

## *Содержание*

---

<b>Об авторах</b>	16
<b>Предисловие</b>	17
Структура и содержание книги	19
Ждем ваших отзывов!	22
<b>Часть I. Профессия клинического интервьюера</b>	23
<b>Глава 1. Введение. Цели книги и ее организация</b>	24
Приглашаем к работе	25
Основы обучения клиническому интервьюированию	27
Последовательность обучения	27
Как научиться молчать и слушать клиента	28
Как установить контакт и наладить позитивные терапевтические отношения	29
Освоение навыков психологической диагностики и оценки	30
Теоретическая ориентация	31
Основные требования, предъявляемые к клиническому интервьюеру	34
Идеальный клинический интервьюер	38
Цели и задачи книги	41
Резюме	41
Рекомендуемая литература	42
<b>Глава 2. Обоснование и подготовка</b>	44
Определения клинического интервью	45
Природа профессиональных отношений	46
Мотивы клиентов	47
Общие цели	50
Применение навыков слушания и психологических техник	52
Уникальное взаимодействие интервьюера и клиента	53
Самосознание	54
Объектное самосознание	56
Формы самосознания	56
Эффективное клиническое интервьюирование: семь профессиональных аналогий	64

Физическое окружение	66
Помещение	66
Размещение людей	71
Как вести записи во время клинического интервью	72
Видео- и аудиозапись	74
Профессиональные и этические вопросы	75
Имидж клинического интервьюера	75
Время	78
Конфиденциальность	82
Информированное согласие клиента	88
Ведение документации	89
Профилактика стресса и совладание с ним в работе клинического интервьюера	91
Резюме	92
Рекомендуемая литература	93
<b>Часть II. Слушание и развитие взаимоотношений</b>	<b>95</b>
<b>Глава 3. Основные навыки внимания, слушания и действия</b>	<b>96</b>
Поведение внимания	98
Позитивное поведение внимания	98
Негативное поведение внимания	104
Индивидуальные и культурные различия	105
Другие навыки	108
Недирективные отклики слушания	110
Молчание	111
Перефразирование, или отражение содержания	113
Прояснение	116
Недирективное отражение чувств	118
Обобщение	119
Побуждение ободрить клиента	123
Директивные отклики слушания	124
Валидизация чувств	125
Интерпретативное отражение чувств	127
Интерпретация	129
Конфронтация	132
Резюме	135
Рекомендуемая литература	136

<b>Глава 4. Директивные техники: вопросы, объяснения, убеждение, советы и прочее</b>	139
Применение вопросов	140
Виды вопросов	140
Преимущества и недостатки применения вопросов	146
Природная любознательность и профессиональная этика	148
Основные принципы применения вопросов	149
Директивные отклики действия	153
Объяснение (предоставление информации, влияющей на поведение)	154
Внушение	157
Совет	158
Согласие/несогласие	160
Понуждение	164
Одобрение/неодобрение	165
Резюме	168
Рекомендуемая литература	168
<b>Глава 5. Терапевтические отношения и клиническое интервьюирование</b>	170
Условия, способствующие личностному росту	171
Конгруэнтность	172
Безусловное положительное отношение	176
Эмпатическое понимание	180
Отношения между основными роджерсовскими условиями, способствующими личностному росту	187
Психоаналитические и межличностные факторы взаимоотношений	188
Перенос (трансфер)	188
Контрперенос (контртрансфер)	192
Идентификация и интернализация	195
Сопrotивление	199
Рабочий альянс	202
Факторы взаимоотношений и поведенческая и социальная психология	203
Компетентность (авторитет)	204
Привлекательность	205
Способность внушать доверие	205
Факторы феминистических взаимоотношений	207
Общность	208
Полноправие	210

Интеграция факторов взаимоотношений	211
Резюме	212
Рекомендуемая литература	213
<b>Часть III. Структурирование и оценка</b>	<b>215</b>
<b>Глава 6. Структура клинического интервью</b>	<b>216</b>
Структурные модели	218
Введение	219
Телефонный контакт	220
Первая личная встреча	222
Установление эмоционального контакта	225
Типичные опасения клиентов	226
Помощь клиенту в преодолении психологического дискомфорта	227
Беседа и “светский” разговор	227
Обучение клиентов и оценка их ожиданий	230
Начало клинического интервью	231
Вводный вопрос клинического интервьюера	233
Реакция клиента на вводный вопрос	234
Оценка вербального поведения клиента в начале клинического интервью	237
Основная часть клинического интервью	241
Источники клинического суждения: умозаключения	242
Определение психологических и эмоциональных расстройств	243
Заключительная часть клинического интервью	247
Поддержка и ободрение клиента	248
Обобщение важных тем и вопросов	249
Обнадеживание клиентов	250
Руководство клиентом и наделение его полномочиями	250
Улаживание формальностей	251
Окончание клинического интервью	252
Контроль времени	252
Как направлять или контролировать окончание клинического интервью	252
Своевременное окончание	254
Наука клинического интервьюирования	255
Клиническое интервью как процедура сбора информации	256
Резюме	259
Рекомендуемая литература	260

<b>Глава 7. Приемное интервью и отчетность</b>	262
Что такое приемное интервью	263
Институциональные контексты и профессиональные группы	264
Цели приемного интервью	265
Определение, оценка и изучение основных проблем и задач клиента	265
Биографическая информация и личная история клиента	274
Диагностика межличностного стиля	280
Оценка функционирования	290
Обзор целей и отслеживание изменений	291
Факторы, влияющие на процедуры приемного интервью	292
Регистрационная форма клиента	292
Институциональный контекст	293
Теоретическая ориентация	293
Профессиональная подготовка и профессиональная принадлежность клинического интервьюера	293
Клиническое интервьюирование особых групп населения	294
Интервьюирование клиентов с субстанциональной зависимостью	294
Традиционный подход к клиническому интервьюированию алкоголиков и наркоманов	295
Мотивационное интервьюирование: современный подход к работе с алкоголиками и наркоманами	297
Интервьюирование клиентов, перенесших психическую травму	303
Краткое приемное интервью: модель современной системы здравоохранения	306
Получение информации о личной истории и межличностном стиле клиента	307
Алгоритм приемного интервью в условиях современной системы здравоохранения	308
Приемный отчет	308
Определение аудитории	311
Выбор структуры и содержания отчета	312
Краткость и ясность	325
Сохранение конфиденциальности	325
Ознакомление клиента с отчетом	328
Резюме	329
Рекомендуемая литература	330

<b>Глава 8. Исследование психического статуса</b>	333
Что такое исследование психического статуса	334
Общее исследование психического статуса	335
Индивидуальные и культурные факторы	337
Внешность	338
Поведение, или психомоторная активность	340
Установки по отношению к клиническому интервьюеру	341
Аффект и настроение	342
Речь и мышление	348
Перцептивные расстройства	356
Ориентация и сознание	359
Память и интеллектуальные способности	361
Надежность, рассудительность и понимание клиентом своих проблем	368
Когда следует прибегать к исследованию психического статуса	372
Резюме	373
Рекомендуемая литература	375
<b>Глава 9. Диагностика суицидальности</b>	377
Личное отношение к самоубийству	379
Статистика самоубийств	379
Мифы о самоубийстве	380
Факторы суицидального риска	381
Депрессия	383
Возраст	384
Пол	385
Расовая и этническая принадлежность	386
Религия	387
Семейное положение	388
Профессиональная занятость	388
Социально-экономический статус	388
Физическое здоровье	389
Социальные и личностные факторы	390
Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков	390
Психические расстройства и психиатрическое лечение	391
Сексуальная ориентация	392
Психические травмы и сексуальное насилие	392
Суицидальность и интеграция факторов риска	393
Всесторонняя диагностика суицидальности	393

Диагностика депрессивности клиента	396
Исследование суицидальных мыслей	401
Диагностика суицидального плана	403
Оценка самоконтроля клиента, его суицидальных попыток в прошлом и суицидальности родственников	405
Диагностика суицидального намерения	406
Кризисное вмешательство при работе с суицидальными клиентами	407
Слушание и эмпатия	408
Установление терапевтических отношений	408
Определение альтернатив суициду	409
Отделение психической боли от “Я”	410
Заключение антисуицидального договора	411
Переход к директивности и принятие ответственности за клиентов	412
Решение о госпитализации и направлении клиента к другим специалистам	413
Профессиональные аспекты работы с суицидальными клиентами	415
Можете ли вы работать с суицидальными клиентами?	415
Консультации у коллег	416
Документация	417
Действия интервьюера в случае заверченного суицида клиента	418
Заключительные комментарии	420
Резюме	424
Рекомендуемая литература и другие источники	426
Специальная литература	426
Самопомощь суицидальным людям и предотвращение насилия	427
Организации США по предупреждению суицида	428
Видеоресурсы и фильмы	428
<b>Глава 10. Диагностика и планирование терапии</b>	429
Принципы психиатрической диагностики	430
Определение психических расстройств	431
Зачем диагностировать?	433
Специальные диагностические критерии	434
Проблемные аспекты оценки и диагностики	437
Диагностическая оценка: методы и процедуры	439
Диагностическое интервью	440

Надежность и валидность диагноза	443
Сбалансированный подход к проведению диагностического интервью	445
Вступительная часть и введение в роль	446
Обзор проблем клиента	447
Личная история клиента	449
Исследование психического статуса	450
Актуальная ситуация клиента	450
Планирование терапии	454
Лечение проблемы или лечение диагноза?	454
Интегрированный (биопсихосоциальный) подход к планированию терапии	456
Определение адекватной терапии	456
Разработка терапевтического плана	457
Планирование терапии в формате “ресурсы и отношения”	461
Резюме	467
Рекомендуемая литература	468

#### **Часть IV. Клиническое интервьюирование отдельных категорий клиентов**

	471
<b>Глава 11. Клиническое интервьюирование детей</b>	472
Особенности работы с детьми	473
Вступительная часть	475
Начальный этап	478
Первое впечатление	478
Интерьер и личностные установки	480
Обсуждение конфиденциальности и информированного согласия	481
Анкетные данные и информация, содержащаяся в направлении	483
Желания и цели	487
Обсуждение диагностических и терапевтических процедур	491
Основной этап	493
Удобные стратегии оценки и сбора информации	494
Общие рекомендации по проведению основного этапа клинического интервью	501
Заключительный этап	510
Ободрение и поддержка	510

Подведение итогов, уточнение и вовлечение	511
Наделение клиента полномочиями	511
Формальности	513
Окончание	513
Резюме	513
Рекомендуемая литература	514
<b>Глава 12. Клиническое интервьюирование пар и семей</b>	<b>517</b>
Некоторые парадоксы клинического интервьюирования пар и семей	518
Больше клиентов, меньше времени	519
Термины описания пар	519
Термины описания семей	520
Общая модель для работы с парами и для семейной терапии	521
Этапы и задачи клинического интервью	521
Введение	522
Начальный этап	530
Основной этап	536
Общие сферы оценки	541
Заключительный этап	545
Окончание	547
Стандартизированные психодиагностические методики при работе с парами и семьями	547
Особые моменты	549
Выявление, регулирование и видоизменение конфликтов	549
Процесс конфликта и содержание конфликта	549
Как вы реагируете на конфликт?	550
Стоит ли допускать открытый серьезный конфликт во время интервью?	550
Введение ограничений	553
Поликультурные аспекты работы с парами	555
Переход от индивидуальной к семейной терапии и терапии пар	556
Конфликты лояльности	558
Вы (как правило) — не единственный компетентный специалист	558
Идентификация, проекция, вовлеченность и избегание	559
Резюме	562
Рекомендуемая литература	562

<b>Глава 13. Межкультурные аспекты клинического интервьюирования</b>	565
Терапевтические отношения в условиях этнокультурного многообразия	566
Требование культурной компетентности	566
Интервьюер, познай себя	567
Культурная компетентность	568
Великолепная четверка	572
Культуры североамериканских индейцев	572
Афроамериканские культуры	576
Латиноамериканские культуры	580
Азиатско-американские культуры	584
Прочие культурно-специфические категории клиентов	590
Гомосексуалисты, лесбиянки, бисексуалы и транссексуалы	590
Клиенты с ограниченными возможностями	592
Религиозные люди	593
Важность культурного контекста	595
Контекст клинического интервью и процедуры	601
Культурно-специфические расстройства	604
Вопросы этикета	605
Бесплатное обучение	605
Неправильное обучение	607
Работа с членами замкнутых сообществ	607
Резюме	608
Рекомендуемая литература	609
<b>Список литературы</b>	611
<b>Предметный указатель</b>	654

## **ПРИЕМНОЕ ИНТЕРВЬЮ И ОТЧЕТНОСТЬ**

*Интервьюирование — то основание, с которого начинается всякое амбулаторное психиатрическое лечение. Оно требует знания психопатологии, навыков межличностного общения и интуитивных способностей. Таким образом, это редкое сочетание науки, профессиональной деятельности и искусства.*

*Дж. Меццих и С. Шей, Interviewing and Diagnosis*

### **В ЭТОЙ ГЛАВЕ...**

Клиническая терапия и консультирование в большинстве случаев начинаются с приемного интервью. Оно ставит перед нами на первый взгляд недостижимую цель сбора большого объема информации о клиенте и его актуальном состоянии; при этом необходимо обеспечивать клиенту психологический комфорт и поддерживать с ним контакт. В этой главе мы будем говорить о “механике” приемного интервью. Кроме того, в ней даются указания по оформлению отчетности. Прочитав главу, вы узнаете:

- о характере и целях типичного приемного интервью;
- о стратегиях выявления, оценки и исследования проблем и целей клиентов;
- о стратегиях получения информации о прошлом клиента, оценки межличностного стиля клиента и его актуального уровня функционирования;
- о различных институциональных контекстах, которые могут повлиять на проведение приемного интервью;
- о краткой или минимальной процедуре приемного интервью при работе в условиях ограниченного времени или современной системы здравоохранения;
- о том, как профессионально и в то же время дружелюбно по отношению к клиенту составлять отчет о приемном интервью;
- о специальных рекомендациях относительно интервьюирования клиентов, злоупотребляющих алкоголем, или клиентов, недавно перенесших психические травмы.

## ЧТО ТАКОЕ ПРИЕМНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Приемное интервью предназначено прежде всего для обследования. Перед началом консультирования или психотерапии обычно необходимо и всегда уместно проведение приемного интервью. Приемное интервью должно ответить на ряд важных вопросов.

- Страдает ли клиент от психических, эмоциональных или поведенческих проблем?
- Если да, то можно ли считать эти психические, эмоциональные или поведенческие проблемы достаточным основанием для терапии?
- В какой форме терапии нуждается клиент?
- Кто должен заниматься терапией и в каком контексте?

Появление модели современной системы здравоохранения изменило виды и продолжительность массово доступной психологической помощи. Подобно психотерапии, влиянию государственных программ здравоохранения подверглись и процедуры приемного интервью. Много лет назад, когда авторы этой книги только начинали изучать клиническую психологию и им приходилось 10 км брести по снегу, чтобы попасть в университет, их научные руководители подчеркивали, что для получения достаточной диагностической информации, разработки адекватного терапевтического плана и начала интервенции необходимо провести несколько 50-минутных интервью. Это относилось даже к традиционно менее продолжительной терапии, например когнитивной или поведенческой.

Сегодняшняя ситуация в здравоохранении требует от клиницистов большей скорости и эффективности в выявлении патологий, постановке терапевтических задач и разработке предполагаемого курса лечения. Быстрота и краткость — главные требования современности. Кроме того, терапевтические цели стали более умеренными и по объему, и по качеству.

Хотя не вызывает сомнений тот факт, что клиницистам нужно повышать свою компетентность в определении терапевтических целей, быстрота или краткость не всегда способствуют компетентности. Например, когда людей заставляют работать быстрее, независимо от того, чем они занимаются — пекут хлеб, сколачивают ящики, ремонтируют автомобили или проводят приемное интервью, — результат всегда один и тот же: может пострадать качество.

Когда мы будем обсуждать процедуры приемного интервью, вы должны знать, что мы описываем более полное и продолжительное интервью, чем обычно ожидается или допускается в условиях современной системы

здравоохранения. Мы поступаем так по нескольким причинам. Во-первых, вы должны знать, чего *можно достичь* в контексте диагностического интервью, даже если это не совсем соответствует тому, что *достигается* в реальности. Во-вторых, было бы неэтично знакомить будущих специалистов в области психического здоровья с голым “костяком” процедур приемного интервью. Компетентность может быть достигнута за счет всестороннего и глубокого понимания процесса в целом. Однако нам нужно быть прагматичными: изучая клиническое интервьюирование, вы должны быть готовы к тому, что однажды вам придется работать в условиях современной системы здравоохранения. Поэтому в конце главы мы приводим краткую схему и контрольную таблицу для проведения сокращенных приемных интервью.

### **Институциональные контексты и профессиональные группы**

В каком бы институциональном контексте ни проводились приемные интервью — в социальной службе, больнице, психоневрологическом диспансере, университетском консультационном центре, частном кабинете, — в каждом случае терапии предшествует определенная форма приемного интервью. Точно так же каждый клинический интервьюер независимо от его основной профессии — работник социальной сферы, психиатр, психолог, консультант — должен уметь правильно провести приемное интервью. Конечно, характер и направленность приемного интервью варьируются в зависимости от основной профессии клинического интервьюера, институционального контекста и цели интервью, но даже с этой точки зрения в разных приемных интервью можно найти (по крайней мере, так должно быть) больше общих черт, чем различий.

В большинстве учреждений приемное интервью называется просто *приемом*. *Принять* означает “допустить, пустить к себе с какой-либо целью (для беседы, осмотра и т.д.)”. Приемное интервью — точка входа для клиентов, которые нуждаются в профессиональной психологической или психиатрической помощи. Приемные данные получают из нескольких источников: от клиента, из наблюдений интервьюера, а также из истории болезни. Хотя иногда приемное интервью помогает разрешить проблемы клиента или хотя бы инициировать терапевтический процесс, оно, тем не менее, не рассчитано на оказание психологической помощи или осуществление интервенции. Приемное интервью в чистом виде рассчитано на обследование. Соответственно, при его проведении клинические интервьюеры прежде всего применяют вопросы (*Sommers-Flanagan & Means, 1987*).

## ЦЕЛИ ПРИЕМНОГО ИНТЕРВЬЮ

Самые общие цели приемного интервью выглядят следующим образом.

1. Определение, оценка и изучение основных жалоб клиента и соответствующих терапевтических задач.
2. Оценка межличностного стиля, межличностных навыков и личной истории клиента.
3. Оценка актуальной жизненной ситуации и функционирования клиента.

Достижение этих целей в течение одного приемного интервью — нелегкая задача, требующая развитых профессиональных умений и внимания к межличностному процессу и информационному содержанию.

Дополнительная цель, связанная с приемным интервью, — сообщение его результатов другим специалистам (чаще всего) или другим заинтересованным лицам или организациям. В большинстве учреждений вам придется не только проводить приемное интервью, но и писать или диктовать *приемный отчет* после встречи с клиентом.

### Определение, оценка и изучение основных проблем и задач клиента

Ваша первая и, возможно, основная задача — узнать, что именно беспокоит клиента. Выявление проблем начинается в тот момент, когда вы задаете клиенту вводный вопрос (“Что вас привело?”, “Чем я могу вам помочь?” и т.д., подробнее — в главе 6). После вводного вопроса нужно уделить минимум 5–15 минут для слежения за речевым потоком клиента, чтобы точно определить причины его прихода (*Shea, 1998*). Иногда клиенты четко формулируют причины, по которым они обращаются за профессиональной помощью, в других случаях (что, вероятно, происходит чаще) они не могут точно сказать, почему пришли. Когда клиенты пытаются объяснить свои проблемы, можно использовать недирективные отклики слушания для установления контакта с клиентом. После того как интервьюер получит первоначальное представление об основных проблемах клиента, следует чаще использовать директивные отклики сбора информации, включая вопросы.

Проблемы клиентов тесно связаны с их целями (*Jongsma & Peterson, 1995*). К сожалению, многие клиенты, которые приходят на терапию, не способны видеть свои прошлые проблемы. Соответственно, в задачу интервьюера на ранних этапах консультационного процесса входит ориентация клиентов на цели или проблемы (*Bertolino & O’Hanlon, 2002; Murphy, 1997*). Помните, что за каждой (или перед каждой) проблемой клиента скрывается определенная цель.

Самые распространенные проблемы, на которые жалуются клиенты, — тревога, депрессия и конфликтные отношения. Среди других проблем — расстройство пищевого поведения, алкоголизм или наркомания, дефицит социальных навыков, жестокое обращение или сексуальное насилие, стресс, трудности с работой и расстройства сексуальной сферы. Учитывая широкий диапазон симптомов и проблем, на которые жалуются клиенты, для интервьюера чрезвычайно важно хотя бы в общих чертах разбираться в психопатологиях и знать классификацию психических расстройств *DSM-IV-TR* (*American Psychiatric Association, 2000*). Однако каждая проблема внутренне обусловлена определенной целью. Поэтому в начале интервью клиницист может помочь клиентам переориентироваться с проблем на цели. Например, если клиент начинает жаловаться на беспокойство, у интервьюера есть возможность преобразовать его жалобы в позитивный формат:

“Я слышу, что вы жалуетесь на чувства нервозности и беспокойства. Если я правильно вас понимаю, вы имеете в виду, что хотели бы почаще чувствовать себя спокойным и избавиться от напряжения. Я думаю, что одна из общих задач терапии для вас — чувствовать себя спокойным и быть способным самостоятельно добиться этого ощущения. Вы со мной согласны?”

С помощью преобразования жалоб клиента в формат задач интервьюер помогает ему обрести надежду и инициирует позитивный процесс разработки терапевтических задач (*Selekman, 1993; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997*). Такое преобразование может дать ценную диагностическую информацию об открытости или сопротивлении клиента, которая будет способствовать выработке более реалистичных терапевтических целей.

### *Приоритетность и сортировка проблем и задач клиента*

Часто нам хочется, чтобы клиенты приходили на интервью с единственной, легко формулируемой проблемой и связанной с ней целью. Например, было бы прекрасно (хотя и довольно странно), если бы новый клиент во время первой встречи заявил:

“Я страдаю социальной фобией. Понимаете, когда я нахожусь в обществе, я больше, чем другие, боюсь, что меня рассматривают окружающие и выносят обо мне негативное суждение. Страх выражается в том, что я покрываюсь испариной, постоянно опасаюсь оказаться в неловком положении и избегаю многих, хотя и не всех, социальных ситуаций. Чего бы я хотел достичь с помощью терапии, так это повысить самооценку, добиться более позитивного самовыражения и научиться успокаиваться в стрессовых ситуациях”.

К сожалению, большинство клиентов приходят на приемное интервью либо с несколькими взаимосвязанными жалобами, либо с общими, довольно

неопределенными симптомами. Обычно они фокусируются на проблемах, описывая свои трудности и неудачи. Соответственно, по прошествии 5–15 минут приемного интервью клиницист должен заняться составлением перечня основных проблем и целей, определяемых клиентом. Как правило, когда интервьюер начинает помогать клиенту в составлении такого перечня, это означает переход от общего недирективного слушания к выявлению эмоциональных и поведенческих проблем и задач и определению их приоритетности. Переход от свободного самовыражения клиента к более структурированному диалогу преследует двойную цель. Во-первых, это позволяет интервьюеру выявить дополнительные проблемы, которые до сих пор не были затронуты клиентом. Во-вторых, переход запускает процесс определения приоритетности и сортировки проблем, а также определения задач.

**Интервьюер:** До сих пор вы говорили в основном о том, что в последнее время чувствуете себя подавленным, что утром вам трудно вставать и что те вещи, которые вам прежде нравились, перестали вас интересовать. Интересно, есть ли у вас другие важные проблемы или жалобы на ваше нынешнее состояние?

**Клиент:** Вообще-то, да. Иногда я чувствую сильную тошноту. Порой я испытываю сильное беспокойство. В основном эти чувства связаны с работой... вернее, с ее отсутствием.

Интервьюер помогает клиенту определить его проблемы. Этот процесс — настоящее исследование. Интервьюер внимательно слушает жалобы клиента, перефразирует или обобщает сказанное, выделяя определенные проблемы, затем пытается выяснить, нет ли у клиента других серьезных проблем.

В предыдущем диалоге клинический интервьюер использует непрямой вопрос для того, чтобы продолжить выявление потенциальных проблем. После того как установлено наличие нескольких проблем, клинический интервьюер переходит к установлению приоритетности проблем, или сортировке. Поскольку невозможно заняться всеми проблемами одновременно, интервьюер и клиент должны совместно выбрать ту проблему или проблемы, которым следует уделить особое внимание во время приемного интервью.

**Интервьюер:** Я думаю, что мы можем обобщить ваши жалобы следующим образом: подавленность, страх из-за отсутствия постоянной работы и болезненная застенчивость. Какая из этих проблем, по вашему мнению, доставляет вам больше всего неприятностей?

**Клиент:** Ну, они все меня беспокоят, но самое худшее, наверное, это настроение. Когда у меня плохое настроение и я весь день валяюсь в постели, я даже не могу думать о других проблемах.

Клиент назвал депрессию самой серьезной из своих проблем. Конечно, есть и альтернативный подход — социальная изоляция и страх ведут

к подавленному настроению, поэтому ими нужно заняться в первую очередь. В противном случае клиент так и не сможет встать с постели из-за своих страхов и беспокойства. Тем не менее, в большинстве случаев (но не всегда) лучше воспользоваться ориентирами, указанными клиентом, и заняться теми проблемами, которые его больше беспокоят (психиатры называют их *основными жалобами*). В данном случае может оказаться, что все три симптома взаимосвязаны. Поэтому исследование в первую очередь депрессии все-таки позволяет клиницисту интегрировать страх и болезненную застенчивость в общую картину.

Даже если вы считаете, что нужно заниматься совсем не той проблемой, на которую указывает клиент (например, злоупотреблением спиртными напитками, а не депрессией), лучше всего ждать и внимательно слушать описание самых неприятных для клиента симптомов (основных жалоб). Признание, уважение к точке зрения клиента и эмпатия помогут вам эффективно провести интервью, завоевать доверие клиента и повысить его заинтересованность в дальнейшем консультировании. В условиях ограниченного времени (например, в современной системе здравоохранения) недирективные эмпатические отклики отличаются краткостью и прерывистостью. Обычно переход от выявления проблем к постановке задач должен быть быстрым (*Jongsma & Peterson, 1995*). Это разумно, потому что постановка задач оказывает позитивное влияние на исход терапии (*Locke, Shaw, Saari, & Latham, 1981; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1996*). Однако мы пока остановимся на обсуждении анализа и отбора проблем и установления их приоритетности. Постановка задач подробно рассматривается в главе 10, где говорится о планировании терапии.

#### *Анализ симптомов*

После того, как вы совместно с клиентом определили основную проблему, следует заняться ее тщательным анализом, в том числе в эмоциональном, когнитивном и поведенческом аспектах. Клиент должен ответить на вопросы, подобные приведенным ниже. Когда вы будете читать вопросы, подумайте над тем, какие именно проблемы клиентов можно изучать с их помощью (например, панические реакции, низкую самооценку, неудовлетворительные межличностные отношения, злоупотребление спиртными напитками или переизбыток еды, неспособность найти работу).

1. Когда впервые проявились данные симптомы? (Бывает, что у клиента ранее уже наблюдались подобные симптомы. В таком случае вам нужно исследовать их происхождение, а также их развитие и состояние в настоящее время.)

2. Где вы находились и что именно происходило в тот момент, когда вы впервые обратили внимание на данную проблему (обстановка, присутствующие люди и т.д.)?
3. Как вы пытались справиться с данной проблемой или избавиться от нее?
4. Какие меры оказались самыми эффективными?
5. Можете ли вы определить какие-либо ситуации, людей или события, которые обычно предшествуют данной проблеме?
6. Что именно происходит, когда начинают проявляться данные симптомы?
7. Какие мысли или образы появляются, когда это происходит?
8. Испытываете ли вы какие-либо физические ощущения до, во время или после появления данных симптомов?
9. Какие именно ощущения и в какой части тела вы испытываете? Опишите их как можно точнее.
10. Насколько часто вас беспокоит данная проблема?
11. Как долго длятся эти симптомы?
12. Влияет ли данная проблема на вашу способность функционировать на работе, дома, во время занятий спортом?
13. Как именно она мешает вашей работе, отношениям с другими людьми, учебе или хобби?
14. Опишите самый тяжелый опыт, связанный с данными симптомами. Когда симптомы проявляются особенно сильно, какие у вас мысли, образы, чувства?
15. Случалось ли когда-нибудь, что вы ожидали проявления данных симптомов, а они не проявились или проявились на очень короткое время, а затем исчезли?
16. Если бы вам нужно было оценить степень серьезности данной проблемы по 100-балльной шкале, когда единица означает отсутствие дистресса<sup>1</sup>, а 100 — дистресс настолько сильный, что вы можете наложить на себя руки или умереть, как бы вы оценили свое нынешнее состояние?
17. Во сколько баллов вы оценили бы самое худшее свое состояние когда-либо?
18. Каким баллом вы оценили бы самые слабые из переживавшихся вами когда-либо симптомов? Иначе говоря, наблюдалось ли когда-либо полное отсутствие данных симптомов?

---

<sup>1</sup> Дистресс — термин Г. Селье, означающий негативный стресс (противоположен позитивному стрессу — эустрессу). — Прим. ред.

19. Вы заметили какие-либо изменения, когда мы обсуждали ваши симптомы во время интервью? (Когда мы о них говорили, вы почувствовали себя хуже или лучше?)
20. Если бы вас попросили дать название данным симптомам и их влиянию на вас подобно тому, как называют книгу или пьесу, какое название вы выбрали бы?

Вопросы расположены в таком порядке, который остается более или менее неизменным во многих клинических интервью. Однако сами эти вопросы и их порядок отнюдь не стандартизированы. Перед проведением приемного интервью вам может понадобиться список вопросов, подобный этому, чтобы вы смогли привести его в соответствие с вашим стилем. Можно добавить новые вопросы, некоторые вопросы можно опустить — пока вы не убедитесь, что список вопросов отвечает вашим конкретным целям. Мы советуем вам постоянно перерабатывать эти вопросы, с тем чтобы повысить эффективность интервьюирования и восприимчивость к клиентам. Практикуясь в проведении приемного интервью, вы можете менять количество вопросов, — это поможет вам определить, сколько вопросов вы сможете реально задать в течение одного интервью.

Порой даже самые совершенные планы заканчиваются провалом. Клиенты могут мастерски сбивать интервьюера с курса. Иногда даже нужно позволить клиенту сбить себя с курса, потому что отклонение от заранее установленной последовательности вопросов может вывести вас на другую, возможно более значимую проблему (например, жестокое обращение, сексуальное насилие или суицидальные наклонности). Поэтому можно отклониться от запланированного перечня вопросов и проблем. Хотя вам следует прилагать усилия к тому, чтобы оставаться в рамках установленной задачи, нельзя терять гибкости, чтобы не проглядеть важные ориентиры, указывающие на проблемные сферы клиента.

#### *Концептуализация проблем*

Некоторые авторы рекомендуют использовать системы концептуализации проблем при анализе симптомов клиента (*Cormier & Cormier, 1998; Seay, 1978*). Обычно эти системы базируются на определенной теории, однако некоторые из них отражают теоретическую эклектичность (*Cormier & Cormier, 1998; Lazarus, 1976*). Большинство систем для анализа и концептуализации проблем требуют от интервьюера пристального внимания к заранее определенным, конкретным сферам функционирования клиента.

Арнольд Лазарус (*Lazarus, 1976, 1981*) разработал “полиmodalный” поведенчески-эклeктический подход. Он считает, что проблемы следует оценивать и разрешать посредством семи специфических сфер, или модальностей. Лазарус (*Lazarus, 1976*) предложил акроним из начальных букв названий элементов своей полиmodalной системы, на английском языке он звучит *BASIC ID*.

**Поведение** (*Behavior*). Система А. Лазаруса предусматривает анализ определенных поведенческих откликов. Особый акцент делается на тех моделях поведения, которые проявляются слишком часто или слишком редко. Сюда относятся позитивные или негативные привычки или реакции. Интервьюер с полиmodalной ориентацией может спросить клиента: “Есть ли у вас какие-нибудь привычки, от которых вы хотели бы избавиться?” или “Есть ли такие вещи, которыми вы хотели бы заниматься почаще?” Таким образом интервьюер определяет, какие именно модели поведения клиент хочет ослабить или укрепить с помощью терапии.

**Аффекты** (*Affect*). Лазарус определяет *аффекты* как чувства, настроения и другие эмоции, о которых сообщает и которые описывает клиент. Интервьюер может спросить клиента: “Что делает вас счастливым или поднимает вам настроение?” или “Какие эмоции доставляют вам больше всего неприятностей?”

**Ощущения** (*Sensation*). Эта модальность относится к сенсорной обработке информации. Например, клиенты сообщают об определенных физических симптомах, связанных с чрезмерным беспокойством (например, удушье, повышенная температура, учащенное сердцебиение). Интервьюер, придерживающийся полиmodalного подхода, может спросить клиента: “Вы испытываете какие-либо неприятные физические ощущения, например боли?” и “Что вызывает эти неприятные ощущения?”

**Образы** (*Imagery*). Образы — следствие внутренних визуальных когнитивных процессов. Клиенты часто видят мысленные образы себя или будущих событий, которые влияют на их функционирование. Интервьюер, придерживающийся полиmodalного подхода, спрашивает: “Когда вы начинаете беспокоиться, какие зрительные образы вы видите?”

**Когниции** (*Cognition*). Лазарус убежден в необходимости тщательной оценки моделей мышления и убеждений клиента. Этот процесс обычно включает оценку искаженных или иррациональных моделей мышления, которые стали почти автоматическими и ведут к эмоциональным страданиям. Интервьюер может спросить: “Какие мысли приходят вам в голову, когда вы встречаете незнакомого человека?” и “Какие положительные установки вы себе даете в течение дня?”

**Межличностные отношения** (*Interpersonal relationships*). Данная модальность относится к таким межличностным факторам, как коммуникативные навыки, модели отношений, умение отстаивать свою точку зрения, которые проявляются в ролевой игре и при общении клиента и интервьюера во время интервью. Возможные вопросы в этой сфере включают следующие: “Как бы вы описали позитивные или прочные отношения, которые у вас сложи-