаюсь рассказать ему просто и ясно, что, как я понял, он чувствует и думает. Я ощущаю и формулирую понятий мной его опыт именно как его (рассматривая таковой только в его собственном контексте), и это так же важно, как и то, чтобы мои собственные переживания я выражал именно как мои.

Когда у клиента разворачивается процесс самовыражения, простая констатация со стороны терапевта, что он понимает мысли и чувства клиента, часто оказывается чрезвычайно эффективным средством, а нередко и единственно возможным терапевтическим ответом.

Итак, я описал три особенности терапевтической экспрессивности: ненавязчивость, состоящую в том, что терапевт формулирует свои самовыражения именно как свои; несколько мгновений внутреннего самонаблюдения, позволяющие ему обнаружить свою подлинную реакцию на данный момент; незамутненную простоту – способность формулировать чувства и мысли клиента, когда у него разворачивается процесс их выражения, а терапевт внутренне сосредоточивается главным образом на том ощущении, которое вызывают в нем слова клиента.

В контактах с пациентами-шизофрениками и многими другими клиентами именно терапевт является инициативной стороной; он первым начинает открытые и искренние отношения, первым выражает теплоту, заботу, интерес и готовность общаться на уровне человек – человек. Если же терапевт будет пассивно выжидать или, напротив, пытаться что-то навязчиво доказывать, не думаю, что ему удастся сформировать терапевтические отношения с человеком, не будь у того к этому времени сложившегося стремления к терапии и к такого рода отношениям. Периодические экспрессивные высказывания терапевта главным образом и определяют качество терапевтических отношений, по крайней мере в начале психотерапевтического процесса. Особенно это справедливо для работы с немотивированными клиентами. Экспрессия терапевта может сделать взаимодействие насыщенным, личностным и выразительным, даже если клиент постоянно отмалчивается или говорит одни лишь банальности. Экспрессивные высказывания терапевта, казалось бы, связаны с событиями, происходящими в его внутреннем мире, но, будучи, произнесены, они обнаруживают свою связь с отношениями терапевта и пациента и углубляют эти отношения. Пережить насыщенные, открытые, личностные отношения стремятся оба участника взаимодействия, даже когда только один из них вслух высказывает те чувства, которые вызывает в нем этот контакт.

Это подводит меня ко второй теме, которую я хотел бы обсудить.

Субвербальное взаимодействие

Субвербальное взаимодействие является, вероятно, особенно важным при работе с пациентами-шизофрениками, потому что многие их переживания кажутся им невыразимыми и по самой своей природе недоступными другим людям. Часто непосредственное содержание их

высказываний является только малой, порой очень причудливой частицей некоего внутреннего роя мыслей и чувств, общий смысл которых невыразим и всегда неизмеримо больше любого вербально выраженного содержания. Эта невыразимая природа индивидуального переживания и невозможность непосредственного восприятия его другим человеком требуют от терапевта отвечать не на тот или иной фрагмент вербального содержания, но на все стоящее за ним переживание. Действуя таким способом, можно попытаться восстановить связь клиента с другими людьми, восстановить тот процесс межличностного взаимодействия, в поле которого человек только и может нормально чувствовать и полноценно существовать.

Не о том речь, чтобы терапевт каким-то волшебным образом догадывался о переживаниях пациента – до и безо всякой их вербализации. Впрочем, даже произнесенное каждый воспринимает по-своему. На деле нужно не фиксироваться на содержании сказанного, а задаваться вопросом: из какого большего внутреннего процесса явился этот высказанный фрагмент? Это большее есть лишь нечто чувствуемое, смутный, но конкретный чувственный смысл, который клиент ощущает и обдумывает и который терапевт может лишь воображать. Но терапевту и не нужно, собственно, знать его, строить о нем догадки или пытаться поточнее представить его. Он может своей репликой обратиться к этому смыслу независимо от того, понятен он или нет.

Например, мой клиент говорит 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 бы мог, конечно, начать доказывать ему, что никакой машины не существует, что, будь она, я бы непременно о ней знал и неужели он не доверяет мне, что 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 своей 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 его вопрос прозвучал так: «Вы ощутили в себе какое-то влияние 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.

Данный пример иллюстрирует, что я имею в виду, когда говорю о возможности обращаться к переживанию, к тому более обширному, чем замечается на поверхности, внутреннему процессу, о котором обычно бывает известно не так уж много, порой лишь то, что он сейчас присутствует и что вербализации и рождаются из него (или в какой-то связи с ним). В самом

деле, я не могу составить точное представление о том, что переживает клиент. В моем примере мне казалось, что клиент испытывает состояние внутреннего принуждения, но его последующие слова выразили немного неожиданный, но все же вполне понятный аспект его переживания. Собственно, так обычно и бывает, при условии, конечно, что терапевт в своем ответе апеллирует не столько к словам клиента, сколько к его переживанию и при этом не считает, будто точно знает, что переживает клиент. Сам факт обращения к этому всегда присутствующему процессу переживания создает возможность коммуникации на уровне глубинных смыслов, из которого рождаются вербализации.

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 в школу 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 с ним новым средством взаимопонимания. Он тоже после этого стал использовать выражение «чувство отрезанности». Возможно, я нашел точное название 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.

Но я выбрал сравнительно легкий пример. В том же самом терапевтическом случае, прежде чем клиент рассказал мне о принуждающей электронной машине, мы провели вместе целых шесть часов, которые были заполнены только самыми банальными словами и длинейшими паузами. Мне нужно было что-то отвечать ему, в то время как он практически ничего не говорил. Он лишь хотел знать, что я собираюсь с ним делать, скоро ли мы закончим, когда он не должен будет больше приходить ко мне в кабинет и когда наконец его отпустят домой? Он ничего не собирался рассказывать. Молчание, молчание и снова молчание. Однажды я прервал одну из таких затянувшихся пауз, во время которой он сидел очень тихо и, казалось, о чем-то думал, и очень мягко обратился к нему: «Такое впечатление, что вы думаете о каких-то важных вещах. Я, конечно, не знаю, так ли это, но мне так кажется. Мне не хочется прерывать ваши размышления, но я был бы очень рад, если бы вы согласились поделиться этими мыслями со мной». Он почти

вскрикнул: «Что? Кто? Я? Думаю? Что думаю?» Было очевидно, что он испуган. Кроме того, казалось, что он счел мои слова неуместными, фальшивыми и глупыми. Однако нужно было как-то перетерпеть такие моменты, ибо как иначе наши отношения могли бы стать теплыми, близкими и личностными, если бы ни один из нас не пытался сделать их таковыми.

Через некоторое время клиент перестал с таким испугом отвергать подобные реплики. Напротив, когда я делился с ним и своими переживаниями, и предположениями о переживаемых им важных чувствах, он всякий раз замолкал, и в этом молчании ощущалось согласие. Потом, значительно позже, клиент признался, что эти минуты молчания он ощущал как необычайно значимые, глубокие и наполненные. Одна пациентка нашла для подобных минут удачное название: «Это терапия безмолвием».

В другой раз она дала, быть может, еще более выразительное описание внутреннего процесса чувствования, который разворачивается во время такого субвербального взаимодействия. «Когда я расстроена чем-нибудь, я не могу дышать, – рассказала она. – Я, конечно, понимаю, что буду дышать, но возникает такое чувство, будто не могу. Но стоит мне немного побыть здесь, я начинаю свободно дышать». Думаю, она имела в виду, что во время этих молчаливых пауз высвобождается и оживает некий внутренний поток чувствования, внутренний процесс переживания.

Этим я вовсе не хочу сказать, будто субвербальное взаимодействие между терапевтом и клиентом происходит только во время пауз, но лишь то, что периоды молчания важны для такого взаимодействия. Я пытался показать, что в то время, когда звучат слова пациента или когда он молчит, в нем, в его внутреннем процессе переживания происходит нечто намного большее, чем эти слова и молчание. Часто то, что мы слышим от клиента, и то, что можем видеть в его внешнем облике и поведении, дает нам не так уж много для того, чтобы откликнуться на его процесс переживания. Но, даже если у нас вообще нет никакой информации, мы все равно можем отреагировать на этот процесс, обратиться нему, высказав нечто, происходящее в нашем собственном процессе переживания, и тем самым установить глубокую и значимую субвербальную коммуникацию с клиентом.

Субвербальное взаимодействие в своем крайнем выражении я могу проиллюстрировать работой с одним пациентом, которая заключалась в том, что на протяжении шести месяцев дважды в неделю я молча стоял рядом с ним в больничной палате. Только когда я предлагал ему пойти в мой кабинет, он прерывал свое молчание, но единственно для того, чтобы предложить мне убраться и оставить его в покое. Все же, когда я приходил в палату специально ради того, чтобы постоять рядом с ним, он обычно оставался на месте в течение целого часа, хотя знал, что стоит ему покинуть это место, я тоже уйду. За час мы могли обменяться многими взглядами, жестами и всего несколькими фразами. Часто, после нескольких минут полного молчания, я говорил о напряжении, которое я ощущаю, или о моем желании, чтобы во время нашего молчания нам было хорошо, о желании услышать что-то от него, а также о том, что я знаю о дискомфорте и напряжении, которое он

испытывает рядом со мной. Время от времени он отвечал мне одной-двумя фразами, часто напомиравшими по своему характеру некие резюме, которые, казалось, выростали из захлестывавшей его сумятицы чувств и мыслей. Вот примеры таких реплик: «Возможно, я сумасшедший», «Кто-то же должен что-то делать для человека», «Я не знаю, вы за меня или против», «У них нет сердца», «Я бы хотел схватить их за плечи и трясти, чтобы они проснулись». Бывало, что за всю встречу он не произносил вообще ни одной фразы. Иногда он принимал мои ответы на его реплики, но чаще давал мне понять, что будет со мной говорить, только если я буду молчать. Например, он мог сказать: «Не давите на меня», или «Вы слишком любопытны», или «Наверное, вы против меня», или «Сегодня ужасно жарко». На любое мое легкое движение, неуверенность или пустое слово он мог неожиданно отреагировать мрачным взглядом или даже вдруг отскочить от меня примерно на метр. Так я выучился вести себя тихо, когда он говорил. Только спустя несколько минут я мог сказать ему, что я думаю по этому поводу.

Я стоял рядом с этим человеком, и мы оба молчали, но это вовсе не были минуты, когда ничего не происходит. Мне было ясно, что он проделывает большую внутреннюю работу и что я должен принять в ней самое живое участие и постараться повлиять на качество этого процесса. Это и есть тот вид взаимодействия, который я называю «субвербальным».

Развитие терапевтического процесса от ранних к более поздним стадиям включает в себя установление субвербального взаимодействия с клиентом. В проведенном нами исследовании обнаружилось, что со второго по тринадцатый сеанс пропорция периодов молчания и периодов, когда участники говорят, не изменялась. Однако, как показали данные шкалы Картнера и Шкалы переживания, не только периоды молчания становились более насыщенными и терапевтичными, но и вербализации становились более значимыми. Таким образом, субвербальное взаимодействие – это не отказ от вербальной терапии, но, скорее, способ вхождения в более широкий и глубокий процесс переживания, который происходит в каждом человеке в каждый данный момент и внутри которого психотерапия собственно и осуществляется. Слова, независимо от того, насколько они точны и подходящи, это лишь всплывающие на поверхность послания, исходящие из процессов переживания, лишь символизации переживания.

Перевод Ф.Е.Василюка