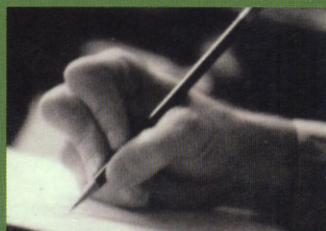


ТРЕТЬЕ **3^Е** ИЗДАНИЕ



КЛИНИЧЕСКОЕ

ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ



ДЖОН СОММЕРЗ-ФЛАНАГАН
РИТА СОММЕРЗ-ФЛАНАГАН

КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ

3-е издание

CLINICAL INTERVIEWING

THIRD EDITION

*John Sommers-Flanagan
and
Rita Sommers-Flanagan*



John Wiley & Sons, Inc.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ

3-е издание

Джон Соммерз-Фланаган
Рита Соммерз-Фланаган



Москва ♦ Санкт-Петербург ♦ Киев
2006

ББК (Ю)88
С61
УДК 159.9.072.422

Компьютерное издательство “Диалектика”

Зав. редакцией *Н.М. Макарова*

Перевод с английского *В.В. Кулебы*

Под редакцией канд. психол. наук *Э.В. Крайникова*

По общим вопросам обращайтесь в издательство “Диалектика” по адресу:
info@dialektika.com, <http://www.dialektika.com>
115419, Москва, а/я 783; 03150, Киев, а/я 152

Соммерз-Фланаган, Джон, Соммерз-Фланаган, Рита.

С61 Клиническое интервьюирование, 3-е издание.: Пер. с англ. — М.: Издательский дом “Вильямс”, 2006. — 672 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 5-8459-0895-7 (рус.)

Перед вами третье издание одного из лучших учебников по клиническому интервьюированию, написанное известными клиническими психологами. В нем читатель найдет исчерпывающую информацию по структурным моделям клинического интервью, написанию приемного отчета, исследованию психического статуса, интервьюированию клиентов с субстанциональными зависимостями, особенностям работы с суицидальными клиентами, детьми и семейными парами. Теоретические выкладки сопровождаются описаниями клинических случаев. Кроме того, в книге особое внимание уделено межкультурным аспектам клинического интервьюирования.

Клиническое интервьюирование, 3-е издание, будет интересно не только для студентов-психологов, но и для преподавателей, профессиональных клиницистов.

ББК (Ю)88

Все права защищены. Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства JOHN WILEY & Sons, Inc.

No part of this publication may be reproduced, stored in retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning or otherwise, except as permitted under Sections 107 or 108 of the 1976 United States Copyright Act, without either the prior written permission of the Publisher, or authorization through payment of the appropriate per-copy fee to the Copyright Clearance Center, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, (978) 750-8400, fax (978) 750-4470.

Russian language edition published by Williams Publishing House according to the Agreement with R&I Enterprises International, Copyright © 2006.

Authorized translation from English language edition published by John Wiley & Sons, Inc.. Copyright © 2003.

ISBN 5-8459-0895-7 (рус.)

© Компьютерное изд-во “Диалектика”, 2006
перевод, оформление, макетирование

ISBN 0471415472 (англ.)

© John Wiley & Sons, Inc. 2003

Оглавление

Об авторах	16
Предисловие	17
Часть I. Профессия клинического интервьюера	23
Глава 1. Введение. Цели книги и ее организация	24
Глава 2. Обоснование и подготовка	44
Часть II. Слушание и развитие взаимоотношений	95
Глава 3. Основные навыки внимания, слушания и действия	96
Глава 4. Директивные техники: вопросы, объяснения, убеждение, советы и прочее	139
Глава 5. Терапевтические отношения и клиническое интервьюирование	170
Часть III. Структурирование и оценка	215
Глава 6. Структура клинического интервью	216
Глава 7. Приемное интервью и отчетность	262
Глава 8. Исследование психического статуса	333
Глава 9. Диагностика суицидальности	377
Глава 10. Диагностика и планирование терапии	429
Часть IV. Клиническое интервьюирование отдельных категорий клиентов	471
Глава 11. Клиническое интервьюирование детей	472
Глава 12. Клиническое интервьюирование пар и семей	517
Глава 13. Межкультурные аспекты клинического интервьюирования	565
Список литературы	611
Предметный указатель	654

Содержание

Об авторах	16
Предисловие	17
Структура и содержание книги	19
Ждем ваших отзывов!	22
Часть I. Профессия клинического интервьюера	23
Глава 1. Введение. Цели книги и ее организация	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
Глава 2. Обоснование и подготовка	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
Часть II. Слушание и развитие взаимоотношений	95
Глава 3. Основные навыки внимания, слушания и действия	96
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

Глава 4. Директивные техники: вопросы, объяснения, убеждение, советы и прочее	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
Глава 5. Терапевтические отношения и клиническое интервьюирование	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
Соппротивление	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
Часть III. Структурирование и оценка	215
Глава 6. Структура клинического интервью	216
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

Глава 7. Приемное интервью и отчетность	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

Глава 8. Исследование психического статуса	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
Глава 9. Диагностика суицидальности	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 завершеного 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
Глава 10. Диагностика и планирование терапии	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

Глава 11. Клиническое интервьюирование детей	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
Глава 12. Клиническое интервьюирование пар и семей	517
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

Глава 13. Межкультурные аспекты клинического интервьюирования	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
Список литературы	611
Предметный указатель	654

Об авторах

Джон Соммерз-Фланаган — клинический психолог, специализирующийся на работе с трудными подростками. Кроме того, он исполнительный директор *Families First*, частной некоммерческой организации, цель которой — обучать и поддерживать родителей. Джон — активный член Американской психологической ассоциации и Американской ассоциации консультантов. Он занимается обучением и супервизией студентов различных специальностей. Часто выступает по радио и телевидению с научно-популярными лекциями по прикладной психологии. В свободное время любит читать, работать в саду, заниматься разными видами спорта, есть овсяные оладьи по субботам и проводить время с семьей.

Рита Соммерз-Фланаган — клинический психолог. Преподает психологическое консультирование, занимается реабилитационным консультированием. Кроме неустанного изучения эффективного клинического интервьюирования, Рита преподает и издает работы по прикладной этике, теориям психологического консультирования и психотерапии, феминистическому подходу в психотерапии. Ее преподавательская работа в Белизе и Великобритании способствовала повышению интереса к глобальным проблемам психического здоровья.

Как Джона, так и Риту часто приглашают для проведения лекций, семинаров, научных докладов. В соавторстве они написали большое количество научных статей и опубликовали четыре книги, в том числе *Tough Kids, Cool Counseling* и *Problem Child or Quirky Kid*. Пятая книга — *Theories and Techniques of Counseling Psychotherapy* — вскоре выйдет из печати.

Предисловие

Я советую учителям лелеять живой ум. Думаю, что о грамматике, письме, чтении и арифметике вы позаботитесь, — это нетрудно, и, конечно же, вы будете этим заниматься. Но постарайтесь тайком пронести в класс немного остроумия, фантазии, находчивости, мысли.

Ральф Уолдо Эмерсон¹, “Избранная проза и поэзия”

На страницах нашей книги мы воспользовались советом Эмерсона. Эта работа — серьезное исследование клинического интервьюирования как профессиональной деятельности; она включает азы профессионального интервьюирования. Но, следуя Эмерсону, мы пронесли кое-какую “контрабанду” и рекомендуем вам делать то же самое. В частности, время от времени мы прибегаем к юмору, объясняем теоретические положения с помощью практики (в форме различных видов деятельности, развивающих специальные навыки), приводим примеры успехов и неудач из собственной клинической практики и практики наших коллег. Мы надеемся, что вы, со своей стороны, подойдете к изучению клинического интервьюирования со всей серьезностью. Именно такого отношения требует наша профессия, поскольку подразумевает помощь людям, испытывающим эмоциональные страдания. Мы также надеемся, что вы привнесете в процесс обучения что-то нестандартное. В частности, мы рассчитываем, что этой “контрабандой” станет ваша личность.

Клиническое интервьюирование — практическая деятельность, требующая непосредственного опыта обучения. Трудно представить, что можно научиться общаться, оценивать и оказывать профессиональную помощь людям, просто проштудировав соответствующий учебник. Тем не менее именно такова цель нашей книги. Мы надеемся, что ее изучение — в сочетании с семинарскими занятиями, учебной и клинической практикой, советами коллег и супервизоров — поможет вам, будущим специалистам, овладеть искусством и наукой клинического интервьюирования, понять его закономерности и секреты.

¹ Эмерсон, Ральф Уолдо (1803–1882) — американский философ и писатель, жизненный идеал которого — простая и мудрая жизнь в единении с природой. — Прим. ред.

Эта книга — третье издание, юбилейное. Впервые наша работа *Clinical Interviewing* была опубликована десять лет назад. С тех пор мы стали не только на десять лет старше, но — мы надеемся — и на десять лет мудрее. Это означает, помимо всего прочего, что у нас было десять лет для того, чтобы подумать над первым изданием нашей книги. Мы внесли множество усовершенствований. К ним, в частности, относятся следующие.

- Более выраженные поликультурные акценты. Появилась новая рубрика — “Индивидуальное и культурное”.
- Ориентация на современные концепции психологии, психиатрии, консультирования — мы приводим более ста новых цитат.
- В главах 6 и 10 появились новые разделы о науке клинического интервьюирования.
- Глава 7 пополнилась дополнительным разделом о составлении отчетов, включающим схему отчета и образец отчета о приемном интервью.
- В главе 7 появились новые разделы об интервьюировании клиентов, страдающих алкоголизмом и наркоманией, а также людей, перенесших психическую травму (с акцентом на использование мотивационных принципов и стратегий интервьюирования).
- В главу 8 включен новый раздел об индивидуальных и культурных факторах, которые следует учитывать при исследовании психического статуса клиента.
- Пересмотрен и исправлен раздел главы 10, посвященный депрессии.
- Глава 10 дополнена новыми факторами суицидального риска и стратегиями терапевтической интервенции.
- Уменьшилось количество глав — мы сократили главы 2 и 3 и объединили их в одну, чтобы читателю было легче понять суть клинического интервьюирования.
- Появились новые примеры из клинической практики. В частности, в главе 13 описаны пять случаев из клинической практики интервьюирования.
- Обновилась и расширилась информация для преподавателей, доступная в режиме on-line на сайте www.wiley.com.
- Облегчен контакт с авторами — читатели могут задать нам свои вопросы, поделиться комментариями и соображениями, используя электронную почту. Наш адрес: sommersflanagan@hotmail.com.

Надеемся, что эти изменения окажутся полезными и не помешают новой книге быть такой же удобной для обучения, как две предыдущие версии. Мы пытались сохранить доступность стиля. Хотелось бы, чтобы студенты не только изучали клиническое интервьюирование (и узнавали новое о себе), но и получали удовольствие от чтения нашей книги. Мы хотим, чтобы процесс обучения приносил радость. Надеемся, что новая редакция оправдает рецензию А. Худа на второе издание нашего учебника (*Contemporary Psychology, 2000*):

Его использование будет зависеть от метода преподавания, но если его будут использовать, я думаю, он станет для студентов одним из любимых учебников (*Hood, 2000, p. 457*).

СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ КНИГИ

Книга разделена на четыре части. Часть I, “Профессия клинического интервьюера”, включает две главы. В главе 1, “Цели книги и ее организация”, мы рассказываем о нашей общей концепции клинического интервьюирования. Мы знакомим читателя с основными принципами современного интервьюирования, говорим о необходимости развития вашей собственной теоретической позиции и философской парадигмы. В главе 2, “Обоснование и подготовка”, мы пытаемся дать определение клинического интервьюирования, анализируем общие факторы физического окружения при интервьюировании, обсуждаем важнейшие профессиональные и этические проблемы.

Часть II, “Слушание и развитие взаимоотношений”, состоит из трех глав, в которых описывается широкий спектр недирективных и директивных откликов, а также моделей поведения, способствующих установлению эффективных взаимоотношений с клиентами в контексте клинической ситуации. Для многих людей (включая профессиональных психологов и психиатров) слушание не есть чем-то легким или естественным, поэтому мы описываем основные компоненты поведения слушания в главе 3 (“Основные навыки внимания, слушания и действия”). Глава 4, “Директивные техники: вопросы, объяснения, убеждение, советы и прочее”, включает описание различных директивных техник, которыми может воспользоваться клинический интервьюер. В главе 5, “Терапевтические отношения и клиническое интервьюирование”, природа и назначение интервью рассматриваются с различных теоретических позиций.

Часть III, “Структурирование и оценка”, включает пять глав. Их цель — помощь в овладении процедурами более директивного характера; эти процедуры предназначены специально для сбора диагностической информации

с помощью клинического интервью. Глава 6, “Структура клинического интервью”, рассказывает об основных этапах интервью и включает краткий раздел о науке интервьюирования. Глава 7, “Приемное интервью и отчетность”, посвящена проведению приемного интервью, специфике написания отчета, а также другим аспектам первой встречи интервьюера и клиента в клинических условиях. В главе 8 сжато объясняются принципы исследования психического статуса. Знаниями и навыками, необходимыми для проведения этой процедуры, должен обладать каждый специалист, работающий в психиатрических клиниках и лечебных учреждениях, а также имеющий дело с клиентами, страдающими алкогольной и наркотической зависимостью. В главе 9, “Диагностика суицидальности”, подробно рассказывается о стратегиях клинического интервьюирования, применяемых для выявления и оценки суицидальных наклонностей. В этой главе описываются факторы суицидального риска, технические процедуры интервьюирования, возможные реакции интервьюера на суицидальных клиентов. Последняя глава этой части, “Диагностика и планирование терапии”, предлагает будущим специалистам концепции психиатрического диагноза и принципы планирования терапии. В условиях системы современного здравоохранения и лимита времени диагностика и планирование терапии приобретают особую значимость для компетентного интервьюирования.

Часть IV, “Клиническое интервьюирование отдельных категорий клиентов”, состоит из трех глав. В главе 11 описаны основные принципы клинического интервьюирования детей и подростков. В главе 12 обсуждаются вопросы работы с парами и семьями. И, наконец, в главе 13 (“Межкультурные аспекты клинического интервьюирования”), написанной в соавторстве с Дарреллом Столлом, мы обсудим принципы и стратегии интервьюирования клиентов, принадлежащих к различным этнокультурным группам. Каждая из упомянутых отдельных социальных групп представляет собственное направление в психологии и психиатрии. Мы знакомим читателя с самыми общими принципами работы с данными категориями клиентов. Для того чтобы стать компетентным специалистом в этой области, необходимо дальнейшее обучение, специальный тренинг и супервизия опытного наставника.

На протяжении всей книги мы приводим примеры из нашей клинической практики и личного опыта. Хотим обратить ваше внимание на то, что мы изменили некоторую информацию, чтобы обеспечить анонимность и защитить личную жизнь наших клиентов.

Неудивительно, что многие влиятельные люди оказали нам большую помощь. Прежде всего хочется отметить Трейси Бельмонт, нашего редактора,

с которой нам было исключительно приятно работать. Это человек, в котором авторы смогут найти необычное, но идеальное сочетание восторженной поддержки и внимания к мелочам. Мы с нетерпением ждем возможности вновь поработать с ней в рамках дополнительных проектов издательского дома *Wiley & Sons*, пообщаться на научных конференциях. Благодарим также Керстин Насдео из того же издательства, чьи организационные навыки сделали редактирование в режиме on-line настолько приятным, насколько это возможно.

Многие коллеги были и остаются источником вдохновения и поддержки в нашей жизни и научной деятельности. Все они заслуживают самой искренней благодарности. Это Кристин Фиоре, преподаватель клинического интервьюирования из штата Монтана, которая нас очень поддерживает и помогает многое понять; Джен Воллерсгейм, наш первый проводник в области диагностики суицидальных наклонностей; Фил Борнштейн, который научил нас ценить объективные доказательства; Скотт Мейер и Сьюзан Дэвис, соавторы книги *Elements of Counseling* (“Составляющие консультирования”), которым принадлежит часто цитируемая фраза “Критикуй лишь настолько, насколько ты поддержал”; Пол Силверман, специалист в области психологии развития, который стал первым читателем главы о клиническом интервьюировании детей и подростков; Шерри Кормье, автор уже почти классической работы *Interviewing Strategies for Helpers* (“Стратегии интервьюирования для желающих помочь”); Джек Уоткинс, знаменитый гипнотерапевт, который прочитал нам прекрасную лекцию о психоаналитических конструктах; Даррелл Столл, который с энтузиазмом взялся за обновление главы о поликультурном интервьюировании.

Конечно же, остается еще множество друзей, родственников и коллег, которых мы не в состоянии назвать поименно. Мы надеемся, что вы понимаете, насколько ценным был ваш вклад в эту работу.

ЖДЕМ ВАШИХ ОТЗЫВОВ!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие замечания, которые вам хотелось бы высказать в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам бумажное или электронное письмо, либо просто посетить наш Web-сервер и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Посылая письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию последующих книг. Наши координаты:

E-mail: info@dialektika.com

WWW: <http://www.dialektika.com>

Информация для писем из:

России: 115419, Москва, а/я 783

Украины: 03150, Киев, а/я 152

ЧАСТЬ I

**Профессия клинического
интервьюера**

ВВЕДЕНИЕ. ЦЕЛИ КНИГИ И ЕЕ ОРГАНИЗАЦИЯ

Нельзя надеяться на построение лучшего мира без совершенствования отдельных индивидов. Для этого каждый из нас должен работать над совершенствованием самого себя и в то же время разделять общую ответственность за все человечество, потому что наш личный долг — помочь тем, кому, по нашему представлению, мы можем быть наиболее полезны.

Мария Кюри

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Данная глава знакомит читателя с клиническим интервьюированием, помогает сориентироваться в целях книги и ее организации. Кроме того, читатель сможет узнать:

- о теоретических основах различных подходов к задаче интервьюирования;
- об основных требованиях, предъявляемых к клиническим интервьюерам;
- о преимуществах и недостатках недирективного клинического интервью;
- о целях и задачах данной книги.

Представьте, что к вам пришел ваш первый клиент¹. Перед этим вы тщательно подобрали себе костюм, продумали интерьер своего кабинета, настроили видеокамеру и набросали план интервью. Вы делаете все возможное, чтобы ваши поза и лицо выражали участие и готовность помочь. И вот представьте теперь, что клиент замкнулся и молчит, или болтает без умолку, или просит позволения закурить, или начинает плакать. Что вы будете говорить? Что будете делать?

Все ваши клиенты — и самый первый, и те, которые придут после него — будут уникальны и неповторимы. Ваша задача или миссия (если вы примете ее) будет заключаться в том, чтобы налаживать человеческие отношения с каждым из этих непохожих друг на друга клиентов, строить рабочий альянс (т.е. отношения сотрудничества), собирать ин-

¹ Под термином “клиент” здесь и далее понимается индивид как женского, так и мужского пола. — Прим. ред.

формацию, возвращать утраченную надежду и, если это уместно, давать вразумительные и полезные рекомендации. В довершение всего вы должны вовремя закончить интервью, причем так, чтобы не обидеть клиента. Да, задача не из легких.

Если вы интересуетесь интервьюированием, то, вероятно, хотите узнать о том, как — пользуясь словами Марии Кюри — построить лучший мир, помогая индивидам совершенствоваться. Итак, представляя встречу со своим первым клиентом, вы, конечно же, хотите знать, как вести себя в том случае, если он отказывается говорить, тараторит без умолку, просит закурить или плачет. Будущий психолог-консультант, социальный работник или психотерапевт² выбрал себе нелегкую профессию. Чтобы работать в сфере психического здоровья, нужно обладать соответствующим интеллектом, быть социально зрелым человеком, уметь контролировать свои эмоции, постоянно повышать свою квалификацию, быть сострадательным, аутентичным³ и мужественным. В будущем вам предстоит напряженная учеба — занятия, семинары, супервизии⁴ и другие виды учебной деятельности. Фактически, чтобы не потерять квалификацию, вам придется учиться всю жизнь.

Клиническое интервьюирование — основа профессиональной подготовки специалиста в области психического здоровья. Клиническое интервью определяет первый контакт с клиентом. Это главное связующее звено между тем, кто нуждается в помощи, и тем, кто может ее оказать. Это начало консультационных или психотерапевтических отношений. Это краеугольный камень психологической оценки. А также предмет этой книги.

ПРИГЛАШАЕМ К РАБОТЕ

Эта книга поможет вам освоить базовые и углубленные навыки клинического интервьюирования. Из следующих глав вы узнаете сначала об элементарных навыках слушания, а потом и о более сложных, продвинутых методиках — таких, например, как проведение приемного интервью, исследование психического статуса, диагностика суицидальных наклонностей. Мы приветствуем

² Эти три профессии можно объединить термином “специалист в области психического здоровья”. — Прим. ред.

³ Аутентичный (греч. *authentikos*) — подлинный, исходящий из первоисточника, искренний. — Прим. ред.

⁴ Супервизия (от лат. *super* — сверху, над, *visio* — видение) — форма обучения психологическому консультированию или психотерапии, когда студент самостоятельно занимается с клиентом под наблюдением опытного специалиста с последующим обсуждением с ним своей работы; часто супервизия ограничивается лишь обсуждением клинических случаев. — Прим. ред.

вас как нового коллегу и последователя (той школы, в которую нужно ходить всю жизнь). Профессия специалиста в области психического здоровья очень трудная и в то же время благодарная. Дж. Норкросс утверждает следующее.

подавляющее большинство практикующих специалистов в области психического здоровья удовлетворены своей работой и выбрали бы эту профессию снова, если бы им было известно то, что они знают сейчас. большей частью наши коллеги чувствуют себя обогащенными, находящимися на пути личностного роста... (Norcross, 2000, p. 712).

Многих читателей наша книга будет сопровождать в их первых шагах на пути приобретения непосредственного практического опыта⁵ становления как специалистов в области психического здоровья. Что касается тех читателей, которые обладают значительным стажем клинической работы, книга поможет им глубже осмыслить имеющийся опыт, обеспечивая более систематизированный контекст обучения. В любом случае мы надеемся, что наша книга станет для вас стимулом и поможет овладеть навыками, необходимыми для компетентного и профессионального клинического интервьюирования.

Вот что писал в своей книге *Wisdom of the Body* (“Мудрость тела”) Уолтер Кэннон.

Если учесть крайнюю нестабильность нашей телесной структуры, ее подверженность расстройствам вследствие самого незначительного воздействия внешних сил... то ее сохранение в течение многих десятилетий кажется почти сверхъестественным. Мы еще больше удивимся, когда узнаем, что это открытая система, которая включена в свободный взаимообмен с внешним миром, и что эта структура сама по себе непостоянна, но постоянно выходит из строя вследствие износа и так же постоянно отстраивается в процессе восстановления (Cannon, 1939, p. 20).

Очевидно, что это замечание приложимо и к психике. Сама по себе структура непостоянна, и — с чем многие из нас с готовностью согласятся — в жизни нам приходится переживать самые разные события, одни из которых вредят нашей психике, а другие способствуют ее восстановлению. Для большинства людей, переживших или переживающих психологические либо эмоциональные трудности и ищущих исцеления, клиническое интервью становится отправной точкой на пути к восстановлению целостности их “Я”.

⁵ Здесь и далее под словом “опыт” следует понимать как внешний, так и внутренний опыт, т.е. те события и явления, которые “проживаются” человеком. — Прим. ред.

ОСНОВЫ ОБУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОМУ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЮ

Как и у всех остальных авторов, у нас есть базовая философия и воззрения, которые определяют форму и содержание нашей работы. В книге мы пытаемся определить наши позиции и доктрины, объяснить их и дать возможность читателю самому согласиться или не согласиться с ними.

Мы хотим раскрыть наши основные позиции в отношении клинического интервьюирования. Во-первых, мы рассматриваем его как сплав искусства и науки. Это означает, что вы должны упражнять свой интеллект, а помогут в этом учеба и критическое мышление. Далее, следует развивать и расширять спектр личностных качеств, необходимых для проведения эффективного интервью. Мы рекомендуем вникать в теоретико-методологические проблемы для оттачивания интеллекта, а также точной настройки самого важного инструмента клинического интервьюирования, которым вы обладаете, — себя. Во-вторых, отталкиваясь от слов У. Кэннона, мы убеждены, что с точки зрения клиента интервьюирование *всегда* должно восприниматься как положительный жизненный опыт, процесс восстановления, регенерации. Причины, обуславливающие необходимость клинического интервьюирования, равно как и уровень квалификации практикующих его специалистов, могут варьироваться. Однако остается неизменной задача, к которой много веков назад призывал врачей Гиппократ: по мере сил старайтесь не допустить, чтобы опыт интервьюирования навредил вашему клиенту.

У нас также есть твердые убеждения относительно того, *каким образом* лучше всего приобретать и развивать навыки клинического интервьюирования. Эти убеждения основаны на нашем опыте учебы и преподавания, а также на состоянии научного знания в этой сфере (Hill, 2001).

В оставшейся части этой главы мы в общих чертах изложим наш подход к обучению клиническому интервьюированию, философскую ориентацию, цели и задачи данной книги.

Последовательность обучения

Мы убеждены, что многие — хотя и не все — студенты могут научиться проводить квалифицированное клиническое интервью. Кроме того, мы считаем, что лучший способ обучения — это последовательное освоение следующих навыков и методик.

1. Как научиться молчать и сосредотачиваться на том, что сообщает вам клиент (вместо того чтобы обращать внимание на *собственные* мысли или чувства).

2. Как устанавливать эмоциональный контакт и налаживать рабочий альянс с широким кругом клиентов, которые отличаются друг от друга самыми разными характеристиками: возрастом, культурными особенностями, сексуальной ориентацией, социальной принадлежностью и интеллектуальными способностями.
3. Как лучше всего собирать диагностическую или оценочную информацию о клиенте и его проблеме.
4. Как адекватно подбирать и правильно применять методы и приемы индивидуального консультирования или психотерапии.
5. Как оценивать реакцию клиента на ваши методы и приемы психологического консультирования или психотерапии.

Наша книга ограничивается рассмотрением первых трех навыков, указанных в списке. Мы не даем детальной информации по проблемному или диагностическому консультированию, психотерапевтическим методам и приемам, однако мы касаемся их при рассмотрении ситуаций, с которыми может столкнуться начинающий интервьюер.

Как научиться молчать и слушать клиента

Профессиональным интервьюерам необходимо научиться молча слушать клиента; им нужно сдерживать естественное желание помочь, обуздывать свое “Я” и негативные эмоции. Недирективное слушание — это азы клинического интервьюирования. Оно особенно важно на начальных этапах клинического интервью. Как утверждает С. Шей, “...в начальной фазе интервьюер говорит очень мало... Особый акцент делается на открытых вопросах и открытых утверждениях, чтобы помочь клиенту разговариваться” (*Shea, 1998, p. 66*).

Молчание и недирективное слушание интервьюера призваны помочь клиенту обрести собственный голос и рассказать свою историю. К сожалению, очень тяжело хранить молчание и внимательно слушать, поскольку при исполнении своих служебных обязанностей специалисту в области психического здоровья бывает трудно “отключить” или минимизировать свою психическую активность. Психическое напряжение и возбужденность — обычные явления, сопровождающие работу клинического интервьюера. Это объясняется тем, что ему хочется немедленно разрешить все проблемы клиента. Однако это может привести к произвольной авторитарности интервьюера или даже его доминированию над клиентом.

Преждевременная активность и директивность как начинающих, так и опытных клиницистов чревата притуплением их восприимчивости и утра-

той терапевтического эффекта⁶. Данная точка зрения перекликается с советом, который дают Х. Страпп и Дж. Байндер: "...терапевст⁷ не должен поддаваться побуждению что-нибудь сделать, особенно когда он чувствует давление со стороны клиента (или свое собственное), побуждающее вмешаться, действовать, утешать и т.д." (*Strupp & Binder, 1984, p. 41*).

Даже в условиях целенаправленной терапевтической интервенции при проведении профессионального интервьюирования, в большинстве ситуаций именно применение недирективных техник позволяет клиенту осознать собственные мысли, чувства и поведение (*Daniels, 2001*). Если это возможно, интервьюер должен помочь клиенту самому проявлять инициативу и совершать открытия (*Meier & Davis, 2001; Strupp & Binder, 1984*). Мы считаем, что *поощрять* самовыражение клиента — профессиональная задача интервьюера. С другой стороны, учитывая временные рамки, которые, как правило, налагаются на психологическое консультирование или психотерапию, в обязанности такого специалиста входит также *ограничение* самовыражения своих клиентов. Независимо от того, поощряете вы самовыражение клиентов или нет, проблема заключается в том, чтобы делать это квалифицированно.

Как установить контакт и наладить позитивные терапевтические отношения

Перед освоением навыков диагностики и терапевтической интервенции интервьюер должен научиться устанавливать эмоциональный контакт и налаживать позитивные терапевтические отношения с клиентом. Эта задача включает обучение активному слушанию, эмпатическому реагированию и другим поведенческим навыкам, способствующим развитию и поддержанию эмоционального контакта (*Othmer & Othmer, 1994*). Представители всех направлений и школ соглашаются с важностью установления терапевтического контакта с клиентом перед началом консультационного или психотерапевтического процесса (*Goldfried & Davison, 1976; Luborski, 1984; Patterson & Watkins, 1996*). Некоторые ученые называют это *раппортом*⁸, другие говорят о прочных терапевтических отношениях (*Sommers-Flanagan, 1997*). Развитие навыков, позволяющих устанавливать контакт с клиентами, принадлежащими к разным культурам, учитывая также разнообразие возни-

⁶ Т.е. профессиональным выгоранием. — Прим. ред.

⁷ Термин "терапевст" постепенно входит в русский язык в значении "специалист, проводящий психотерапию или тренинг, с медицинским или немедицинским образованием" (Е. И. Исенина, 1994). — Прим. ред.

⁸ Понятие "раппорт" обычно используется для обозначения связи, устанавливающейся между гипнотизером и гипнотизируемым. — Прим. ред.

кающих ситуаций, может оказаться весьма сложной задачей (Ivey, D'Andrea, Ivey, & Simek-Morgan, 2002; Vontress, Johnson, & Epp, 1999).

Большинство интервьюеров хотят помочь своим клиентам. Они также испытывают естественное желание точно знать, как добиться максимального терапевтического эффекта. В результате новички суетятся и сосредотачиваются на том, что *делать* с клиентом, а не на том, какими им *быть* по отношению к нему. Сосредоточение прежде всего на отношении способствует развитию здорового рабочего альянса между специалистом в области психического здоровья и его клиентом (Dickson & Bamford, 1995). В части II этой книги (главы 3 и 4) мы вплотную приступим к рассмотрению навыков, необходимых для формирования позитивных консультационных или психотерапевтических отношений.

Освоение навыков психологической диагностики и оценки

После того как интервьюер научился слушать и строить позитивные терапевтические отношения с клиентом, ему следует освоить навыки и приемы психологической диагностики и оценки. Хотя необходимость в оценке и достоверность психологического диагноза — вопросы во многих отношениях спорные (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1998; Szasz, 1961, 1970; Wakefield, 1997), приступать к консультированию или психотерапии без адекватной оценки нежелательно, непрофессионально и потенциально опасно (Corey, 2001; Hadley & Strupp, 1976). Подумайте, как бы вы себя чувствовали, если бы пригнали свой неисправный автомобиль на станцию техобслуживания, а механик начал бы просто копать в двигателе, даже не поинтересовавшись, что стряслось. Конечно, клиническое интервьюирование существенно отличается от ремонта машин, однако наша аналогия показывает важность проведения психодиагностических и оценочных процедур до его начала. Более десяти лет назад Э. Фарес сделал заключение, что предварительная диагностика стала общепризнанной необходимостью в психологии.

Интуитивно все мы понимаем цель диагностики или оценки. Прежде чем психотерапевты смогут назначить лечение, они должны понять характер заболевания. Прежде чем сантехники начнут колотить по трубам, они должны определить характер и местонахождение неисправности. То, что справедливо для медицины и сантехнического обслуживания, в равной мере справедливо и для клинической психологии. Не считая немногочисленных случаев, которые объясняются случайным везением, наша способность разрешать клинические проблемы непосредственно связана с нашим умением определять их (Phares, 1988, p. 142).

К применению методик и приемов психологического консультирования и психотерапии интервьюеру следует приступать только в том случае, если он:

1. научился сохранять спокойствие и молча слушать клиентов;
2. установил позитивные терапевтические отношения со своими клиентами;
3. определил индивидуальные потребности своих клиентов и терапевтические задачи с помощью процедур психологической диагностики и оценки.

Кроме того, применение начинающим интервьюером психотерапевтических методик должно проходить исключительно под профессиональной supervision опытного коллеги (*Watkins, 1995*).

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОРИЕНТАЦИЯ

Профессиональному интервьюеру следует приобрести в процессе обучения разносторонний опыт — как непосредственного ведения клиента, так и в области теории. Когда мы сами учились, мы усвоили важные уроки из разных теоретических направлений, даже тех, с которыми не соглашались. Как однажды заметил Зигмунд Фрейд (человек, которого никак нельзя назвать открытым и гибким), “существует множество способов и средств проведения психотерапии. Все, ведущие к выздоровлению, хороши” (цит. по: *Trilling & Marcus, 1961*).

В определенной степени все мы очень эклектичны в том, что касается терапии. Мы полагаем, что интервьюеру следует быть гибким, менять терапевтический подход, ориентируясь на клиента, проблему и контекст. Однако, как уже говорилось, если дело касается *обучения* клиническим навыкам, мы выступаем за такой подход, когда при проведении интервью сначала используются менее и лишь позже более директивные методы. Поэтому в первых главах книги мы делаем упор на личностно-ориентированные и психодинамические подходы. Начиная с недирективного подхода, мы надеемся подчеркнуть глубину и богатство человеческого взаимодействия. Позже, обращаясь к диагностическим процедурам в клиническом интервьюировании, мы уделяем внимание более директивным методам психотерапии: поведенческому, когнитивно-поведенческому и направленному на решение проблем.

Хотя личностно-ориентированные и психодинамические методы с точки зрения их теоретического обоснования не считаются близкими, и те и другие подразумевают, что на начальном этапе терапевт должен позволять клиентам свободно говорить о своих проблемах при минимальном внешнем структурировании и авторитарности (*Freud, 1940/1949; Luborsky,*

1984; Rogers, 1951, 1961). Другими словами, личностно-ориентированные и психодинамические методы схожи в том, что предоставляют клиентам свободу обсуждения любых личных вопросов и проблем, которые для них важны. Соответственно, эти методы называются недирективными и опираются в основном на слушание. (Было бы правильнее назвать личностно-ориентированные и психодинамические методы *менее* директивными, поскольку все терапевсты, осознанно или нет, оказывают на своих клиентов определенное влияние, а следовательно, в той или иной степени директивны.)

На самом деле личностно-ориентированные и психодинамические методы недирективны совсем по другим причинам. Согласно личностно-ориентированному подходу, считается, что если позволить клиентам свободно и открыто говорить, создавая атмосферу принятия и эмпатии, это способствует положительным переменам и их личностному росту. Карл Роджерс, создатель личностно-ориентированной терапии, прямо утверждает, что "...если кто-то полностью понимает их *чувства*, они способны сами принять их. И после этого клиенты обнаруживают, что и чувства, и они сами изменяются"⁹ (Rogers, 1961, p. 33).

Согласно К. Роджерсу, принятие клиента, конгруэнтность в отношениях с ним и эмпатическое понимание выступают необходимыми и достаточными условиями положительного личностного развития и исцеления. Мы подробнее рассмотрим определение Роджерсом трех этих составляющих, а также других теоретических направлений, в главе 5.

Психоаналитики тоже выступают за недирективные методы. Они полагают, что если клиент говорит не по принуждению, а руководствуясь свободными ассоциациями, это способствует выявлению во время психоаналитического сеанса неосознаваемых конфликтов (Freud, 1940/1949). Посредством интерпретации психоаналитик помогает своему клиенту вскрыть конфликты, после чего становится возможным их анализировать и разрешать сознательно и непосредственно.

Подобно личностно-ориентированным терапевтам, психоаналитики признают, что эмпатическое слушание само по себе может быть эффективным средством исцеления: "Часто недооценивают ту степень, в которой присутствие и эмпатическое слушание терапевта составляют самый мощный источник помощи и поддержки, какую один человек может предоставить другому" (Strupp & Binder, 1984, p. 41). Однако для психоаналитиков эмпатическое слу-

⁹ Цит. по: Роджерс К. *Взгляд на психотерапию. Становление человека.* /Пер. с англ. — М.: Издательская группа "Прогресс", "Универс", 1994. — 480 с. — с. 60. — Прим. ред.

шание обычно выступает хотя и необходимым, но не достаточным компонентом личностного роста и развития клиента (*Brenneis, 1994; Meissner, 1991*).

В отличие от поклонников личностно-ориентированных и психодинамических методов, приверженцы поведенческого, когнитивно-поведенческого и направленного на решение проблем подходов более склонны принимать на себя роль эксперта уже в начальной фазе первой терапевтической сессии. Они считают, что специфические мысли, личные системы взглядов и неадаптивные модели поведения вызывают психические и эмоциональные расстройства (*Beck, 1976; Hoyt, 1996; Kazdin, 1979*). Поэтому их основная задача заключается в выявлении и модификации или устранении неадаптивных моделей мышления и поведения, максимально быстрой и результативной замене их более адаптивными моделями, что разрешает социальные и эмоциональные трудности клиента. П. Кендолл и К. Бемис так описывают директивную ориентацию когнитивно-поведенческого подхода.

Задача когнитивно-поведенческого терапевта — действовать в качестве диагноста, воспитателя и технического консультанта, оценивающего неадаптивные когнитивные процессы и работающего с клиентом, чтобы сформировать корректирующий опыт, способный исправить те дисфункциональные когнитивные, поведенческие и эмоциональные модели, с которыми он соотносится (*Kendall & Bemis, 1983, p. 566*).

Вопреки этому описанию большинство терапевтов когнитивно-поведенческой ориентации признают также и роль эмпатического слушания как важного, хотя и не достаточного фактора изменения неадаптивного поведения (*Meichenbaum, 1997; Wright & Davis, 1994*). Майкл Махони, известный представитель когнитивно-поведенческой психотерапии, утверждает, что “взаимоотношения безопасности и заботы” составляют один из самых главных “общих принципов помощи человеку” (*Mahoney, 1991, p. 270*). Подобные заявления делали и другие представители этой школы. Примечательны утверждения Дж. Райта и Д. Дэвиса, опубликованные в первом номере журнала *Cognitive and Behavioral Practice*: “Мы пришли к единодушному выводу, что отношения — это самое важное для терапевтических изменений” и “Что касается специфической поведенческой психотерапии, те клиенты, которые считают своего врача добрым и сострадательным, будут активнее участвовать в терапии, результат будет более благоприятным” (*Wright & Davis, 1994, p. 26*).

Мы не утверждаем, что личностно-ориентированные и психодинамические методы эффективнее, чем когнитивные, поведенческие или другие. Контролируемые эксперименты показали, что когнитивная и поведенческая психотерапия, по меньшей мере, настолько же эффективна, как

и психодинамические и личностно-ориентированные методы, если не эффективнее (*Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Seligman, 1995; Smith, Glass, & Miller, 1980; Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986*). Наше намерение — доказать, как утверждали Р. Корсини и другие авторы (*Corsini, 1989; Hubble, Duncan, & Miller, 1999*), что формирование навыков недирективного интервьюирования становится надежным фундаментом для построения позитивных психотерапевтических отношений и освоения более прогрессивных и более активных (т.е. директивных) методик и приемов. Эта точка зрения подтверждается важными фактами (см. врезку “От теории к практике 1.1”).

От теории к практике 1.1

В чем преимущества недирективности?

Многие известные психотерапевты начинали работать в рамках психоаналитической парадигмы — Карен Хорни, Аарон Бек, Альберт Эллис, Фриц Перлз, Карл Роджерс и Нэнси Ходороу. Эти авторитетные теоретики и терапевты-практики разработали собственные методы, чему способствовали долгие годы недирективного слушания клиентов с разнообразными психическими расстройствами. Наша книга построена на идее, что людям, вступающим на поприще клинического интервьюирования, следует начать с недирективного слушания клиентов. Хотя нетерпение и желание помочь клиентам — естественная реакция начинающего специалиста в области психического здоровья, самой безопасной и, вероятно, самой эффективной моделью поведения на начальном этапе будет внимательное слушание. Как заметили Х. Страпп и Дж. Байндер, “согласно старой поговорке, популярной в штате Мэн, кто слушает, себе не навредит” (*Strupp & Bimder, 1984, p. 44*). Перечислим некоторые преимущества недирективного интервьюирования.

1. Гораздо легче начинать клиническое интервью в недирективном стиле, переходя затем к более директивному, чем наоборот (*Luborsky, 1984; Wolberg, 1995*).
2. Стратегии, разрабатываемые для целенаправленной терапевтической интервенции, требуют от интервьюера понимания психопатологии конкретного клиента. Это понимание позволит интервьюеру сделать верное заключение о том, как определенная стратегия поможет клиенту излечиться. Большинство же начинающих интервьюеров не имеют опыта работы в области психопатологии и психотерапии под наблюдением компетентных специалистов (т.е. супервизии), который необходим для применения более директивных техник терапевтической интервенции.

3. Недирективное интервьюирование — эффективное средство, помогающее начинающим интервьюерам использовать самоанализ и познать себя (*Sommers-Flanagan & Means, 1987*). Самоанализ помогает начинающим специалистам в области психического здоровья определиться с теоретической ориентацией и выбором эффективных методов работы.
4. Метод недирективного слушания, при условии адекватного применения, помогает снять возникающее у начинающих интервьюеров напряжение, которое и побуждает их действовать, активно помогать и что-то доказывать своим первым клиентам. Другими словами, недирективный подход помогает начинающему интервьюеру избавиться от навязчивого желания “сделать хоть что-нибудь, и сделать это правильно”.
5. Опасность обидеть первых клиентов или не достигнуть поставленной цели сводится к минимуму при применении недирективных методов (*Meier & Davis, 2001*). Хотя первыми клиентами начинающих интервьюеров обычно становятся добровольцы, однако даже в ролевой игре, когда патологии могут быть вымышленными, будущий клиницист имеет дело с живыми людьми. При использовании недирективного подхода большая ответственность лежит на клиенте, что избавляет интервьюера от опасения (так же как от реальной возможности) задать неправильный вопрос или предложить клиенту неверный курс действий. Кроме того, начинающие интервьюеры склонны преувеличивать свою ответственность за клиента, и недирективный подход поможет избежать этого.
6. Парадигма недирективного слушания помогает клиентам обрести чувство независимости и свободы действий. Этот подход также способствует уважению к личностным установкам, моделям поведения и предпочтениям клиента. Такое уважение — явление редкое, благодарное и, возможно, оказывает позитивный терапевтический эффект (*Miller, 2000; Strupp & Binder, 1984*).

Специфические стратегии помощи клиентам, построенные на основе важнейших теоретических направлений, могут стать действенным средством профессионального интервьюирования. Начинают накапливаться факты, указывающие на более высокую эффективность определенных форм психотерапии применительно к отдельным категориям клиентов и видам патологий (*Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Hubble et al., 1999; Lazarus, Beutler, & Norcross, 1992; Nathan, 1998*). Если же все клиницисты станут неукоснительно придерживаться одной и той же теоретической ориентации, психотерапия прекратит свое существование (*Goldfried, 1990; Watkins & Watts, 1995*). Хотя мы и приветствуем интеграцию разных направлений психотерапии, сближение различных теорий и выделение определенных стратегий для терапии тех или иных клинических проблем, слишком часто у начинающих специалистов в области психического здоро-

вья возникает соблазн прибегнуть к мощной терапевтической интервенции до прохождения ими базового клинического обучения и супервизии.

Мы хотели бы проиллюстрировать свое убеждение в том, что начинающим интервьюерам следует закладывать фундамент недирективного слушания, с помощью следующей цитаты из работы К. Паттерсона и К. Уоткинса (*Patterson & Watkins, 1996, p. 509*): “Лао Цзы, китайский философ, живший в V веке до н.э., написал стихотворение под названием “Руководитель”, которое можно прочесть, заменив слово “руководитель” на “интервьюер”, а слово “люди” — на “клиенты”.

Руководитель (интервьюер)

Лучший руководитель тот, о существовании которого люди едва догадываются;

Не так хорош тот, кому люди подчиняются и кого превозносят;

Хуже всего, если они его презирают.

Но если руководитель хороший и мало говорит,

То когда работа сделана и цель достигнута,

Они скажут: “Мы сами этого добились”.

Чем меньше делает и говорит руководитель,

Тем счастливее живут его люди;

Чем больше он превозносит себя и похваляется,

Тем несчастнее его люди.

[Поэтому] разумный человек говорит:

Если я не стану мешать людям, они сами о себе позаботятся.

Если я не стану поучать людей, они будут работать над собой.

Если я не стану навязывать людям свою волю, они станут самими собой.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К КЛИНИЧЕСКОМУ ИНТЕРВЬЮЕРУ

Чтобы компетентно проводить клинические интервью, вы должны соответствовать четырем основным требованиям.

1. Необходимо владеть техническими знаниями, связанными с клиническим интервьюированием. Это означает, что вам нужно освоить весь диапазон откликов интервьюера и их возможное воздействие на клиентов. Например, вы должны знать разные типы вопросов, которые

обычно задают клиентам, а также типичные ответы и реакцию клиентов на них. Вы должны знать, когда сложившаяся в ходе клинического интервью ситуация требует структурированного опроса для сбора информации, а когда уместны менее директивные методики. Вам должны быть известны этические принципы профессионального интервьюирования. Другими словами, вам необходимо иметь интеллектуальное понимание данной профессии и владеть ее основным инструментарием.

2. Необходимо контролировать себя с помощью самоанализа. Вам нужно знать, какое влияние вы оказываете на других людей, а также осознавать то влияние, которому подвергаетесь вы сами как со стороны членов вашего культурного и социоэкономического слоя, так и в нетипичной среде. Вы должны осознавать громкость и тембр своего голоса, свое физическое присутствие, степень вашей привлекательности для других людей, используемые вами способы визуального контакта с собеседником и соблюдаемую с ним физическую дистанцию, поскольку все эти характеристики оказывают влияние на клиента. Кроме того, у вас должно быть постоянное стремление к тому, чтобы учиться и расти, работая над ликвидацией пробелов и недостатков, которые могут быть обусловлены вашими индивидуальными особенностями или социальным происхождением.

Также очень важно, чтобы вы сознавали ту роль, которую культурное и социоэкономическое окружение сыграло в формировании вашей системы ценностей и моделей поведения. Вам следует осознать тот факт, что другие люди, как принадлежащие, так и не принадлежащие к вашей культуре, могли усвоить ценности и модели поведения, разительно отличающиеся от ваших собственных. Ваша обязанность как интервьюера заключается в том, чтобы понимать, когда культурные, социальные или половые различия способствуют или затрудняют эффективное общение между вами и вашими клиентами. Невосприимчивость к культурным различиям означает непрофессионализм и этическую несостоятельность интервьюера (*Essandoh, 1996; Vontress et al., 1999*).

3. Клиническое интервьюирование требует наблюдательности и навыков оценки других людей (нужно научиться понимать другого). Владение этими навыками означает, что вам известны различные индивидуальные и культурные ценности, нормы и модели поведения, и вы восприимчивы к ним. Кроме того, вы должны уметь признавать и принимать во внимание точку зрения клиентов (это умение также известно как “эмпатическое понимание” (*Rogers, 1961*)).

Понимание других людей — фундаментальный принцип анализа и оценки в клиническом интервьюировании. Наблюдение за поведением клиента и оценка его психопатологии со стороны интервьюера должны быть объективными. Анализ и диагностика могут подразумевать высокоструктурированные процедуры, такие как исследование психического статуса, диагностика суицидальных наклонностей и психодиагностическая беседа. Интервьюер должен принимать во внимание не только культурные факторы, обуславливающие поведение клиента, но также их психологические, исторические и диагностические аспекты (*Mattheus & Walker, 1997; Mezzich & Shea, 1990*).

4. Чтобы проводить квалифицированные интервью, требуются практика и опыт. Когда вы начнете изучать принципы и технику клинического интервьюирования и способы воздействия на людей, вам нужно сразу же применять ваши знания на практике. Возможность попрактиковаться обычно предоставляется во время ролевой игры, в которой “клиентами” выступают сами студенты или актеры, либо в ходе запланированных интервью с незнакомыми людьми (*Balleweg, 1990; Sommers-Flanagan & Means, 1987; Weiss, 1986*). Обучающее интервьюирование рассчитано на то, чтобы подготовить вас к работе с настоящими клиентами. Чтобы обрести уверенность в своих силах и повысить квалификацию, нужна длительная супервизия под наблюдением компетентного специалиста, и только после этого можно самостоятельно проводить клинические интервью или заниматься психологическим консультированием. По мере развития основных умений вам следует изучать специальную литературу и работать над тем, чтобы понять людей, которые отличаются от вас в культурном, сексуальном, физическом и социоэкономическом плане (*Sue, 1998*; см. врезку “Индивидуальное и культурное 1.1”).

Чем разнообразнее будет ваша практика интервьюирования и супервизий, тем больше у вас шансов сформировать навыки эмпатического принятия, необходимого для понимания клиентов (*Speight & Vera, 1997; Vacc, Wittmer, & DeVaney, 1988*). В определенных аспектах этот процесс напоминает окультуривание (*Heinrich, Corbine, & Thomas, 1990*).

Идеальный клинический интервьюер

Как научиться проводить безупречные клинические интервью? Конечно же, это невозможно. Но если бы вы смогли стать таким совершенным специалистом, вы могли бы остановиться в любой момент любого проводимого вами

Индивидуальное и культурное 1.1

“Ловушки” недирективного подхода

Всякая медаль, как известно, имеет обратную сторону. Недирективное слушание — не исключение. Если говорить прямо, многих людей подобная манера слушания просто раздражает. Например, ваши родные и близкие будут выходить из себя, если вы станете часто практиковать такой подход в общении с ними. Это раздражение может быть вызвано отчасти тем, что вы недостаточно квалифицированы, но также и тем, что в большинстве социальных и культурных контекстов недирективное слушание воспринимается как неадекватное.

Некоторые культурные группы (об этом мы подробнее поговорим в главе 13) в основном ожидают от специалистов в области психического здоровья директивного стиля. Это не означает, что недирективное слушание в работе с представителями этих культурных групп совершенно исключается, а говорит о важности понимания того факта, что различные методы способствуют или затрудняют построение отношений с разными клиентами, которые обращаются к вам за помощью.

В числе других “ловушек” недирективности можно упомянуть следующие.

1. Клиенты могут принять недирективность интервьюера за манипулирование или уклончивость.
2. Избыток недирективного реагирования со стороны интервьюера может вызвать у клиента ощущение растерянности, беспомощности, дезориентации.
3. Когда запрос клиента состоит в получении компетентного совета, он может разочароваться, если интервьюер упорно воздерживается от какой-либо активности, не выходя за рамки недирективного слушания.
4. Если интервьюер не будет высказывать своего профессионального мнения, его могут счесть некомпетентным или нерешительным.

В клиническом интервьюировании не следует злоупотреблять никакими методами или способами реагирования. Мы утверждаем это, несмотря на то что начали с акцента на навыках недирективного слушания. Не беспокойтесь. Мы отдаем себе отчет в том, что избыточная недирективность может быть столь же вредной, как и чрезмерная директивность, особенно в работе с клиентами, не принадлежащими к доминирующей или традиционной культуре.

клинического интервью и объяснить: а) что вы делаете (на основе технической экспертизы своих действий); б) зачем вы это делаете (на основе владения техниками интервьюирования и информации (аналитической или диагностической) о клиенте); в) мешают ли эффективному интервьюированию ваши собственные особенности или предубеждения (на основе самоанализа); и, возможно, самое важное, г) какова реакция ваших клиентов на интервьюирование, учитывая их возраст, пол или воспитание (на основе осознания другого).

Другими словами, если бы вы были идеальным интервьюером, вы могли бы “настроиться на личную волну” каждого клиента настолько точно, что достигли бы резонанса с вашим собеседником. Вы смогли бы использовать этот резонанс для того, чтобы построить дальнейшую стратегию клинического интервьюирования.

Вы бы также оценивали потребности и ситуацию каждого клиента и выполняли терапевтические действия, адекватные этим потребностям, — от оценки суицидальных наклонностей до поведенческого анализа патологической привычки — и все это в рамках одного интервью. Трудно даже представить, каким обширным арсеналом практических навыков и какой глубокой мудростью должен обладать клинический интервьюер, чтобы приблизиться к этому идеалу.

Мы с готовностью признаем, что идеал недостижим. Тем не менее, клиническое интервьюирование — это научно обоснованная профессиональная деятельность, которой предшествует продолжительный период обучения и супервизии (*Hill, 2001*). А это значит, что действовать во время клинического интервью “методом тыка”, как говорил один из наших преподавателей, недопустимо и непрофессионально (*Bornstein, Personal Communication, January 1982*).

В конце концов, будучи простым смертным, а не идеальным клиническим интервьюером, вы можете не иметь объяснения каждому нюансу, действию или реакции. Возможно, ваше понимание другого не будет таким ясным или вы не сможете максимально точно настроиться на “личную волну” вашего клиента. Однако в своем поведении во время клинического интервью вы должны руководствоваться твердыми теоретическими принципами, гуманной профессиональной этикой и фундаментальными научными данными, принятие которых во внимание способствует терапевтическому эффекту. Вдобавок, как только вы прочно встанете на ноги в психологической теории, профессиональной этике и научно-исследовательской работе, вы сможете обогатить свой профессиональный “репертуар” клинической интуицией и спонтанностью.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ КНИГИ

Основные задачи этой книги следующие.

1. Помочь читателю сориентироваться в учебном и тренинговом процессах, основанных на описанном выше подходе.
2. Дать техническую информацию о клиническом интервьюировании.
3. Предложить методы самоанализа, способы достижения культурной осведомленности и личностного роста.
4. Предложить методы анализа и оценки клиентов (т.е. облегчить процесс приобретения навыков психологической диагностики).
5. Описать процедуры интервьюирования клиентов, принадлежащих к различной культурной среде, а также отдельных категорий клиентов.
6. Дать советы относительно эмпирической деятельности, необходимой для развития умений клинического интервьюирования.

РЕЗЮМЕ

С точки зрения методологической ориентации, данная книга делает акцент на определенном подходе к обучению компетентного клинического интервьюера. В частности, студенты должны начать освоение навыков клинического интервьюирования в рамках недирективного подхода, постепенно добавляя более директивные навыки после того, как обучатся азам слушания. Начинающему интервьюеру следует сосредоточиться на освоении следующих навыков: а) как научиться молчать и слушать клиента; б) как научиться устанавливать позитивные терапевтические отношения с клиентами; в) как получить оценочную и диагностическую информацию.

Клиническому интервьюеру полезно приобретать самый разнообразный тренинговый опыт. Особенно важно постигать и практиковать клиническое интервьюирование исходя из разных теоретических подходов, включая личностно-ориентированный, психоаналитический, поведенческий, когнитивный, феминистический подходы и подход, ориентированный на решение проблем. Разнообразный опыт поможет начинающему интервьюеру узнать, какое влияние оказывают на клиента его собственные реакции, манера держать себя, культурная принадлежность и пол. Если клинический интервьюер основывает свои действия на верных теоретических принципах, профессиональной этике и научных наработках, он станет компетентным и ответственным профессионалом.

Книга включает четыре части. Изучая данную работу, начинающий интервьюер последовательно проходит несколько стадий, что способствует оптимальному освоению специальных навыков. Так как для формирования навыков и развития умений клинического интервьюирования требуется практика, в каждой главе предлагаются примеры из практики, призванные способствовать росту самосознания начинающего интервьюера, помогающие ему стать более восприимчивым к культурным факторам, повысить свою техническую квалификацию.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Перед изучением процесса клинического интервьюирования вам будет полезно ознакомиться с теорией личности и получить знания по психопатологии. Мы признаем, однако, что не во всех учебных заведениях читается вводный курс теории личности и психопатологии. Чтобы восполнить этот пробел, предлагаем вашему вниманию учебники и статьи по теории личности, теориям и подходам к психологическому консультированию и психотерапии, а также психопатологии, которые станут надежной основой для формирования профессиональных навыков клинического интервьюирования.

Corey, G. (2001). Theory and practice of counseling and psychotherapy (6th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole. Шестое издание книги “Теория и практика консультирования и психотерапии” — прекрасное, понятное руководство для начинающих, тех, кто не знаком с различными теоретическими подходами к психологическому консультированию и психотерапии.

Corsini, R., & Wedding, D. (2000). Current psychotherapies (6th ed.). Itasca, IL: E. E. Peacock. Учебник “Современная психотерапия” стал классикой специальной литературы, часто используется для преподавания теоретических курсов в университетах. Отдельные главы посвящены различным подходам в психиатрии. Нам хочется особо отметить усилия Р. Корсини по разделению психологического консультирования и психотерапии во вступительной главе.

Giordano, P. J. (1997). Establishing rapport and developing interviewing skills. In J. R. Matthews & C. E. Walker (Eds.), Basic skills and professional issues in clinical psychology. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon (pp. 59–82). В статье “Установление контакта и формирование навыков интервьюирования”, помещенной в сборнике “Основные умения и профессиональные проблемы в клинической психологии”, дается обзор важнейших составляющих, необходимых для формирования навыков клинического интервьюирования. Автор описывает разнообразные “ловушки”, подстерегающие начинающих интервьюеров.

Goldfried, M. (Ed.) (2001). How therapists change: Personal and professional recollections. — Washington, DC: American Psychological Association. Сборник “Как изменяется терапевт: личные и профессиональные воспоминания” дает читателю возможность изнутри взглянуть на те личностные изменения, которым подверглись профессиональные специалисты в области психического здоровья. Читатель получает представление о том, какой отпечаток может наложить на личность профессия специалиста в области психического здоровья.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). The heart and soul of change: What works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association. Удостоенная премии Меннингера книга “Плоть и кровь изменений: в чем заключается психотерапия” целиком сосредоточена на общих факторах, обуславливающих позитивные изменения при консультировании и психотерапии. Авторы дают конкретные рекомендации по использованию этих факторов в практике клинического интервьюирования.

Ivey, A. E., D’Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (2002). Theories of counseling and psychotherapy: A multicultural perspective (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon. В пятом издании книги “Теории консультирования и психотерапии: межкультурный взгляд” рассматриваются традиционные теории консультирования и психотерапии в свете многообразия культур.

Miller, P. H. (2001). Theories of developmental psychology (4th ed.). San Francisco: W. H. Freeman. Главы книги “Теории психологии развития”, посвященные Жану Пиаже и Зигмунду Фрейдю, написаны с особой четкостью и отличаются исключительной легкостью для восприятия.

Roukema, R. (1998). What every patient, family, friend and caregiver needs to know about psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press. Книга “Что следует знать о психиатрии каждой семье, друзьям или лицу, ухаживающему за психическим больным” рассчитана на неспециалистов, однако может служить хорошей “стартовой площадкой” в карьере будущего профессионального психиатра. Следует предупредить, что книга имеет четкую медицинскую ориентацию; это явствует, например, из разграничения эмоциональных и психических расстройств.

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1998). A categorization of pitfalls, common to beginning interviewers. The Journal of Training and Practice in Professional Psychology, 3, 58–71. В статье “Классификация типичных ошибок при проведении клинического интервью” описываются обычные для начинающих интервьюеров ошибки, распределенные по таким категориям, как адекватность, активность, атмосфера, внимательность. Работа призвана помочь начинающим специалистам в области психического здоровья обратить внимание на потенциальные трудности во время клинического интервьюирования, чтобы эффективнее справиться с ними.

ОБОСНОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА

Чего жаждут младенцы, так это уверенности, что они никогда не потеряют любви своих родителей; что независимо от того, что может случиться, те защитят от любой подстерегающей их опасности. Хотя матери свободнее владеют пискливым языком младенцев... отцы не должны недооценивать свою способность утешать — или вредить.

Сара Блаффер Харди, Mother Nature

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Прежде чем приступить к строительству дома, нужно определиться, каким вы его себе представляете. Кроме того, в подготовку входит разработка проекта, подбор необходимых инструментов и обеспечение материалов. В данной главе объясняется, что подразумевают под интервьюированием, а также рассказывается о том, как подготовиться к предстоящей встрече с клиентом. Прочитав эту главу, вы узнаете:

- исчерпывающее определение клинического интервью;
- характер профессиональных взаимоотношений между интервьюером и его клиентом;
- типичные мотивы обращения клиентов за профессиональной помощью;
- почему рост самосознания способствует профессиональному росту и одновременно приводит к выходу из зоны комфорта;
- ожидания и заблуждения, свойственные начинающим интервьюерам;
- сходство и различия клинического интервьюирования и семи основных видов профессиональной деятельности;
- как правильно использовать основные физические параметры интервью, такие как взаимное расположение интервьюера и клиента, ведение записей, видео- и аудиозапись;
- практические методы решения профессиональных и этических вопросов: какими должны быть внешний вид и манера поведения интервьюера, как распорядиться отведенным для интервью временем, как адекватно истолковывать вопросы конфиденциальности и информированного согласия клиента, как вести документацию, как нейтрализовать стрессовое воздействие интервьюирования.

Сравнивать клиническое интервьюирование с родительской заботой о младенцах не совсем уместно. Тем не менее, читая эту главу, поразмыслите о следующем. Ваша первая обязанность как специалиста в области интервьюирования — создать основы безопасности для клиента. Именно они будут служить отправной точкой терапевтической работы.

Когда одного бывшего студента спросили о первых впечатлениях, связанных с обучением в университете, он рассказал следующее.

Что мне больше всего запомнилось в первом проведенном мною клиническом интервью, так это собственный страх, обусловленный недостатком практики и ролевых игр. Я не помню клиента. Я не помню, в чем была проблема, чем закончилось клиническое интервью или какая терапевтическая схема была потом назначена. Помню только, как я глубоко дышал и очень серьезно убеждал себя не волноваться. Самые яркие воспоминания связаны со мной, а не с человеком, который обратился за помощью. Странно, правда?

Вполне понятно и даже вероятно, что во время вашего первого интервью пот с вас будет лить не то что ведрами, а цистернами. Но мы надеемся, что если вы прочтаете нашу книгу, станете размышлять и использовать каждую возможность попрактиковаться, то быстро преодолеете стадию рефлексии, описанную выше, и будете в состоянии сосредоточиться на клиенте и задачах клинического интервью.

Выяснение различий между тем, что происходит при клиническом интервью, и тем, что имеет место при обычных социальных отношениях, может представлять трудность. Однако можно с уверенностью сказать, что клиническое интервью весьма отличается от обычной беседы. Данная глава объясняет, в чем состоят эти различия, описывает физическое окружение, профессиональные и этические факторы, имеющие важное значение для подготовки к вашему первому клиническому интервью.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

Клиническое интервью можно определять по-разному. Некоторые предпочитают узкое, конкретное определение.

Клиническое интервью — это контролируемая ситуация, в которой один человек, интервьюер, задает серию вопросов другому человеку, респонденту (*Keats, 2000, p. 1*).

Другие используют более обтекаемые формулировки.

Клиническое интервью представляет собой взаимодействие по меньшей мере двух человек. Каждый участник вносит свой вклад в этот процесс,

и каждый оказывает влияние на реакции другого. Однако такая характеристика не может быть исчерпывающим определением данного процесса. Обычная беседа также построена на взаимодействии, но клиническое интервью, конечно же, выходит за эти рамки (*Trull & Phares, 2001*).

Некоторые сочетают четкость с обтекаемостью.

Клиническое интервью представляет собой вербальный и невербальный диалог двух участников, поведение которых взаимно обуславливает их стиль коммуникации, в результате чего образуются специфические модели взаимодействия. В клиническом интервью один человек, который называет себя “интервьюером”, пытается достичь определенных целей, в то время как другой участник принимает на себя роль “отвечающего на вопросы” (*Shea, 1998, p. 6-7*).

С нашей точки зрения, адекватное определение клинического интервью должно включать следующие факторы.

1. Установление профессиональных отношений между интервьюером и клиентом.
2. Мотивацию клиента — возможно, относительную — достичь чего-либо посредством встречи с интервьюером.
3. Совместную, в определенной степени, деятельность интервьюера и клиента ради принятия и достижения последним взаимоприемлемых целей.
4. Взаимодействие интервьюера и клиента в контексте профессиональных отношений, как вербальное, так и невербальное, по мере применения клиницистом разнообразных навыков активного слушания и психологических методов, позволяющих осуществлять психологическую диагностику, понимать и помогать клиенту в достижении его целей.
5. Зависимость качественных и количественных параметров взаимодействия между интервьюером и клиентом от различных переменных, включая личностные стили, установки и согласованные цели.

Природа профессиональных отношений

Профессиональные отношения подразумевают открытое соглашение, по которому одна сторона обеспечивает услуги другой стороне — физическому лицу или организации. Возможно, это звучит чересчур прагматично, но, тем не менее, очень важно подчеркнуть, что профессиональные отношения включают соглашение по обеспечению услуг. В психологическом консультировании или психотерапии это соглашение обычно называется *информированным согласием* (*Beahrs & Gutheil, 2001*). Это означает, во-первых, что

клиент получил всю важную информацию об услугах, которые будут предоставлены ему в ходе психологической консультации или психотерапии. Во-вторых, подразумевается, что клиент по доброй воле согласился принять предложенную помощь (*Welfel, 2002*). Подробнее об информированном согласии говорится ниже в этой главе.

Кроме того, профессиональные отношения характеризуются выплатой вознаграждения за услуги. При этом интервьюер может получать плату непосредственно от клиента (как это заведено в практике частнопрактикующих врачей) или опосредованно (когда услуги оплачиваются лечебным учреждением или какой-либо другой организацией). Профессиональные интервьюеры оказывают услуги тем, кто в них нуждается, и эти услуги должны оправдывать их стоимость (см. врезку “От теории к практике 2.1”).

Некоторые авторы называют психотерапию *дружбой за деньги* (*Korchin, 1976, p. 285*), однако отношения между терапевстом и клиентом во многом отличаются от дружбы. Вы не назначаете своим друзьям прием у себя в кабинете; они не считают самовыражение, развитие личности и решение проблем единственной целью общения с вами (а если считают, то вам лучше поискать настоящих друзей). Вы не несете гражданской ответственности за отношения со своими друзьями; и хотя дружеские отношения имеют массу преимуществ, никто не занимается их качественным или количественным анализом, они не обсуждаются в научных журналах и не преподаются в университетах.

Хотя профессиональные отношения включают также социальные и дружеские аспекты, клинические интервьюеры держат их под контролем. Профессиональная зрелость специалиста в области психического здоровья предусматривает умение быть доброжелательным, открытым и контактным в общении с клиентом, не выходя за рамки профессиональных отношений (см. врезку “От теории к практике 2.2”).

Мотивы клиентов

Большинство клиентов приходят на интервью по следующим причинам.

- Они переживают субъективные страдания, чувствуют неудовлетворенность или испытывают трудности личностного или социального характера.
- Они приходят по настоянию какого-либо лица, например супруга (супруга) или чиновника, осуществляющего надзор за условно осужденными. Обычно это означает, что клиент совершил преступление, нарушал общественный порядок или вел себя асоциально.
- Они стремятся к личностному росту и развитию.

От теории к практике 2.1

Стоимость профессиональных услуг

Для многих консультантов, работников социальной сферы, психологов и психиатров, которые проходят обучение, взимание с клиентов платы за услуги представляет собой весьма болезненную проблему. Поразмышляйте немного на эту тему, потом обсудите с коллегами следующие вопросы.

1. Сколько стоят профессиональные услуги частных консультантов, работников социальной сферы, психологов и психиатров в вашем городе? Какова наибольшая стоимость профессиональной психологической или психиатрической помощи? Что вы думаете по поводу максимальной стоимости, которую запрашивают частные специалисты в области психического здоровья?
2. Существует ли в вашем городе бесплатная или недорогая психиатрическая и психологическая служба? Если да, то сколько времени потребуется, чтобы попасть на прием к специалистам этой службы? Каково мнение людей об относительном качестве бесплатных или недорогих психологических и психотерапевтических услуг по сравнению с дорогими частными клиниками?
3. Какую плату за свои услуги вы собираетесь получать?
4. Представьте, что вы называете вашему клиенту цену за свои профессиональные услуги. Какую сумму вы можете назвать, не испытывая при этом морального дискомфорта? Какие суммы показались бы вам завышенными или слишком низкими?
5. Если клиника, в которой вы проходите практику, требует минимум 25 долл. с каждого клиента, как получение такой суммы отразится на вашем поведении во время интервью? Как вы отреагируете на просьбу клиента о скидке? Как бы вы себя чувствовали, если бы ваш клиент постоянно “забывал” вам платить?

Возможно, вам неудобно брать деньги за свои профессиональные услуги консультанта или психотерапевта. Что ж, не вы первый, не вы последний. Один наш знакомый по университету как-то заметил: “Этот я должен платить своим клиентам, потому что у меня совсем нет опыта, а они позволяют мне на них практиковаться!”

Если клиент приходит на интервью по причине субъективных страданий или трудностей, он часто склонен чувствовать себя неудачником, поскольку не смог самостоятельно справиться со своими проблемами. В то же время этот клиент, страдая под бременем трудностей, может быть высокомотивирован,

От теории к практике 2.2

Определение границ приемлемых профессиональных отношений

Хотя нам не часто приходится об этом думать, природа отношений между людьми часто определяется их рамками. Большинство нарушений этих границ имеют этическую подоплеку. Понимание ролевых ожиданий, ответственности сторон и границ отношений составляет важный аспект профессионализма клинического интервьюера. Подумайте над приведенными ниже примерами выхода за рамки профессиональных отношений. Обсудите серьезность каждого нарушения, предварительно отнеся их к одной из трех категорий: незначительное, серьезное, очень серьезное.

- После окончания интервью вы с клиентом отправляетесь в кафе-терий, чтобы вместе выпить по чашечке кофе.
- Вы просите клиента подвезти вас к тому месту, где припаркована ваша машина.
- Вы предлагаете клиенту как-нибудь вместе поужинать.
- Вы принимаете предложение клиента вместе сходить на концерт.
- Вы просите клиента (учителя математики по профессии) помочь вашим детям выполнить домашние задания по алгебре.
- Вы просите у клиента займы.
- Вы обмениваетесь новостями о каком-нибудь общем знакомом.
- Вы обсуждаете других клиентов.
- Вы представляете себе секс с клиентом.
- Вы даете клиенту немного денег, так как знаете, что ему нечего есть.
- Вы приглашаете клиента в свою церковь, синагогу или мечеть.
- Вы пользуетесь советом клиента и покупаете акции у рекомендованного им брокера.
- Вы назначаете клиенту свидание.
- Вы сообщаете данные клиента благотворительной организации.
- Вы пишете рекомендательное письмо для трудоустройства клиента.
- Вы просите клиента написать вам рекомендательное письмо для поступления на работу.

если только не впал в глубокую депрессию. Сильная мотивация может выражаться во всемерном сотрудничестве клиента с интервьюером, оптимизме и восприимчивости к указаниям последнего (*Frank & Frank, 1991; Glasser, 1998*).

И наоборот, иногда на интервью приходят клиенты с низкой мотивацией. Возможно, они приходят только по просьбе или принуждению других людей. В таком случае приоритетным мотивом клиента может быть завершение курса психологического консультирования или психотерапии и признание его “нормальным” (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997*). Очевидно, что при низкой мотивации клиента установление и поддержание профессиональных отношений представляет для интервьюера существенные трудности.

Клиент, который стремится к личностному развитию и росту, зачастую хорошо мотивирован для участия в интервью. Поскольку он приходит по своей воле, с позитивными мотивами, такой клиент лучше воспринимает психологическое консультирование или психотерапию, и с ним легче работать.

Общие цели

Чтобы установить совместно с клиентом цели терапии, интервьюеру следует использовать процедуры анализа и оценки. Это означает вовлечение клиента в процесс самоанализа и формулирование самооценки. На ранней стадии интервьюирования необходимо наладить взаимодействие с клиентом, чтобы помочь ему определить свои проблемы и возможные способы их разрешения. Если интервьюер и клиент приходят к согласию относительно проблем, формулировка целей дальнейшей работы происходит достаточно легко и безболезненно.

С другой стороны, иногда мнения интервьюера и клиента на цели психологического консультирования или психотерапии расходятся. Это несогласие может обуславливаться различными факторами, включающими следующие переменные (но не ограничиваются ими): а) низкая мотивация или плохое понимание клиентом своих проблем и б) сомнительные мотивы или непонимание со стороны специалиста. Традиционно, более директивные подходы к психотерапии (например, психоаналитический или поведенческий) обычно рассматривали мотивацию и понимание клиентов как ограниченные или сомнительные, в то время как мотивация и понимание терапевта считались относительно непогрешимыми. В последнее время, возможно из-за акцента на этических аспектах психологического консультирования и психотерапии, таких, например, как информированное согласие и ответственность клинициста, большинство подходов стали отводить мнению клиента существенную роль.

Наглядную иллюстрацию несоответствия терапевтических целей клиента и интервьюера дает фильм (и книга, по которой он поставлен) *Ordinary People* (“Обычные люди”) (*Guest, 1982*). В нем во время первой встречи подросток говорит своему психологу, что хочет “лучше контролировать себя”.

Психолог, наоборот, считает, что клиент слишком жестко себя контролирует, что ему нужно расслабиться, “отпустить поводья”. Художественные книги и фильмы, возможно, с целью создания сюжетного конфликта, часто изображают цели терапевта и клиента как разнонаправленные, иногда даже несовместимые. В качестве примера можно привести такие произведения, как *Girl, Uninterrupted* (“Девушка, которую невозможно прервать”) (*Kaysen, 1993*) и *Lying on the Couch* (“Лежа на кушетке”) (*Yalom, 1997*).

Для терапевта важно учитывать точку зрения клиента, в то же время предлагая профессиональное мнение относительно адекватных целей терапии и стратегий их достижения. Достижение равновесия между точками зрения клиента и терапевта требует чуткости, такта и развитых коммуникативных навыков.

Интервьюеры — это официально признанные специалисты в области психического здоровья, поэтому на них возложена ответственность за профессиональную оценку проблем клиента до начала терапевтической интервенции. Диагностика клиентов проводится с целью содействия терапевтической интервенции или психологической поддержке. Минимальная первоначальная оценка включает тщательный анализ предъявляемой клиентом проблемы, его ожиданий и целей терапии, а также изучение предыдущих попыток разрешить ту проблему или те проблемы, которые обуславливают необходимость терапевтической интервенции. Как правило, если первичная диагностика обнаруживает несовместимость терапевтических целей клиента и интервьюера, последний обязан предложить клиенту обратиться к другому специалисту.

Преждевременная терапевтическая интервенция, обусловленная неадекватной оценкой, приводит к негативному терапевтическому эффекту (*Hadley & Strupp, 1976; Lynn, Martin, & Frauman, 1996*). Если терапевтическая интервенция осуществляется перед оцениванием и согласованием целей, это может вызвать осложнения. К ним относятся следующие негативные результаты (список далеко не исчерпывающий).

- Интервьюер может выбрать неадекватный терапевтический подход или технику, которые способны обострить патологическое состояние клиента (например, повышение уровня тревожности вместо снижения).
- Клиент может почувствовать себя непонятым или воспринять позицию интервьюера как попытку оказать давление. В результате он может прийти к заключению, что его проблемы слишком сложны даже для профессионалов, или же подумать, что интервьюер недостаточно умен или компетентен.

- Клиент может выполнять неправильные или необоснованные указания терапевста и утратить веру в эффективность лечения. В результате открытость клиента дальнейшей терапевтической интервенции и, возможно, другим терапевстам значительно снижается.
- Возможно, терапевст не уделил времени и не дал клиенту возможности рассказать о ранее использованных методах, которые оказались неэффективными. В результате терапевст может предложить средство, которое не принесло желаемого результата, что подрывает доверие клиента к специалисту.

Клиническое интервью может давать не только позитивные результаты. Негативный терапевтический эффект часто бывает следствием необоснованных, неадекватных или преждевременных попыток оказать помощь клиенту. Именно поэтому перед применением тех или иных психотерапевтических методов интервьюер внимательно выслушивает и тщательно оценивает клиента, намечая обоснованные и согласованные терапевтические цели.

Применение навыков слушания и психологических техник

Общим компонентом как для анализа/оценки, так и для интервенции/поддержки выступает восприимчивое и эффективное слушание. Независимо от ваших действий — предварительной диагностики или терапевтической интервенции — вы должны продемонстрировать клиенту готовность внимательно его выслушать.

Общее мнение таково, что лучший способ выслушать клиента — задавать тщательно обдуманые вопросы. Однако это предположение неверно. Правильно ставить вопросы во время интервью чрезвычайно важно, однако не следует забывать, что это директивная деятельность, которая *не всегда* позволяет клиенту свободно выразить себя. Вопросы направляют и ограничивают вербальное самовыражение клиента, поэтому клиент говорит то, что, по мнению интервьюера, ему *следует* говорить. Это может быть совсем не то, что клиент *хотел бы* сообщить. Хотя вопросы клинициста представляют собой неотъемлемую часть процесса интервьюирования, приоритет слушания позволит вам эффективнее оценить состояние клиента и помочь ему (недостатки и преимущества вопросов обсуждаются в главе 3).

Опытные интервьюеры слушают, диагностируют и прибегают к терапевтической интервенции таким образом, что эти процессы кажутся протекающими одновременно. Начинаящие, наоборот, должны воздерживаться от применения тех или иных методов терапевтической интервенции до тех пор,

Случай из практики

Джерри Фест, терапевт, работающий с уличной молодежью в городе Портленде, штат Орегон, в своем пособии по психологической работе с молодыми людьми описал следующий случай (*Boyer, 1988*). Как-то вечером он дежурил в круглосуточном центре психологической помощи. К нему пришла молодая женщина, очень взволнованная и явно испытывающая страдания. Джерри был знаком с ней по прошлым визитам, поэтому поздоровался с ней, назвав по имени. Женщина сказала: “Слушай, мне позарез надо выговориться”. Он пригласил клиентку в офис и несколько минут слушал очень трогательную историю о приключившихся с ней неприятностях. Затем он произнес слова, которые, по его мнению, должны были выражать понимание и поддержку. Женщина тут же замолчала. Спустя некоторое время клиентка прервала молчание, вновь сказав, что ей нужно выговориться. И снова повторилась та же ситуация. После второй паузы и напоминания о том, что ей нужно выговориться, Джерри решил, что ее слова следует понимать буквально, и за следующие полтора часа уже не сказал ни слова. Рассказав обо всем, что лежало у нее на сердце, женщина в конце концов успокоилась, к ней вернулось самообладание. Собираясь уходить, она взглянула на клинического интервьюера и произнесла: “Что мне в тебе нравится, Джерри, так это твоя понятливость”.

пока не выслушают (непредубежденно) и не оценят клиента (с клинической точки зрения). Поэтому вам может пригодиться следующий совет: каким бы неправильным это вам ни казалось, начните с подавления естественного желания помочь своему клиенту. Вместо этого постарайтесь слушать внимательнее, глубже, сосредоточеннее, чем когда-либо до этого. Поступая так, вы, вероятно, поможете клиенту больше, чем активными действиями (*Rogers, 1961; Strupp & Binder, 1984*).

Клинический интервьюер вынес из этой встречи важный урок. Потребность молодой женщины *выговориться, чтобы ее при этом не перебивали*, была четко сформулирована. Мораль этой истории очевидна: иногда активное слушание *как таковое* уже представляет собой терапевтическую интервенцию (см. врезку “От теории к практике 2.3”).

Уникальное взаимодействие интервьюера и клиента

Одна из причин, обуславливающих сложности клинического интервьюирования, заключается в том, что оно представляет собой взаимодействие двух (или больше) людей, которое, по определению, сопряжено с некоторой

От теории к практике 2.3

Правило № 1 для начинающего интервьюера

Слушание должно стать вашей приоритетной функцией как клинического интервьюера. Если ваше слушание не будет адекватным, вы не имеете права предлагать клиенту те или иные стратегии терапевтической интервенции. Если ваше слушание адекватно, может отпасть необходимость в каких-либо рекомендациях, потому что сам клиент может сказать, какая стратегия будет самой эффективной. Вам следует избегать каких-либо рекомендаций или лишних вопросов, пока вы не овладеете навыками слушания. Вопросы, как правило, ограничивают свободу самовыражения клиента. Попробуйте дать себе следующую установку до начала и в ходе первой встречи с клиентом: “Моя цель в этом клиническом интервью — внимательно слушать. Если я буду слушать, я окажу важную услугу клиенту и узнаю то, что должен узнать”.

“Кто говорит — тот сеет, кто слушает — тот собирает урожай”.

Гай А. Зона, *Eyes That See Do Not Grow Old*

степенью непредсказуемости. Каждый интервьюер и каждый новый клиент приносит в кабинет уникальный набор генов, личностных качеств, установок и ожиданий. Это превращает проблему формулирования точного и всеобъемлющего определения клинического интервьюирования в непосильную задачу.

Каждое интервью включает по меньшей мере три отдельные переменные: клиент, интервьюер и их взаимодействие. Хотя в фокусе нашей книги находится клиент и модель взаимодействия “клиент–интервьюер”, следующий раздел этой главы посвящен именно клиницисту и его уникальной роли в процессе интервьюирования.

САМОСОЗНАНИЕ

Наше собственное отражение, которое смотрит на нас из зеркала, имеет совсем другую притягательность и несет иную энергию, чем образ другого человека. Оно притягивает нас, отчего мы чувствуем некоторую неловкость, оно волнует нас и влечет. Вы помните, когда в последний раз кто-нибудь показывал вам вашу фотографию или вы смотрели видеозапись с вашим участием? Разве вы не чувствовали эмоционального подъема и сильного желания узнать, как вас воспринимают другие люди?

Сеймур Фишер, *Body Consciousness: You Are What You Feel*

Мы с теплотой вспоминаем нашего старого тренера по бейсболу, который с большим энтузиазмом обсуждал трудности удара по мячу. Он говорил, что

использование биты круглого сечения для контакта с круглым же мячом не оставляет игроку права на ошибку. Тело игрока, учил он, должно быть инструментом, который постоянно реагирует и приспосабливается к маленькому, круглому, вращающемуся предмету, движущемуся с большой скоростью.

Чтобы добиться хорошего удара в бейсболе, нужны знания, практика, чувство своего тела, хороший глазомер и координация движений. Клиническое интервьюирование также требует знаний, практики и самосознания (газомер и координация движений не обязательны).

Продолжая аналогию, можно сказать, что вам, как профессиональному интервьюеру, нужно постоянно налаживать психологический, социальный и эмоциональный контакт с людьми, которых вы встретили впервые в жизни. Как правило, на все это вам отводится каких-нибудь 50 минут. Чтобы контакт состоялся, вы должны быть восприимчивы и терпимы к различным способам самовыражения клиентов и столь же тонко осознавать свое собственное физическое, психологическое, социальное, культурное и эмоциональное присутствие. (Что же в таком случае труднее: проводить клиническое интервью или научиться играть в бейсбол? Небольшое утешение: по достижении определенного возраста навыки игры в бейсбол стремительно ухудшаются, в то время как навыки клинического интервьюирования сохраняются значительно дольше.)

Самосознание (не путать с самосозерцанием) — это позитивное качество, которое может быть особенно важным для клинического интервьюера. Самосознание помогает интервьюеру понять, как его предубеждения и эмоциональное состояние воздействуют на восприятие им клиента и, возможно, искажают его. Кроме того, работа с клиентом может вызвать определенные эмоциональные реакции (например, беспокойство, депрессию, эйфорию) со стороны самого интервьюера. Способность быстро распознавать свою собственную эмоциональную реакцию на клиента — существенное преимущество в работе интервьюера. Хорошие специалисты перед началом взаимодействия с клиентом работают над тем, чтобы лучше понять себя и свои отношения с людьми (*Greenberg & Staller, 1981; Macaskill & Macaskill, 1992; Norcross, 2000; Strupp, 1955*). Точно так же, как спортсмены высокого класса тонко сознают свое тело, что позволяет им ставить рекорды в спорте, клинический интервьюер для успешной работы должен обладать высокоразвитым психологическим, эмоциональным и социальным самосознанием.

Объектное самосознание

Прослушивание записей вашего голоса, анализ речевых оборотов, наблюдение с помощью видеосъемки за своим выражением лица и манерой поведения помогут вам взглянуть на себя со стороны. Работа над повышением самосознания может способствовать вашей профессиональной и личной успешности.

К сожалению, обостренное самосознание может привести к психологическому дискомфорту и пассивности. Проблема заключается в том, как повысить самосознание, чтобы при этом не возникало стыдливости и дискомфорта. Одним из решений этой проблемы может быть ваше позитивное восприятие чувства стыда, отношение к нему как прогрессивному моменту, повышающему вашу квалификацию (*Fenigstein, Scheier, & Bass, 1975*; см. врезку “От теории к практике 2.4”).

Формы самосознания

Здесь относятся: физическое самосознание, психологическое самосознание, самосознание развития, культурное самосознание и осознание своих профессиональных ожиданий (во время клинического интервьюирования) и заблуждений.

Физическое самосознание

Физическое самосознание подразумевает осознание особенностей своего голоса, жестов, размеров тела и других собственных физических характеристик. Очень важно осознавать, какое воздействие вы оказываете на других людей на физическом уровне. Некоторые люди одарены очень мягким, добрым и успокаивающим голосом, у других может быть командный голос. Прослушайте аудиозаписи своего голоса или попросите других людей послушать вас и высказать свое мнение (см. врезку “Индивидуальное и культурное 2.1”).

На восприятие клиента иногда может влиять половая принадлежность интервьюера. Например, интервьюеры-мужчины считаются более рациональными и авторитарными, женщины — более эмоциональными и сострадательными (*Basow, 1980*). Несмотря на то что эти стереотипы могут отражать реальное положение дел, они касаются скорее особенностей конкретной ситуации или отношений между мужчиной и женщиной, чем стиля самого клинициста (*Witt, 1997*). Интервьюеры, в свою очередь, могут выработать подобные стереотипы по отношению к своим клиентам (*Morsehead, 1990*).

От теории к практике 2.4

Десенсибилизация и объектное самосознание

Объектное¹ самосознание — термин, предложенный исследователями для обозначения чувства дискомфорта, связанного с прослушиванием аудиозаписей своего голоса или просмотром видеозаписей со своим участием (Fenigstein, 1979). Дискомфорт обусловлен тем, что индивид оценивает свои физические характеристики (например, тембр голоса, внешность, особенности поведения) глазами постороннего наблюдателя. Прослушивание записей своего голоса или просмотр видео со своим участием способствует росту самосознания, что, в свою очередь, вызывает обостренное чувство стыда и скованность. Вы должны подготовить себя к легкому чувству дискомфорта при прослушивании кассет со своим голосом и просмотре видеозаписей проведенных вами интервью. Проще говоря, большинство людей, особенно поначалу, терпеть не могут смотреть на себя со стороны.

Пользуйтесь любой возможностью понаблюдать за собой, просматривая видеозаписи клинических интервью. Регулярный просмотр поможет вам избавиться от неприятных эмоций. Возможно, в конце концов вы даже сможете увидеть преимущества своих физических данных. Приведенные ниже рекомендации позволят вам успешно приспособиться к своему растущему самосознанию.

1. Как можно чаще записывайте встречи с клиентами на аудио- или видеопленку.
2. Прослушивайте или просматривайте записи сначала в одиночку, если вам так удобнее. Это поможет вам чувствовать себя комфортнее (к сожалению, реакция может быть прямо противоположной), когда вы будете слушать или смотреть эти записи в компании с другими людьми, например на занятиях.
3. Предупредите тех людей, с которыми будете просматривать записи своих клинических интервью, что вам стыдно. Многие из них признаются, что испытывают подобные чувства, и похвалят вас за то, что вы все-таки не побоялись продемонстрировать им эти записи. Кроме того, обсуждение своих чувств с людьми, которым вы доверяете, — эффективный метод преодоления психологического дискомфорта.
4. Будьте открыты для критических замечаний — как положительных, так и отрицательных — по поводу проведенного вами клинического интервью со стороны других людей; однако если вы не готовы к критике, не стесняйтесь заранее предупредить об этом.

¹ Объектный (от лат. *objectum* — предмет) — существующий вне нас, такой, по отношению к которому мы выступаем субъектами. — Прим. ред.

5. Если чьи-либо замечания не до конца вам понятны, попросите уточнить, что именно имелось в виду.
6. Обязательно поблагодарите за критику, даже если вы с ней не согласны или она вам не нравится. В современной западной культуре обычно не принято прямо критиковать людей, поэтому пользуйтесь редкой возможностью получения непосредственной обратной связи и используйте ее для личностного роста.
7. Как утверждали Карл Роджерс (1961) и Абрахам Маслоу (1970), полностью реализующие свой потенциал или полноценно функционирующие люди “открыты для опыта” (*Rogers, 1961, p. 173*). Мы полагаем, что хороший клинический интервьюер обладает подобными качествами. Вы ничего не добьетесь, если будете избегать критики. Выработайте в себе открытое отношение к критическим отзывам. Если это покажется вам слишком трудным, попросите помощи у тех, кому вы доверяете.
8. Но если вы не можете решить, кому из сокурсников можно довериться? Есть несколько вариантов. Во-первых, не теряйте надежды и продолжайте поиски подходящего человека. Настойчивость вознаграждается, и вы можете найти заслуживающего доверия человека. Во-вторых, найдите человека, которому можно довериться, вне своей студенческой группы (друга, коллегу). В-третьих, можно найти новую группу, которой вы будете доверять. Иногда в группе складывается патологическая ситуация, при которой ее члены не получают поддержки или эмпатии. Если вы убедились, что налицо именно такая ситуация, перейдите в группу с более здоровой психологической атмосферой. С другой стороны, стоит тщательно проанализировать свои установки, прежде чем окончательно покинуть группу. Вы можете найти возможность адаптироваться и сделать свое пребывание в группе успешным.
9. Осваивайте техники релаксации. Существуют различные методы психической и физической релаксации, которые помогут вам справиться со стрессом и тревожностью, сопровождающими рост самосознания (см. *Davis, McKey, & Eshelman, 2000; Kabat-Zinn, 1995*).

Психосоциальное самосознание

Психосоциальное самосознание — это то, как вы воспринимаете себя по отношению к другим людям. Что касается формулировки, предложенной К. Беннеттом, она довольно неопределенна: “Социальное “Я”... эфемерно. Нет такого зеркала, в котором мы можем рассмотреть межличностные отношения. Большей частью обратная связь, восприятие себя приходит к нам от других людей” (*Bennett, 1984, p. 276*).

Индивидуальное и культурное 2.1

Какой у вас акцент?

В одной группе наших студентов был африканец, который полагал, что окружающим режет ухо его акцент. Попросив разрешения, однажды во время занятия мы воспроизвели аудиозапись проведенного им клинического интервью и попросили других студентов высказать свое мнение о его голосе. К удивлению нашего африканского друга, все его товарищи по учебе отметили положительное впечатление от его голоса. Позитивные отзывы помогли Амхаду преодолеть комплекс, связанный с акцентом.

Недавно по программе академического обмена мы посетили Великобританию. Там мы поняли, какие чувства испытывал Амхад. Почти все, с кем мы общались в Великобритании, высказывались по поводу нашего произношения. Обычным комментарием было: “Ага, вы явно американцы”. Более саркастично настроенные английские друзья могли сказать, представляя нас: “Как вы сами можете догадаться по их акценту, Джон и Рита родились и выросли здесь, в Англии”. Такое бесцеремонное внимание людей к нашему произношению коснулось даже нашей 12-летней дочери, которая, пока мы жили в Великобритании, училась в местной школе. Другие дети часто просили ее сказать что-нибудь, чтобы услышать ее акцент.

Суть в том, что каждый из нас имеет свои особенности произношения, и люди сразу обращают на это внимание. Более того, особенности нашего произношения могут повлиять на отношение к нам других людей.

Не забывайте время от времени интересоваться мнением других людей о вашем голосе. Особенно внимательно следует относиться к мнению тех, кто принадлежит к другой культурной группе или приехал из другого региона. Приложите все усилия, чтобы изучить особенности своего произношения и определить их потенциальное влияние на других людей.

Психосоциальное самосознание включает не только восприятие себя и обратную связь (восприятие нас другими людьми), но и наши психологические, социальные и эмоциональные потребности, а также то, какое влияние они оказывают на нашу жизнь. А. Маслоу в своей столь часто цитируемой пирамиде потребностей показывает, что каждый человек имеет основные физиологические потребности; потребность в безопасности; потребность в самоуважении; потребность в самореализации; а также потребность в любви, принятии и социальной успешности. Хорошие клиницисты осознают свои физиологические и социальные потребности и потенциальное влияние этих потребностей на их поведение во время клинического

интервьюирования и психологического консультирования. Один из способов повышения своего психологического самосознания — анализ своих профессиональных и жизненных целей. Задайте себе следующие вопросы.

- Каковы мои важнейшие личностные ценности?
- Каковы цели моей жизни? Что мне в действительности нужно от жизни и почему? Способствует ли моя повседневная деятельность достижению этих жизненных целей?
- Каковы мои профессиональные цели? Если я хочу стать консультантом или терапевтом, каким образом я этого достигну? Почему я хочу работать консультантом или терапевтом?
- Если бы мне нужно было коротко рассказать о себе, какие слова я для этого выбрал бы? Как бы я описал себя незнакомому человеку? Что мне особенно нравится и не нравится в себе?

Также очень важно регулярно получать от ваших друзей и коллег, которым можно довериться, критические отзывы о том, как относятся к вам другие люди. Ясное понимание того, как реагируют на вас окружающие, поможет вам не принимать неадекватную оценку клиента за истину в конечной инстанции.

Еще одним способом психологической самооценки может быть традиционное психодиагностическое тестирование. Существует множество тестов, позволяющих вам определить свои психологические потребности и особенности. Из наиболее часто употребляемых интервьюерами, помогающих им лучше понять свою собственную психологию, следует упомянуть вторую редакцию Миннесотского многофакторного личностного опросника (*MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmar, 1989*) и Индикатор типов личности Майерс—Бриггс (*MBTI; Myers, 1962*).

Самосознание развития

Хотя самосознание развития тесно связано с психологическим самосознанием, оно заслуживает особого внимания. Самосознание развития подразумевает осознание человеком своей личной истории, отдельных событий, которые оказали значительное влияние на развитие его личности. У каждого человека обязательно есть какие-нибудь яркие воспоминания, которые характеризуют неповторимые особенности его личности. Эти воспоминания обычно связаны с личными усилиями, достижениями или психическими травмами, которые знаменуют собой основные вехи развития индивида (например, пубертатный период).

Случай из практики

Клиентка часто упрекала своего терапевта в эмоциональной холодности. Она говорила: “Я изливаю вам душу, а вы остаетесь бесчувственным, как машина. Вам на меня, наверное, совсем наплевать”. Чтобы не ставить под угрозу свою социально-эмоциональную идентичность, терапевт попросил своих коллег высказать свои критические замечания, и они заверили его, что он добрый и участливый человек. В то же самое время он работал с другой клиенткой, которая постоянно обвиняла его в излишней эмоциональности, жаловалась на то, что он слишком бурно реагирует на ее слова. В обоих случаях клиентки испытывали серьезные трудности в плане психического здоровья, и их восприятие было искажено патологическим состоянием. Однако даже у тех клиентов, которые не имеют серьезных проблем с психическим здоровьем, восприятие ваших физических, социальных и эмоциональных характеристик может быть искажено. Это может привести к психологическому дискомфорту, если вы не получаете адекватной обратной связи относительно вашего межличностного стиля от коллег или супервизоров. Мы подробнее будем обсуждать это явление, которое называют переносом, или трансфером, в главе 5.

Тем, кто работает в рамках как психоанализа, так и научных традиций индивидуальной психологии Альфреда Адлера (*Adler, 1937*), мы рекомендуем исследовать свою историю межличностных отношений, начиная с детства. Анализ или выявление закономерностей ваших отношений с другими людьми поможет вам предсказать свою реакцию на клиентов. Можно начать с того, что вы сядете, сосредоточитесь и постараетесь вспомнить всех людей (и все события) в вашей жизни, которые оказали решающее влияние на формирование вашей личности. Погрузитесь как можно глубже в прошлое, восстанавливая в памяти все возможные подробности, связанные с людьми или ситуациями. Возможно, вам придется записать хронологию людей и событий, которые повлияли на развитие вашей личности, а также составить карту своего психологического развития. Еще один способ исследования истории личностного развития — прибегнуть к услугам психотерапевта (*Greenberg & Staller, 1981; Norcross, 2000*).

Культурное самосознание

Вера в превосходство своего племени над другими племенами или превосходство своей нации над другими нациями возникла, вероятно, еще на заре человечества (*Zuckerman, 1990, p. 1297*). Географическая изоляция

и внутриплеменные браки привели к сходству членов групп, которое в обиходе называют *расовыми характеристиками*. М. Цукерман указывает, что формирование этих характеристик происходило на протяжении определенного периода времени и обусловило лишь поверхностные различия по сравнению с межвидовыми различиями. Сходство между различными расами превосходит различия между ними, точно так же, как сходство между культурами значительно больше, чем различия между ними.

Зачем же тогда мы призываем будущих интервьюеров быть осмотрительными при работе с представителями других культур? Почему мы настаиваем на необходимости повышения культурного самосознания? Почему тот, кто хочет стать компетентным специалистом в области клинического интервьюирования, должен изучать другие культуры и добиваться поликультурного мышления? К нам приходит постепенное осознание того, что на наши представления о том, что уместно или неуместно, правильно и неправильно, нормально и ненормально, оказали сильное влияние определенные культурные, религиозные, политические и половые особенности нашего воспитания. Взаимопонимание двух людей зависит не столько от культурной среды, сколько от убеждения в правильности или даже превосходстве своей культуры. Действительное понимание представителей другой культуры начинается с принятия культурных различий как нормального аспекта человеческого существования.

Социологи исследовали феномен, который мы называем *стереотипированием*. Важным открытием в этой области стал тот факт, что стереотипирование других людей тем меньше, чем больше человек общается с представителями других культурных групп. Хотя само по себе знакомство с другими культурами — недостаточный фактор для прекращения стереотипирования, оно может скорректировать установки и снизить напряженность, возникающую между отдельными представителями различных культур (*Stephan, Diaz-Loving, & Duran, 2000*; см. врезку “Индивидуальное и культурное 2.2”).

Культурное многообразие остается актуальной темой в психологии и консультировании. Обсуждение теории (и практики) культурного многообразия часто переходит в ожесточенную полемику. В качестве примера можно привести статью под названием *Why Is Multiculturalism Good?* (“Что хорошего в культурном многообразии?”), которая была опубликована в журнале *American Psychologist* (*Fowers & Richardson, 1996*). В статье говорилось о европейской традиции американской культуры, что послужило причиной критики статьи со стороны многих авторов. Статью критиковали с самых разных точек зрения. Одним из оснований для критики было обвинение ее авторов,

Индивидуальное и культурное 2.2

Каковы ваши личные стереотипы?

Мы рекомендуем вам и вашим товарищам по учебе найти время для обсуждения культурных, религиозных и политических предубеждений. Это будет для вас полезно даже в масштабе студенческой группы. Сколько студентов вашей группы были воспитаны в религиозной вере, в которой слово “Бог” относится к мужскому роду? Кому из студентов внушали, что помощь бедным и нуждающимся — высокое и почетное призвание человека? Кто считает, что приходится вовремя и стоять в очереди означает демонстрировать свою слабость? Список убеждений и ценностей, которые меняются от культуры к культуре, бесконечен. Дело осложняется тем, что следует учитывать не только наше воспитание или нынешние убеждения, но и взаимодействие наших культурных стереотипов с убеждениями других людей. Как развивались наши культурные убеждения? Как мы сейчас реагируем на людей, культурные убеждения которых напоминают наши прежние представления? Нет легкого пути к культурному самосознанию. Только открытость для других культур, интроспекция, обсуждение, чтение и даже психотерапия позволят обнаружить свои стереотипы и “белые пятна”, что поможет вам стать более восприимчивым и эффективнее работать с представителями различных культур (*Paniagua, 1998; Sue, Ivey, & Pedersen, 1996; Sue & Sue, 1987*).

Б. Фоурса и Ф. Ричардсона, в том, что они преуменьшили масштаб современного расизма и дискриминации, изобразили многообразие культур внутренне противоречивым феноменом и были недостаточно реалистичны (*Hall, et al., 1997; Teo & Febbraro, 1997*). Не считая интеллектуальных противоречий, связанных с культурным многообразием, эти критические статьи отражают эмоции, неизбежно проявляющиеся при восприятии культурных и этнических проблем. Что это означает для клинициста? То, что культурное происхождение того или иного клиента необходимо исследовать и понимать на эмоциональном уровне. Более детальные рекомендации учета культурного многообразия можно найти в главе 13.

Прежде чем вы начнете проводить клинические интервью, внимательно исследуйте свои ожидания. Особенно тщательно проанализируйте ожидания в отношении себя как клинического интервьюера. Ожидаете ли вы, что с легкостью добьетесь компетентности и успеха, или же считаете, что вам придется преодолеть множество преград, а возможно даже, вас ждет поражение? Какие мысли или образы приходят к вам, когда вы думаете о своем

первом профессиональном клиническом интервью? Каковы ваши устоявшиеся представления о том, как вести себя во время клинического интервью? Считаете ли вы, что хороший интервьюер должен принадлежать к определенному типу личности? Запишите свои мысли, чувства и ожидания, связанные с данной профессией.

ЭФФЕКТИВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ: СЕМЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АНАЛОГИЙ

Многочисленные преграды стоят на пути становления компетентного интервьюера. Тем не менее, освоение эффективного клинического интервьюирования не только возможно, но и может быть интересным и принести удовольствие. Чтобы взглянуть с долей юмора на требования, выдвигаемые к клиническому интервьюеру, предлагаем вам несколько аналогий между клиническим интервьюированием и другими профессиями.

1. Вы должны знать то, что постоянно подчеркивали знаменитые философы, — важность познания себя (*Bennett, 1984*). Поскольку вы сами — тот инструмент, посредством которого слышите клиента и реагируете на него, вы должны остро осознавать свое физическое присутствие, тип личности, а также свои индивидуальные предубеждения. В других отраслях науки ученые настраивают (калибруют) имеющиеся у них инструменты перед тем, как использовать их на практике. Настройка вашего самого важного инструмента — себя — одна из ваших главных обязанностей.
2. Вы должны знать то, что известно хорошему ландшафтному дизайнеру, — свою территорию. Вам следует научиться создавать такую обстановку, которая максимально способствовала бы достижению ваших профессиональных целей. Некоторые ситуативные факторы могут способствовать (или препятствовать) готовности клиента к обсуждению своих личных проблем. Ваша профессиональная обязанность состоит в том, чтобы создать такую обстановку, которая позволила бы клиенту чувствовать себя комфортно и не замыкаться в себе.
3. Вы должны обладать тем, что есть у хороших педагогов, — умением слушать. Вы должны научиться слушать клиента всеми органами чувств. Вы должны знать, как ведут себя компетентные слушатели и каких моделей поведения они избегают. Хорошие интервьюеры

слушают настолько внимательно, что у клиента не остается никаких сомнений в том, что он услышан.

4. Вы должны делать то, что делают успешные спортсмены, — тренироваться. Настойчивые тренировки способствуют успешному овладению навыками и их автоматизации. Теоретические знания об интервьюировании без накопления непосредственного опыта работы с клиентами не будут стоить выеденного яйца. Только непосредственный опыт поможет вам повысить самосознание и научиться применять на практике принципы, описанные в нашей книге.
5. Вы должны знать то, что знают хорошие руководители, — как определять приоритетность информации. В качестве интервьюера вы должны производить отсев многочисленных вербальных и невербальных сообщений, которые поступают к вам от клиента, чтобы сосредоточиться на самом важном, с клинической точки зрения, материале. Есть информация, которая требует пристального внимания и немедленных действий. Например, если ваш клиент говорит о намерении совершить самоубийство, вам нужно действовать очень быстро. Другие виды информации требуют иного подхода. Будучи начинающим интервьюером, вы должны развить навыки оценивания и определения приоритетности информации как можно быстрее, поскольку в любой момент можете столкнуться с необходимостью принятия вашего первого важного решения относительно терапии клиента.
6. Вы должны овладеть тем, чем владеют успешные модельеры, — искусством гармоничного сочетания и подбора. Хорошие клиницисты владеют навыками оценивания и слушания в самых разных ситуациях — например, в рамках приемного интервью, диагностики суицидальных наклонностей, исследования психического статуса при выборе техник терапевтической интервенции и т.д.
7. Вы должны знать то, что известно хорошим механикам, — как находить неполадки. Так же как хороший автомеханик по звуку работающего двигателя может определить дефект топливного насоса или износ поршневых колец, вы должны знать признаки и симптомы депрессии, тревоги, паранойи и т.д. Даже начинающие интервьюеры должны иметь основные знания в области психопатологии, чтобы определить, нуждается клиент в профилактике или его следует «ставить на капитальный ремонт».

ФИЗИЧЕСКОЕ ОКРУЖЕНИЕ

Среда не только подталкивает или бичует, она выбирает. Ее роль в этом подобна роли естественного отбора, хотя в совершенно другом временном масштабе, и по этой же причине на нее не обращали внимания. Сейчас ясно, что мы должны учитывать воздействие среды на организм не только перед, но и после того, как он прореагирует. Последствия формируют и поддерживают поведение. Только признав данный факт, мы можем полнее объяснить взаимодействие организма и среды.

Б. Ф. Скиннер, *Walden Two* (“Второй Уолден”)

Когда интервьюер и клиент встречаются и начинают беседовать, их поведение определяется многими факторами физического окружения. Хотя наиболее сильным раздражителем для поведения клиента выступает сам клиентист, другие физические или внешние факторы также влияют на ход интервью и его результат. Интервьюеры должны учитывать эти факторы и тщательно анализировать их перед тем, как приступать к работе с клиентом.

Помещение

Какое помещение лучше всего подходит для клинического интервьюирования?

Конечно же, выбор помещения может диктоваться не зависящими от вас обстоятельствами. Многие университеты не располагают клиниками, оборудованными специальными отдельными кабинетами. У некоторых клинических интервьюеров вообще нет отдельного кабинета. Альфред Бенджамин, известный психотерапевт, придерживающийся клиент-центрированного подхода, занимался клиническим интервьюированием даже в палатке (*Benjamin, 1980*). Мы надеемся, что у читателей нашей книги будут более комфортные условия работы, однако, независимо от обстоятельств, есть такие вещи, на которые вам следует обратить особое внимание.

Обычно клинические интервью, проводимые в рамках психологического консультирования и психотерапии, проходят в помещении, но могут быть и исключения. Психотерапевты, придерживающиеся поведенческого подхода, иногда работают с клиентом в обстановке, которая вызывает у него чувство тревоги, чтобы тот мог освоить методы снижения тревожности или ее предотвращения (*Fones, Manfro, & Pollack, 1998; Wells, 1997*). Другие виды консультационной и психотерапевтической деятельности могут происходить, когда терапевт и клиент, например, вместе занимаются спортом, гуляют, танцуют или отдыхают на природе (*Abt & Stewart, 1982; Hayes, 1999; O’Kelly, Piper, Kerber, & Fowler, 1998*). Что касается нас, то мы исповедуем традиционный, консервативный подход к условиям клинического интервьюирования при

обучении студентов. Мы рекомендуем, особенно начинающим интервьюерам, проводить клиническое интервью в помещении.

Минимальное требование к помещению для клинического интервью — изолированность. Некоторые клинические интервьюеры весьма требовательны к выбору помещения, считая, что комната со звукоизоляцией, шторами или жалюзи на окнах и отдельным входом *необходима* для осуществления оптимальной коммуникации (Langs, 1973, 1986). Наши требования более умеренны, частично оттого, что реальность диктует свои условия. Тем не менее, как явствует из цитаты Б. Скиннера (1972), не следует недооценивать важность физического окружения.

Как правило, люди не склонны поверять сокровенные тайны или опасения где-нибудь в кафетерии или другом людном месте, по крайней мере, не тому человеку, которого видят впервые в жизни. Уединение и комфорт чрезвычайно важны для успешного проведения клинического интервью. С другой стороны, при установлении профессиональных отношений не обязательно закрывать окна бархатными портьерами, вывешивать на стену 27 своих дипломов и отгораживаться от клиента массивным дубовым столом. Выбирая помещение для проведения интервью, необходимо найти золотую середину между профессиональными формальностями и неофициальным уютом — это относится и ко многим другим аспектам клинического интервьюирования. Рассматривайте рабочее помещение как продолжение своего профессионального “Я”. Основная цель приемного интервью — заручиться доверием клиента и пробудить в нем надежду, установить эмоциональный контакт и помочь клиенту открыться. Выбор помещения должен соответствовать этой цели.

Возможность контролировать окружение — основной фактор планирования и создания физической обстановки клинического интервьюирования (см. врезку “От теории к практике 2.5”). Клиенту можно предоставлять некоторую свободу (в выборе кресла, например), но в целом, интервьюер должен контролировать физическое окружение.

Существует множество элементов, отличающих клиническое интервьюирование от других разновидностей социального взаимодействия. Одно из различий состоит в том, что время сеанса не может быть заполнено другой деятельностью, — все должно быть подчинено главной цели клинического интервьюирования. Если прерывание деловых или дружеских встреч может быть допустимым или даже необходимым, то в консультировании или психотерапии все обстоит как раз наоборот. По нашему мнению, прерывание клинического интервью недопустимо. Каждый работник нашей учебной клиники, от уборщицы до преподавателя, понимает, что когда интервьюер работает с клиентом, ему ни в коем случае нельзя мешать.

От теории к практике 2.5

**Контроль над физическим окружением во время
клинического интервью**

Представьте, что вы стали свидетелем следующей ситуации. Студентка, изучающая курс клинического интервьюирования, звонит девушке, которая вызвалась исполнять роль клиентки:

- Здравствуйте, можно пригласить Салли Сэмпсон?
- Да, я слушаю.
- Салли, меня зовут Бэт Макнеттл, я изучаю курс клинического интервьюирования. Вы записались на этот курс, чтобы получить дополнительные баллы по психологии. Мне назвали ваше имя, и я звоню, чтобы договориться о встрече.
- А, ну да. Запросто... но уже вот-вот начнется сессия, и мне очень некогда.
- Да-да, я хотела сделать это раньше, в течение семестра, но вот... давайте посмотрим, нельзя ли выделить какое-то время.

После долгих поисков они находят время, которое устраивает обеих. К сожалению, Бэт забыла заказать кабинет для клинического интервьюирования, и оказывается, что в назначенное время все помещения будут заняты. Бэт снова звонит Салли:

- Салли, это снова Бэт Макнеттл. Мне очень жаль, но в то время, которое мы выбрали, все кабинеты будут заняты.

Салли немного раздражена, это слышно по ее голосу. Бэт чувствует себя виноватой перед Салли, она начинает паниковать. Ведь до конца семестра остается всего неделя. Они обсуждают возможный выход из ситуации. Бэт говорит, что найдет другого добровольца для клинического интервьюирования.

Салли отвечает:

- Послушайте, мне самой это необходимо. Мне нужны дополнительные баллы по психологии. Почему бы вам не зайти ко мне в комнату? Я живу в университетском городке, в общежитии.

Зная, что это нарушение правил, Бэт неохотно соглашается прийти к Салли в общежитие. В конце концов, она всего лишь хочет выполнить свое задание. Тихая комната в студенческом общежитии вполне для этого подойдет. И вообще, кто узнает, где именно она проводила это клиническое интервью? И потом, это несомненно лучше, чем приглашать Салли к себе домой. Бэт просит Салли позаботиться о том, чтобы в комнате не было посторонних. Салли обещает. Голос у нее при этом расстроенный.

На следующий день Бэт приходит в общежитие. Вечер. Время как раз такое, когда студентам позволяется шуметь в виде компенсации за

соблюдение тишины в другие часы. Воздух сотрясается от грохота рок-музыки. Студенты словно соревнуются, чья стереосистема мощнее. Соседка Салли по комнате делает себе завивку, что, в общем-то, должно способствовать успеху клинического интервьюирования (если не считать запаха). Однако для того, чтобы засечь время, она почему-то использует электронные часы Салли. В комнате только двое людей — Бэт и Салли, но их внимание постоянно что-то отвлекает. За это время Бэт насчитала шесть телефонных звонков, два раза просили Салли.

К сожалению, это реальная история. Бэт имела мужество признаться в нарушении правил и рассказать об этом “ужасном” происшествии. Она сказала нам, что ей не удалось установить контакт с Салли, она чувствовала, что не контролирует ситуацию. Хотя такое случается нечасто, этот пример показывает, как важно контролировать физическое окружение при клиническом интервьюировании. Потерять контроль очень легко.

Секретарь не допускает даже мысли, что можно прервать встречу практиканта и клиента, и стеной встает на защиту конфиденциальности как первого, так и последнего. Покинув свою пресловутую палатку, Бенджамин отзывался о помехах во время клинического интервьюирования следующим образом.

Внешние помехи могут только мешать. Телефонные звонки, стук в дверь, люди, которые хотят вызвать вас “на пару слов”, секретарши, которым нужно “немедленно” подписать какие-то документы, — все это может в считанные секунды разрушить то, что вы и ваш клиент с огромным трудом пытались создать в течение значительного периода времени (*Benjamin, 1981, p. 4*).

Это утверждение было бы справедливо даже в том случае, если бы д-р Бенджамин говорил о клинических интервью, которые он проводил в своей палатке. Время и место, предназначенные для клинического интервьюирования, должны использоваться строго по назначению. Если вы не можете найти кабинет, в котором во время клинического интервьюирования вас точно никто не потревожит, следует повесить на дверь табличку с надписью “Не беспокоить” или “Идет интервью”, чтобы избежать возможных помех. Кроме того, следует заранее уменьшить громкость телефонного звонка и автоответчика, чтобы именно в тот момент, когда клиент собирается сообщить нечто глубоко личное, его не испугал громкий голос из динамика: “Здравствуйте, вы позвонили по номеру такому-то...”

Одно предупреждение. Несмотря на то что интервьюер должен принять все необходимые меры для того, чтобы избежать помех, мы *не* рекомендуем закрывать на ключ дверь комнаты, в которой проводится клиническое интервью. На это существует немало причин. Например, если у клиента наблюдаются вспышки неконтролируемой агрессии, лучше подготовить себе

путь к отступлению. Надеемся, что у вас никогда не возникнет необходимости в таком отступлении, но вы будете спокойнее, зная, что существует “аварийный выход”. Кроме того, запертая дверь может сообщать ситуации некую интимность, и отдельные клиенты могут усмотреть в этом нечто большее, чем вы имели в виду. Короче говоря, чувство комфортности и защищенности — да. Запертая дверь — нет.

Иногда, несмотря на все наши усилия, помехи все-таки случаются. Есть три основных вида помех. Во-первых, случайные и кратковременные помехи. Например, новый секретарь или представитель администрации может постучать или войти в кабинет, не понимая, что нарушает процесс клинического интервьюирования. В таких случаях клиницист должен вежливо сообщить незваному гостю, что встреча носит конфиденциальный характер.

Во-вторых, существуют “легитимные” помехи, для устранения которых необходимо прервать клиническое интервью на несколько минут. Например, секретарь школы, в которой учится ваша семилетняя дочь, звонит вам в офис и сообщает, что девочка плохо себя чувствует и ее нужно забрать домой. Вам потребуется несколько минут, чтобы связаться с друзьями или родственниками, которые смогут заехать за девочкой и отвезти ее домой. В подобной ситуации интервьюер должен сообщить клиенту о необходимости на несколько минут прервать работу, принести свои извинения и затем сделать необходимые телефонные звонки. Закончив свои дела, клиницисту следует еще раз извиниться, предложить клиенту наверстать потерянное время (например, спросить его: “Не могли бы вы сегодня задержаться еще на несколько минут?” или “Вы не против, если мы наверстаем упущенное в следующий раз?”), затем попытаться как можно естественнее возобновить клиническое интервью с того места, на котором оно было прервано.

В-третьих, помеха может быть связана с чрезвычайной информацией профессионального или личного характера, с необходимостью вашего немедленного присутствия в другом месте. Нужно ли объяснять клиенту причину вашего ухода? Это зависит от теоретической ориентации клинического интервьюера. Обычно бывает достаточно объяснить ситуацию в общих чертах, спокойно:

“К сожалению, мне нужно уйти по неотложному делу. Я надеюсь, вы меня поймете. Нам необходимо назначить новую встречу. Это чрезвычайная ситуация, и мне очень жаль, что я причинил вам неудобство”.

Часто предоставление клиенту общей информации о причине вашего ухода одновременно и успокаивает его, и удовлетворяет его любопытство.

В целом для того, чтобы эффективно справиться с помехами, следует соблюдать следующие правила: а) сохранять спокойствие и конструктивно подходить к решению проблем; б) извиниться перед клиентом за причи-

ненные неудобства; в) возместить клиенту время интервью, потерянное из-за помех. Кроме того, если клиницист вел какие-либо записи, перед уходом следует удостовериться, что они спрятаны в сейф или сданы секретарю.

Размещение людей

На лекциях мы обычно спрашиваем студентов, как должны располагаться интервьюер и клиент во время интервью. Разнообразие ответов поистине удивительно. Некоторые студенты полагают, что интервьюер и клиент должны сидеть лицом к лицу и между ними не должно быть никаких предметов. Другим нравится принимать клиентов, сидя за письменным столом. Третьи предпочитают сидеть под углом от 90 до 120° по отношению к клиенту, чтобы обоим можно было без смущения смотреть в сторону. Обычно находятся студенты, которые отмечают, что психоаналитики по-прежнему укладывают клиента на кушетку, а сами садятся так, чтобы тот их не видел.

Некоторые университетские клиники имеют четко регламентированные правила относительно расположения интервьюера и клиента. Например, в нашей старой клинике в каждом кабинете было одно мягкое кресло с регулируемой спинкой и несколько обычных деревянных стульев. Теоретически, мягкое кресло обеспечивает клиенту комфортабельное место, в котором он может полностью расслабиться. Кроме того, мягкое кресло — идеальное место для гипнотического внушения, обучения технике релаксации, анализа свободных ассоциаций. К сожалению, жесткие модели размещения интервьюера и клиента могут стать причиной неудобств, особенно при проведении приемных интервью. При реализации подобных моделей в учебных клиниках клиенты, как правило, не хотят садиться на предназначенное для них место либо жалуются, что чувствуют себя сидящими на троне или на электрическом стуле.

Размещение интервьюера и клиента во время интервью определяется несколькими факторами. Один из них — теоретическая ориентация клинициста. Психоаналитики часто отдают предпочтение кушетке; бихевиористы предпочитают использовать мягкое кресло, клиент-центрированные терапевты подчеркивают, что когда речь идет об удобстве или престижности сидений, терапевт и клиент должны находиться в одинаковых условиях. На лекциях и семинарах мы неоднократно замечали, что выбор студентами моделей размещения людей зависит от их личностного стиля. Более уверенные в себе студенты предпочитают, как правило, сидеть лицом к лицу с клиентом, а студенты, которые стремятся к контролю над клиентом, выбирают кушетку или мягкое кресло. Вы можете попробовать разные модели размещения и решить, какая из них вам больше по душе. Это не обязательно означает,

что вы всегда сможете *выбрать* именно то, что вам подходит, но знать о своих предпочтениях полезно. Вы также не должны забывать о предпочтениях клиента, потому что разные модели размещения могут влиять на его состояние.

Обычно во время приемного интервью интервьюеру и клиенту следует располагаться под углом от 90 до 150° друг к другу. А. Бенджамин вполне убедительно объясняет причину такого расположения.

[Я] предпочитаю два одинаково удобных кресла, стоящих недалеко друг от друга под углом 90°, с небольшим столиком рядом. Такое расположение меня больше всего устраивает. Клиент может смотреть на меня тогда, когда ему этого хочется, а в остальное время — смотреть прямо перед собой, не встречаясь со мной взглядом. Меня тоже ничего не стесняет. Столик, стоящий рядом, выполняет свои обычные функции, а если в нем нет необходимости, он никому не мешает (*Benjamin, 1981, p. 3*).

Расположение под прямым углом — традиционная, испытанная модель. Обычно она ни у кого не вызывает недовольства. Тем не менее многие интервьюеры (и клиенты) предпочитают больший угол (например, 120°), чтобы иметь возможность лучше видеть собеседника, но при этом не сидеть с ним лицом к лицу.

В некоторых случаях клиенты нарушают предварительно установленный вами порядок расположения, передвигая или поворачивая кресло. Обычно мы рекомендуем клиницистам *не настаивать* на предварительно выбранной модели размещения. Если клиенту хочется усесться по-своему, предоставьте ему свободу действий, отмечая про себя особенности его поведения, и проводите интервью. Исключением может быть ситуация, при которой клиент (обычно ребенок или подросток) во время интервью ведет себя неподобающим образом и мешает работе.

Как вести записи во время клинического интервью

О ведении записей говорят многие практики и теоретики (*Benjamin, 1987; Pipes & Davenport, 1999; Shea, 1998*). Некоторые специалисты рекомендуют делать заметки только после окончания интервью, другие указывают на то, что далеко не все люди обладают абсолютной памятью, поэтому желательно вести записи по ходу работы с клиентом. Главное здесь в том, что в некоторых случаях ведение записей может восприниматься клиентом негативно, а иногда, наоборот, — способствует установлению эмоционального контакта и повышает его доверие к интервьюеру (*Hickling, Hickling, Sison, & Radetsky, 1984*). Реакция клиента на ведение записей обычно определяется его личностными особенностями, межличностной динамикой, соответствующим предварительным опытом и тактом клиници-

ста. Так как вы не можете предугадать реакцию клиента на ведение записей, вы должны объяснить ему, зачем делаете заметки во время интервью. С. Шей предлагает следующий подход.

Начиная клиническое интервью, я даже не беру в руки блокнот. Когда же начинаю писать, то, чтобы не показаться невежливым, обычно говорю клиенту: “Я собираюсь кое-что записать, чтобы потом ничего не перепутать. Вы не возражаете?” Клиенты очень хорошо реагируют на этот простой знак вежливости. Кроме того, объяснение цели, как правило, смягчает ту паранойю, с которой клиенты зачастую относятся к ведению записей, когда им кажется, что терапевт испуленно анализирует каждую их мысль и действие (*Shea, 1998, p. 180*).

Мы согласны с тем, что когда интервьюер ведет записи, следует вежливо предупредить об этом клиента и соблюдать такт (т.е. всегда необходимо уделять больше внимания клиенту, чем своим заметкам). Однако мы рекомендуем вам попрактиковаться в клиническом интервьюировании как с ведением записей, так и без. Важно знать, насколько уверенно вы чувствуете себя, делая заметки во время клинического интервью, и насколько уверенно вы себя чувствуете, не делая никаких записей.

Правила ведения записей

Вот основные правила ведения записей во время клинического интервью.

- Ведение записей ни в коем случае не должно нарушать ход интервью или затруднять контакт с клиентом; всегда уделяйте больше внимания клиенту, чем заметкам.
- Объясните клиенту цель ведения записей. Обычно достаточно сослаться на несовершенную память. Некоторые клиенты, наоборот, могут быть недовольны тем, что интервьюер не ведет записей; следует объяснить им, почему вы этого не делаете.
- Никогда не прячьте и не закрывайте записи от клиента; не предпринимайте других действий, которые могут навести клиента на мысль, что ему запрещено или нежелательно видеть сделанные вами заметки.
- Не пишите ничего такого, что нежелательно знать вашему клиенту. Это означает, что нужно строго придерживаться фактов. Если вы хотите записать личные наблюдения, которые не предназначены для посторонних глаз, помните о том, что клиент может прочесть сделанные вами заметки. Клиенты с паранойяльными наклонностями могут подозрительно отнестись к вашим записям и попросить прочесть их, или же, в исключительных случаях, выхватить у вас блокнот (или прочитать записи, подойдя к вам сзади и заглянув через плечо).

- Если клиент просит показать ему записи, постарайтесь вместе с ним проанализировать причины этого интереса и затем предложите ему прочесть сделанные вами заметки. Клиенты, как правило, отказываются, но если кто-нибудь все-таки согласится, вы будете рады, что следовали указанным выше правилам.

Видео- и аудиозапись

Если вы записываете проводимое вами клиническое интервью с помощью диктофона или видеокамеры, следует делать это максимально ненавязчиво. Чем спокойнее и будничнее вы говорите клиенту о видео- или аудиозаписи интервью, тем быстрее он перестанет обращать внимание на микрофон или видеокамеру. Это легче сказать, чем сделать, потому что при последующем просмотре или прослушивании записей вы, как интервьюер, будете в центре внимания критиков; поэтому вас самого магнитофон или камера могут смущать больше, чем клиента. Чтобы успокоить клиента (но не себя), можете сказать:

“Я должен записывать нашу беседу в основном для того, чтобы мой супервизор мог оценить мою работу. Это поможет ему удостовериться в том, что вы получаете самое качественное обслуживание и что я эффективно использую свои профессиональные навыки”.

Собираясь записывать беседу с клиентом на пленку, вы должны сначала заручиться его согласием. Обычно требуется разрешение клиента в письменной форме. Это важно по ряду причин. Аудио- и видеозапись без ведома клиентов означает нарушение права неприкосновенности личной жизни и подрывает доверие к интервьюеру. Кроме того, по этическим и юридическим причинам очень важно рассказать о возможном использовании записей, их хранении, доступе к ним и, в конце концов, их уничтожении.

И последнее замечание относительно видео- и аудиозаписи. Когда вы проведете свое самое удачное интервью, вы обнаружите, что были какие-то проблемы с оборудованием и запись не получилась. С другой стороны, когда вы проводите клиническое интервью, которое предпочли бы забыть, как дурной сон, оказывается, что запись получилась технически безупречной и ваш супервизор хочет посмотреть именно эту кассету. Учитывая такое проявление закона Мэрфи², мы рекомендуем вам тщательно проверять диктофон или видеокамеру перед началом каждого клинического интервью.

² “Если какая-либо неприятность может случиться, то она случается”. — Прим. ред.

Случай из практики

Планируя сделать запись предстоящего интервью, студент включил магнитофон прежде, чем клиентка вошла в кабинет. Практикант решил, что сможет попросить разрешения на использование магнитофона уже после того, как сделает важную запись начального этапа клинического интервью. Неудивительно, что клиентка разозлилась, когда обнаружила, что ее слова записывают на пленку без ее ведома, и отказалась продолжать интервью. Более того, она произнесла гневную обвинительную тираду, против которой студенту нечего было возразить (и которая тоже сохранилась на пленке). Этот студент, сам того не желая, выбрал один из самых действенных способов подорвать доверие и нарушить контакт с клиентом уже на начальном этапе интервью: он не попросил разрешения на использование магнитофона.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Перед проведением реальных или учебных интервью клиницист должен уделить внимание многим профессиональным и этическим вопросам. Начинающие интервьюеры часто испытывают трудности с поиском своего профессионального имиджа, представлением клиенту себя и своих полномочий (или отсутствия таковых), соблюдением временных рамок и обсуждением вопросов конфиденциальности. Оставшаяся часть этой главы посвящена проблеме удобного и эффективного решения профессиональных и этических вопросов.

Имидж клинического интервьюера

Главный инструмент интервьюирования, от которого зависит его успешность, — *сам клиницист*. Его внешний вид и манера поведения — важные составляющие профессионального интервьюирования.

Внешний вид

Подбор костюма для первого клинического интервью может быть трудной задачей. Некоторые начинающие интервьюеры игнорируют этот вопрос; для других одежда становится камнем преткновения. Выбор наряда может отражать более глубокий психологический аспект личностного развития: насколько серьезно я воспринимаю себя как профессионала? Может быть, пришло время забыть о подростковой моде, надеть ненавистный классический костюм и войти в реальность взрослого мира, как советуют родители и друзья? Не волнуйтесь, мы не собираемся указывать вам, как следует одеваться. Мы говорим опять-таки о самосознании. Вы должны сознавать, какое воздействие ваша

одежда может оказывать на клиентов. Вы можете не заботиться о своей внешности, однако ваши клиенты и ваш супервизор будут обращать внимание на ваш внешний вид. Ваш выбор одежды о многом говорит клиенту, а также может стать причиной конфликта между вами и вашим супервизором.

У нас был студент, который создавал неповторимый имидж с помощью коротко стриженных разноцветных волос, тяжелых серег, оттягивавших мочки ушей, и причудливой комбинации шарфов, жилетов, свитеров, спортивных трико и сандалий. Он выделялся в любой толпе. Можно представить, какое влияние его наряд окажет, например, на фермера средних лет, страдающего депрессией, или на своевольного подростка, бунтующего против своих родителей. Суть в том, что внешний вид интервьюера неизбежно воздействует на клиента. Одежда не может быть нейтральной, она почти всегда вызывает определенную реакцию. К экстравагантному стилю клинициста в конце концов можно привыкнуть, однако это приведет к затратам времени и энергии, которые можно было бы направить в более полезное русло³ (см. врезку “От теории к практике 2.6”).

Весьма вероятно, что принцип “встречают по одежке, провожают по уму” несправедлив, и первое впечатление может оказаться ошибочным. Однако первоначальное мнение клиента о вас будет зависеть именно от того, как вы выглядите и одеваетесь (*Lennon & Davis, 1990*). Первое впечатление часто принимает форму неосознанной эмоциональной реакции, позитивной или негативной.

Как правило, первое впечатление о незнакомце... едва дифференцировано, его трудно выразить словами; и все же оно часто имеет выраженный эмоциональный оттенок симпатии или антипатии. Эта аффективная реакция может быть источником как полезной информации, так и заблуждений (*Holt, 1969, p. 20*).

Ваша задача как интервьюера состоит в том, чтобы первое впечатление клиента о вас было благоприятным. Источником информации для клиента должна стать такая одежда и другие элементы внешнего вида, которые способствуют взаимопониманию и доверительности (*Strong, 1968*). Что касается внешнего вида, то лучше ошибиться в сторону излишней консервативности, по крайней мере, до тех пор, пока у вас не будет ясного понимания того, как ваш имидж влияет на клиента⁴.

³ Порой для самого терапевта необходимо провести аналитическую сессию с супервизором на тему “Что значит для меня мой имидж?”— Прим. ред.

⁴ Как правило, терапевт должен быть одет сдержаннее и консервативнее, чем его клиент. Следуя этому правилу, терапевт выполняет роль пустого экрана, на который клиент проецирует свои чувства и конфликты. — Прим. ред.

От теории к практике 2.6

Одежда для успеха

Когда речь заходит о моде, у каждого находится свое мнение и каждый (почти) имеет свои собственные предпочтения. К сожалению, клиническое интервьюирование — не самая подходящая область для демонстрации индивидуального стиля одежды.

Если ваш супервизор не говорит, какую одежду уместно или неуместно носить во время клинического интервью, вы сами можете поднять эту тему. Вот несколько проблемных вопросов, которые могут стать отправной точкой дискуссии с вашим супервизором или коллегами.

- Уместно ли для интервьюера-мужчины носить серьги или иметь длинные волосы?
- Когда клиническому интервьюеру следует надевать галстук?
- Можно ли во время клинического интервью быть в шортах?
- Прилично ли интервьюерам-женщинам носить брюки?
- Когда речь идет о юбках интервьюеров-женщин, юбку какой длины следует считать слишком короткой?
- Говоря о блузах, вырез какой глубины можно считать допустимым?

Как представляться клиенту

Интервьюеры-практиканты, как правило, испытывают трудности, когда нужно представиться клиенту. Если представиться практикантом, это может вызвать высказанное или воображаемое недовольство клиента: “Ага, так я стану вашим подопытным кроликом?” Мы советуем интервьюерам-практикантам четко и уверенно назвать свое полное имя и объяснить клиенту свой профессиональный статус. Например: “Меня зовут [...], я изучаю клиническую психологию в университете” или “Я учусь в магистратуре и работаю над дипломной работой”. После этого следует сделать небольшую паузу, чтобы дать клиенту возможность задать вопросы относительно ваших полномочий. Если клиент спрашивает, отвечайте прямо и не выказывайте недовольства. Всегда честно и доходчиво объясняйте свой профессиональный статус независимо от того, имеете вы дело с добровольцами в ролевой игре или с настоящими клиентами. Преувеличение своей квалификации рассматривается как нарушение профессиональной этики. Независимо от того, насколько неопытным или неумелым вы себя чувствуете, не пытайтесь компенсировать это вымышленным профессиональным статусом.

Важно отрабатывать простые речевые модели, применяемые на вступительном этапе клинического интервью. Прежде чем продолжить чтение этой главы, подумайте над точной формулировкой своего представления клиенту перед началом интервью. Может быть, вам нужно будет записать свои слова на бумаге или наговорить их на аудиокассету. Мы также рекомендуем практиковаться в представлении себя своим товарищам по учебе в ходе ролевой игры. Практика поможет вам избежать неудачного вступления, например: “Ну, я просто студент, и я, это самое, изучаю клиническое интервьюирование, и мне нужно, э-э-э, практиковаться, и поэтому... ну, в общем, будем начинать”.

Нет ничего плохого в том, что вы студент, и не следует чувствовать себя виноватым в том, что у вас еще нет опыта. Извиняющийся тон или стиль поведения могут подорвать доверие клиента и препятствовать установлению эмоционального контакта. Если вы склонны испытывать вину за то, что “отрабатываете” на людях свои навыки клинического интервьюирования, попробуйте использовать методы когнитивной терапии. Напомните себе о том, что людям, как правило, нравится говорить о себе. В американской культуре людям редко выпадает возможность получить 100% безраздельного внимания. Внимательно слушая, вы обеспечиваете клиенту положительный опыт и в то же время больше узнаете об интервьюировании.

Деятельность интервьюеров-практикантов обычно проходит под наблюдением супервизора. Следует упоминать этот факт, представляя свои полномочия. Можно, например, сказать следующее:

“Как я уже говорил, у меня еще нет диплома, поэтому моя работа в этой клинике проходит под наблюдением д-ра Уолтерса. Это означает, что мы с д-ром Уолтерсом будем обсуждать нашу с вами беседу, чтобы удостовериться, что вы действительно получаете качественные профессиональные услуги. Д-р Уолтерс — квалифицированный клинический психолог, он точно так же, как и я, сохранит полную конфиденциальность”.

Время

Часто мы слышим выражение: “Время — деньги”. В клиническом интервьюировании истинность этого утверждения проявляется особенно убедительно. Если клиент платит за интервью, то платит, как правило, за время. Хотя клиническое интервьюирование — это многоаспектный и сложный процесс, его стоимость определяется в том числе и тем, сколько времени он занимает. Поэтому всегда следует помнить и соблюдать временные рамки.

Клиническое интервью обычно длится 50 минут⁵. Такой промежуток времени, хотя и установлен несколько произвольно, весьма удобен. Он по-

⁵ 50 минут — длительность также и сеансов классического психоанализа. — Прим. ред.

зволяет интервьюеру проводить 60-минутные встречи с клиентом, оставляя несколько минут в начале и в конце интервью, чтобы просмотреть карточку клиента и сделать необходимые записи. Несмотря на установленные временные ограничения, в некоторых случаях уместно продлевать или, наоборот, сокращать длительность клинического интервью. Например, приемное или диагностическое интервью иногда требует больше времени, чем традиционный психотерапевтический час, поскольку этого времени недостаточно для выработки концепции и определения терапевтических задач. В зависимости от ситуации для приемного интервью можно отвести до полутора или даже двух часов. С другой стороны, кризисные ситуации требуют быстрых решений и действий. Например, Дж. Воллерсгейм (*Wollersheim, 1974*) рекомендует более короткие и в то же время более частые встречи с клиентами, у которых проявляются суицидальные наклонности.

Вовремя начинайте клиническое интервью

Что касается начала клинического интервью, то основным принципом должна быть пунктуальность. Если вы опаздываете, извинитесь перед клиентом и предложите продлить время беседы или каким-то образом возместить потерянное время. Можно произнести, например, такие слова: “Извините, пожалуйста, что опоздал; у меня была другая встреча, которая заняла больше времени, чем я предполагал. Мы потеряли 10 минут, поэтому можем продлить нашу сегодняшнюю или следующую встречу на 10 минут”.

Хотя многие студенты-практиканты не получают платы за проведение интервью, профессионалы в качестве возмещения могут предложить клиенту снизить стоимость интервью в зависимости от того, сколько времени было потеряно.

Не следует также начинать встречу слишком рано в тех случаях, когда клиент приходит до назначенного времени и у вас нет других клиентов. Р. Пайпс и Д. Давенпорт высказываются весьма лаконично: “Клиенты будут приходить раньше и спрашивать, свободны ли вы. Вашим ответом должно быть “нет”, если только клиент не переживает кризис” (*Pipes & Davenport, 1990, p. 18*).

Пунктуальность свидетельствует об уважении к клиентам. Интервьюеры, начинающие встречу с клиентом точно в назначенное время, пользуются заслуженным авторитетом. Мы неоднократно обсуждали со студентами разницу между интервьюерами и врачами (в том числе психиатрами), когда дело касается пунктуальности. Врачи печально известны своей непунктуальностью, и это красноречиво характеризует отношения, которые складываются у них с клиентами (*Siegel, 1986*). Один из наших студентов как-то заметил: “Неважно, что врач своим опозданием выказывает вам неуважение, потому что позже он

все равно не удосужится об этом с вами поговорить”. Эти слова указывают на необходимость соблюдения важного принципа, которого придерживаются хорошие интервьюеры: уважение ко времени и чувствам клиента.

Если интервью начинается позже по вине клиента, у вас может возникнуть побуждение продлить интервью или наказать клиента, вообще отменив встречу. Ни первое, ни второе нежелательно. Клиент должен нести ответственность за свое опоздание и прочувствовать последствия своих действий (в данном случае — более короткое интервью). Так должно быть всегда, независимо от причины опоздания клиента. Вы можете выразить клиенту свое сочувствие, но должны стоять на своем. Можно использовать примерно такую формулу:

“Мне тоже очень жаль, что эта встреча будет короче, но для нас очень важно соблюдать установленный график. Надеюсь, что в следующий раз наша встреча продлится столько, сколько нужно”.

Если только ваш клиент не переживает кризис, совершенно не важно, занят ваш следующий час или нет. Придерживайтесь назначенного времени. Суть в том, что клиент должен нести ответственность за свою непунктуальность (точно так же, как клиницист должен нести ответственность за *свои* опоздания).

Впрочем, в случае опоздания клиента у интервьюера есть альтернатива — предложить клиенту назначить дополнительную встречу в течение недели, чтобы тому не показалось, что он отстает или его чего-то лишили в смысле прогресса терапии или диагностики. Например, можно предложить: “Если вы хотите наверстать упущенное сегодня время, мы можем назначить еще одну встречу на этой неделе”. Не забывайте, однако, что когда клиенту назначают дополнительное интервью вместо того, на которое он опоздал, он часто вообще на него не приходит (и это совсем не удивительно), что еще больше осложняет ситуацию.

Нередко бывает, что интервьюер испытывает раздражение по отношению к клиенту, который опаздывает или не приходит на встречу. Как и с другими эмоциональными реакциями на клиентов, вы должны подмечать и анализировать свои чувства, однако вашими действиями не должны управлять эмоции. Например, если вам отчаянно хочется уйти из клиники, прождав 10 минут вечно опаздывающего клиента, не поддавайтесь искушению. Вместо этого объясните непунктуальному клиенту свое отношение к его опозданиям (например: “Если вы будете опаздывать, я подожду 20 минут, а затем могу уйти из клиники”). Если ваш клиент совсем не явился, вы должны решить, следует ли позвонить и назначить новую встречу, послать ему письмо с просьбой подтвердить свое намерение продолжать терапию

или ждать, когда он позвонит сам. Обязательно обсудите со своим супервизором свои действия в случае возникновения подобной ситуации.

В некоторых случаях учреждение, в котором вы работаете, может требовать от вас взимать с опаздывающих или не являющихся на встречу клиентов полную плату, если они за 24 часа не отменили или не перенесли встречу. В таком случае вы заранее должны ознакомить своих клиентов с правилами. Точно так же вы должны уведомить добровольцев о последствиях их неявки на назначенную встречу (например, потеря дополнительных баллов для студентов).

Вовремя заканчивайте клиническое интервью

Клиническое интервью должно заканчиваться вовремя. Клиницист может находить массу благородных оправданий для того, чтобы затянуть встречу, но, как правило, эти оправдания нельзя считать достаточной причиной для нарушения регламента. Вот некоторые оправдания, которые можно услышать от начинающих (и даже опытных) клинических интервьюеров.

- Мы были на грани прорыва.
- Клиентка упомянула важный в клиническом отношении факт всего за пять минут до конца встречи.
- Час уже прошел, а клиент все говорил и говорил, и мне было неудобно его перебивать (т.е. мне казалось, что ему требовалось больше времени, чтобы выговориться).
- Мне показалось, что я проводил интервью не очень успешно, и я посчитал, что клиент заслужил дополнительное время.
- Я забыла часы, а настенные часы с того места, где я сидела, не были видны.

В большинстве подобных ситуаций клиницисту следует спокойно и тактично сообщить собеседнику, что время встречи истекло, однако если клиент хочет, они могут продолжить эту же тему на следующем интервью. Кроме того, во время клинического интервью нужно расположиться так, чтобы хорошо видеть настенные или настольные часы. Часто смотреть на наручные часы или поворачиваться, чтобы увидеть настенные, — невежливо, и это отвлекает клиента.

Только в очень немногих случаях уместно продлить клиническое интервью за рамки обычного времени. Как правило, это чрезвычайные ситуации. Например, когда у клиента проявляется склонность к самоубийству, убийству или психотическое состояние, временные рамки можно менять. Одна-

жды наш коллега, оказавшись под дулом пистолета, затянул клиническое интервью на 40 минут. Конечно же, в такой ситуации регламент теряет значение (хотя, как нам известно, у этого специалиста было искушение сказать просто: “Ну что же, наше время истекло” и попросить клиента убрать пистолет и покинуть клинику).

Иногда мы нарушаем регламент, несмотря на самые благие намерения (которыми, как известно, вымощена дорога в ад). Мы с улыбкой вспоминаем клиническое интервью, которое проводил один наш коллега. С места, где он сидел, хорошо были видны настенные часы. У нашего друга мелькнула мысль, что в этот день время тянется как-то особенно медленно. Оказалось, что часы, на которые он смотрел, существенно отставали. В конце концов стрелки замерли на месте — батарейка в часах села. Несмотря на намерение закончить вовремя, у этого клинициста час растянулся на 73 минуты.

Конфиденциальность

Важный аспект интервьюирования — помочь клиенту говорить об очень личных вещах. Это не только чрезвычайно трудная задача (люди часто чувствуют себя неловко, когда нужно рассказывать что-либо сокровенное человеку, с которым они едва знакомы), но и тяжкое бремя. Клиент доверяет интервьюеру информацию личного характера, которой, возможно, никогда не делился с кем-либо еще. В психологическом консультировании и психотерапии считается само собой разумеющимся, что любая информация, которую сообщает клиент, считается конфиденциальной.

Конфиденциальность ограничивается этическими и юридическими рамками. Существует информация, которую нельзя умалчивать. Например, клиент может заявить:

“У меня депрессия, мне не хочется жить. Я решил избавить свою семью от всех неприятностей, которые им приношу... Поэтому я собираюсь покончить жизнь самоубийством. Дома у меня есть пистолет и патроны, и в выходные я собираюсь застрелиться”.

В этом случае с юридической и этической точек зрения вы обязаны нарушить принцип конфиденциальности и сообщить о планах клиента в соответствующие организации (например, в полицию или в психиатрический диспансер) и, возможно, членам семьи клиента.

В табл. 2.1 представлены основные принципы конфиденциальности, взятые из “Этических принципов Американской психологической ассоциации” (АРА, 1992). Для сравнения, в табл. 2.2 приводятся основные принципы

Таблица 2.1. Этические нормы Американской психологической ассоциации (АПА), регламентирующие конфиденциальность

5. Неприкосновенность личной жизни и конфиденциальность

Данные стандарты применимы к профессиональной и научной деятельности всех психологов.

5.01. Ограничение конфиденциальности

а. Психологи обсуждают с лицами и организациями, с которыми они устанавливают научные или профессиональные отношения (включая, насколько это возможно, детей и их законных представителей), (1) относящиеся к конкретному случаю ограничения конфиденциальности, включая ограничения, применимые в групповом, супружеском или семейном консультировании, и (2) вероятное использование информации, которая была собрана [психологами] при предоставлении услуг.

б. Если только это не представляется возможным или противопоказано, обсуждение связанных с проблемой конфиденциальности вопросов происходит при установлении отношений и, по мере необходимости, позже (при появлении новых обстоятельств).

в. Разрешение на электронную запись интервью предоставляется клиентами и пациентами.

5.05. Разглашение

а. Психологи разглашают конфиденциальную информацию без согласия индивида только в случаях, обусловленных законом или разрешенных законом по веской причине, такой как (1) обеспечение необходимых профессиональных услуг клиенту, физическому или юридическому лицу; (2) получение адекватных профессиональных консультаций; (3) защита пациента, клиента или других лиц от вреда; (4) получение платы за услуги, в данном случае разглашение ограничивается необходимым для достижения цели минимумом.

б. Психологи также могут разглашать конфиденциальную информацию по адекватному согласию клиента, физического или юридического лица (или другого лица с законными полномочиями, представляющего пациента или клиента), если это не запрещено законом.

АПА также разработала нормы конфиденциальности, относящиеся к сохранению конфиденциальности, минимизации вмешательства в личную жизнь клиентов, хранению материалов клинических интервью, консультаций, другой конфиденциальной информации в базах данных и иным вопросам.

Данная таблица перепечатана из “Этических принципов психологов и кодекса поведения” (APA, Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct) с разрешения Американской психологической ассоциации. Дальнейшее распространение без разрешения Американской психологической ассоциации запрещено.

“Этического кодекса Американской ассоциации консультантов” (ACA, 1995). Следует отметить, что у Национальной ассоциации работников социальной сферы (NASW, 1996) и Американской ассоциации брака и семейной терапии (AAMFT, 1991) имеются собственные этические нормы конфиденциальности. Общее определение конфиденциальности дает Э. Вельфель.

Термин “конфиденциальность” относится к этическому долгу хранить в секрете личные данные клиента и предоставленную им информацию. Это моральное обязательство, вытекающее из этического кодекса, этических принципов и тех ценностей, которые данная профессия старается культивировать (*Welfel, 2002, p. 74*).

К сожалению, все принципы профессиональных кодексов относительно конфиденциальности допускают различную интерпретацию. Чтобы лучше понять эти стандарты, прочитайте примеры ситуаций, в которых профессиональные терапевты обязаны нарушать конфиденциальность (см. врезку “От теории к практике 2.7”).

Конфиденциальность составляет этический, юридический и клинический аспект профессионального интервьюирования. Мы будем возвращаться к теме конфиденциальности также и в других главах нашей книги.

И последнее замечание относительно этических стандартов конфиденциальности Американской психологической ассоциации и Американской ассоциации консультантов. Первая из них особо отмечает, что “обсуждение связанных с проблемой конфиденциальности вопросов происходит при установлении отношений и, по мере необходимости, позже (при появлении новых обстоятельств)” (*APA, 1995*). Рассматривая данное требование, Р. Пайпс и Д. Давенпорт пишут следующее.

Несмотря на утверждение, что клиентам следует предоставлять информацию относительно юридических ограничений конфиденциальности, на практике большинство психотерапевтов, по-видимому, предоставляют ограниченную информацию, если только клиент не задает им конкретного вопроса (*Pipes & Davenport, 1999, p. 14*).

В начале встречи сообщите клиенту о юридических ограничениях конфиденциальности. Эта информация должна быть предоставлена клиенту как в устном, так и в письменном виде. Очень важно, чтобы клиент ясно понимал это самое главное правило, регулирующее профессиональные отношения между ним и интервьюером.

Представьте ситуацию, в которой клиент с самого начала не был уведомлен об ограничениях конфиденциальности, связанных, например, с намерением совершить самоубийство. В этом случае интервьюеру следует подумать, можно ли считать суицидальные наклонности клиента достаточно серьезными для того, чтобы нарушить принцип конфиденциальности. В результате клиницист может почувствовать побуждение (вполне оправданное) сообщить клиенту о необходимости нарушения принципа конфиденциальности. Однако говорить о необходимости сообщить куда следует о намерениях клиента уже *после* того, как он в них признался, выглядит как изменение

Таблица 2.2. Этические нормы Американской ассоциации консультантов (ААК), регламентирующие конфиденциальность

Б.1. Право на неприкосновенность личной жизни

а. Уважение к неприкосновенности личной жизни.

Консультанты уважают право своих клиентов на неприкосновенность личной жизни и избегают незаконного и необоснованного разглашения конфиденциальной информации.

б. Отказ клиента.

Клиент или его юридически узаконенный представитель может отказаться от права на неприкосновенность личной жизни.

в. Исключения.

Общее требование сохранения конфиденциальности информации консультантами теряет силу, если разглашение необходимо для предотвращения определенной и непосредственной опасности для клиента или других лиц, когда имеются юридические показания к разглашению конфиденциальной информации. Консультанты советуются с другими специалистами в том случае, если сомневаются в правомочности исключения.

г. Заразные и смертельные заболевания.

При получении информации, подтверждающей, что клиент страдает заболеванием, о котором известно, что оно может передаваться другим людям и вести к летальному исходу, консультант имеет право разглашать информацию третьим лицам, которые посредством своих отношений с клиентом рискуют заразиться данным заболеванием. Перед разглашением консультант должен удостовериться, что клиент еще не сообщил этим третьим лицам о своем заболевании и что клиент не собирается информировать этих третьих лиц в ближайшем будущем.

д. Разглашение по требованию суда.

Если суд издает распоряжение о разглашении конфиденциальной информации без разрешения клиента, консультант обращается к суду с прошением о том, чтобы данное разглашение не принесло возможного вреда клиенту или профессиональным отношениям консультанта с ним.

е. Минимальное разглашение.

Если обстоятельства требуют разглашения конфиденциальной информации, предоставляется только необходимая информация. Насколько это возможно, клиента уведомляют перед тем, как разгласить конфиденциальную информацию.

ж. Объяснение ограничений.

В начале консультирования и на протяжении консультационного процесса консультанты по мере необходимости информируют клиентов об ограничениях конфиденциальности и определяют возможные ситуации, в которых принцип конфиденциальности необходимо нарушить.

з. Сотрудники.

Консультанты делают все возможное для того, чтобы обеспечить неприкосновенность личной жизни и сохранение конфиденциальности клиентов своими сотрудниками, включая подчиненных, практикантов, помощников из числа духовенства и волонтеров.

и. Группы специалистов.

Если терапия клиента требует длительного привлечения группы специалистов, клиент должен быть информирован о существовании и составе такой группы.

ААК также разработала дополнительные рекомендации по конфиденциальности, относящиеся к групповой и семейной работе, консультированию детей или некомпетентных клиентов, ведению записей, исследованиям и обучению, а также консультациям.

Данная таблица перепечатана из “Кодекса этики и стандартов практики ААП” (ACA Code of Ethics and Standards of Practice, p. 1–19) с разрешения Американской ассоциации консультантов. Дальнейшее распространение без разрешения Американской ассоциации консультантов запрещено.

правил во время игры. Клиент должен заранее узнать о правилах и этике ваших профессиональных отношений. С другой стороны, уведомление клиента об ограничениях конфиденциальности может привести к тому, что он будет более осторожен в своих словах. Это естественный побочный эффект юридических и этических ограничений конфиденциальности.

Несомненно, могут возникнуть ситуации, в которых ваша этическая и/или юридическая ответственность относительно конфиденциальности представляется неоднозначной. В таких случаях вам потребуется профессиональная консультация или совет коллег. Например, если ситуация касается жестокого обращения с детьми и вы не уверены в том, на какие юридические и этические принципы вам следует ориентироваться, обратитесь за помощью к своему супервизору (*Corey, Corey, & Callanan, 2003*). Если вашему супервизору будет неясно, какого курса действий вам следует придерживаться, свяжитесь с местным центром психологической помощи семье или службой защиты детей. Не давая конкретной информации о личности клиента, узнайте о ваших юридических и этических обязанностях в данном случае. В особо щекотливых ситуациях может потребоваться консультация юриста. Кроме того, в большинстве профессиональных объединений (Американской психологической ассоциации, Американской ассоциации консультантов, Национальной ассоциации работников социальной сферы и Американской ассоциации брака и семейной терапии) есть комитеты по этике или юристы, к помощи которых можно прибегнуть (см. врезку “От теории к практике 2.7”).

От теории к практике 2.7**Конфиденциальность и ее границы**

Клиническому интервьюеру очень важно сделать практические выводы из этических и юридических норм конфиденциальности. Необходимо соблюдать следующие рекомендации.

1. Вы должны уважать личный, конфиденциальный характер того, что сообщает вам клиент. Это означает, что вы не должны разглашать личную информацию о клиенте без его согласия. Например, если кто-нибудь звонит вам в офис и спрашивает, нет ли среди ваших клиентов Джона Смита, следует ответить, например: “К сожалению, наша политика не позволяет разглашать личные данные клиентов”. Если абонент продолжает настаивать, можно вежливо сказать: “Если вы хотите выяснить, не пользуется ли определенный человек нашими услугами, вам следует получить специальное разрешение, тогда мы сможем легально предоставить вам необходимую информацию. В противном случае я даже не смогу вам сказать, знаком ли я вообще с кем-то, кого зовут Джон Смит”. Кроме того, сохранение конфиденциальности означает, что вы должны хранить документацию о клиенте в безопасном месте.
2. Вы можете разглашать информацию (нарушать принцип конфиденциальности) в следующих ситуациях.
 - а) У вас есть соответствующее разрешение клиента (или его доверенного лица).
 - б) У клиента проявляются суицидальные наклонности, и вы уверены, что есть реальная опасность самоубийства.
 - в) У клиента проявляются наклонности к совершению убийства, или же его поведение может нести значительную угрозу окружающим. Например, клиент рассказывает вам о планируемой диверсии на атомной электростанции, и вы решаете, что в случае исполнения этих планов жизни других людей угрожает опасность.
 - г) Ваш клиент ребенок, и у вас есть основания считать, что он стал объектом сексуального или физического насилия либо его родители пренебрегают своими родительскими обязанностями.
 - д) У вас есть доказательства того, что ваш клиент применяет сексуальное или физическое насилие по отношению к детям.
 - е) У вас есть основания считать, что имеет место насилие над стариками (в случае, если ваш клиент выступает либо объектом, либо субъектом жестокого обращения).
 - ж) У вас есть распоряжение суда, требующее предоставить информацию о клиенте.

3. Обязательно сообщите клиенту о юридических ограничениях конфиденциальности в первые минуты приемного интервью.

После ознакомления с нормами конфиденциальности, относящимися к вашей будущей профессии, и с приведенной выше информацией, выделите время для того, чтобы обсудить с вашими коллегами возможные проблемные ситуации, в которых действия клинициста относительно конфиденциальности представляются неясными. Обсудите, как следует поступать в тех случаях, когда ваши этические и юридические обязанности выглядят неоднозначно.

Информированное согласие клиента

На первый взгляд, понятие информированного согласия кажется чем-то простым и само собой разумеющимся. Оно подразумевает этические и, возможно, юридические обязательства интервьюера уведомлять клиента о характере применяемой терапии. Более того, когда у клиента сложится ясное представление о том, какая ему назначена терапия, он волен согласиться или не согласиться с ней.

При более внимательном изучении оказывается, что соблюдение всех требований, необходимых для получения такого согласия, — дело труднодостижимое. Во-первых, многие специалисты, предоставляющие социальные, медицинские и психологические услуги, могут испытывать затруднения, попытавшись прямо и ясно сформулировать причины, лежащие в основе проблем клиентов. Часто мы разговариваем на профессиональном жаргоне (например: “Да, похоже, для устранения вашей фобии требуется систематическая десенсибилизация”). Кроме того, клиенты обычно испытывают физические или психологические страдания. Они готовы согласиться на любое лечение, если специалист обещает избавить их от страданий, даже если не совсем понимают, в чем именно оно заключается.

Ваша обязанность как интервьюера — сообщить клиенту о своей теоретической ориентации, профессиональной подготовке, методах и вероятных результатах терапии. Вы должны выразаться простым, понятным языком и поощрять обратную связь в форме вопросов клиента, которому могут потребоваться дополнительные объяснения или больше времени. Даже если вы планируете провести всего одно или два интервью, вам следует предоставить клиенту такие объяснения, которые дадут ему право согласиться или не согласиться на участие. При более длительной терапии согласие клиента должно обновляться по мере изменения ситуации.

Письменное изложение ваших биографических данных, теоретической ориентации, профессиональной подготовки и обоснование обычных терапевтических методов должны занимать минимум два-три абзаца. Использование диагностических материалов, возможное привлечение членов семьи клиента (особенно если речь идет о работе с супругами или детьми), консультации или супервизии вашей профессиональной деятельности, ваши действия в случае опозданий клиента или пропусков интервью, связь в экстренных ситуациях — все это должно быть отражено в упомянутом документе. Многие специалисты включают сюда информацию о консультационном процессе и тех эмоциональных реакциях, которые могут его сопровождать.

Один-единственный письменный документ не может считаться достаточным основанием для согласия клиента, однако он задает верное направление. Письменное объяснение информирует клиента о том, что терапевтические отношения гарантируют ему существенные права. Кроме того, оно способствует лучшему пониманию терапевтического процесса клиентом, что, в свою очередь, способствует общему положительному терапевтическому эффекту (*Luborsky, 1984*). Наконец, исследования показывают, что грамотно составленный, понятный и презентабельный документ повышает профессиональный авторитет специалиста и способствует укреплению его взаимоотношений с клиентом (*Wagner, Davis, & Handelsman, 1998*).

Ведение документации

Большинство из нас слышали высказывание: “Если это не задокументировано, этого не было” (чтобы лучше прочувствовать силу этих слов, попытайтесь представить полный зал мрачных прокуроров, скандирующих этот лозунг).

Ведение записей и составление необходимых документов — не самый главный аспект клинической деятельности. С другой стороны, вы можете серьезно навредить себе, если не будете вести требуемую документацию. Если помощь эмоционально неустойчивым людям составляет суть вашей профессии, вам нужно тщательно и вразумительно записывать все, что происходит при общении с клиентом. Ведение протоколов имеет много преимуществ. Вам будет легче вспомнить подробности того, что планировалось и о чем шла речь во время клинического интервью. Анализ документации клинического интервью способствует прогрессу консультационного процесса. Кроме того, если вас попросят передать материалы проведенного вами интервью другому специалисту или если ваш клиент захочет прочитать ваши заметки, вам нужно будет предъявить вразумительные и связные записи. Если ваши взаимоотношения с клиентом примут

неожиданный оборот, вы сможете вернуться назад и проследить их развитие с помощью своих записей и, возможно, заметить то, чего не замечали раньше. Наконец, если — не дай Бог — с клиентом случится что-нибудь плохое и вам предъявят обвинения, ваши записи станут важным доказательством вашей невиновности.

Большинство опытных клинических интервьюеров используют определенный шаблон ведения записей. Многие пользуются аббревиатурой СООП, что означает: Субъективное, Объективное, Оценка и Планирование. Используя данный акроним, клиницист строит свои записи в следующей последовательности.

С: Субъективные жалобы клиента.

О: Объективные наблюдения интервьюера за внешним видом клиента, манерой его поведения и т.д.

О: Оценка интервьюером успешности проведенного им клинического интервью.

П: План следующего клинического интервью или комментарии по поводу успешности общего терапевтического плана.

Не столь важно, какую именно форму ведения записей выберет клиницист. Решающее значение имеет регулярность, включение необходимых материалов и нейтральность (см. табл. 2.3). Разумеется, не все, что обсуждается во время интервью, может заноситься в карточку клиента. Терапевты должны выбирать важную информацию из каждого интервью и фиксировать ее в карточке, используя краткие, профессиональные формулировки, которые не должны быть оскорбительными для клиента или слишком расплывчатыми. Наш коллега при ведении документации рекомендовал придерживаться плана, выраженного акронимом ТКЯ — Точность, Краткость, Ясность.

Документы, если таковые имеются, должны храниться надлежащим образом. Минимальное требование — документацию следует держать в сейфе или запирающемся на ключ кабинете, чтобы никто из посторонних не имел к ней доступа. Время хранения документации зависит от типа клинического интервью (ролевая игра, учебная практика, профессиональная деятельность и т.д.) и цели. Например, в клинической практике все материалы интервью следует хранить от семи до 12 лет. Затем на основании документации составляется отчетный доклад (ACA, 1995; APA, 1995). В общественных школах материалы, собранные при клинических интервьюированиях учеников и учителей, считаются скорее собственностью педколлектива, а не школы. Обязательно выясните требования той организации, на которую работаете, к ведению, хранению и доступу к документации.

Таблица 2.3. Пример составления протокола по плану СООП

С: Джойс жаловалась на боль в сердце; нос у нее был заложен, и она чувствовала, что это было причиной ее крайнего раздражения. Она сказала: “Я бы не была настолько уставшей и вспыльчивой, если бы не эти преподаватели русского языка с их танцами до полуночи. Я не могу сказать “нет”. Нужно было идти домой, но было так весело, и они все такие милые. Со мной всегда так”.

О: Джойс пришла вовремя, но была уставшей и рассеянной. Она была одета как обычно, в джинсы и свитер, однако до конца клинического интервью не снимала с шеи шарф. Она чихала и терла нос. Она говорила о растущем желании сделать свою жизнь более тихой и спокойной и о своей неспособности ввести какие-либо ограничения, не чувствуя при этом своей вины. Она, по-видимому, серьезно расстроена как своим состоянием, так и неспособностью ввести какие-либо ограничения.

О: Во время клинического интервью Джойс лучше поняла причины, по которым она легко уступает требованиям других людей. Она смогла так составить свой график, чтобы иметь немного свободного времени по крайней мере через день. Длительное сопротивление Джойс своей потребности угодить окружающим, а также другие соответствующие тенденции были очевидны. При этом Джойс была настроена понять причины своих проблем и изменить свою жизнь.

П: Джойс будет вести дневник использования времени. Мы проанализируем ее график и еще раз уточним наши цели. Джойс поставила себе цель — отказаться по крайней мере от одного предложения социального характера и расскажет о своих успехах на следующей неделе. Мы поговорили о том, что суммы ее страховки хватит еще на два клинических интервью.

Профилактика стресса и совладание с ним в работе клинического интервьюера

Все, кто работает в сфере охраны психического здоровья, подвержены высоким стрессовым нагрузкам. Особенно сильный стресс приходится испытывать студентам-практикантам (*Norcross, 2000; Pearlman & Mac-Ian, 1995; Rodolfa, Kraft, & Reilley, 1998*). Очень характерен для практикантов страх ошибок, боязнь навредить клиенту. К сожалению, эти опасения обоснованны. Вы будете ошибаться — все ошибаются, — и ваши ошибки могут вызвать или обострить страдания клиента (*Lambert & Bergin, 1994*). Ваша задача состоит в том, чтобы не позволить ошибкам сломить вас и даже, возможно, заставить ошибки работать на себя, используя их для роста и развития. Подчас ошибки терапевта могут способствовать гуманизации терапевтического процесса, поскольку клиент видит, что никто не застрахован от слабостей и недостатков.

С. Шей, известный психиатр-практик и исследователь, так отзывается об ошибках, которые он допускал в ходе клинического интервьюирования.

Были ошибки, но я совершаю ошибки всякий раз, когда провожу клинические интервью. Клинические интервью и человеческие существа слишком сложны, чтобы не ошибаться... Я пытаюсь научиться чему-нибудь на каждой ошибке (*Shea, 1998, p. 694*).

Мы знали одного студента-практиканта, который говорил, что очень волнуется при проведении клинических интервью, поэтому от волнения пощипывает кончики пальцев. Во время своего первого клинического интервью он теребил пальцы, пока не почувствовал, что его ладони стали влажными и липкими. Студент подумал, что это нервная испарина. В конце концов он взглянул на руки и — к его ужасу — оказалось, что из пальца идет кровь. Оставшееся время он был озабочен тем, чтобы клиент не увидел его вымазанные в крови руки. Хотя это необычный пример, он показывает, как тревога и волнение могут помешать нормальному проведению клинического интервью. Эффективный контроль над стрессом во избежание нарушений терапевтического процесса — важный аспект профессиональной деятельности клинициста.

Стресс может проявиться до, во время и после клинического интервью. Реакция на стресс выражается в физических, психических, эмоциональных, социальных или духовных симптомах. Если вы чувствуете на себе разрушительное воздействие стресса, найдите информацию о борьбе со стрессом, обратившись к соответствующим источникам (см. список рекомендуемой литературы в конце главы).

РЕЗЮМЕ

Клиническое интервьюирование подразумевает систематическую модификацию обычного социального взаимодействия. Хотя отношения, установившиеся между интервьюером и клиентом, носят дружественный характер, они кардинально отличаются от дружбы. Интервьюирование выполняет двоякую функцию: оценивания клиента и помощи ему.

Существуют различные определения клинического интервью, предложенные разными авторами. Наше определение включает следующие компоненты: а) установление профессиональных отношений между интервьюером и клиентом; б) мотивацию клиента — возможно, относительную — достичь чего-либо посредством работы со специалистом; в) совместную, в определенной степени, деятельность интервьюера и клиента ради установления и достижения последним взаимоприемлемых целей; г) взаимодействие интервьюера и клиента в контексте профессиональных отношений, как вербальное, так и невербальное, по мере применения клиницистом разнообразных навыков активного слушания и психологических методик, позволяющих оценивать, понимать клиента и помогать ему в достижении своих целей; д) зависимость качественных и количественных параметров взаимодействия между интервьюером

и клиентом от различных переменных, включая личностные стили, установки и согласованные цели.

Для клинициста очень важно достичь высокого уровня самосознания и профессиональной интуиции. Самосознание имеет множество разновидностей, в частности, есть физическое, психосоциальное, культурное самосознание, а также самосознание развития.

Клинический интервьюер должен учитывать некоторые факторы практического, профессионального и этического порядка. Факторы практического характера включают выбор и оформление кабинета, особенности размещения клиента и интервьюера, протоколирование интервью, видео- и аудиозапись. К профессиональным и этическим факторам относятся имидж интервьюера, соблюдение временных ограничений, конфиденциальность, информированное согласие клиента, ведение и хранение документации, а также профилактика и снятие стресса. Это основополагающие факторы — они образуют фундамент клинического интервьюирования, без них вся структура интервью может исказиться или разрушиться.

Клиническое интервью сопряжено с высокими стрессовыми нагрузками как для начинающих, так и для опытных клиницистов. Поэтому борьба со стрессом — один из аспектов профессиональной деятельности клинического интервьюера. Клиницисты, подверженные разрушительному воздействию стресса, должны овладеть методиками его профилактики и снятия. В источниках, список которых приводится в конце главы, можно найти полезную информацию о том, как совладать со стрессом.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Benjamin, A. (1987). The helping interview (3rd ed.). Boston: Houghton Mifflin Co. Глава 1 классической монографии “Помогающее интервью” включает информацию о требованиях к физическим условиям клинического интервьюирования — например, кабинету. В главе 4 говорится о протоколировании клинического интервью.

Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. R. (2000). The relaxation and stress reduction workbook. Oakland, CA: New Harbinger. “Рабочая тетрадь по релаксации и снижению стресса” — доступно написанная работа, предназначенная в первую очередь для практического обучения клиентов. Однако из-за того, что деятельность клинических интервьюеров сопряжена со стрессовыми ситуациями, им самим будет полезно воспользоваться методами, описанными в этой книге.

Diller, J. V., Murphy, E., & Martinez J. (1998). Cultural diversity: A primer for the human services. London: International Thomson Publishing. Книга “Культурные

различия: все для удобства человека” предлагает как клинические, так и теоретические материалы, которые помогут профессионалам обеспечить качественные психологические услуги для представителей разных культур. В ней содержатся мнения специалистов — представителей четырех основных культур США: латиноамериканской, индейской, афроамериканской и азиатско-американской.

Kabat-Zinn, J. (1995). Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion. Медитация — прекрасное средство борьбы со стрессом как для консультантов, так и для клиентов. Книга “Вы там, куда идете: медитация в повседневной жизни” написана легко и доступно, и ее чтение само по себе уже способствует снижению стресса.

Paniagua, F. (1998). Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide. Книга “Диагностика и терапия клиентов, принадлежащих к различным культурам” кроме общих положений включает также конкретную информацию, которая поможет эффективно работать с клиентами, принадлежащими к афроамериканской, латиноамериканской, азиатской и индейской культурам.

Pipes, R. B., & Davenport, D. S. (1999). Introduction to psychotherapy: Common clinical wisdom (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Глава 2 книги “Введение в психотерапию: общеклиническая мудрость” состоит из “вопросов, которые задают начинающие психотерапевты”. Многие из них связаны с физическим окружением, а также профессиональными и этическими аспектами клинического интервьюирования.

Wolberg, B. (1995). The technique of psychotherapy (5th ed.). New York: Grune & Stratton. Глава 62 книги “Техники психотерапии”, включающей 1568 страниц, дает развернутые ответы на вопросы, которые обычно интересуют начинающих консультантов и психотерапевтов.

Zeer, D. (2000). Office Yoga: Simple stretches for busy people. San Francisco: Chronicle Books. В небольшой по объему книге “Йога в офисе: простые потягивания для занятых людей” приводятся основные позы йоги для тех, у кого очень напряженная работа. Книга содержит иллюстрации и доступные физические упражнения, снимающие стресс.

Zukerman, M. (1990). Some dubious premises in research and theory on racial differences: Scientific, social and ethical issues. American Psychologist, 45, 1297–1303. Статья “Некоторые сомнительные посылыки в исследованиях и теории расовых различий: научные, социальные и этические аспекты” содержит удачный анализ теории и исследований феномена расовых различий.

ЧАСТЬ II

**Слушание и развитие
взаимоотношений**

ОСНОВНЫЕ НАВЫКИ ВНИМАНИЯ, СЛУШАНИЯ И ДЕЙСТВИЯ

Мерит слушала в тишине, глядя мне в лицо, когда я пересказывала жизнь моей матери, и эта история... Моя подруга ни разу не пошевелилась и не издала ни одного звука, но ее лицо отражало то, что происходило в ее сердце, показывая мне ужас, гнев, симпатию, сочувствие.

Анита Диамент, The Red Tent

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Как правило, мы легко узнаем в человеке хорошего слушателя. Однако не так-то просто понять, что именно делают хорошие слушатели для того, чтобы другие люди могли говорить с ними так открыто и свободно. Глава 3 посвящена анализу механизмов, лежащих в основе эффективных навыков внимания и слушания. Прочитав эту главу, вы узнаете:

- в чем различие между позитивным и негативным вниманием;
- как этническая или культурная принадлежность клиента может повлиять на восприятие им стиля внимания и слушания интервьюера;
- как и почему интервьюеры используют приемы недирективного слушания, такие как молчание, перефразирование, прояснение, недирективное отражение чувств и обобщение;
- о естественном порыве успокоить клиента, который испытывают многие интервьюеры;
- как и почему интервьюеры используют приемы директивного слушания, такие как валидизация чувств, интерпретативное отражение чувств, интерпретация и конфронтация.

Когда речь идет об общении между людьми, мы обычно думаем о двух возможных ролях: отправителя сообщения и его получателя. Когда другой человек о чем-то вам рассказывает, ваша миссия — быть хорошим слушателем. Это представляется несложной задачей. На самом деле мало что

в общении между людьми можно считать простым. Даже если вам досталась роль слушателя, вы одновременно получаете и роль отправителя сообщения. Это одна из причин сложности коммуникативных отношений. Профессора, преподающие коммуникацию в университетах, любят иллюстрировать эту сложность, цитируя древнее изречение: “*Человек не может ничего не сообщать*”.

Поразмыслите над этим. Что бы вы ни говорили (даже если вы вообще ничего не говорите), вы посылаете собеседнику определенное сообщение. Вспомните телефонный разговор с вашим другом или знакомым. Возможно, после какой-нибудь вашей реплики друг несколько секунд помолчал — в разговоре возникла пауза. Не правда ли, вы обратили внимание на эту паузу и истолковали ее в определенном смысле?

Еще один пример — цитата, которая стала эпиграфом к этой главе. Слушатель не делает никаких движений, ничего не говорит, но все же ему удается передать понимание и сочувствие (или же говорящий интерпретирует его выражение лица как сочувственное).

Первое впечатление клиента об интервьюере во многом зависит от того, что он видит, *когда говорит*. Ваше поведение внимания становится сообщением для клиента — сообщением, которое в идеале должно восприниматься клиентом как приглашение к свободному и открытому самовыражению. В этой главе мы сосредоточимся на том, как научиться выглядеть, говорить и действовать как хороший слушатель.

Рекомендация клиницисту учиться *выглядеть как хороший слушатель* может показаться наивной или просто глупой. Тем не менее компетентные интервьюеры осознанно используют такие модели поведения, которые истолковываются их клиентами как знаки заинтересованности и участия. Такие модели поведения в литературе по клиническому интервьюированию и психологическому консультированию называют *поведением внимания* (Ivey & Ivey, 1999, p. 27).

В идеале интервьюер должен всегда *искренне* принимать участие в проблемах клиента и быть заинтересованным в его благополучии. На практике бывают времена — по крайней мере, мгновения, — когда даже самые лучшие специалисты начинают скучать или отвлекаются, временно теряя интерес к своему клиенту. Исследование такой утраты интереса и того, как следует себя вести в подобных ситуациях, необходимо, однако мы займемся этим позже (см. разделы главы 5, посвященные конгруэнтности и контрпереносу). А сейчас мы сосредоточимся на поведении внимания.

ПОВЕДЕНИЕ ВНИМАНИЯ

А. Айви и М. Айви считают *поведение внимания* основой клинического интервьюирования. Они определяют поведение внимания как “культурно и индивидуально адекватные... визуальный контакт, язык тела, голосовые характеристики и отслеживание вербального потока клиента” (*Ivey & Ivey, 1999, p. 15*). Чтобы работа была успешной, интервьюер должен уделять клиенту внимание таким способом, который будет адекватным как на культурном, так и на индивидуальном уровне. Если интервьюер не сможет выглядеть, говорить и действовать внимательно, у него будет очень мало клиентов. Большинство клиентов перестают посещать консультации, если считают, что их не слушают.

Очень приятно обнаружить и в психологии, и в консультировании тот или иной принцип, с которым согласен буквально каждый. Поведение внимания, так же как и важность внимательного слушания, воспринимаются с замечательным единодушием (*Cormier & Nurius, 2003; Goldfried & Davison, 1994; Wright & Davis, 1994*). Пожалуй, только ортодоксальные психоаналитики, чьи лежащие на кушетке пациенты не могут видеть выражений их лиц, склонны минимизировать значение своих жестов. Но и психоаналитики придают очень большое значение характеристикам своего голоса, отслеживанию вербального поведения пациентов и общим принципам внимательного слушания¹ (*Chessik, 1990; Geller & Gould, 1996*).

Поведение внимания в основном невербально. Эдвард Т. Холл утверждал, что коммуникация вербальна на 10%, а остальные 90% составляет “скрытая культурная грамматика” (*Hall, 1966, p. 12*). Другие авторы полагают, что 65% информации и больше передается невербальными каналами (*Birdwhistell, 1970*). Что касается клинического интервьюирования и психологического консультирования, Г. Газда, Ф. Асбури, Ф. Бальцер, У. Чилдерз и Р. Уолтерз утверждают: “Когда вербальные и невербальные сообщения противоречат друг другу, объект обычно доверяет невербальному сообщению” (*Gazda, Asbury, Balzer, Childers, & Walters, 1977, p. 93*). Как интервьюер, вы должны использовать эти мощные невербальные каналы при общении с клиентами.

Позитивное поведение внимания

Многие авторы описали различные модели позитивного и негативного поведения внимания (*Ivey & Ivey, 1999; Pipes & Davenport, 1999; Shea, 1998*).

¹ Специфическая психоаналитическая техника — свободно парящее внимание. Представляет собой способ, которым психоаналитик обязан слушать пациента: он не должен фокусироваться ни на каком моменте в речи последнего, позволив своему бессознательному функционировать с наибольшей свободой и приостановив действие всех тех побуждений, которые обычно определяют направление внимания. — Прим. ред.

Модели позитивного поведения внимания облегчают коммуникацию и способствуют свободе самовыражения. Модели негативного поведения внимания, напротив, подавляют самовыражение клиента. Когда дело касается определения неких моделей как позитивных или негативных, существует мало универсальных критериев, поскольку культурное происхождение и предыдущий опыт клиента обуславливают восприятие им определенных моделей поведения внимания как негативных или позитивных. Хотя и имеются некоторые общие закономерности, однако то, что срабатывает с одним клиентом, может не сработать с другим. Поэтому выражение вашего внимания к клиентам может несколько варьироваться в зависимости от их индивидуальных потребностей, личностных особенностей, социального и культурного происхождения. В одних ситуациях от вас будут ждать абсолютного внимания, в других ваше внимание должно быть не столь демонстративным — нужно будет немного “остыть”.

А. Айви и М. Айви (*Ivey & Ivey, 1999*) выделяют четыре измерения поведения внимания, которые вполне очевидны и в какой-то мере изучались с точки зрения культурного многообразия. Они включают:

- визуальный контакт;
- язык тела;
- голосовые характеристики;
- отслеживание вербального потока клиента.

Визуальный контакт

Глаза называют зеркалом души. В разных культурах представление об адекватном визуальном контакте значительно варьируется. Имеются и индивидуальные различия в моделях визуального контакта. Для некоторых клиницистов естественно сохранять визуальный контакт с клиентом на протяжении всего интервью. Для других это труднее; они могут время от времени отводить в сторону или опускать глаза, так как пристальный взгляд вызывает у них смущение. То же относится и к клиентам: одни предпочитают более интенсивный и прямой визуальный контакт; другие предпочитают смотреть на пол, на стену или куда-нибудь еще, но не в глаза интервьюеру.

Как правило, если клиент принадлежит к европейской расе, с ним следует поддерживать зрительный контакт большую часть времени. Североамериканские индейцы, афро-американцы и клиенты азиатского происхождения предпочитают менее интенсивный и менее прямой визуальный контакт. Кроме того, некоторые клиницисты привыкли смотреть в лицо или на губы

Индивидуальное и культурное 3.1

Культурное происхождение и личное пространство

Вы должны быть восприимчивы к культурным различиям в моделях визуального контакта, языка тела, голосовых характеристик и отслеживания вербального потока клиентов. Хотя большинство белых североамериканцев воспринимают визуальный контакт как позитивную модель поведения внимания, как признак заинтересованности, люди из других культур (например, азиатских, индейских) обычно предпочитают менее интенсивный визуальный контакт, истолковывая пристальный взгляд как знак неуважения или агрессии.

Посетив Европу и Северную Африку, мы остро осознали культурные различия в языке тела. Мы плохо владеем иностранными языками, поэтому наш опыт восприятия других культур был в основном невербальным. Наше путешествие началось в Центральной Германии и Северной Швейцарии, где мы практически не заметили каких-либо отличий от языка жестов доминирующей североамериканской культуры. Однако, приехав в Южную Швейцарию и Италию, мы обнаружили, что средние показатели личного пространства и дистанции между людьми уменьшаются. Мы отметили более интенсивный визуальный контакт, кроме того, жестикуляция была более оживленной и эмоциональной.

Вероятно, самое большое для нас открытие мы сделали, когда стояли в очереди за билетами на железнодорожных вокзалах. В Германии и Швейцарии очереди были организованными и дисциплинированными, мы почти не слышали перебранок, мало кто пытался пройти без очереди. В Южной Италии и Тунисе, наоборот, массы людей, толкаясь, напирали на окошки касс. Мы обнаружили, что терпеливое ожидание в очереди воспринимается в южно-европейской и североафриканской культурах как признак слабости, характерной для низшего класса. Людей уважали за то, что в белой американской культуре считается грубостью и нахальством.

Обычно ожидание от клиентов из других культур социальных привычек, которые будут отличаться от ваших собственных, вполне оправдано. Однако это не означает, что вам потребуются другие методики и модели клинического интервьюирования или поведения внимания (см., например, *Patterson, 1996; Pedersen, 1996*). Уместно обсудить то, что будет приемлемо или неприемлемо — в отношении поведения внимания, — с самим клиентом. Вы можете обидеть клиента скорее предположением, что он примет ваши собственные ценности и нормы, чем обсуждением поведения внимания. Используйте любую возможность, чтобы узнать или посетить другую культурную среду, это повысит вашу культурную восприимчивость.

клиента, но не прямо в глаза; возможно вам придется понаблюдать за собой, чтобы определить свой индивидуальный стиль визуального контакта с клиентами (дополнительную информацию см. во врезке “Индивидуальное и культурное 3.1”).

Для большинства клиентов естественно поддерживать более стойкий визуальный контакт, когда говорят они, и менее стойкий, когда говорите вы. Некоторые исследователи пишут, что зрачки клиентов расширяются, когда они испытывают эмоциональное возбуждение или заинтересованы, и сужаются, когда им скучно или они чувствуют психологический дискомфорт (Hess, 1975; Ivey & Ivey, 1999). Однако для большинства людей визуальный контакт — это просто метод установления личных отношений с другим человеком. Обычно визуальный контакт не подразумевает пристального изучения внешних данных собеседника.

Язык тела

Аспект коммуникации, включающий то, что большинство людей называют языком тела, обозначают терминами *кинетика* и *проксемика* (Birdwhistell, 1952; Hall, 1966; Knapp, 1972). *Кинетика* означает характеристики, связанные с положением (позой) и движениями (жестами) любой части тела — глаз, лица, головы, рук, ног, плеч. *Проксемика* относится к личному пространству и переменным окружающей среды, таким как межличностная дистанция и наличие либо отсутствие между людьми каких-либо физических объектов. Как почти всем нам известно из личного опыта, простые, иногда почти незаметные жесты могут сообщить очень многое. Когда в главе 2 мы обсуждали расположение интервьюера и клиента, мы анализировали проксемические составляющие и их возможное влияние на клиническое интервью.

Позитивный язык тела клинициста включает модели, некоторые примеры которых приводятся ниже (заимствовано из: Walters, 1980). Эти примеры основаны на господствующих культурных нормах. На практике вы заметите как индивидуальные, так и культурные вариации этих моделей поведения.

- Небольшой наклон туловища в сторону клиента.
- Расслабленная, но внимательная поза.
- Положение ног, которое не бросается в глаза.
- Ненавязчивые и плавные жесты.
- Минимизация других движений.
- Выражение лица соответствует вашим чувствам или чувствам клиента.

- Размещение на расстоянии вытянутой руки от клиента.
- Расположение мебели способствует сближению интервьюера и клиента, а не разделяет их.

Отзеркаливание, как один из аспектов языка жестов, подразумевает синхронность или слаженность речи, жестикуляции и поз интервьюера и клиента. При отзеркаливании интервьюер “настроен” на клиента — он повторяет его позы, жесты, характерные высказывания и интонации. Отзеркаливание считается довольно сложной невербальной техникой, которая потенциально способствует эмпатии и установлению эмоционального контакта, но при неумелом использовании может нанести непоправимый вред (*Banaka, 1971; Maurer & Tindall, 1983*). Клиент может подумать, что интервьюер передразнивает его, особенно в том случае, если применение этой техники бросается в глаза. Потому отзеркаливание лучше всего применять дозированно. Преимущества этой техники невелики, а вред может оказаться непоправимым. Обычно отзеркаливание представляет собой скорее следствие взаимопонимания и эффективной коммуникации, чем их причину.

Голосовые характеристики

В главе 2 мы рекомендовали вам дать коллегам прослушать записи вашей речи, чтобы они описали ваш голос. Если вы последовали нашему совету, ваши товарищи высказали свое мнение об особенностях вашего голоса, или паралингвистических параметрах, как это называется в сфере коммуникации. Паралингвистические параметры включают громкость, высоту голоса, скорость речи. Подумайте, какое воздействие эти характеристики могут оказывать на клиентов. Межличностное влияние часто обусловлено не столько тем, *что* мы говорим, сколько тем, *как* мы говорим.

Компетентные клиницисты используют свои голосовые характеристики для того, чтобы укрепить эмоциональный контакт, заинтересованность в общении и эмпатию, чтобы определенным образом расставить акценты беседы. В большинстве ситуаций интервьюеру следует говорить негромко и в то же время твердо, его голос должен выражать одновременно внимание и внутреннюю силу. Как и в случае языка тела, часто уместно подстраивать громкость и тон голоса под клиента. С. Мейер и С. Дэвис называют эту практику “следованием за темпом клиента” (*Meier & Davis, 2001, p. 9*).

С другой стороны, интервьюер может использовать тональность и скорость своего голоса, равно как и междометия, для того, чтобы подчеркнуть тот или иной момент в речи клиента или подвести его к определенной эмоции. Например, тихий, мягкий голос поможет клиенту обратить более

пристальное внимание на свои чувства, а более громкая и быстрая, чем обычно, речь интервьюера поможет ему убедить клиента в своей компетентности или внушить доверие (*Cialdini, 1998*).

Хотя люди воспринимают эмоции посредством всех органов чувств, результаты некоторых исследований показывают, что слух обеспечивает более точное различение эмоций, чем зрение (*Levitt, 1964; Snyder, 1974*). Этот факт подчеркивает важность голосовых характеристик в выражении и восприятии эмоций.

Отслеживание вербального потока клиента

Для интервьюера очень важно внимательно следить за тем, что говорит клиент. Хотя визуальный контакт, язык тела и голосовые характеристики весьма важны, сами по себе они не составляют эффективного слушания. Интервьюеры демонстрируют способность следить за содержанием речи клиентов, время от времени повторяя ключевые слова и фразы. В большинстве случаев клиенты не уверены, что вы действительно слышите то, о чем они говорят, если вы активно не демонстрируете отслеживание их вербального потока.

Снова используя терминологию С. Мейера и С. Дэвиса (*Meier & Davis, 2001*), отметим, что при отслеживании вербального потока клиента интервьюер следует за его темпом, не упуская из виду содержание речи (а также следит за громкостью и тональностью голоса собеседника). Отслеживание вербального потока подразумевает исключительно повторение или подведение итогов того, что говорит клиент. Личное или профессиональное мнение интервьюера по поводу сказанного клиентом не относится к отслеживанию его вербального потока.

Правильное отслеживание вербального потока клиента в теории выглядит легче, чем на практике. Иногда клиенты так часто перескакивают с одной темы на другую, что трудно следить за их мыслью. Или же интервьюер может отвлечься и погрузиться в свои собственные мысли. Например, клиент может говорить о жизни в большом городе, абортах, наркотиках, СПИДе, разводе и на другие темы, о которых у вас имеется собственное мнение или с которыми связаны ваши эмоционально окрашенные ассоциации. Чтобы отслеживание вербального потока клиента было эффективным, необходимо свести к минимуму ваши внутренние и внешние личные реакции; в фокусе вашего внимания должен оставаться клиент, а не вы сами. Это правило справедливо и для более сложных методов отслеживания вербального потока клиента, таких как прояснение, перефразирование и обобщение.

Негативное поведение внимания

Говорят, что фамильярность порождает презрение. Что касается навыков поведения внимания, правильнее будет сказать, что презрение — результат злоупотребления или переигрывания. Слишком пристальное внимание может привести клиента в замешательство. Модели позитивного поведения внимания, если ими злоупотреблять, могут быть неприятны для клиента. Клиницисту следует соблюдать умеренность при использовании следующих моделей поведения.

- *Кивки головой.* Слишком частые кивки головой могут вызвать у клиента раздражение. Спустя некоторое время он начинает смотреть в сторону, просто для того, чтобы не видеть постоянных кивков интервьюера. Один клиент младшего возраста отметил: “Было похоже, что ее [интервьюера] голова крепилась на пружине, а не на шее”.
- *Междометия, выражающие согласие: “ага”, “угу”.* Этим злоупотребляют очень многие клиницисты. Как новички, так и специалисты со стажем могут заразиться этой привычкой. Слушая кого-нибудь, они в течение всего двух минут могут произнести свое “ага, угу” до 20 раз. Лично мы (как и многие клиенты), когда слышим непрерывное “ага, угу”, просто замолкаем, чтобы дать человеку возможность сказать что-нибудь более осмысленное.
- *Визуальный контакт.* Слишком пристальный взгляд вызывает у многих людей чувство неловкости и может быть истолкован как угроза. Представьте, что собеседник сверлит вас глазами, в то время как вы рассказываете что-то глубоко личное или плачете. Визуальный контакт необходим, однако слишком пристальный взгляд клинициста может действовать подавляюще.
- *Повторение последнего слова, произнесенного клиентом.* Некоторые интервьюеры используют такую технику отслеживания вербального потока клиента, которая включает повторение сказанного им одного ключевого слова (часто последнего). Злоупотребление этой техникой может вызвать у клиента чувство, что он стал объектом чрезмерного анализа, поскольку интервьюер сводит каждое его 30- или 60-секундное высказывание к одному-единственному слову.
- *Отзеркаливание.* Чрезмерное или неумелое использование техники отзеркаливания может нанести огромный вред. Нам запомнился психиатр, который использовал этот метод с пациентами психоневрологического диспансера. Иногда результаты были невероятно успешными;

в других случаях пациенты злились и испытывали агрессию, потому что им казалось, что психотерапевт их передразнивает. Подобным образом клиенты иногда беспокоятся, считая, что интервьюер использует какие-то тайные методы, чтобы добиться контроля над их психикой. Они могут заметить, что вы пытаетесь подражать их движениям, и подумать, что вы используете особый психологический прием, чтобы манипулировать их сознанием. В результате клиент начинает “ускользать” от интервьюера, а тот его пытается “удержать”. Клиент меняет позу, интервьюер замечает это и тоже меняет позу, чтобы поддерживать синхронность движений. Клиент снова меняет позу, и т.д. Очень интересно смотреть видеозапись подобных интервью, особенно в режиме ускоренного воспроизведения.

Кроме того, результаты исследований показывают, что клиенты воспринимают как негативные следующие модели поведения интервьюера (*Cormier & Nurius, 2003; Smith-Hanen, 1977*).

- Редкий визуальный контакт.
- Поворот на 45° или больше в сторону от клиента.
- Торс подан назад.
- Нога закинута на ногу, ноги обращены в сторону от клиента.
- Руки сложены на груди.

Как мы уже говорили в предыдущей главе, часто очень трудно представить, как воспринимают вас другие люди. Поэтому, чтобы удостовериться в том, что вы и ваши коллеги демонстрируете модели позитивного, а не негативного поведения внимания, полезно анализировать поведение друг друга и обмениваться конструктивными замечаниями (см. врезку “От теории к практике 3.1”).

Индивидуальные и культурные различия

На ход клинического интервью влияют многие индивидуальные и культурные факторы. К ним относятся, но не исчерпываются ими, следующие: а) пол; б) социальная принадлежность; в) этническая принадлежность; г) сексуальная ориентация; д) возраст; е) физическая инвалидизация или увечность (*Gilligan, 1982; Gandy, Martin, & Hardy, 1999; Susser & Patterson, 2000*). Каждый клиент — часть отдельной субкультуры, которой свойственны свои модели поведения и социальные нормы (*Atkinson & Hackett, 1998*). Само собой разумеется, что модели поведения, которые положительно воспринимаются

От теории к практике 3.1

Конструктивная обратная связь

Обмен конструктивными замечаниями относительно навыков внимания и слушания необходим для профессионального развития клинициста. Содержательную и точную обратную связь по поводу визуального контакта, жестов, голосовых характеристик и отслеживания вербального потока клиента можно получить с помощью семинаров, демонстраций, ролевых игр, аудио- и видеопрезентаций. Например, позитивные отзывы, такие как: “Вы смотрели клиенту в глаза и отвели взгляд всего два или три раза, и хотя вы несколько нервно вертели в руках карандаш, клиенту это, по-видимому, не мешало”, вполне ясны и содержательны (и полезны). Общие положительные комментарии (“Хорошая работа!” и т.д.) вдохновляют и вызывают положительные эмоции, однако их следует подкреплять более конкретными отзывами. Важно знать, что именно в вашей работе сделало ее хорошей.

Иногда ролевая игра и учебные интервью проходят плохо, и тогда уместна негативная обратная связь. Негативные отзывы должны быть конструктивными и корректирующими. Это означает, что нужно не просто отмечать недостатки, но и указывать, как правильно следовало поступить. Конструктивная или корректирующая критика должна звучать, например, так: “Большую часть времени вы сидели потупившись. Когда вы все-таки поднимали глаза и смотрели на клиента, он оживлялся и становился более открытым. Так что следующий раз постарайтесь сохранять визуальный контакт подольше”.

Критика — дело деликатное, поскольку клиницист может болезненно воспринимать негативные отзывы о своей работе. В отличие от позитивных общих отзывов, никогда не следует использовать негативные комментарии общего характера, например такие: “Ужасное интервью”. Конструктивной может быть только конкретная критика. Приведем еще некоторые рекомендации для обеспечения правильной критики.

- Помните, что учебные интервью проводятся для того, чтобы вы могли формировать и совершенствовать свои профессиональные навыки и умения. Конструктивная критика способствует профессиональному росту, хоть и неприятна.
- Обратная связь никогда не должна быть исключительно негативной. Каждый клиницист демонстрирует модели как позитивного, *так и* негативного поведения внимания. Если вы принадлежите к тому типу людей, которые сразу замечают недостатки, но скупы на похвалу, установите для себя следующее правило: если вы не можете сказать ничего похвального о действиях своего коллеги — лучше вообще ничего не говорить.

- Полезно научиться облекать негативные отзывы в позитивную форму. Например, вместо того чтобы говорить: “Вы чего весь такой одеревеневший?”, можно сказать: “Постарайтесь расслабить плечи и руки, это поможет”.
- Участники ролевой игры сначала должны сами оценивать себя.
- Студентов после проведения учебных интервью следует прямо спрашивать о том, хотели бы они услышать отзывы своих коллег. Если они отказываются, следует воздержаться от критики.
- Крайне негативные отзывы могут давать только супервизоры, и только наедине со студентом.
- Постарайтесь не забывать тот печальный факт, что никто из нас не совершенен, в том числе и супервизоры.

молодежью, будут отличаться от тех моделей, которые следует использовать при работе с людьми преклонного возраста. Практическое знакомство с широким спектром социальных и культурных норм помогает клиницисту сделать свое поведение внимания более эффективным (см. врезку “Индивидуальное и культурное 3.1”).

Индивидуальные различия

Если бы вам нужно было пригласить на клиническое интервью 20 человек, одного за другим, вы обнаружили бы, что для обеспечения психологического комфорта каждого из них нужно несколько варьировать интенсивность визуального контакта, параметры личного пространства, частоту отзеркаливания и другие модели поведения внимания. Рекомендации относительно поведения внимания, которые приводятся выше, основаны на среднестатистических показателях. Например, если бы вы работали с американцами итальянского происхождения, вы обнаружили бы, что они, как правило, хотят сидеть ближе к интервьюеру, чем клиенты скандинавского происхождения. Однако будут случаи, когда *отдельный* американец итальянского происхождения предпочтет большую дистанцию, чем *отдельный* американец со скандинавскими корнями. Если вы думаете, что все выходцы из Италии, все скандинавы, все афро-американцы, все женщины и т.п. будут вести себя одинаково, значит, вы мыслите стереотипами. Межиндивидуальные различия часто более выражены, чем межгрупповые или межкультурные. Поэтому, хотя вы и должны сознавать потенциальные различия между членами различных социальных и культурных групп, следует отложить окончательное суждение об определенном клиенте, поскольку оно должно основываться на результатах непосредственного наблюдения и общения с ним.

ДРУГИЕ НАВЫКИ

Теперь перейдем от поведения внимания к другим формам активного слушания, которыми может пользоваться клиницист. Оставшаяся часть этой главы посвящена нескольким техникам интервьюирования, которые помогают клиентам рассказывать о том, что их (не вас!) волнует.

Нам бы хотелось предложить авторитетное руководство по каждому потенциально возможному отклику клинициста вместе с упорядоченной последовательностью его составляющих и хронометражем. К сожалению (или, быть может, к счастью), уникальные отношения между интервьюером и клиентом, как и собственно процесс интервьюирования, слишком сложны, чтобы втиснуть их в какую-нибудь формулу. Различия между клиентами делают невозможным точное прогнозирование их реакции на отклики интервьюера. Некоторые клиенты положительно реагируют на такие отклики интервьюера, которые мы считаем неправильными или неумелыми; другие могут негативно отреагировать на, казалось бы, безукоризненное перефразирование. В этом разделе мы разделим недирективные отклики клинического интервьюера на несколько категорий, а также дадим общие рекомендации относительно времени и способа их использования. Эффективное применение определенного отклика составляет артистический аспект клинического интервьюирования. Оно требует чувствительности к собеседнику, опыта и других неуловимых тонкостей, которым нельзя научиться из книг. Возможно, это огорчит кого-то из читателей, но именно в этом заключается истинная сущность искусства клинического интервьюирования.

Незнание того, что или когда сказать в ходе клинического интервью, может повергать новичка в панику, однако, по правде говоря, даже клиницисты со стажем не всегда знают, что именно следует сказать. Большинство опытных интервьюеров научились комфортно чувствовать себя во время долгих пауз, которые образуются вследствие того, что они не знают, что говорить или делать. С. Мейер и С. Дэвис советуют: “Если вы не знаете, что говорить, молчите” (*Meier & Davis, 2001, p. 11*). Л. Люборски развивает тему: “Прислушивайтесь... с открытой восприимчивостью к тому, что говорит клиент. Если вы не уверены в том, что происходит и каким должен быть ваш следующий отклик, слушайте дальше, и вы поймете” (*Luborsky, 1984, p. 91*). Другими словами, если вы не знаете, что говорить, пользуйтесь основными навыками внимания и слушания.

Маргарет Гиббс, написавшая главу *The Therapist as Imposter* (“Терапевт как законодатель”) в книге под редакцией Клэр Броуди *Women Therapist Working With Women* (“Работа терапевта-женщины с клиентом-женщиной”),

пишет об огорчениях, которые довелось пережить многим начинающим интервьюерам.

Как только я начала работать в качестве интервьюера... я начала испытывать... сомнения. При этом мои супервизоры, по-видимому, были довольны моей работой, и мои клиенты чувствовали улучшение настолько же, насколько и клиенты других интервьюеров. Но что именно мне нужно было делать? Я была знакома с динамической, поведенческой и клиент-центрированной психотерапией, но я продолжала читать и искать ответы на свои вопросы. Я чувствовала, что было нечто, что мне следовало знать, нечто такое, о чем мне не потрудились рассказать преподаватели, точно так же, как повара, говорят, утаивают один важный ингредиент, когда раскрывают свои рецепты (*Gibbs, 1984, p. 22*).

Отсутствующий ингредиент, который искала М. Гиббс, мог быть опытом. Опыт не дает интервьюеру *нужных* слов, но он помогает справиться с паникой, которая возникает, когда не знаешь, что сказать. Опыт дает интервьюеру уверенность, необходимую для ожидания, — он знает, что в конце концов к нему придут нужные слова. Кроме того, опыт придает интервьюеру уверенности в своих силах. Однако профессиональная честность требует от интервьюера признания и принятия того факта, что иногда нужных слов все-таки нет. Гиббс заканчивает свою главу следующими словами.

Стратегии могут снизить, но не устранить неопределенность, на которой основываются клиническое суждение и терапевтическая интервенция. Сомнения интервьюера нужно не подавлять, а выносить на обсуждение — как учебной аудитории, так и в других местах. [Имеются] свидетельства, подтверждающие идею, что неуверенность и скромность в отношении правильности наших клинических выводов — путь к повышению их точности. Я нахожу огромное утешение в таком мнении (*Gibbs, 1984, p. 32*).

Знание того, что говорить, когда именно говорить, а когда лучше помолчать, — основа клинического интервьюирования. Боязнь сказать “не то” — распространенная фобия, в которой признаются многие наши студенты.

В следующем разделе используется классификация Ф. Робинсона (*Robinson, 1950*). Мы начнем с тех откликов, которые считаются в основном недирективными, затем постепенно перейдем ко все более директивным и терапевт-центрированным. Отклики клинического интервьюера делятся на следующие три категории.

1. Недирективные отклики слушания (например, молчание; см. табл. 3.1).
2. Директивные отклики слушания (например, интерпретация; см. табл. 3.2).
3. Директивные отклики-действия (например, совет; см. табл. 4.2 в главе 4).

НЕДИРЕКТИВНЫЕ ОТКЛИКИ СЛУШАНИЯ

Назначение недирективных откликов слушания — помочь клиентам свободно и открыто говорить о том, что их волнует. Эти техники, подобно моделям поведения внимания, не предназначены для руководства или направления клиентов. Они помогают отследить основные сообщения клиентов посредством обратного отражения содержания их речи.

Даже недирективные отклики могут повлиять на выбор клиентом тех или иных тем. На это есть по крайней мере две причины. Во-первых, интервьюер может непроизвольно или целенаправленно обращать больше внимания на клиента именно тогда, когда тот затрагивает определенную тему. Например, интервьюер хочет, чтобы клиент рассказал о своих отношениях с матерью. Используя визуальный контакт, заинтересованное выражение лица и кивая головой каждый раз, когда клиент упоминает свою мать, интервьюер может подвести его к необходимой теме. Наоборот, интервьюер может выглядеть незаинтересованным, когда клиент отклоняется от темы и говорит о чем-то другом. Технически, интервьюер в данном случае использует социальное подкрепление для управления вербальным поведением клиента. Избирательное внимание, по всей видимости, часто имеет место в клинической практике. Так, психоаналитики интересуются в первую очередь особенностями отношений пациента с родителями, клиент-центрированные терапевты — чувствами своих клиентов, а бихевиористы предпочитают вести с клиентом разговор о его конкретных моделях поведения.

Во-вторых, диапазон тем, которые поднимают клиенты, настолько широк, что невозможно в равной степени быть внимательным ко всему, о чем они говорят. Без избирательности не обойтись. Представьте ситуацию, когда клиентка начинает беседу, например, такими словами:

“Когда я была маленькой, у нас были проблемы с деньгами, и я думаю, что отца это выводило из себя. Он постоянно бил нас, пятерых детей. Сейчас, когда я уже стала взрослой и у меня есть собственные дети, дела мои идут нормально, но иногда мне кажется, что нужно быть с моими детьми немного построже... понимаете, о чем я говорю?”

Представьте, что это клиническое интервью проводите вы. На какой из тем, упомянутых женщиной, вы бы остановились? И не забудьте, что все эти темы — жестокость отца, бедность, теперешний успех, желание воспитывать детей в большей строгости и т.д. — были затронуты в течение первых 20 минут встречи.

На какой именно теме вы остановились? Не только упоминание вашей личной оценки услышанного, но также и заострение внимания на отдельном

аспекте сообщения, проявившееся в кивке головой или перефразировании, будет директивным откликом слушания. Чтобы оставаться действительно недирективным, клиницист должен одинаково реагировать на каждый аспект сообщения, что нереально. Поэтому вам нужно осознать мощное воздействие, которое даже недирективные отклики интервьюера оказывают на выбор клиентом тех или иных тем.

Молчание

В определенном смысле молчание можно считать самым недирективным из всех откликов слушания. Простой и недирективный, этот отклик, тем не менее, очень эффективен. Чтобы привыкнуть к молчанию, как интервьюерам, так и клиентам требуется некоторое время. Тишина, как показывает следующий отрывок из рассказа Эдгара По “Безмолвие”, может быть пугающей.

Торопливо он поднял голову, встал на скалу и прислушался. Но в обширной, безграничной пустыне не было звуков, и знаки на скале молчали. И человек вздрогнул и отвернулся, и быстро убежал прочь, так что я его уже больше не видел.

Молчание может пугать как клиентов, так и самих интервьюеров. Большинство людей испытывают неловкость, когда при общении возникает пауза, и пытаются сказать что-нибудь, чтобы поддержать беседу. Как отметил Льюис Томас в своей книге *The Lives of the Cell* (“Жизни клетки”), “природа не выносит длительной тишины”.

С другой стороны, при правильном использовании молчание может действовать успокаивающе. Как сказано в “Дао дэ цзин”², “тишина и спокойствие восстанавливают порядок во Вселенной”. Многого можно достичь, если соблюдать покой и молчание. Хотя основная функция молчания как отклика интервьюера — способствовать рассказу клиента о себе, оно, кроме того, может помочь клиенту успокоиться или задуматься над своими собственными словами. К тому же молчание дает клиницисту возможность не торопясь и сознательно выбрать необходимый отклик. Однако мы должны предупредить: интервьюеры, которые начинают интервью с молчания и продолжают часто и подолгу его использовать, не объясняя назначения этого отклика, рискуют отпугнуть клиента. Это происходит оттого, что молчание интервьюера воспринимается клиентом как давление, вынуждающее его говорить, и вызывает беспокойство.

² “Дао дэ цзин” — принадлежащее перу Лао Цзы каноническое произведение даосизма — одного из основных направлений древнекитайской философии. Написано в III–IV веках н.э. — Прим. ред.

Молчание — основной инструмент психоаналитиков, способствующий появлению свободных ассоциаций. Однако опытные психоаналитики объясняют своим пациентам сущность метода свободных ассоциаций перед тем, как прибегать к нему. Они объясняют, что психоанализ построен в основном на свободном самовыражении пациента, которое сопровождается отдельными комментариями или интерпретациями аналитика. Объяснение процедур психотерапии или интервьюирования важно всегда, но особенно необходимо при использовании интервьюером таких техник, как молчание, которые могут вызвать у клиента тревогу (*Luborsky, 1984; Meier & Davis, 2001*).

Как начинающему клиническому интервьюеру вам будет полезно поэкспериментировать с молчанием (см. врезку “От теории к практике 3.2”). Кроме того, используйте следующие рекомендации.

- Когда клиент делает паузу после своего сообщения или вашего перефразирования, лучше выждите несколько секунд, не подталкивайте его к продолжению вербального взаимодействия. Клиенты могут естественным образом, без руководства или понуждения, заговорить об очень значимых вопросах — нужно только дать им такую возможность.
- Когда вы молчите, ожидая возобновления монолога, скажите себе, что это время дается клиенту, чтобы он смог выразить себя, а не вам, чтобы вы смогли доказать свою полезность.
- Постарайтесь не использовать молчание шаблонно. Когда наступает молчание, иногда следует выждать, пока клиент снова заговорит, а иногда нужно прервать паузу самому.
- Избегайте молчания, если вам кажется, что ваш клиент смущен, переживает острый эмоциональный кризис или находится в психотическом состоянии. Излишнее молчание и тревога, которую оно порождает, обычно приводят к обострению таких состояний.
- Если во время паузы вы чувствуете психологический дискомфорт, постарайтесь расслабиться. Используйте навыки поведения внимания, чтобы продемонстрировать клиенту вашу готовность выслушать его. Это поможет клиенту понять, что пришла его очередь говорить.
- Если молчание вызывает у клиента психологический дискомфорт, можете попросить его рассказать о своих свободных ассоциациях (скажите, например: “Просто говорите все, что придет в голову”). Или же вы можете использовать эмпатическое отражение (например: “Да, что и говорить, сложная ситуация”).

От теории к практике 3.2

Учимся молчать

Молчание во время клинического интервью может вызывать психологический дискомфорт. Чтобы привыкнуть к возникающим паузам, попробуйте применить следующие методы.

- Если вы присутствуете на клиническом интервью в роли наблюдателя (либо смотрите или слушаете его запись), отмечайте продолжительность каждой паузы. Обратите внимание на то, кто именно (интервьюер или клиент) прерывает молчание. Самое главное, постарайтесь определить, помогла ли пауза клиенту продолжить рассказ о чем-то важном или перейти к более важной теме, или же молчание каким-то образом навредило ходу интервью.
- Когда в клиническом интервью образуется пауза, обратите внимание на собственные мысли и чувства. Вы обрадовались молчанию, испугались или восприняли паузу нейтрально?
- Поговорите с друзьями или родственниками о том, как они себя чувствуют, когда беседа прерывается молчанием. Возможно, вы обнаружите, что чувства окружающих отличаются от ваших. Ваша задача — понять, как воспринимают молчание другие люди.

- Помните, что иногда молчание — самый терапевтически эффективный отклик.
- Прочтите мнение Карла Роджерса (*Meador & Rogers, 1984*) (см. список рекомендуемой литературы в конце этой главы). Там приводятся прекрасные примеры того, как следует использовать молчание, с точки зрения клиент-центрированного подхода.
- Во время паузы не забывайте о контроле над вашим телом и лицом. Есть огромная разница между холодным молчанием и теплым, благосклонным молчанием. Эта разница во многом обусловлена жестами и мимикой клинициста.

Перефразирование, или отражение содержания

Перефразирование относится к навыкам отслеживания вербального потока клиента. Это краеугольный камень эффективной коммуникации. Основная цель перефразирования — уведомить клиента, что вы верно поняли главный смысл его сообщения. Во-вторых, перефразирование позволяет

клиенту понять, как его воспринимают окружающие (функция прояснения), что может стимулировать его дальнейшее самовыражение.

Перефразирование — это “результат или процесс изменения формы или средств изложения” (*Random House Unabridged Dictionary, 1993, p. 1409*). В клиническом интервьюировании перефразирование иногда называют отражением содержания (это объясняется тем, что перефразирование отражает смысл того, что говорит клиент, а не его чувства). Перефразирование, или отражение содержания, означает утверждение интервьюера, которое по-другому формулирует то, что сказал клиент. Перефразирование не изменяет сообщения клиента и ничего не добавляет к нему. Хорошее перефразирование отличается точностью и краткостью.

Часто начинающие интервьюеры чувствуют себя неловко, прибегая к перефразированию; им кажется, что они повторяют то, что само собой разумеется. Нередко они просто дословно повторяют сказанное клиентом, при этом держатся скованно, напыщенно, иногда агрессивно, что не способствует успеху клинического интервью. Это прискорбно, потому что при умелом использовании перефразирование — гибкая и творческая техника, повышающая взаимопонимание и эмпатию. Как заметили У. Миллер и С. Роллник, недирективное слушание, особенно перефразирование, — метод более трудный, чем кажется на первый взгляд.

Хотя у клинициста, овладевшего навыками эмпатического слушания, это может выглядеть легким и естественным, по сути это весьма непростой стиль консультирования. Он требует пристального внимания к каждому новому сообщению клиента и постоянной выработки гипотез относительно его значения. Самая удачная ваша догадка относительно значения затем возвращается к клиенту, часто дополняя содержание того, что было сказано открыто. Клиент отвечает, и весь процесс начинается заново. Отражающее слушание легко пародировать или испортить, но его очень трудно выполнить правильно (*Miller & Rollnick, 1991, p. 26*)

Рассмотрим различные типы перефразирования.

Общее перефразирование

При общем перефразировании просто излагают в другой форме или другими словами и отражают то, о чем только что говорил клиент. Приведем примеры.

Клиент 1: Вчера у меня был выходной. Я просто сидел дома и бездельничал. Мне кое-что нужно было сделать, но я никак не мог заставить себя встать с дивана и приступить к работе.

Интервьюер 1: Итак, в выходной вы не могли заставить себя работать.

Клиент 2: Так происходит с каждым заданием. Я дотягиваю до последней минуты, а потом как ошпаренный начинаю писать работу. Заканчивается тем, что я работаю ночи напролет. Мне кажется, что качество конечного продукта от этого страдает.

Интервьюер 2: Вы считаете, что это вошло у вас в привычку, и думаете, что из-за этого промедления вы выполняете задания не так хорошо, как могли бы.

Каждый из этих примеров общего перефразирования прост и прямолинеен. Общее перефразирование не сохраняет всего содержания высказывания, оно по-другому формулирует суть сообщения клиента. Оно также не включает мнения, реакции и комментарии клинициста, позитивные или негативные.

Перефразирование на основе ведущей модальности

Возникшее в психологическом консультировании и психотерапии движение нейролингвистического программирования (НЛП) популяризовало концепцию *репрезентативных систем* (Bandler & Grinder, 1975; Grinder & Bandler, 1976). Репрезентативной называют ту или иную сенсорную систему — как правило, визуальную, слуховую или кинестетическую, — которая активнее, чем другие, используется клиентом для связи с внешней средой.

Если вы обратите внимание на то, какую лексику использует ваш клиент, вы заметите, что некоторые клиенты употребляют метафоры, связанные преимущественно с визуальной системой (“ситуация выглядит...”, “это как посмотреть...”), другие — со слуховой (“откровенно говоря...”, “прислушиваясь к своим желаниям...”), а третьи — с кинестетической (“это меня зацепило...”, “меня не трогает...”). Исследования в области НЛП показали, что когда интервьюер общается с клиентом через его репрезентативную систему, повышаются эмпатия и доверие, у клиента возникает желание продолжать общение (Brockman, 1980; Hammer, 1983; Sharpley, 1984).

Внимание к основанным на сенсорных модальностях словам клиента — ключ к правильному использованию перефразирования на сенсорной основе. Чтобы повысить свою восприимчивость к трем основным репрезентативным системам, предлагаем вам на занятиях или дома придумать как можно больше метафор визуального, слухового и кинестетического происхождения (хотя иногда клиенты упоминают метафоры, связанные с обонянием или вкусом, эти системы очень редко выступают в качестве ведущей модальности). Ниже приводятся примеры перефразирования на сенсорной основе. Метафоры сенсорного происхождения выделены курсивом.

Клиент 1: Чего я жду от психотерапии, так это лучшего понимания себя. Психотерапия для меня как *зеркало*, в котором я вижу себя, свои сильные и слабые стороны, более *отчетливо*.

Интервьюер 1: Итак, вы пришли, чтобы более отчетливо себя разглядеть, и считаете, что терапия поможет вам в этом.

Клиент 2: Меня выпихнули с работы, и я не знаю, что делать. Работа очень много для меня значит. Я чувствую себя потеряннным.

Интервьюер 2: Ваша работа настолько для вас важна, что без нее вы чувствуете себя не у дел.

Анализ спонтанного использования клиентом метафор сенсорного происхождения — это, по-видимому, самый надежный метод определения его ведущей репрезентативной системы (*Sharpley, 1984*).

Образное перефразирование

Интервьюер может использовать метафоры и аналогии для того, чтобы зафиксировать ключевой момент сообщения клиента. Например, клиенты часто приходят к интервьюеру потому, что чувствуют застой, не растут профессионально или не могут разрешить определенные проблемы. В этом случае он может отреагировать так: “Да, я вижу, что вы кружитесь на одном месте” или: “Ваши усилия — настоящий сизифов труд”. Хотя образное перефразирование больше подходит для клиентов-кинестетиков, другие также реагируют на него положительно, поскольку в данном случае всего несколько слов передают значительный опыт. Ниже приводятся примеры использования образного перефразирования.

Клиент 1: Моя сестра такая придирчивая. У нас общая комната, и она все время пристает ко мне, чтобы я не разбрасывала одежду, наводила порядок в шкафу, и все такое. Она следит за каждым моим шагом и пользуется любой возможностью меня покритиковать.

Интервьюер 1: Вы словно новобранец в армии, а сестра для вас — как сержант.

Клиент 2: Я готов к тому, что могут возникнуть непреодолимые препятствия.

Интервьюер 2: То есть вы считаете, что вам предстоит тернистый путь (взято из: *Rogers, 1961, p. 102*).

Прояснение

Разные формы прояснения имеют одну и ту же цель: сделать ясным для себя и для клиента смысл сказанного. Первая форма прояснения представляет собой повторение того, что сказал клиент, в сочетании с предшествующим или последующим обобщающим вопросом. Мастером прояснения был К. Роджерс.

Если я вас правильно понял... самое неприятное — то, что его слова о вашей никчемности соответствуют вашему собственному мнению о себе. Вы это имеете в виду? (*Meador & Rogers, 1984, p. 167*).

Второй тип прояснения представляет собой повторение в форме альтернативного вопроса. Альтернативный вопрос дает клиенту возможность выбора из нескольких вариантов. Например.

- “Вам не нравится, когда на занятиях вас просят отвечать, или это что-то другое?”
- “Ваша ссора с мужем началась до того, как вы пошли в кино, или после?”

Использование прояснения в форме альтернативного вопроса помогает интервьюеру лучше контролировать содержание речи клиента во время интервью. В каком-то смысле интервьюер пытается предугадать возможный ответ клиента, предлагая определенные варианты ответов. Это похоже на тесты, в которых дается несколько вариантов ответов.

Третья форма прояснения — основная. Она используется в том случае, если вы не расслышали, что именно сказал клиент, и хотите уточнить.

- “Извините, я не расслышал. Вы не могли бы повторить то, что сказали, еще раз?”
- “Я не понял, что вы сказали. Вы говорили, что после клинического интервью пойдете домой?”

Во время интервьюирования иногда случается, что вы не понимаете, о чем говорит клиент. Бывает и такое, что сами клиенты не могут понять, что они говорят и зачем. Самое худшее, конечно, когда ни один из вас не в состоянии уяснить цель или смысл сказанного. Иногда самое уместное в такой ситуации — ждать, как пишет Л. Люборски (*Luborsky, 1984*), когда придет понимание. Однако в других случаях необходимо точно выяснить, что именно клиент имеет в виду. Иногда у клиента возникает потребность уточнить смысл ваших слов.

Л. Браммер определяет два основополагающих принципа прояснения. Во-первых, вы должны признаться, что не понимаете, о чем говорит клиент. Во-вторых, “попробуйте повторить утверждение клиента или попросите его самого уточнить, повторить или объяснить на примере” (*Brammer, 1979, p. 73*). Просьба привести конкретный пример может быть особенно действенной, поскольку поощряет клиента говорить определенно и по существу, а не абстрактно и уклончиво.

С точки зрения клинициста, два основных фактора определяют целесообразность или нецелесообразность применения данного метода. Во-первых, если информация кажется тривиальной и не имеет терапевтического

значения, лучше всего просто подождать, пока клиент перейдет к более значимой теме. Можно потерять много времени, если выяснять несущественные детали, имеющие отдаленное отношение к целям психотерапии. Предположим, клиент говорит: “Дедушка моей приемной дочери (со стороны жены) обычно мало или совсем не общается с моими родителями”. Это отличная возможность для интервьюера выслушать клиента, не перебивая. Если интервьюер отреагирует просьбой о прояснении, могут последовать путанные объяснения родственных связей клиента. Внезапное переключение на тему дальних родственников часто означает, что клиент избегает разговора о более важных проблемах — своих личных. Если это так, не следует реагировать на вербальное поведение клиента просьбой о прояснении или использовать любые другие отклики слушания, поскольку это может закрепить желание клиента избегать личных тем.

Во-вторых, если то, о чем говорит ваш клиент, кажется важным, но форма подачи информации мешает понять ее содержание, у вас есть альтернатива: немного выждать, давая клиенту возможность высказаться ясно, или сразу же попросить о прояснении. Например, клиент говорит:

“Не знаю, она была не такой, как все. Она смотрела на меня не так, как другие женщины. У других не было... чего-то такого, знаете, в глазах; обычно о многом можно судить по тому, как женщина на тебя смотрит, правда? А с другой стороны, может, дело в чем-то другом, есть что-то такое во мне самом, что я смогу понять позже”.

Правильное прояснение в данной ситуации может звучать следующим образом: “Она не была похожа на других; возможно, это было вызвано тем, как она смотрела на вас, или чем-то в вас самом, чего вы не вполне понимаете. Вы это имеете в виду?”

Недирективное отражение чувств

Главная цель недирективного отражения чувств — посредством эмоционально ориентированного перефразирования сообщить клиенту о том, что интервьюер настроен на его эмоциональное состояние. Недирективное отражение чувств также стимулирует дальнейшее эмоциональное самовыражение клиента. Предлагаем пример беседы интервьюера с 15-летним подростком о его учительнице.

Клиент: Эта училка меня достала, когда сказала, что я свистнул ее часы. Я чуть в морду ей не заехал.

Интервьюер: Так ты говоришь, она тебя достала.

Клиент: Конкретно.

В данном примере недирективное отражение чувств обращено лишь на то, что клиент выразил вполне определенно. Это основной принцип недирективного отражения чувств: перефразируйте или повторяйте только то, что ясно поняли из слов клиента. Не ищите скрытый смысл, не занимайтесь интерпретацией, не делайте допущений. Хотя мы можем угадывать, какие именно эмоции стоят за яростью подростка, это не входит в задачи отражения чувств.

Чувства — сфера весьма личная. Это означает, что каждая попытка проникнуть в чувства другого человека может вести к душевной близости, к более тесным отношениям. Некоторые клиенты, не желающие устанавливать близкие эмоциональные отношения с интервьюером, реагируют на недирективное отражение чувств с его стороны, замыкаясь и прекращая беседу. Другие могут не признаваться клиницисту в своих чувствах. Следует минимизировать потенциальные негативные реакции клиента на недирективное отражение его чувств, используя пробное отражение.

При недирективном отражении чувств следует точно передавать их содержание и интенсивность. Если вы не уверены в том, что чувствует клиент, можете использовать пробное отражение. К. Роджерс (*Rogers, 1951, 1961*) при использовании этой техники иногда уточнял у клиентов, адекватно ли его отражение их чувствам. Чувства — это нечто очень личное, интимное; иногда клиенты реагируют более чем негативно, если интервьюер настаивает на присутствии определенной эмоции. Если вы используете пробное отражение, клиент может сразу вас скорректировать. Например.

Клиент: Эта училка меня достала, когда сказала, что я свистнул ее часы. Я чуть в морду ей не заехал.

Интервьюер: Похоже, это вызвало у тебя некоторое раздражение.

Клиент: Какое к черту раздражение! Она меня достала.

В данном примере более выразительное эмоциональное определение (“достала”) адекватнее, потому что клиент вполне ясно дал понять, что он испытывал более сильные эмоции, чем простое раздражение. Это может нарушить эмпатию, поскольку интервьюер преуменьшил интенсивность чувств клиента (см. врезку “От теории к практике 3.3”).

Обобщение

Обобщение свидетельствует об адекватном слушании, способствует активизации в памяти клиента и интервьюера основных тем, помогает клиенту сосредоточиться на важнейших вопросах, уточняет или выявляет смысл его сообщения.

От теории к практике 3.3

Расширение эмоционального и словесного репертуара

Существует множество способов исследования и расширения вашего эмоционального и словесного репертуара. Р. Каркгафф (*Carkhuff, 1987*) рекомендует следующее упражнение. Выберите какую-либо из основных эмоций, предположим, гнев, страх, радость, огорчение, потом определите чувства, которые у вас связаны с реакцией на нее. Например, начните так: “Когда мне грустно...”, а закончите другим чувством, которое ассоциируется с первым: “...я чувствую себя обманутым”. Вот еще некоторые примеры.

Когда мне радостно, я чувствую полноту жизни.

Когда я чувствую полноту жизни, я испытываю удовлетворение.

Когда я испытываю удовлетворение, я ощущаю душевный комфорт.

Когда я ощущаю душевный комфорт, я чувствую себя в безопасности.

Когда я чувствую себя в безопасности, я испытываю спокойствие.

Когда я испытываю спокойствие, я чувствую приятную расслабленность.

Этот процесс ассоциации чувств поможет вам лучше понять свою эмоциональную жизнь и обогатит ваш активный словарный запас выразительными названиями чувств и эмоций. Можете заниматься этим упражнением индивидуально или в парах, используя любую из десяти основных эмоций, которые определил К. Изард (*Izard, 1977, 1982*):

интерес или приятное волнение;

радость;

удивление;

огорчение;

гнев;

отвращение;

презрение;

страх;

стыд;

вина.

Послушав клиента 20 или 30 минут, или даже по истечении времени интервью, уместно и полезно подвести итог сказанному. Например.

Интервьюер: Вы рассказали мне очень многое за эти 15 минут. Поэтому, думаю, нужно удостовериться, что я запомнил все основные темы, которые вы затронули. Вы говорили о конфликтах с родителями, о том, как вас возмущало их пренебрежение к вам, и о том, что жизнь с приемными родителями была облегчением и в то же время требовала больших усилий, чтобы приспособиться к новой обстановке. Я ничего не забыл?

Клиент: Да нет, вроде ничего.

Хотя в теоретическом отношении обобщение не представляет никаких сложностей, на практике подведение итогов может оказаться трудным. Информация быстро забывается, и память интервьюера дает неполную или искаженную картину того, что сказал клиент. Иногда, руководствуясь желанием подвести идеально точные итоги, клиницист берет на себя непосильную задачу. Например:

“А сейчас я хотел бы обобщить четыре основные темы, которые вы сегодня затронули. Во-первых, вы сказали, что из-за авторитарности отца ваше детство было трудным. Во-вторых, в браке вы очень критично относитесь к тому, как ваша жена воспитывает ребенка. В-третьих, вы описали себя как человека, который любит руководить и склонен к перфекционизму³, что, по вашему мнению, является причиной нарастающего конфликта в семье. И, в-четвертых, э-э-э... в-четвертых (долгая пауза), я забыл, что это было, — но я думаю, что позже обязательно вспомню”.

Это подводит нас ко второй трудности, связанной с обобщением. Часто клиническое интервью представляет собой “лоскутный коврик” из разнообразнейших тем и вопросов. Клиницист может не обнаружить какой-либо очевидной темы, которая поддается обобщению. Это особенно касается начального этапа клинического интервьюирования. Трудно подвести итоги, ухватив суть, и при этом избежать многословия или не упустить важный аспект проблемы. Поэтому лучше подводить итоги в неформальном стиле и сотрудничать с клиентом.

Обобщения, отличающиеся неформальностью, интерактивностью и поддержкой, имеют несколько преимуществ. Во-первых, такой подход разгружает вашу память. Во-вторых, это налагает некоторую ответственность на клиента — он должен отмечать то, что *сам* считает важным. Это помогает клиенту вспомнить, о чем он рассказывал, а также дает интервьюеру

³ *Перфекционизм (от лат. perfectum — совершенный) — внутренняя потребность в совершенстве, проявляющаяся в боязни неудачи, критическом отношении к собственным достижениям и нереалистичности целей. — Прим. ред.*

возможность понять приоритеты клиента. В-третьих, интерактивный подход способствует взаимодействию интервьюера и клиента. В психотерапии успех зависит не только от клинициста. Предоставление клиенту права решать, что для него важно, свидетельствует о сотрудничестве.

Принципы обобщения

Приведем примеры сообщений, отличающихся неформальностью, интерактивностью и поддержкой.

Неформальность

- Вместо того чтобы говорить: “Вот краткие итоги сказанного вами”, скажите, например, следующее: “Давайте удостоверимся, что я помню самое главное из того, о чем вы говорили”.
- Вместо того чтобы нумеровать темы, просто перечислите их одну за другой. Так вы сможете избежать неловких ситуаций, если вдруг забудете одну из тем.

Интерактивность

- Делайте паузу после каждого обобщения, чтобы клиент имел возможность согласиться с вами, не согласиться или дополнить вас.
- После того как вы подвели итоги, попросите клиента подтвердить, верно ли то, что вы сказали.
- Прежде чем приступить к обобщению, попросите клиента самого подытожить то, что он считает важным. Таким образом вы узнаете точку зрения клиента, не навязывая ему свое собственное мнение. При этом всегда можно будет добавить то, что вы считаете важным.

Поддержка

Иногда нужно открыто признавать, что клиент предоставил большой объем информации. Например: “Вы столько мне рассказали” или “За короткое время вы затронули очень много вопросов”. Такие утверждения помогают клиенту почувствовать поддержку интервьюера, вызывают у него чувство удовлетворения своим рассказом. Конечно же, вам следует быть искренним и делать подобные утверждения только в том случае, если они соответствуют действительности.

Форма, в которой вы просите клиента подвести итоги, также должна демонстрировать поддержку. Например: “Мне интересно узнать, какие темы из затронутых сегодня *вы сами* считаете главными” или “Как бы вы подытожили самое главное из того, о чем только что рассказали?”

Основные принципы недирективных откликов слушания и типология их воздействия на клиентов обобщены в табл. 3.1.

Таблица 3.1. Недирективные отклики слушания и их обычное воздействие на клиентов

Недирективный отклик слушания	Описание	Основное назначение/воздействие
Поведение внимания	Визуальный контакт, наклон тела по направлению к клиенту, кивание головой, участливая мимика и т.д.	Способствует спонтанности речи клиента
Молчание	Отсутствие вербальной деятельности	Оказывает давление на клиента, заставляя его говорить. Дает клиенту время “остыть”. Позволяет клиницисту обдумать свой следующий отклик
Перефразирование	Осмысление или перефразирование сообщения, поступающего от клиента	Сообщает клиенту о том, что интервьюер правильно его понял, позволяет клиенту услышать сказанное им самим
Прояснение	Изменение формы или средств выражения исходящего от клиента сообщения, за которым следует общий вопрос (например: “Я правильно вас понял?”)	Уточняет неясные утверждения клиента и подтверждает правильность понимания его интервьюером
Перефразирование на сенсорной основе	Перефразирование с использованием ведущей репрезентативной системы клиента	Повышает взаимопонимание и эмпатию между интервьюером и клиентом
Недирективное отражение чувств	Интервьюер пересказывает или перефразирует описание клиентом своих эмоций	Обогащает эмпатический опыт клиента, стимулирует дальнейшее выражение им своих эмоций
Обобщение	Краткий обзор нескольких тем, затронутых в ходе клинического интервью	Способствует запоминанию содержания интервью, устанавливает связи между отдельными темами, которые упоминались клиентом в ходе интервью

ПОБУЖДЕНИЕ ОБОДРИТЬ КЛИЕНТА

В совокупности навыки внимания и техники недирективного слушания делают поведение интервьюера по отношению к клиенту “приятным”. Клиницист внимательно слушает собеседника, проявляет интерес к его проблемам,

стремится понять его чувства, а также с помощью различных моделей поведения демонстрирует свою заботу о нем.

Вдобавок, если вы внимательно слушаете клиента, вы можете почувствовать сильное побуждение ободрить его, похвалить, сказать что-нибудь хорошее. Однако важно помнить о том, что утешение или ободрение клиента выходит за рамки недирективного слушания.

Похвала другому человеку заставляет вас открыться. Вы сообщаете о *своих* ценностях и о *своем* одобрении. Открываться клиенту следует только в меру. Это — *техника* клинического интервьюирования, которой нельзя злоупотреблять (Pizer, 1997). Ободрение клиента — тоже одна из *техник*. Клиенты иногда ведут себя так, словно напрашиваются на ободрение интервьюера. Они хотят знать, хорошие ли они родители, правильно ли поступили в какой-то ситуации, пройдет ли депрессия и т.д. Вы почувствуете потребность ободрить их и заверить, что у них все в порядке (или будет в порядке).

Ободрение не должно быть преждевременным или общим. Ободряя клиента, вы даете свою оценку определенной ситуации и/или способности человека справляться с проблемами, а также утверждаете, что ситуация разрешится или положение дел изменится к лучшему. Кроме того, эмпатия и ободрение — это совсем не одно и то же. Клиницист должен регулярно демонстрировать эмпатию, а ободрение нужно применять очень осторожно, в малых дозах.

ДИРЕКТИВНЫЕ ОТКЛИКИ СЛУШАНИЯ

Директивные отклики слушания и действия называются так потому, что их применение ставит клинициста в положение дирижера, хореографа, эксперта. Адекватное использование этих методов требует межличностной и профессиональной чуткости. Кроме того, необходимо знание основ психопатологии и владение базовыми навыками психологической диагностики.

Учитывая то, что директивные отклики оказывают сильное воздействие, будет уместным заняться их обсуждением позже, после детального рассмотрения диагностического интервьюирования. Почему же тогда мы включили в эту главу описание таких откликов, как интерпретация или конфронтация?

Для проведения диагностических интервью вам нужно ознакомиться со всеми откликами, которые может использовать клиницист. Диагностическое интервьюирование требует применения как недирективных, так и директивных откликов. Кроме того, если вы не овладеете всеми необходимыми навыками, вы можете неправильно, в ущерб процессу психологического консультирования или психотерапии, применить более сложные директивные техники. Информация, которую мы даем ниже, *не* предназначена для

самостоятельного овладения директивными навыками психологического консультирования и психотерапии. Мы хотим привить вам интерес к более глубокому их изучению и тренингу.

Директивные отклики слушания можно разделить на две большие группы — клиент-центрированные и терапевт-центрированные, однако независимо от ориентации они всегда применяются для того, чтобы сосредоточиться на определенной теме или аспекте оценки. Директивные отклики слушания основаны на предположении, что клиент нуждается в руководстве или указаниях своего интервьюера.

Валидизация чувств

Валидизацию чувств часто путают с техникой, которая называется подтверждением чувств. В учебниках для клинических интервьюеров эти отклики обычно не различаются (*Ivey & Ivey, 1999; Meier & Davis, 2001*). Валидизация чувств имеет место, когда интервьюер распознает и одобряет чувства, описанные клиентом.

Цель валидизации чувств — помочь клиенту принять свои эмоции как естественный, нормальный аспект человеческой природы. Валидизация чувств поощряет “Я” клиента — он чувствует поддержку, одобрительные комментарии интервьюера могут вселить в него чувство полноценности. Впрочем, это спорный вопрос — некоторые теоретики считают, что применение таких директивных, поддерживающих техник, как валидизация чувств, приводит только ко временному повышению самооценки, основанному на воздействии со стороны интервьюера, а не на стойких изменениях в личности клиента. Кроме того, при бесконтрольном применении техника валидизации чувств может вызвать у клиента психологическую зависимость. Будучи техникой терапевтического воздействия, валидизация чувств подразумевает одобрение и ободрение, которые обычно вызывают у клиента позитивные эмоции. Может быть, именно поэтому этим методом часто пользуются друзья и влюбленные.

В какой бы форме ни осуществлялась валидизация чувств, клиент всегда понимает ее содержание одинаково: “Ваши чувства приемлемы, вы имеете на них право”. Иногда посредством валидизации чувств интервьюер сообщает клиенту, что тому *следует* испытывать определенные эмоции.

Клиент: Мне так грустно с тех пор, как умерла моя мама. Я все время плачу и плачу, никак не могу остановиться (начинает всхлипывать).

Интервьюер: Естественно, вы тоскуете по своей маме. Это вполне нормально. Если вам хочется плакать, плачьте.

Заметьте, что в данном случае клиницист выходит за рамки недирективного отражения чувств и применяет технику валидации чувств. Это, конечно же, директивная техника из класса терапевт-центрированных. Применяя прямое утверждение, что чувство грусти и плач совершенно естественны, интервьюер берет на себя роль эксперта и оценивает адекватность эмоций и поведения клиента.

Еще одна возможность, имеющаяся у интервьюера для валидации чувств клиента, — открыть свои собственные эмоции.

Клиент: Я так волнуюсь перед экзаменами, вы не поверите! Я могу думать только о том, как все у меня в голове смешается и я ничего не смогу сказать. Потом, когда я захожу в аудиторию и беру билет, в голове у меня нет ни одной мысли.

Интервьюер: Знаете, иногда перед экзаменами со мной тоже такое происходит.

В этом примере интервьюер открывает собственные чувства, чтобы показать клиенту, что у него самого подобные проблемы. Хотя сообщение интервьюера о собственных эмоциях с целью валидации чувств клиента может подействовать ободряюще, использование этой техники сопряжено с некоторым риском. Клиент может про себя усомниться в том, что интервьюер (который признается, что испытывает тревогу) способен оказать ему помощь. Таким образом, доверие к клиницисту может быть подорвано.

Интервьюеры могут также достигать валидации чувств клиентов, опираясь на концепцию, которую Ирвинг Ялом (*Yalom, 1995*) называет *универсальностью*.

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

Интервьюер: Вы слишком строги к себе. Все люди сомневаются в себе. Я не знаю ни одного человека, который был бы полностью уверен в себе.

Как видно из этой ситуации, клиент может почувствовать себя ободренным, если узнает о том, что все люди испытывают такие же чувства. И. Ялом приводит следующий пример.

Однажды вместе с клиентом мы обсуждали его 600-часовой опыт... психоанализа... Когда я попросил его вспомнить самое значительное событие в терапии, клиент вспомнил один случай, когда он был совершенно расстроен из-за своих чувств к матери. Несмотря на связанные с ней позитивные эмоции, он был одержим желанием ее смерти, чтобы иметь возможность унаследовать значительное состояние. Его аналитик... просто заметил: "Что ж, так уж мы все устроены". Эти безыскусные слова принесли большое облегчение и в дальнейшем дали клиенту возможность глубже исследовать свои противоречивые чувства (*Yalom, 1995, p. 8*).

Валидизация чувств — распространенный в клиническом интервьюировании и психологическом консультировании метод. Это объясняется, с одной стороны, тем, что людям нравится, что их чувства одобряются, с другой стороны — интервьюерам, как правило, нравится ободрять своих клиентов. Иногда клиенты приходят на интервью в основном для того, чтобы их уверили в том, что они нормальны. Некоторые теоретики считают, наоборот, что открытая поддержка, в частности валидизация чувств, формирует у клиента некритическое отношение (т.е. он полагает, что у него все в полном порядке, коль так говорит интервьюер), снижая вероятность самостоятельного формирования положительного отношения к себе. Ниже приводятся потенциальные результаты применения метода валидизации чувств.

- Улучшение взаимопонимания.
- Снижение или повышение склонности клиента к анализу проблемы или чувства.
- Снижение тревожности клиента, по крайней мере, временное.
- Повышение самооценки клиента или чувства собственной полноценности (возможно, временное).
- Повышенная вероятность психологической зависимости клиента от интервьюера.
- Формирование у клиента некритического отношения к важным вопросам.

Интерпретативное отражение чувств

Интерпретативное отражение чувств — эмоциональные в своей основе утверждения интервьюера, выходящие за рамки обычных форм эмоционального самовыражения клиента. Цель интерпретативного отражения чувств — обнажить эмоции, которые осознаются клиентом лишь отчасти. Эта техника может привести клиента к инсайту (т.е. он начинает осознавать те чувства, которые прежде были неосознанными или осознанными частично).

Интерпретативное отражение чувств в некоторых источниках называется “продвинутой эмпатией” (*Egan, 1986, p. 212*). Так, Г. Эган пишет следующее.

Базовая эмпатия (недирективное отражение чувств) обращена к релевантным наружным (не путать с поверхностными) чувствам и значениям, в то время как продвинутая точная [интерпретативная] эмпатия направлена на те чувства и значения, которые спрятаны, скрыты или непосредственно недоступны для клиента (*Egan, 1986, p. 213*).

Вернемся к примеру с подростком, который разозлился на свою учительницу.

Клиент: Эта училка меня достала, когда сказала, что я свистнул ее часы. Я чуть в морду ей не заехал.

Интервьюер: Так ты говоришь, она тебя достала (недирективное отражение чувств).

Клиент: Конкретно.

Интервьюер: Знаешь, мне кажется, что поступок учительницы вызвал у тебя еще какие-то чувства. Может, ты обиделся на то, что она тебе не доверяет (интерпретативное отражение чувств).

Второе утверждение интервьюера — попытка отыскать более глубокие чувства, не высказанные клиентом. Интерпретативное отражение чувств может представлять угрозу для клиентов, поскольку побуждает их анализировать более глубокие уровни своей психики, за пределами высказанных эмоций. Кроме того, оно может значительно укрепить взаимопонимание между интервьюером и клиентом и повысить доверие последнего.

Причина того, что интерпретативное отражение чувств считается директивным, терапевт-центрированным откликом, требует дальнейшего обсуждения. Вы можете спросить, почему такой отклик называется *интерпретативным*, если он основан на сообщении клиента о его личном эмоциональном опыте. Во-первых, как пишет Г. Эган, интерпретативное отражение чувств основано на информации об эмоциональном состоянии клиента, которая “спрятана” или “скрыта” от него самого (*Egan, 1986, p. 213*). Когда интервьюер доводит эту информацию до сознания клиента, он применяет директивный метод. Во-вторых, интерпретативное отражение чувств, или “продвинутая/перспективная эмпатия” Эгана, предполагает, что бессознательные или неосознаваемые процессы оказывают влияние на клиента. Допуская подобное предположение, интервьюер заключает клиента в рамки определенного теоретического конструкта. И самое главное: поскольку цель интерпретации — трансформировать неосознаваемое в осознанное, это директивная техника (*Weiner, 1998*). Однако, как указывают Р. Джордж и Т. Кристиани, даже недирективное отражение чувств может вызвать такой же эффект: “Классическая клиент-центрированная техника, отражение чувств, может также рассматриваться как интерпретация” (*George & Cristiani, 1994, p. 162*).

Интерпретативное отражение чувств — эффективная техника, которая может способствовать терапевтическому прорыву. С другой стороны, она может привести к тому, что клиент замкнется. Психоаналитики, когда речь идет об эффективной интерпретации, делают особый акцент на ее своевременности (*Freud, 1940/1949; Weiner, 1998*). Именно поэтому в последнем

примере интервьюер сначала использует недирективное отражение чувств и только потом, когда клиент подтвердил правильность отражения, применяет более интерпретативный, зондирующий отклик. Залог успеха при эффективном интерпретативном отражении чувств — хорошие отношения между интервьюером и клиентом, а также предварительное знание клиента. Кроме того, как и в случае недирективного отражения чувств, при интерпретативном отражении следует осторожно подбирать слова.

Интерпретация

Цель интерпретации — повысить самосознание клиента или скорректировать восприятие реальности. Как пишет О. Фенихель, “интерпретация означает содействие превращению чего-либо неосознаваемого в осознанное посредством называния его в тот момент, когда оно стремится вырваться наружу” (*Fenichel, 1945, p. 25*). Когда интервьюер предлагает интерпретацию, он как бы говорит клиенту: “Вот как я вижу вас и вашу ситуацию”.

Психоаналитическая, или “классическая”, интерпретация

Согласно психоаналитической традиции, интерпретация основывается на теоретическом допущении, что бессознательные психические процессы влияют на поведение. Указывая на бессознательные психические конфликты и тенденции, аналитики помогают своим пациентам достичь более высоких уровней самосознания и отдачи. Это не означает, что изменение самосознания как таковое обуславливает изменения в поведении. Повышение уровня самосознания способствует повышению адаптивности чувств, мышления и поведения.

Существует множество форм классической интерпретации, но поскольку это довольно сложная техника, мы приведем только небольшой пример. Снова возвращаемся к разгневанному 15-летнему подростку.

Клиент: Эта училка меня достала, когда сказала, что я свистнул ее часы. Я чуть в морду ей не заехал.

Интервьюер: Так ты говоришь, она тебя достала (недирективное отражение чувств).

Клиент: Конкретно.

Интервьюер: Знаешь, мне кажется, что поступок учительницы вызвал у тебя еще какие-то чувства. Может, ты обиделся на то, что она тебе не доверяет (интерпретативное отражение чувств).

Клиент: (Пауза.) Дурацкая идея... я больше не обижаюсь... Если тебе не доверяют, уже и не удивляешься, что на тебя снова хотят свалить то, чего ты не делал.

Интервьюер: Когда ты разозлился на свою учительницу оттого, что она тебе не доверяет, это было очень похоже на то, как ты в свое время реагировал на недоверие своих родителей (интерпретация).

В этом диалоге подросток опосредованно подтверждает правильность интерпретативного отражения чувств. Сначала он высмеивает мнение клинициста, затем подтверждает его словами “я больше не обижаюсь”. Заметьте, что в этой фразе подросток дает знать клиницисту, что в прошлом имел место травматический опыт (слова “больше не...” указывают на прошлое). Это неудивительно. Точная интерпретация иногда дает “генетическую” информацию (т.е. информацию о происхождении, информацию из прошлого). Таким образом, интервьюер воспринимает сигнал клиента и продолжает интервью, используя более классическую интерпретацию.

Классическая интерпретация требует знаний о клиенте, его отношениях в прошлом и настоящем. В описанной выше ситуации клиницисту из предыдущих бесед было известно, что родители иногда наказывали подростка за то, чего он не делал. Интервьюер мог бы приступить к интерпретации уже на основе первого утверждения подростка, однако он выждал до тех пор, пока клиент позитивно не отреагировал на первые две попытки терапевтической интервенции. Это показывает, насколько важна своевременность при использовании интерпретации. По утверждению О. Фенихеля, “неподготовленный клиент никоим образом не может связать слова, которые он слышит от психоаналитика, со своим эмоциональным опытом. Такая интерпретация ничего не интерпретирует” (*Fenichel, 1945, p. 25*).

Как уже упоминалось, классическая интерпретация — продвинутая техника клинического интервьюирования. Много писалось о технических аспектах психоаналитической интерпретации, о том, что интерпретировать, когда интерпретировать и как интерпретировать (*Fenichel, 1945; Greenson, 1965, 1967; Weiner, 1998*). Изучение основ психоанализа и супервизия под наблюдением компетентных специалистов — обязательные предпосылки для применения классической интерпретации. Как и в случае интерпретативного отражения чувств, несвоевременная интерпретация обычно вызывает у клиента неприятие и замкнутость.

Рефрейминг

Другие теоретические концепции не рассматривают бессознательные психические процессы как обуславливающие эффективность интерпретации. Интерпретация воспринимается, скорее, как терапевтическая интервенция, которая помогает клиенту увидеть свои проблемы в другой перспективе. Этот подход называют *рефреймингом* психотерапевты, работающие в сфере семейной терапии, когнитивные терапевты и психотерапевты, ориентированные на решение проблем (*de Shazer, 1985; Greenberg & Safran, 1987; Morse, 1997; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974*).

Рефрейминг используется в основном тогда, когда интервьюер полагает, что мировосприятие клиента искажено или затрудняет адаптацию. Рассмотрим следующую беседу клиентов (несовершеннолетних с делинквентным поведением) и психолога-консультанта во время группового сеанса.

Пэг: Он постоянно меня задирает. Он меня оскорбляет. По-моему, он козел. Я хочу с ним договориться не подкалывать друг друга, а он продолжает.

Дэн: Это она виновата. Она думает, что она во всем права. Никогда не уступит. Я с ней никогда не смогу договориться. Она не переменится.

Консультант: Я вижу, сегодня вы опять сели рядом.

Пэг: Я бы сама с ним рядом не села.

Консультант: Мне кажется, вы друг другу нравитесь. Вы почти всегда сидите рядом. Вы постоянно друг друга подкалываете. Наверное, вы друг от друга просто балдеете.

Другие клиенты: Да! Точно! Мы тоже так думаем.

В этом примере подростки постоянно задирают друг друга. Клиницист предполагает, что за внешним раздражением и враждебностью скрывается взаимная симпатия. Хотя подростки отрицают рефрейминг, другие члены группы соглашаются с ведущим и будут ссылаться на рефрейминг при следующих встречах.

Эффективный рефрейминг должен базироваться на обоснованной альтернативной гипотезе. Вот другие примеры рефрейминга.

- По отношению к клиенту, страдающему депрессией: “Когда вы совершаете ошибку, вы склонны рассматривать ее как свидетельство неудачи, но вы можете рассматривать ее и как свидетельство ваших усилий и продвижения к конечному успеху. Фактически, большинство успешных людей, прежде чем достичь цели, терпят многочисленные неудачи”.
- Враждебно настроенной девушке-подростку: “Вы считаете, что говорить что-то хорошее своим родителям означает подлизываться к ним. А что если иногда слова одобрения, сказанные вашим родителям, будут просто искренне выражать ваше мнение о них?” (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997*).
- Клиенту с высокой социальной тревожностью: “Если люди с вами не здороваются, вы думаете, что они плохо к вам относятся, а это объясняется, вероятно, тем, что у них просто был не очень хороший день или они заняты своими мыслями”.

Первоначальной реакцией клиента на рефрейминг может быть отрицание, однако новая точка зрения на проблемы клиента может снизить тревожность, гнев или грусть. Рефрейминг позволяет клиенту более гибко воспринимать и интерпретировать свои действия.

Конфронтация

Цель конфронтации — добиться более ясного восприятия клиентом себя и своих действий. У клиентов часто складываются искаженные представления об окружающих, мире и себе. Эти искажения обычно проявляются в форме несоответствий или противоречий. Например, представьте клиента, который, сжимая кулаки, гневно говорит: “Зачем вы вспоминаете мою бывшую жену? Я уже говорил вам, что с этим покончено раз и навсегда! У меня не осталось к ней никаких чувств. Все ушло, как прошлогодний снег”. Очевидно, что клиент по-прежнему испытывает сильные чувства к своей бывшей супруге. Возможно, отношения между ними уже не восстановятся и клиент хотел бы навсегда забыть об этой женщине, но его невербальное поведение — тон, жесты, мимика — сообщают интервьюеру о том, что у клиента сохраняется эмоциональная привязанность к бывшей супруге.

Конфронтация имеет наибольший эффект в том случае, когда у вас сложились рабочий альянс с клиентом и вы располагаете достаточными свидетельствами, с помощью которых можете ему продемонстрировать его эмоциональные либо поведенческие несоответствия или противоречия. Что касается последнего примера, то в этой ситуации мы не рекомендуем применять технику конфронтации, если только нет дополнительных свидетельств, указывающих на неразрешенные чувства клиента к его жене. При наличии таких вспомогательных свидетельств была бы уместна конфронтация в следующей форме:

“На прошлой неделе вы упоминали о том, что всякий раз, когда вы думаете о своей бывшей жене и о том, как закончились ваши отношения, вы хотите ей отомстить. А сегодня вы говорите, что не испытываете к ней никаких чувств. Но, судя по вашим сжатым кулакам, тону голоса и по сказанной на прошлой неделе фразе, что она вам “исковеркала всю жизнь”, кажется, что вы по-прежнему испытываете к ней сильные чувства. Возможно, вам *хотелось бы*, чтобы этих чувств больше не было, но все говорит о том, что они все еще есть”.

Заметьте, интервьюер цитирует слова клиента как доказательство своей правоты. В данном случае интервьюер решил, что для клиента будет лучше признать свои скрытые чувства по отношению к своей бывшей жене и проанализировать их. Поэтому он использует конфронтацию для того, чтобы клиент осознал свою проблему. Для повышения вероятности того, что клиент

признает это противоречие между своими словами (вербальным поведением) и эмоциональным состоянием (невербальным поведением), конфронтация была мягкой и подкреплялась доказательствами.

Конфронтация может принимать разную форму: от очень мягкой до резкой и агрессивной. Представьте, например, недавно женившегося молодого человека, который за 35 минут клинического интервью ни разу не упомянул свою жену (несмотря на тот факт, что два дня назад она вернулась на учебу в свой университет, который находится в другом конце страны). Интервьюер, беседуя с молодым человеком, который жаловался на повышенную раздражительность и недовольство, применил мягкую конфронтацию, заметив: “Вижу, вы ничего не говорите об отъезде вашей жены”.

В данном случае интервьюер при конфронтации применяет метод отражения содержания (или его дефицита), чтобы в мягкой форме привлечь внимание клиента к жене и влиянию ее отъезда на его настроение. Цель интервьюера — заставить клиента осознать и признать тот факт, что он игнорировал возможную связь между недавним отъездом жены и своим ненормальным эмоциональным состоянием.

Иногда полезна жесткая конфронтация. Однако при использовании более агрессивной конфронтации интервьюер рискует вызвать сопротивление со стороны клиента (*Miller & Rollnick, 1991, 2002*). Вот пример относительно жесткой конфронтации по отношению к клиенту, злоупотребляющему алкоголем.

Клиент: Док, все в порядке. Я пью, когда хочу, но это не очень влияет на другие стороны моей жизни. Я люблю повеселиться. Мне нравится пропустить рюмочку-другую в выходные. А кому не нравится?

Интервьюер: Да, вы действительно любите повеселиться. Однако вас уже дважды задерживали за вождение в нетрезвом виде, трижды увольняли с работы, вы как минимум раз шесть ввязывались в пьяные драки. Мне кажется, что злоупотребление спиртными напитками — ваша основная проблема. Если вы не признаете этого и не примете меры, у вас по-прежнему будут неприятности с законом, неприятности на работе, неприятности во взаимоотношениях с окружающими. Вы и вправду считаете, что у вас все в порядке?

К сожалению, многие считают, что для того чтобы конфронтация была эффективной, она непременно должна быть резкой и агрессивной. Особенно когда дело касается злоупотребления алкогольными напитками, почему-то бытует мнение, что нужно “резать правду-матку” без всякой пощады к клиенту. Это неверно.

Нет никаких убедительных доказательств того, что агрессивная тактика конфронтации вообще полезна или, тем более, что это лучшая или более предпочтительная стратегия лечения аддикций (субстанциональных зависимостей. — *Прим. ред.*) либо других проблем (*Miller & Rollnick, 1991, p. 7*).

Хотя более интенсивная или резкая конфронтация иногда может быть необходима, начать с мягкой конфронтации и позже перейти к более жесткой будет разумнее и более оправданно с терапевтической точки зрения, поскольку снижается риск вызвать сопротивление клиента.

Последний пример несоответствия, требующего конфронтации, описывает ситуацию с 40-летним мужчиной, который по Internet познакомился с 20-летней девушкой. Слова клиента сопровождаются тремя возможными откликами интервьюера, каждый из которых агрессивнее предыдущего.

Клиент: Я познакомился с этой девушкой в чате. Мой брак вот уже десять лет как мертв, поэтому мне нужно сделать что-то для себя. Ей всего 20 лет, но я решил встретиться с ней на следующей неделе в Далласе и нервничаю, как старшеклассник перед первым свиданием. Мой друг говорит, что я спятил, но я просто хочу, чтобы в моей жизни было какое-то движение.

Интервьюер 1: Вы почему-то полагаете, что именно роман с этой молодой женщиной, а не попытка исправить отношения с женой, может сделать вашу жизнь лучше.

Интервьюер 2: Ваши планы выглядят несколько рискованными. Похоже, случайная связь с кем-то, кого вы никогда прежде не знали, для вас значит больше, чем 20 лет семейной жизни. Я прав?

Интервьюер 3: Должен вам сказать, что вы поддаетесь иллюзиям, вызванным кризисом средних лет. Вы никогда не видели этой женщины, вы не можете знать, сколько на самом деле ей лет, не больна ли она СПИДом или другой венерической болезнью, не планирует ли она вас просто ограбить. Вы думаете, что связь с ней сделает вашу жизнь лучше, но вы просто спасаетесь бегством от своих проблем. Рано или поздно, но ваша связь принесет вам неприятности.

Эффективность конфронтации может оцениваться по последующей реакции клиента (*Ivey & Ivey, 1999*). Например, клиент может категорически отрицать вашу правоту, признать ее частично или полностью согласиться со справедливостью и значимостью вашей конфронтации.

Истинная конфронтация не содержит определенного рецепта действий. Вместо этого она подводит клиента к мысли, что необходимо предпринять какие-то действия (однако не предписывает и не уточняет, какие именно). В следующей главе мы рассмотрим отклики интервьюера, которые непосредственно предлагают или предписывают определенные действия. В табл. 3.2 приводится общий перечень директивных навыков слушания, а в табл. 4.1 (глава 4) перечисляются директивные отклики действия.

Таблица 3.2. Общий перечень директивных навыков слушания и их обычного воздействия

Директивные навыки слушания	Описание	Основное назначение/воздействие
Валидизация чувств	Утверждение, поддерживающее, одобряющее или подтверждающее эмоции, выраженные клиентом	Способствует взаимопониманию. Временно снижает тревожность. Может привести к тому, что интервьюер будет восприниматься в качестве эксперта
Интерпретативное отражение чувств	Утверждение интервьюера о том, какие чувства, по его мнению, скрыты за мыслями и действиями клиента	Может способствовать эмпатии и стимулировать самоанализ эмоций клиента, эмоциональный инсайт
Интерпретация	Мнение интервьюера о значении эмоций, мыслей или действий клиента. Часто относится к прошлому опыту	Способствует размышлению и вниманию клиента к собственным эмоциям, мыслям и действиям
Конфронтация	Утверждение, определяющее или указывающее на несоответствия или противоречия клиента. Может меняться от очень мягкой до очень резкой	Способствует обращению внимания клиента на себя, свои модели мышления, чувств и поведения. Результатом может быть изменение и развитие личности
Вопрос	Непосредственное обращение интервьюера к клиенту для получения информации. Существуют различные формы вопросов	Средство получения информации. Усиливает контроль интервьюера. Может помочь клиенту говорить или стимулирует его размышления на определенную тему

РЕЗЮМЕ

Поведение внимания в основном невербальное и состоит из культурно адекватного визуального контакта, языка тела, голосовых характеристик и отслеживания вербального потока клиента. Модели позитивного поведения внимания помогают клиенту начать и поддерживать беседу, в то время как модели негативного поведения внимания приводят к прекращению коммуникации.

Негативное поведение внимания подразумевает различные модели, которые вызывают раздражение клиента, а также чрезмерное проявление любых моделей позитивного внимания. Существуют значительные культурные и индивидуальные различия между клиентами, касающиеся восприятия ими объема и интенсивности визуального контакта, жестикуляции и мимики,

голосовых характеристик интервьюера и его отслеживания их вербального потока. Для совершенствования навыков коммуникации и внимания начинающим интервьюерам нужно принимать во внимание конструктивную критику своих коллег и супервизоров.

Помимо поведения внимания интервьюеры применяют различные недирективные отклики слушания, включая молчание, прояснение, перефразирование, недирективное отражение чувств и обобщение. Назначение всех недирективных откликов слушания — облегчить самовыражение клиента. Однако даже недирективные отклики слушания направляют клиента или каким-либо иным образом влияют на его выбор тем.

Директивные отклики определяются как такие, при которых ход клинического интервью обусловлен видением интервьюера. Интервьюер может быть излишне директивным, в результате чего у клиента может возникнуть чувство своей второстепенности в общении. Он также может быть излишне недирективным, отчего клиент может почувствовать себя беспомощным, а поведение собеседника покажется ему уклончивым или манипулятивным. В целом, директивные отклики представляют собой продвинутое техники, которые поощряют клиента к изменению моделей мышления, чувствования или поведения. Поэтому большинство директивных откликов слушания следует применять только после проведения адекватной психологической диагностики.

Директивные отклики слушания включают валидизацию чувств, интерпретативное отражение чувств, интерпретацию и конфронтацию. Эти техники подразумевают привлечение внимания или ориентирование клиента на определенные моменты по ходу интервью.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Некоторые из упомянутых ниже учебников и пособий предлагают дополнительную информацию и упражнения для формирования навыков поведения внимания, а также терапевтические методы различной теоретической ориентации. Кроме того, изучение некоторых из упомянутых источников расширит ваши знания разных социальных и культурных групп и повысит культурную восприимчивость.

Bandler, R., & Grinder, J. (1997). Frogs into Princes. Moab, UT: Real People Press. Книга Р. Бэндлера и Дж. Гриндера “Из лягушек в принцы” (неоднократно издавалась в русском переводе. — Прим. ред.) — одна из первых книг по НЛП (нейролингвистическому программированию) и концепции репрезентативных систем.

Cormier, S., & Nurius, P. (2003). Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions (5th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole. В главе 4 книги “Стратегии интервьюирования: основные умения и когнитивно-поведенческая интервенция” дается подробная и всесторонняя информация о невербальном поведении.

Gibbs, M. A. (1984). The therapist as imposter. In C. M. Brody (Ed.), Women therapists working with women: New theory and process of feminist therapy. New York: Springer. Статья “Терапевт как законодатель” — призыв к психологам-консультантам и психотерапевтам признать свои слабости и противоречия. Она дает видение того, как опытные специалисты достигают адекватности поведения и чувств.

Greenson, R. R. (1967). The technique and practice of psychoanalysis (Vol. 1). New York, International University Press. Классическая работа “Техника и практика психоанализа”⁴ подробно описывает фундаментальные правила использования интерпретации.

Medor, B., & Rogers, C. R. (1984). Person-centered therapy. In R. J. Corsini (Ed.), Current psychotherapies (3rd ed.). Itasca, IL: Peacock. В статье “Личностно-ориентированная терапия” приводится фрагмент классического интервью К. Роджерса с “молчаливым молодым человеком”.

Miller, J. B. (1986). Toward a new psychology of women (2nd ed.). Boston: Beacon Press. Книга “К новой женской психологии” посвящена женщинам (и мужчинам), а также проблемам, с которыми они сталкиваются в современном обществе. Она помогает осознать глубину и смысл некоторых трудностей, которые традиционно выпадают на долю женщины.

Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin. Книга “Клиент-центрированная терапия” включает оригинальные взгляды К. Роджерса на технику отражения чувств (глава 4).

Sue, D. S., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. Journal of Counseling and Development, 70, 477–486. В статье “Межкультурная компетентность и стандарты консультирования: призыв к профессии” описываются стандарты и умения, полезные в условиях культурного многообразия.

Weiner, I. (1998). Principles of psychotherapy (2nd ed.). — New York: John Wiley & Sons. “Принципы психотерапии” — прекрасная работа об общих принципах психоаналитической терапии. В книге приводятся доступные

⁴ В русском переводе см. Гринсон Р. Ч. Практика и техника психоанализа /Пер. с англ. — Новочеркасск: Агентство САГУНА, 1994. — Прим. ред.

примеры и описания интерпретации, метода свободных ассоциаций и других концепций.

Yalom, I. D. (1995). The theory and practice of group psychotherapy (5th ed.). New York: Basic Books. В главах 1 и 2 книги “Теория и практика групповой психотерапии” рассматриваются терапевтические факторы, лежащие в основе групповой психотерапии. Эти факторы тесно связаны с индивидуальной психотерапией и демонстрируют важность специфических откликов, таких, например, как подтверждение чувств.

ДИРЕКТИВНЫЕ ТЕХНИКИ: ВОПРОСЫ, ОБЪЯСНЕНИЯ, УБЕЖДЕНИЕ, СОВЕТЫ И ПРОЧЕЕ

Взрослые очень любят цифры. Когда рассказываешь им, что у тебя появился новый друг, они никогда не спросят о самом главном. Никогда они не скажут: “А какой у него голос? В какие игры он любит играть? Ловит ли он бабочек?” Они спрашивают: “Сколько ему лет? Сколько у него братьев? Сколько он весит? Сколько зарабатывает его отец?” И после этого воображают, что узнали человека.

Антуан де Сент-Экзюпери, “Маленький принц”¹

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Интервьюер должен не только слушать, но и оценивать своего клиента посредством правильно поставленных вопросов. Клиническое интервью — это не допрос, но порой интервьюеру приходится брать на себя роль следователя. Кроме того, иногда интервьюер побуждает клиента к определенным действиям, которые считает адаптивными или правильными. В этой главе мы рассматриваем широкий спектр вопросов и директивных откликов действия, часто применяемых клиницистами. Прочитав главу, вы узнаете:

- о различных типах вопросов, которые имеются в распоряжении терапевта, их применении и обычном воздействии (а также побочных эффектах);
- о преимуществах и недостатках применения вопросов в ходе клинического интервью;
- о неуместности и неэтичности некоторых вопросов;
- об общих принципах применения вопросов при клиническом интервьюировании;
- как и почему интервьюеры используют широкий спектр директивных откликов действия, включая объяснение, убеждение, совет, согласие, несогласие, побуждение, одобрение и неодобрение.

¹ *Цит. по: Сент-Экзюпери А., де. Маленький принц. Военный летчик. Планета людей. Письмо генералу Х./Пер. с фр. Н. Галь. — М.: Высшая школа, 1991, — 336 с. — с. 37. — Прим. ред.*

Представьте, что вам нужно вырыть яму без лопаты или сколотить деревянный забор без молотка. Для некоторых интервьюеров аналогичные трудности представляет работа с клиентом без обращенных к нему вопросов: как можно выполнить работу без самого необходимого инструмента?

Несмотря на центральную роль вопросов в клиническом интервьюировании, мы смогли отложить обсуждение проблемы их применения до главы 4. Почему? Это как если бы заставить плотника придумать, как обойтись без молотка. Мы хотели стимулировать вашу креативность, помочь вам осознать глубину, широту и возможности применения других инструментов — навыков слушания и коммуникации. Если вы хотите приобрести весь арсенал навыков интервьюирования, вам следует избегать чрезмерной зависимости от вопросов при работе с клиентом.

Вопросы — чрезвычайно разноплановый и гибкий инструмент интервьюирования, они могут использоваться для того, чтобы разговорить клиента; ограничить его самовыражение; улучшить эмоциональный контакт; продемонстрировать заинтересованность или, наоборот, незаинтересованность интервьюера в клиенте; для получения информации; для оказания давления на клиента; для игнорирования мнения последнего. Читая следующие разделы о применении вопросов и директивных откликов действия, поразмыслите над тем, каково это — свободно пользоваться тем, что многие из вас считают основным инструментом клинического интервьюирования.

ПРИМЕНЕНИЕ ВОПРОСОВ

Если вы задаете вопрос, в каком бы то ни было контексте, вы берете на себя контроль над беседой. Вопросы по природе своей директивны и представляют собой неотъемлемую составляющую человеческой коммуникации. В рамках клинического интервью вопросы рассматриваются как отдельная техника, поэтому заслуживают особого внимания. Интервьюеру может быть трудно подавить желание спросить клиента, особенно если ему нужна определенная информация. К сожалению, как и в ситуации, описанной у Сент-Экзюпери, не может быть гарантии, что заданные клиенту вопросы (и, соответственно, ответы на них) представляют для него хоть какой-то интерес.

Виды вопросов

К услугам клиницистов имеется множество различных видов вопросов. Очень важно научиться их различать, поскольку разные типы вопросов обуславливают различные отклики и разные типы реакций клиента.

Наиболее распространенные вопросы, задаваемые интервьюерами, делятся на открытые, закрытые, побуждающие, непрямые или подразумеваемые, а также проективные вопросы.

Открытые вопросы

Открытые вопросы побуждают клиента к вербальной активности. По определению, открытые вопросы требуют относительно развернутого, не односложного ответа; на них нельзя ответить просто “да” или “нет”. Обычно такие вопросы начинаются с вопросительного слова *как* или *что*. В литературе к открытым причисляются иногда вопросы, которые начинаются с вопросительных слов *где*, *когда*, *почему* и *кто*, однако такие вопросы правильнее считать только частично открытыми, поскольку они не стимулируют разговор так же эффективно, как вопросительные предложения с *как* или *что* (Cormier & Nurius, 2003; Hutchins & Cole, 1997). В следующем гипотетическом диалоге используются преимущественно вопросы, которые относят к открытым.

Интервьюер: Когда у вас впервые появились панические реакции?

Клиент: В 1996 году, если не ошибаюсь.

Интервьюер: Где вы находились во время первого приступа паники?

Клиент: Я как раз сидел в вагон метро в Нью-Йорке.

Интервьюер: И что произошло?

Клиент: Когда я зашел в вагон, сердце стало стучать, как молот. Я думал, что умру. Я изо всех сил вцепился в металлический поручень рядом с сиденьем, потому что мне показалось, что я упаду и надо мной будут смеяться.

Интервьюер: С кем вы были?

Клиент: Ни с кем.

Интервьюер: Почему вы не попытались еще раз воспользоваться метро?

Клиент: Потому что я боялся, что приступ паники повторится опять.

Интервьюер: Как вы относитесь к тому, что ваша боязнь приступов паники налагает на вас такие ограничения?

Клиент: Ну, вообще-то, не очень хорошо. Я все больше и больше опасаясь куда-нибудь идти. Боюсь, что скоро из-за этого страха я совсем перестану выходить из дому.

Как видите, вопросы, которые называют открытыми, отличаются степенью открытости. Не все они способствуют глубокому и всестороннему самораскрытию клиента. Вопросы, начинающиеся со *что* и *как*, обычно обусловливают наиболее продуманные ответы клиента, однако далеко не всегда. Чаше специфичность или широта ответа определяется тем, как сформулирован вопрос *как* или *что*. Например, за вопросом “Как вы себя чувствуете?” или “Что вы делали в тот вечер?” обычно следуют весьма

лаконичные ответы. Об открытости определенного вопроса следует судить прежде всего по ответу на него.

Вопросы *почему* уникальны в том смысле, что они заставляют клиента занять оборонительную позицию. С. Мейер и С. Дэвис утверждают: “Вопросы, прежде всего вопрос *почему*, вынуждают клиентов сопротивляться и побуждают их объяснять свое поведение” (*Meier & Davis, 2001, p. 23*). Вопросы *почему* обычно вызывают одну из двух реакций. Во-первых, клиенты отвечают: “Потому, что...”, затем продолжают объяснять, иногда очень детально и рационально, почему именно они думают, чувствуют или действуют определенным образом. Во-вторых, некоторые клиенты защищаются вопросом “А почему бы и нет?” или же, если они воспринимают вопрос *почему* как агрессию, переходят в контрнаступление: “А что, разве что-то не так?” Это показывает, почему клиницисты стараются использовать вопросы *почему* как можно реже — они вызывают сопротивление и способствуют интеллектуализации, ослабляют эмоциональный контакт. С другой стороны, в тех случаях, когда присутствует устойчивое взаимопонимание и вы хотите добиться от клиента того, чтобы он осмыслил или перевел в интеллектуальный план определенный аспект своей жизни, вопросы *почему* могут быть уместны. Они способны помочь клиенту обратить более пристальное внимание и лучше понять некоторые паттерны или мотивы своего поведения.

Закрытые вопросы

Закрытые вопросы подразумевают, как правило, ответ “да” или “нет” (*Hatchins & Cole, 1997*). Хотя вопросы, которые начинаются со слов *кто*, *где* или *когда*, некоторые относят к открытым, на самом деле они подразумевают строго определенный ответ, поэтому мы считаем, что их также следует считать закрытыми (см. врезку “От теории к практике 4.1”).

Закрытые вопросы ограничивают словесное выражение клиента и по сравнению с открытыми вопросами ведут его к более определенным ответам. Они могут выполнять функцию снижения или контроля вербальной активности клиента. Снижение вербальной активности полезно в том случае, если клиент во время интервью слишком много говорит. Кроме того, ориентирование клиента на определенный способ описания своего опыта в какой-то мере может быть полезно при проведении диагностических интервью (в примере с приступом паники в подzemке интервьюер мог бы спросить: “Чувствовали ли вы головокружение?”, для того чтобы подтвердить или опровергнуть наличие симптомов, связанных с паническими реакциями).

От теории к практике 4.1

Открытые и закрытые вопросы

Четыре пары вопросов, приведенные ниже, предназначены для получения информации, относящейся к одной и той же теме. Представьте, как бы вы ответили на эти вопросы, а затем сравните свои варианты с ответами коллег.

1. (*Открытый*) “Как вы относитесь к тому, что проходите психотерапию?”
(*Закрытый*) “Вы нормально относитесь к тому, что проходите психотерапию?”
2. (*Открытый*) “Что случилось после того, как вы вошли в метро и почувствовали сильное сердцебиение?”
(*Закрытый*) “Когда вы вошли в метро, вы чувствовали головокружение?”
3. (*Открытый*) “Как вы восприняли встречу с отцом после стольких лет вражды с ним?”
(*Закрытый*) “Вы были рады встретиться с отцом после стольких лет вражды с ним?”
4. (*Открытый*) “Как вы себя чувствуете?”
(*Закрытый*) “Вы злитесь?”

Отметьте и обсудите с коллегами различие в том, как вы (и клиенты) реагируете на открытые и закрытые вопросы.

Иногда клиницисты ненамеренно или намеренно трансформируют открытые вопросы в закрытые с уточнением. Например, часто можно услышать, как студенты строят следующие вопросительные конструкции: “Как вы восприняли встречу с отцом после стольких лет вражды с ним — вы были рады?”

Как видите, трансформация открытых вопросов в закрытые чрезвычайно ограничивает ответ клиента. Если только клиенты, которым задают подобные вопросы, не особенно экспрессивны или напористы, они отвечают так, как им “подсказал” клинический интервьюер, не думая о страхе, облегчении, недовольстве или каких-либо других чувствах, которые они могли переживать в момент встречи.

Закрытые вопросы общего характера не содержат специальных вопросительных слов. Такие конструкции могут быть полезны в том случае, если вы хотите получить какую-либо конкретную информацию. Закрытые вопросы традиционно применяются ближе к окончанию клинического интервью, когда эмоциональный контакт уже налажен, времени остается мало, а интервьюеру нужны эффективные вопросы и сжатые ответы (*Morrison, 1994*).

Если вы начинаете интервью с частого применения недирективных откликов, но позже меняете стиль для получения более конкретной информации с помощью закрытых вопросов, будет полезно уведомить клиента о новой стратегии интервью. Например, вы можете сказать: “Хорошо, у нас есть еще около 15 минут, и остается несколько вещей, о которых нам обязательно нужно поговорить, поэтому я буду задавать вам очень конкретные вопросы”.

Побуждающие вопросы

На побуждающие вопросы также можно ответить односложно — “да” или “нет”, однако они рассчитаны на то, чтобы запустить более глубокий анализ чувств, мыслей или проблем клиента (*Shea, 1998*). В определенном смысле побуждающие вопросы выявляют желание или нежелание клиента отвечать на них. Вопросы этого типа обычно начинаются с вежливых формул *Не могли бы вы... Не хотели бы вы...* и т.п. Например.

“Вы не могли бы рассказать о том, что чувствовали, когда у вас обнаружили СПИД?”

“Не могли бы вы описать реакцию своих родителей, если бы они узнали о вашей нетрадиционной сексуальной ориентации?”

“Не хотели бы вы рассказать об этом подробнее?”

“Вы не могли бы рассказать о том, что произошло вчера вечером во время вашей ссоры?”

А. Айви считает побуждающие вопросы самыми открытыми среди прочих типов: “Вопросы наподобие *Не могли бы вы...* считаются максимально открытыми и обладают некоторыми преимуществами закрытых вопросов в том, что клиент волен сказать: “Нет, я не хочу об этом говорить”. Вопросы типа *Не могли бы вы...* означают меньший контроль и власть, чем другие” (*Ivey, 1993, p. 56*).

Чтобы побуждающие вопросы достигали цели, при их применении необходимо следовать двум основным правилам. Во-первых, желательно не задавать побуждающие вопросы в случае, если необходимый контакт с клиентом еще не установлен (*Shea, 1998*), поскольку в этом случае побуждающие вопросы могут быть восприняты клиентом как закрытые (т.е. клиент ответит смущенным или враждебным “да” или “нет”, и контакт может нарушиться). Во-вторых, лучше избегать подобных вопросов при клиническом интервьюировании детей и подростков, поскольку они зачастую понимают побуждающие вопросы буквально и могут ответить отрицательно (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997*). Например, если вы спросите ребенка: “Не хотел бы ты рассказать мне о том, что ты чувствовал, когда папа вас бросил?”, он может ответить: “Нет!”, что, конечно же, не способствует успеху клинического интервью и ставит вас в затруднительное положение.

Непрямые вопросы

Непрямые вопросы часто начинаются со слов *интересно, должно быть* или *наверное* (Benjamin, 1981, p. 75). Они используются в тех ситуациях, когда интервьюер хочет узнать мысли или чувства своего клиента, но не намерен при этом оказывать на него давление. Вот несколько примеров непрямых вопросов.

“Интересно, какие чувства у вас появляются в связи с предстоящей свадьбой?”

“Интересно, что вы собираетесь делать после окончания университета?”

“Интересно, вы думали о том, чтобы найти работу?”

“Наверное, у вас есть свое мнение относительно развода ваших родителей?”

“Должно быть, вам сложно свыкнуться с нетрудоспособностью?”

Непрямые вопросы, если ими злоупотреблять, могут показаться клиенту каверзными или манипулятивными. Поэтому их следует задавать только время от времени, обычно после установления соответствующего эмоционального контакта с клиентом.

Проективные вопросы

Проективные вопросы помогают клиенту определять, формулировать, анализировать и прояснять неосознаваемые или неясные конфликты, ценности, мысли и чувства. Проективные вопросы начинаются с разных вариаций формулы *Что... если бы...* и приглашают клиента к размышлениям. Часто проективные вопросы используются для стимуляции воображения и помогают клиенту анализировать мысли, чувства и модели поведения, которые имели бы место в определенных ситуациях. Например.

“Что бы вы сделали, если бы вам дали миллион долларов, не ставя никаких условий?”

“Если бы вам предложили исполнить три любых ваших желания, что бы вы пожелали?”

“Если бы вы нуждались в помощи или были очень испуганы, или если бы отчаянно нуждались в деньгах, к кому бы вы обратились?”

“Если бы можно было повернуть время вспять и изменить события того вечера (или любое другое важное событие), что бы вы сделали иначе?”

Проективные вопросы могут также применяться для оценки суждений и ценностей клиента. Например, интервьюер может проанализировать ответ на вопрос “Как бы вы распорядились миллионом долларов?”, чтобы опосредованно судить о ценностях и рассудительности клиента. С помощью вопроса о миллионе долларов можно также диагностировать процесс принятия клиентом решений и особенности его суждений. Проективные вопросы часто используются при исследовании психического статуса (см. главу 7).

Преимущества и недостатки применения вопросов

Терапевсты по-разному относятся к использованию вопросов. Некоторые из наших студентов так отзывались о применении вопросов в ходе клинического интервью.

“Я чувствовал себя увереннее, чем интервьюируемый”.

“Я чувствовал, что лучше контролирую ситуацию”.

“Я чувствовал большее напряжение”.

“Было трудно думать о вопросах, пока я пытался слушать клиента, и было трудно слушать клиента в то время, когда я думал о вопросах, которые мог бы ему задать”.

“По-моему, я был нетерпелив. Мне все время хотелось перебить клиента и задавать вопросы”.

“Я не ощущал напряжения. Мне очень понравилось задавать вопросы!”

Очевидно, что вопросы вызывают определенные реакции — как у интервьюера, так и у его клиента. Очень важно разобраться в этих реакциях. Одни из них уникальны и индивидуальны для каждого человека, другие более обычны и универсальны. К сожалению, зачастую трудно найти равновесие между нашей собственной потребностью спрашивать (или не спрашивать) и потребностью клиентов быть (или не быть) спрошенными.

Применение вопросов, как правило, дает несколько позитивных результатов. Открытые вопросы могут подвести клиента к более углубленному обсуждению своих мыслей и чувств. Закрытые вопросы могут помочь интервьюеру заострить внимание клиента на определенной информации, доступ к которой по другим каналам затруднен. Когда интервьюер принимает на себя руководящую роль и контролирует интервью с помощью вопросов, некоторые клиенты чувствуют облегчение. Вопросы также могут помочь разъяснить или уточнить смысл сказанного клиентом. Вопросы — эффективный инструмент для выявления специфических, конкретных примеров поведения клиента. Правильное применение вопросов — важная составляющая диагностического интервью (см. табл. 4.1).

Применение вопросов может привести и к негативным результатам. В вопросах проявляются интересы и ценности интервьюера, а не клиента. Соответственно, клиенты могут подумать, что их собственная точка зрения не важна. Конечно, компетентные интервьюеры могут снизить этот риск до минимума, спрашивая клиента о том, что он сам считает важным, например: “Что еще, по вашему мнению, нам нужно сегодня обсудить?” Вопросы, кроме того, ставят клинициста в положение эксперта, который должен

задавать нужные вопросы и иногда знать правильные ответы. Злоупотребление вопросами подчеркивает аспекты власти, ответственности и авторитета, присущие ситуациям клинического интервьюирования.

Таблица 4.1. Классификация вопросов

Слова, с которых начинается вопрос	Тип вопроса	Обычный ответ клиента
“Что”	Открытый	Информация констатирующего характера об определенном фактаже
“Как”	Открытый	Информация о процессах и последовательности действий (событий)
“Почему”, “зачем”	Частично открытый	Объяснение или защитная реакция (оправдание, вербальная агрессия и т.п.)
“Где”	Минимально открытый	Информация об определенном месте
“Когда”	Минимально открытый	Информация об определенном времени
“Кто”	Минимально открытый	Информация об определенном человеке
“Были ли вы...”, “Участвовали ли вы...”, “Полагаете ли вы...” и т.п.	Закрытый	Четко выраженное согласие или несогласие с предположением клинициста
“Не могли бы вы...”, “Не хотели бы вы...”	Побуждающий	Разнообразная информация, иногда отклоняющаяся от основной темы
“Интересно...”, “Должно быть, вы...”	Непрямой	Самоанализ мыслей и чувств
“Что... если бы...”	Проективный	Информация, вскрывающая убеждения и ценности

Вопросы могут сказаться на спонтанности вербального самовыражения и вызвать защитную реакцию клиента, особенно если интервьюер задает несколько вопросов подряд. Клиент может стать пассивным и ожидать, пока интервьюер задаст нужный вопрос. Это приводит к парадоксу: интервьюер обычно начинает задавать вопросы, потому что ему нужна информация, однако слишком многочисленные вопросы снижают вербальную активность клиента и вызывают защитную реакцию, в результате чего клиницист не получает достаточной информации. Злоупотребление вопросами может также вызвать зависимость: клиент начинает слишком сильно полагаться на вопросы и ответы интервьюера относительно важных проблем своей жизни. Опять-таки, нужно отметить, что более директивные направления психотерапии обычно рекомендуют использовать прямые вопросы и рассматривают терапевта

прежде всего как эксперта. Это разумный подход, если только он отвечает теоретической ориентации терапевста и применяется с учетом потенциальных помех. А. Бенджамин так отзывался о злоупотреблении вопросами.

Да, у меня много замечаний в связи с применением вопросов при клиническом интервьюировании. Я уверен, что мы задаем слишком много вопросов, зачастую бессмысленных. Мы задаем вопросы, которые сбивают клиента с толку, прерывают его. Мы задаем вопросы, на которые он не в состоянии ответить. Мы даже задаем вопросы, ответы на которые нам не нужны, и, соответственно, мы не слышим ответов, когда они звучат (*Benjamin, 1981, p. 71*).

Некоторые клиенты предпочитают, чтобы им задавали много вопросов, потому что вопросы ясно указывают, о чем нужно говорить. И наоборот, менее структурированные или менее директивные техники могут вызвать у клиента тревогу или недовольство, поскольку иногда он не знает, что ему следует делать. Хотя вопросы используются прежде всего как средство получения информации, они также помогают интервьюеру контролировать ход и направление клинического интервью.

Природная любознательность и профессиональная этика

Вполне естественно, если интервьюеру хочется спросить клиента о чем-то таком, что не имеет прямого отношения к делу. Подавляющее большинство интервьюеров время от времени испытывают желание задать клиенту вопрос только для того, чтобы удовлетворить свое любопытство. Например, если клиент упоминает о том, что вырос в “уездном городе N”, т.е. приходится земляком интервьюеру, последний захочет спросить: “В какой школе вы учились?” или “Вы ходили на танцплощадку, что была на крыше ресторана “Космо”?” Хотя подобные вопросы помогают оценить социальный статус или происхождение клиента, они, скорее всего, задаются просто из любопытства. К тому же такие вопросы направляют клиническое интервью в социальное русло, а не в терапевтическое. Более того, потакание своему любопытству может привести к чрезмерному самораскрытию клинициста (“Да, помню, как-то раз в “Космо” мы с друзьями опрокинули по рюмочке и...”). Клиент может интерпретировать это как начало скорее дружеских, чем профессиональных отношений. Терапевсту очень важно помнить, что все его действия, включая самораскрытие, должны быть во благо клиенту (*Pizer, 1997*).

Этические проблемы могут возникнуть в том случае, если интервьюер поддается своему желанию и спрашивает клиента о вещах, не имеющих прямого отношения к делу. А. Лазарус (*Lazarus, 1994*) популяризовал этическую дилемму: допустимо ли для интервьюера по окончании интервью

попросить клиента подбросить его куда-нибудь на своей машине (даже если им по пути)? Наша позиция в этом вопросе такова: за очень редким исключением, личные потребности и нужды (даже если они выглядят совершенно безобидными) специалиста в области психического здоровья не должны вторгаться в сферу его профессиональных обязанностей, — как, например, в случае с просьбой подвезти клинициста домой, если у того сломалась машина. Конечно, и при соблюдении этого принципа можно, как говорится, перегнуть палку. Однако мы стараемся не нарушать границы между личным и профессиональным, потому что подобные нарушения могут усиливать неадекватные тенденции и в конце концов приводить к нарушению этических норм (*Sommers-Flanagan, Elliot, & Sommers-Flanagan, 1998*).

Основные принципы применения вопросов

Как клиент, так и интервьюер могут болезненно реагировать на вопросы. Чтобы оптимизировать применение вопросов, следует помнить следующие принципы.

1. Подготавливайте клиента к вопросам.
2. Не используйте вопросы в качестве основного отклика слушания или действия.
3. Ваши вопросы должны соотноситься с проблемами клиента.
4. Применяйте вопросы для выявления специфических, конкретных примеров поведения клиента.
5. Соблюдайте осторожность, затрагивая деликатные темы.

Подготавливайте клиента к вопросам

Простая техника, снижающая риск потенциальных побочных эффектов, — предупредить и подготовить клиента к интенсивному опросу. Часто это помогает клиенту не воспринимать вопросы враждебно и способствует его сотрудничеству с интервьюером. Можете предупредить клиента в такой форме:

“Мне нужна определенная информация. Поэтому некоторое время я буду задавать вам вопросы, которые помогут мне получить ее. Некоторые из этих вопросов могут показаться вам странными или бессмысленными, однако, уверяю вас, все они целесообразны”.

Не используйте вопросы в качестве основного отклика слушания или действия

Вопросы всегда следует использовать в сочетании с другими откликами слушания, особенно недирективными. Реакция клиента на вопрос время от времени обязательно должна сопровождаться вашим откликом слушания.

Интервьюер: Что случилось, когда вы впервые вошли в метро?

Клиент: Когда я зашел в вагон, мое сердце стало стучать, как молот. Я думал, что умру. Я вцепился в металлический поручень рядом с сиденьем изо всех сил, потому что мне показалось, что я упаду и надолго будут смеяться. На своей остановке я вышел и после этого никогда не пользовался метро.

Интервьюер: Итак, вам было очень страшно. Вы сделали все возможное, чтобы сохранить самообладание. Находился ли кто-нибудь рядом с вами во время этого приступа паники?

Если вопросы не чередуются с адекватными эмоциональными откликами слушания, клиент может воспринять поведение интервьюера как агрессию или допрос (*Benjamin, 1981, 1987; Cormier & Nurius, 2003*).

Ваши вопросы должны соотноситься с проблемами клиента

Клиент скорее начнет относиться к вам как к компетентному, заслуживающему доверия специалисту, если вы сосредоточитесь на его важнейших проблемах. Поэтому для эффективности своих вопросов спрашивайте непосредственно о том, что сам клиент считает важным.

Клиентам порой бывает трудно понять цель определенных диагностических вопросов или вопросов, направленных на исследование психического статуса. Например, при интервьюировании клиента, страдающего депрессией, необходимо выяснить, какой у него аппетит, сон, концентрация внимания, сексуальная активность и т.д. Уместны следующие вопросы.

“У вас нормальный аппетит?”

“Вы хорошо спите ночью?”

“Вам не трудно концентрировать внимание?”

“Вы испытывали в последнее время сексуальное влечение?”

Представьте себе, как страдающая депрессией клиентка, раздражительная, не знакомая с психологией, считающая (отчасти справедливо), что ее ненормальное состояние вызвано десятилетним эмоциональным прессингом со стороны мужа, может отреагировать на подобные вопросы. Она, вероятно, подумает: “Какой странный консультант! Какое отношение имеют мои аппетит, сон, сексуальная жизнь и внимание к той проблеме, с которой

От теории к практике 4.2**Типы вопросов, применяемых при клиническом интервьюировании: общий обзор**

Не пользуясь книгой, выполните следующие задания.

1. Приведите два примера открытых вопросов.
2. Приведите три примера закрытых вопросов.
3. Приведите пример побуждающего вопроса.
4. Приведите пример непрямого вопроса.
5. Приведите пример проективного вопроса.

Если вы хорошо разбираетесь в разных видах вопросов, которые применяются в клиническом интервьюировании, выполните следующие задания.

1. Найдите партнера и попрактикуйтесь, задавая разные виды вопросов.
2. Сядьте, расслабьтесь и представьте, как и в каких ситуациях вы можете использовать разные типы вопросов. Представьте, что вы спрашиваете клиента во время интервью.
3. Задавайте вопросы разных типов, записывая себя на видео- или аудиокассеты.

я пришла?» Если вопросы интервьюера воспринимаются клиентом как нецелесообразные, они нарушают эмоциональный контакт и, соответственно, снижают заинтересованность клиента в терапии.

Применяйте вопросы для выявления специфических, конкретных примеров поведения клиента

Возможно, самое лучшее применение вопросов — для получения конкретных примеров из жизни клиента. Вместо того чтобы выслушивать отвлеченные рассуждения клиента, можно использовать вопросы для выяснения особенностей его поведения в определенных ситуациях.

Клиент: Общение с людьми вызывает у меня большие трудности... Наверное, я очень боязливый и неуверенный в себе человек.

Интервьюер: Вы не могли бы привести пример какой-нибудь ситуации, в которой вы испытывали страх и думали, что вам не хватает уверенности в себе?

Клиент: Да, наверное... Нужно подумать. Ну, недавно мои сокурсники устроили вечеринку. Все веселились от души, а я чувствовал себя посторонним. Я уверен, что никто не хотел со мной общаться.

В этом диалоге, несмотря на то что интервьюер задает побуждающий вопрос для получения специфической информации, клиент отвечает недостаточно определенно. Чтобы помочь клиенту более четко описать свои проблемы, могут понадобиться повторные открытые и закрытые вопросы. Например.

“Что именно происходило на вечеринке, когда вы чувствовали беспокойство и неуверенность?”

“Кто был рядом с вами, когда у вас появились эти чувства?”

“Какие мысли у вас были в тот момент?”

“Как бы вы действовали в этой ситуации, если бы можно было начать все сначала?”

Дж. Маурзанд дает полезный совет для получения дополнительной информации об опыте клиента: “Если в истории клиента имеются значительные пробелы, попросите предоставить вам информацию, чтобы их заполнить; делайте это с помощью открытых вопросов. Спрашивайте: “Что вы сделали после этого?”, а не “Вы говорили с ней об этом?” (*Moursund, 1992, p. 23*).

Соблюдайте осторожность, затрагивая деликатные темы

Будьте особенно осмотрительны, когда речь идет о шепетильных вопросах. Как пишет Б. Вольберг (*Wolberg, 1995*), важно не задавать новым клиентам вопросов, которые могут их обидеть (например, относительно дефектов их внешности, социального положения, сексуальных проблем, жизненных неудач и проч.). Вместо этого Вольберг предлагает позволить клиентам свободно говорить о деликатных вопросах, но если происходит блокировка, следует отложить вопросы до тех пор, пока не будет налажен более прочный контакт. На ранней стадии терапии налаживание контакта более приоритетно, чем сбор информации.

Несмотря на здравый, в общем-то, совет Вольберга, терапевтические отношения иногда отходят на второй план, уступая место сбору информации, — особенно при проведении приемного интервью, когда клиент находится в кризисном состоянии или когда ситуация требует быстрой оценки. Например, если у клиента проявляются склонности к самоубийству или убийству, первостепенной задачей становится сбор анамнеза для принятия взвешенного клинического решения (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1995a*). Точно так же, если в вашу задачу входит лишь предварительная диагностика и вы не будете заниматься дальнейшим консультированием, сбор информации, вероятно, важнее, чем налаживание взаимоотношений. Однако вы должны довести это до сведения клиента, говоря примерно следующее:

“Это клиническое интервью предназначено исключительно для диагностики. Я буду собирать информацию, чтобы потом передать ее вашему психологу-консультанту. Так что, когда я стану засыпать вас вопросами, знайте, что я приступил к сбору данных” (см. обзор вопросов различных типов во врезке “От теории к практике 4.2”).

ДИРЕКТИВНЫЕ ОТКЛИКИ ДЕЙСТВИЯ

Директивные отклики действия побуждают клиента менять способ мышления, чувствования или образ действий. Они представляют собой, по сути, техники убеждения, подводящие клиента к определенным изменениям. Директивные техники такого рода используются в том случае, если профессиональное мнение интервьюера и/или его забота о благополучии клиента обуславливают необходимость некоторых перемен в жизни последнего, его установках или поведении. Такие отклики сопряжены с ответственностью клинициста за изменения, которые он считает нужным произвести. Эта ответственность имеет силу даже тогда, когда интервьюер и клиент сотрудничают друг с другом, потому что и в этом случае специалист должен решить, что посоветовать клиенту и когда именно. Конечно же, за клиентом остается право следовать или не следовать предложениям, советам и мнениям интервьюера.

Директивные отклики действия требуют от интервьюера оценки того, *какие* именно изменения следует произвести клиенту для улучшения своей жизни. Многочисленные пособия и университетские программы по консультированию и психологии призывают к применению техник, способствующих изменению клиентов, т.е. директивных (*Cormier & Nurius, 2003; Egan, 1998; George & Cristiani, 1994; Hatchins & Cole, 1997; Okun, 1997*). Хотя эффективность директивных техник как метода изменения клиентов не вызывает сомнений, наша позиция в этом вопросе близка к позиции Л. Селигман (*Seligman, 1996*), а именно: прежде чем применять терапевтические интервенции, терапевт должен в совершенстве овладеть методами оценки и диагностики. Приведенное ниже описание поможет вам отличать отклики данного типа от других, менее директивных техник. Начиная интервьюер должен подходить к использованию директивных откликов действия осторожно и применять их под супервизией компетентного специалиста.

Директивные отклики действия, описанные ниже, расположены по степени возрастания интенсивности — от самых мягких до более сильных техник убеждения.

Объяснение (предоставление информации, влияющей на поведение)

Объяснение — это описательное утверждение, помогающее что-либо понять или упростить. В контексте клинического интервью объяснение часто описывает следующее:

- сам процесс консультирования;
- значение или следствия того или иного симптома;
- претворение в жизнь определенного совета клинициста или терапевтической стратегии.

Обычно клиенты задают интервьюерам вопросы для получения необходимой или интересующей их информации. Вопросы клиентов, относящиеся к терапевтическому процессу, часто относятся к одной из трех следующих категорий.

1. Вопросы о терапевтическом процессе: “Сколько времени потребуется для того, чтобы мне стало легче?”
2. Вопросы о своей полноценности или психическом здоровье: “Нормально ли то, что я чувствую?”
3. Вопросы о способах достижения личностных перемен: “Как изменить образ мыслей, чувств и стиль поведения?”

Первое и, вероятно, самое важное назначение объяснения — введение клиента в роль, иначе называемое психотерапевтической социализацией. *Введение в роль* заключается в информировании или обучении клиентов тому, чего им следует ожидать от терапии, особенно в отношении ролей интервьюера и клиента. Введение в роль необходимо, поскольку многие клиенты мало или вообще не осведомлены о том, что подразумевает интервьюирование или психологическое консультирование. Исследования в области введения в роль показали (и это закономерно), что если клиент знает, чего ждать от терапии и как себя вести, это идет ему на пользу (Luborsky, 1984; Mayerson, 1984; Nelson & Neufeldt, 1996).

Интервьюирование не должно казаться клиентам загадочным процессом. Почти все интервьюеры время от времени объясняют своим клиентам суть главных концепций психологического консультирования. Представьте, что к концу первой встречи клиент сообщает вам о возникающем чувстве беспомощности:

“Не уверен, нужно ли об этом говорить... Я постоянно думаю, что вряд ли что-нибудь из того, о чем мы тут с вами говорим, когда-нибудь изменится. Не примите это на свой счет, но мне кажется, что я никогда не изменюсь”.

В этом утверждении можно отметить несколько интересных моментов. *Во-первых*, когда клиент произносит: “Не уверен, стоит ли об этом говорить” или “Не знаю, что я должен сказать”, часто это свидетельствует о необходимости пояснений (или введения в роль). Если процесс консультирования сбивает клиента с толку, ваша задача заключается в том, чтобы объяснить непонятное.

Во-вторых, если клиент не знает, стоит ли ему говорить о чем-либо, следует поощрять его к высказыванию, по крайней мере для того, чтобы интервьюер совместно с ним решил, можно ли считать данную информацию терапевтически значимой. Совместное обсуждение способствует формированию и поддержанию рабочего альянса между интервьюером и клиентом.

В-третьих, хотя клиент этого и не признает, его чувства могут относиться непосредственно к интервьюеру. Клиент может иметь свое мнение по поводу компетентности интервьюера, либо же внешность или личностные особенности последнего вызывают у клиента определенные ассоциации. В таком случае клиенту следует знать, что он может говорить о своих чувствах независимо от того, имеют ли они под собой реальное основание или представляют собой плод воображения. Эти чувства могут быть признаком переноса, поэтому их нельзя оставлять без внимания (хотя их далеко не всегда следует интерпретировать, однако клиенту полезно открыто говорить о своих чувствах в отношении терапии и интервьюера).

В-четвертых, когда клиент приходит на первые интервью, он зачастую чувствует себя хуже, чем обычно, потому что разговор сосредотачивается на неприятных для него вещах. Поэтому объяснение клиенту того, что он может чувствовать отчаяние, смущение или гнев при обсуждении своих проблем, может предотвратить преждевременное прекращение терапии.

Если клиент испытывает сильные отрицательные чувства в отношении процесса интервьюирования, ему могут помочь следующие объяснения.

- “Если вы не уверены, нужно ли говорить о чем-либо в этом кабинете, я хочу, чтобы вы без колебаний говорили об этом столько, сколько захотите. Таким образом мы, по крайней мере, можем вместе решить, насколько это важно”.
- “Иногда люди очень эмоционально реагируют на своих консультантов или на процесс психологического консультирования. Как правило, эти эмоции нужно обсуждать, даже если они негативные”.
- “Знаете, отрицательные чувства в процессе психологического консультирования не есть что-то необычное. У многих людей ухудшение состояния предшествует выздоровлению. Такие ощущения обязательно появляются, когда человек начинает глубоко анализировать свои проблемы”.

Второй тип объяснения необходим, когда клиент не понимает значения испытываемых им симптомов. Например, клиентам с тревожными расстройствами часто кажется, что они “сходят с ума” или “умирают” (*Barlow & Craske, 1994; Wells, 1997*). Такие клиенты убеждены в том, что они психически больны и что в конце концов их изолируют от общества, поместив в психиатрическую больницу. В действительности большинство тревожных расстройств вполне излечимы. Это следует доводить до сведения клиентов, поскольку объяснение симптомов и даже диагноза может действовать на них весьма ободряюще. Например.

“Я знаю — вы думаете, что ваша психика не в порядке, потому что симптомы очень пугающие. Но, основываясь на вашей личной истории, данных о вашей семье, а также ваших симптомах, можно с уверенностью сказать, что вы не сходите с ума. Проблемы, с которыми вы столкнулись, не представляют собой чего-то необычного. Консультирование даст прекрасный эффект”.

Третий тип объяснения — информация об использовании определенного терапевтического метода. Например.

Клиент: Я не знаю, что вызывает у меня тревогу. Она появляется ниоткуда. Могу я что-то сделать, чтобы справиться с этим чувством?

Интервьюер: Первый шаг на пути контроля над тревогой — определить мысли или ситуации, которые ее вызывают. Я хотел бы, чтобы вы провели небольшой эксперимент. Ведите журнал уровня тревожности. Можете завести блокнотик и отмечать, когда вы ощущаете тревогу. Оценивайте уровень тревожности по 100-балльной шкале. Ноль баллов — вы не чувствуете тревоги; 100 баллов — вы испытываете сильнейшую тревогу, и вам кажется, что вы можете умереть. Напротив отметок об уровне тревожности записывайте мысли, которые при этом появляются, и ситуации, в которых вы находитесь. Принесите этот журнал на нашу следующую встречу, и тогда мы сможем определить, что именно является причиной тревоги.

В этом примере когнитивно-поведенческий терапевт объяснил клиенту, как отслеживать уровень тревожности. Чтобы удостовериться, что клиент понял ваши объяснения, при инструктировании обязательно нужно спросить, имеются ли у него какие-либо вопросы (например: “Спрашивайте, если вы не совсем поняли, как вести журнал уровня тревожности”).

Объяснение, предоставляемое клиницистом, отчасти определяется его теоретической ориентацией. Так, бихевиористы объясняют своим клиентам важность правильного поведения и самонаблюдения; когнитивные терапевты объясняют влияние мыслей на поведение и эмоции человека; личностно-ориентированные терапевты объясняют необходимость обсуждения тех вопросов, которые сам клиент считает важными; психотерапевты, ориенти-

рванные на решение проблем, объясняют, насколько важно и полезно говорить об успехе; психоаналитики объясняют своим пациентам, что важно “говорить то, что придет в голову”. Независимо от того, применяет ли клиент метод свободных ассоциаций или направленного воображения, он обязательно использует объяснения.

Внушение

Феномен *внушения*, или суггестии, обычно не обсуждается в учебниках по клиническому интервьюированию (*Egan, 2002; Hutchins & Cole, 1997*). Это может объясняться тем, что внушение традиционно ассоциируется с гипнозом (*Erickson, Rossi, & Rossi, 1976; Kihlstrom, 1985; Watkins, 1992*). Причиной может быть и то, что некоторые авторы определяют внушение как “мягкую форму совета” и рассматривают его в этом контексте (*Benjamin, 1981, p. 134*).

Хотя они иногда и могут быть взаимозаменяемыми, внушение и совет представляют собой два отдельных отклика интервьюера. *Внушать* означает “побудить к чему-нибудь, словами воздействуя на волю, сознание”, в то время как *советовать* значит “давать наставление, указание, как поступить в том или ином случае” (*Random House Unabridged Dictionary, 1993, p. 187*). Совет — менее директивный прием по сравнению с внушением.

Внушение — это слова интервьюера, которые открыто или опосредованно утверждают или предсказывают определенное явление в жизни клиента. Внушение предназначено для сознательной или бессознательной коррекции моделей поведения человека, изменения установок его мышления или же возбуждения в нем определенного чувства.

Внушение часто применяется к клиентам, находящимся в состоянии гипнотического транса, однако его можно использовать и в том случае, если клиент находится в полном сознании (*Watkins, 1992*). Например.

Клиент: Я всегда чувствовала себя неполноценной в присутствии матери. Я словно боюсь ее. Она сильнее меня.

Интервьюер: Если вы внимательно проанализируете ваши взаимоотношения с матерью, начиная с сегодняшнего дня, вы можете найти то, в чем превосходите ее.

Еще один прием внушения — интервьюер внушает клиенту, что решение проблемы придет во сне. Это классический пример того, как психоаналитики воздействуют на бессознательные психические процессы.

Клиент: Мне очень трудно принять решение. Мне предложили две разные работы, и я не знаю, какую выбрать. Я парализован. Я несколько дней взвешиваю все “за” и “против” и до сих пор не пришел ни к чему

определенному. То я останавливаюсь на какой-нибудь одной работе, то думаю, что она мне совершенно не подходит.

Интервьюер: Вечером перед сном расслабьтесь и сосредоточьтесь на проблеме. Если у вас это получится, то, вероятно, вы увидите сновидение, которое поможет вам разобраться в своих чувствах и сделать выбор.

В этом примере внушение комбинируется с советом. Терапевт советует клиенту расслабиться и сосредоточиться на проблеме перед сном, затем внушает, что клиент увидит сновидение.

Мы обнаружили, что внушение может быть особенно эффективным при работе с трудными подростками. Например, подростки, которые сопротивляются “релаксации”, с энтузиазмом относятся к “гипнозу” (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1996*). Кроме того, мягкое и ободряющее внушение может положительно воздействовать на трудных подростков (*Sommers-Flanagan, 1998*). При обсуждении с подростками поведенческих альтернатив мы используем следующую технику внушения.

Клиент: Да он просто козел. Он сам напрашивается, чтобы ему дали в морду.

Интервьюер: Вполне возможно. Но в будущем ты сможешь придумать что-то получше, чем махать кулаками. Я *знаю*, что ты можешь придумать что-то получше.

Подростки иногда воспринимают эту технику как признание клиницистом их способности к самостоятельному решению задач. В индивидуальной психологии Альфреда Адлера (*Adler, 1931*) такая форма внушения рассматривается как метод ободрения клиента.

Внушение требует осторожности. Иногда клиенты воспринимают эту технику как манипулятивную. Кроме того, внушение порой оказывает обратный эффект и вызывает у клиентов противодействие. Например.

Женщина продолжает настаивать, что мать сильнее, чем она.

Клиент не может вспомнить, что ему снилось, или же не видит никакой связи между содержанием сна и своей проблемой (психоаналитики могут воспринимать это как сопротивление).

Подросток настаивает на том, что насилие — самая адекватная модель поведения.

Совет

Суть любого совета заключается в следующем сообщении: “Вот что, по моему мнению, тебе следует сделать”. *Совет* — выраженный терапевт-центрированный метод, его применение ставит клинициста в положение эксперта.

Очень важно воздержаться от советов на ранних стадиях интервьюирования, поскольку в противном случае они воспринимаются клиентом беспечно, обиденно, а иногда довольно холодно. Друзья и родственники, как правило, часто дают друг другу советы, иногда с пользой, иногда без таковой. Вы можете спросить: если советы так широко применяются вне терапевтического процесса, зачем интервьюеру себя утруждать?

Ответ прост: люди нуждаются в совете, особенно совете специалиста, и часто совет сам по себе становится эффективной терапевтической техникой (*Haley, 1973*). Тем не менее этот метод вызывает много споров; многие интервьюеры им пользуются, некоторые же старательно избегают (*Benjamin, 1981; Rogers, 1957*).

Во многих случаях клиенты пытаются получить совет у своего интервьюера уже во время первой встречи. Однако преждевременные попытки разрешить проблему с помощью советов обычно неэффективны (*Egan, 2002; Meier & Davis, 2001*). Прежде чем давать совет или предлагать решение той или иной проблемы, интервьюер вместе с клиентом должен тщательно ее проанализировать. Есть основное правило, которого следует придерживаться: перед тем как что-либо советовать клиенту, необходимо узнать, какие действия он уже предпринимал.

Иногда трудно удержаться от совета. Представьте, что ваша клиентка сообщает:

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

Возможно, у вас есть дельный совет для этой женщины. Возможно, вы сами были в подобной ситуации либо кто-то из ваших знакомых столкнулся с проблемой незапланированной беременности. Может быть, эта женщина отчаянно *нуждается* в конструктивном совете (а также в информации). Однако все это лишь предположения. Исходя из слов клиентки, мы не можем с уверенностью утверждать, что ей нужна информация или совет. Она “не знает, что делать” — вот все, что нам известно. Клиентка узнала о беременности два дня назад. Эти 48 часов она, вероятно, провела в поисках возможного выхода из ситуации. На этом этапе клинического интервью ваш совет, скорее всего, оказался бы неэффективным и неуместным.

Преждевременный совет делает невозможным дальнейший поиск решений проблемы. Мы рекомендуем начать с недирективного подхода:

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

Позже вы всегда сможете перейти к более директивным методам и дать совет.

Некоторые клиенты, тем не менее, будут настойчиво добиваться вашего совета и спрашивать: “Но что же мне все-таки делать?” В таких ситуациях клиницисту следует, как правило, прибегать к объяснениям и открытым вопросам. Например:

“Прежде чем говорить о конкретных действиях, давайте побеседуем о ваших мыслях и чувствах в связи с этой ситуацией. Возможно, у меня найдется для вас хороший совет. Но сначала расскажите о том, что вы думали и что чувствовали с тех пор, как узнали о своей беременности”.

Или же в данном случае может быть уместен открытый вопрос: “Какие выходы из сложившейся ситуации вы уже обдумывали?”

Клиенты обычно умнее и находчивее, чем мы о них думаем (и изобретательнее, чем *они сами* считают). Неправильно давать совет, не выяснив, как они пытались справиться со своими трудностями. Психотерапевты, ориентированные на решение проблем, делают акцент на умениях и потенциале клиентов с помощью соответствующих вопросов, например: “Как вам удалось контролировать ситуацию?” или “Что позволило вам избежать конфликта с законом?” (*Bertolino, 1999, p. 34-35*). Излишние советы (т.е. советы, которые уже давали другие люди; или советы предпринять такие действия, которые уже были предприняты клиентом и не имели успеха) могут подорвать авторитет интервьюера. Во избежание этого следует уточнить у клиента, какие советы по данной проблеме давали его друзья, родственники и предыдущие консультанты. И все же, несмотря на все недостатки и слабые места советов, иногда без них не обойтись. Цитируя У. Миллера и С. Ролльника, “обдуманый и своевременный совет, как измениться, может иметь важное значение” (*Miller & Rollnick, 1991, p. 20*; см. также врезку “От теории к практике 4.3”).

Согласие/несогласие

Согласие — распространенный директивный отклик, используемый начинающими интервьюерами. Выражая свое согласие, интервьюер делает утверждение, которое гармонирует с мнением клиента. Согласие — благодарная техника как для интервьюера, так и для клиента. Частично это объясняется тем, что, как показали исследования в области социологии и клинической психологии, индивид предпочитает общество людей со схожими воззрениями (*Hatfield & Walster, 1981; Kurdek & Smith, 1987; Yalom, 1995*).

От теории к практике 4.3

Как давать советы

Как вы догадываетесь, у нас есть несколько советов, как правильно советовать. Вам следует отдавать себе отчет в том, когда и почему вы хотите дать клиенту совет. Прочитайте следующие вопросы и подумайте над ними.

Если вы хотите дать клиенту совет, вы делаете это...

1. ...просто для того, чтобы помочь?
2. ...для того, чтобы доказать свою компетентность?
3. ...потому, что сами были в подобной ситуации, и поэтому вам кажется, что вы можете подсказать клиенту выход?
4. ...потому, что полагаете, что у клиента не может быть таких хороших идей, как у вас?
5. ...потому, что думаете, что клиент не сможет принять конструктивное решение?

Ответы помогут вам определить, какими мотивами вы руководствуетесь, когда хотите дать совет. Как вы уже, вероятно, поняли, мы не особые сторонники советов. С другой стороны, мы уверены, что своевременный совет, полученный от компетентного человека, может быть чрезвычайно эффективным. Когда дело касается советов, мы советуем вам следующее: а) отдавайте себе отчет в том, зачем вы даете совет; б) выберите подходящий момент, когда ваш совет будет своевременным; в) избегайте морализаторства или педантичности; г) избегайте излишних советов (т.е. тех, которые клиент уже получал от других людей).

Как и в случае с советами, вы должны отдавать себе отчет в том, почему вы соглашаетесь с клиентом. Почему вы хотите сообщить клиенту о своем согласии? Используете ли вы согласие в терапевтических целях или вам просто приятно сообщить другому человеку об общности мнений? Вы соглашаетесь с клиентом, чтобы подтвердить его точку зрения или свою собственную?

Соглашаясь с клиентом, вы оказываете на него потенциальное воздействие в нескольких направлениях. Во-первых, согласие может укрепить взаимопонимание. Во-вторых, если клиенты считают вас компетентным специалистом, ваше согласие может подтвердить их собственное мнение о себе (например: “Если мой психотерапевт со мной согласен, я действительно прав”). В-третьих, согласие ставит вас в положение эксперта; клиенты и в будущем станут интересоваться вашим мнением. В-четвертых, согласие может ограничить самоанализ клиента (например: “Зачем мне анализировать свои убеждения; в конце концов, мой психотерапевт полностью со мной согласен”).

Противоположность согласия — *несогласие*. Если вы действительно согласны с клиентом, выражать свое согласие легко, полезно и в какой-то степени естественно. Несогласие, напротив, может быть социально неприемлемым или нежелательным. Часто люди подавляют свое несогласие — либо оттого, что они недостаточно настойчивы, либо из-за боязни конфликта или неприятия.

Однако в контексте клинического интервью тот, кто его проводит, предстает фигурой, облеченной властью и авторитетом. Соответственно, иногда интервьюер преодолевает барьер и открыто выражает свое несогласие с клиентом. В зависимости от проблемы, несогласие может пагубно воздействовать на клиента, нарушать терапевтический процесс либо вести к злоупотреблению властью. Представьте, например, следующий диалог интервьюера и клиента о внешней политике США сразу же после трагических событий 11 сентября 2001 года.

Клиент: Я так разгневан тем, что случилось в Нью-Йорке. Думаю, нам нужно ответить молниеносным и решительным ударом. Нужно забросать Афганистан бомбами, чтобы они знали свое место!

Интервьюер: Мне очень неприятно это слышать. Вы думаете только о мести, а я не считаю, что это конструктивный подход.

Клиент: Ну, арабы первыми полезли, и, по-моему, нужно дать им сдачи.

Интервьюер: Вы руководствуетесь такими же принципами в отношениях с окружающими? Может быть, вам стоит задуматься о том, что значат ваши слова?

Из этого примера видно, что когда затрагиваются животрепещущие политические и социальные проблемы, клиницист может забыть о целях интервью и заняться социальным или политическим позиционированием. В этом случае он использует несогласие и неодобрение для выражения своих социальных и политических взглядов и направляет диалог в опасное русло. Более того, интервьюер делает преждевременные и неадекватные выводы о связи политических позиций клиента с его личной жизнью.² Подобный подход может привести к откровенному злоупотреблению клиницистом своим положением и властью.

Несогласие может быть неявным. Иногда молчание, отсутствие определенных жестов (например, интервьюер не кивает головой) или нейтральная позиция интервьюера могут истолковываться клиентом как несогласие. Важно контролировать свои реакции на клиентов, чтобы знать, наблюдается

² С этим вряд ли можно согласиться, поскольку, согласно проективной гипотезе, каждое новое действие, каждое эмоциональное проявление индивида, его восприятие, чувства, высказывания, двигательные акты несут на себе отпечаток личности. — Прим. ред.

ли у вас тенденция к произвольному невербальному выражению несогласия (или неодобрения).

Цель несогласия — изменить мнение клиента. Проблема состоит в том, что противопоставление мнения одного человека мнению другого может перерасти в личный конфликт и вызвать взаимную враждебность интервьюера и клиента. Поэтому клиницисту, как правило, не следует использовать личное несогласие в качестве основы для терапевтической интервенции. Цена слишком высока, а положительного эффекта можно добиться с помощью других средств. Если вы чувствуете побуждение выразить клиенту свое несогласие, следуйте двум основным правилам.

- Если вы расходитесь во мнениях по вопросу, не имеющему прямого отношения к терапии (например, аборт, смешанные браки, сексуальная ориентация), помните о том, что в ваши обязанности не входит изменение мировоззрения клиента в целом. Ваша задача — помочь клиенту изменить те мысли, чувства и/или модели поведения, которые мешают его нормальной жизнедеятельности.
- Если, по вашему профессиональному суждению, определенное мнение или убеждение клиента мешает его нормальной жизнедеятельности (например, вызывает стресс или не дает необходимого эффекта), вы можете принять решение не согласиться с клиентом и предоставить ему фактическую информацию, способствующую адаптивным изменениям (в таком случае вы прежде всего даете информацию или объясняете, а не выражаете несогласие).

Хороший пример необходимости объяснения вместо несогласия — тема воспитания детей. Многие клиенты часто используют неэффективные или неадекватные методы воспитания детей и обосновывают их, высказывая свое мнение или делясь личным опытом. Терапевту не следует сломя голову бросаться в спор и говорить клиенту, что его взгляды “неправильные”. Вместо этого клиента нужно подводить к анализу того, насколько определенная стратегия соответствует целям воспитания.

Клиент: Я знаю, что некоторые люди против физических наказаний. А меня в детстве драли как сидорову козу, и это пошло мне на пользу.

Интервьюер: Итак, вы считаете, что физические наказания в детстве не оказали на вас какого-либо отрицательного влияния.

Клиент: Точно. У меня все в порядке.

Интервьюер: Это правда, что одни родители бьют своих детей, а многие другие не бьют. Может быть, вместо того чтобы обмениваться личными мнениями о пользе или вреде физического наказания, нам нужно

рассмотреть цели воспитания вашего сына. Потом мы сможем поговорить о том, какие методы, включая физическое наказание, наилучшим образом помогут вам добиться поставленных вами целей воспитания.

В данном случае эмпирические исследования показывают, что обсуждаемое поведение (физическое наказание) может повлечь нежелательные последствия (*Bauman & Friedman, 1998; Sheline, Skipper, & Broadhead, 1994; Straus, Sugarman, & Giles-Sims, 1997*). Кроме того, многочисленные профессиональные организации (например, Американская психологическая ассоциация и Американская академия педиатрии) рекомендуют родителям находить альтернативы физическому наказанию при воспитании детей (*American Academy of Pediatrics, 1998; Hyman, 1997*). Поэтому в конце концов интервьюер может обсудить со своим клиентом нежелательные последствия физического наказания. Как правило, эта дискуссия должна исходить из целей и задач воспитания, поставленных клиентом, а не определяться личным мнением интервьюера о физическом наказании детей. Исключением может быть ситуация, когда интервьюер подозревает клиента в физическом насилии и издевательствах над детьми. Однако даже в том случае, когда интервьюер подозревает клиента в физическом унижении детей и сообщает об этом в соответствующую организацию, это решение должно основываться на нарушении клиентом норм законности, а не на конфликте мнений интервьюера и клиента.

Понуждение

Понуждение — более директивная техника по сравнению с советом. Она подразумевает оказание давления или настойчивые просьбы к клиенту совершить определенные действия. Когда интервьюер понуждает клиента совершить определенные действия, он использует власть, которую дает ему положение эксперта или руководителя.

Понуждение не часто используется в клиническом интервьюировании, однако бывают случаи, когда оно необходимо. Это прежде всего критические ситуации (т.е. такие, в которых клиенту угрожает опасность либо он сам представляет опасность для окружающих). Например, когда речь идет об избииении женщин, жертву часто приходится понуждать к тому, чтобы она вместе с детьми переехала в специальный приют. Точно так же, если дело касается физического насилия над детьми, вы можете понуждать ребенка обратиться в местную организацию защиты детей.

В обычных, некризисных ситуациях понуждение применяется реже. Единственная некризисная ситуация, в которой понуждение может быть уместным, — лечение расстройств в виде тревожности. Это объясняется тем,

что страдающие фобиями клиенты избегают ситуаций, которые могут вызвать панику, тем самым закрепляя свое патологическое состояние. Их болезнь все больше прогрессирует благодаря тревожным ожиданиям и избегающему поведению. Основной компонент терапии состоит в том, что пациентов подвергают постепенно возрастающему воздействию ситуаций, которые вызывали у них беспокойство или панику. Неудивительно, что клиенты с фобиями часто нуждаются в понуждении со стороны интервьюера (*McCarthy & Foa, 1990; Plaud & Eifert, 1998*).

Одобрение/неодобрение

Одобрение — это признание мыслей, чувств или моделей поведения клиента правильными, приемлемыми. Выразить одобрение — значит дать положительную оценку. Поэтому для применения одобрения или неодобрения в качестве откликов при интервьюировании клиницист должен обладать знаниями, квалификацией и чуткостью, достаточными для оценки идей и поведения клиента. Иногда клиницист сознательно старается не применять (либо, наоборот, применять) одобрение или неодобрение, поскольку они дают ему значительную власть. Многие интервьюеры вместо того, чтобы опираться на внешние суждения, предпочитают давать клиентам возможность оценивать, принимать и одобрять свои собственные мысли, чувства и модели поведения.

Концепция одобрения/неодобрения близка к концепции согласия/несогласия. Однако склонность интервьюера соглашаться или не соглашаться с клиентом обычно определяется его потребностью в социальной гармонии. Одобрение/неодобрение идет дальше. Одобрять или не одобрять поведение клиента, интервьюер ставит себя в позицию морального превосходства.

Многие клиенты ищут одобрения со стороны своих интервьюеров. В этом отношении клиенты уязвимы; они хотят или нуждаются в санкции профессионала. Терапевт должен спросить себя, может ли он брать на себя ответственность, авторитет и власть, которыми страдающий и незащитный клиент готов его наделить. В некоторых отношениях одобрять или не одобрять клиента означает присваивать себе функции Бога. Кто мы такие, чтобы решать, какие чувства, мысли или модели поведения хорошие или плохие?

Клиенты, которые ищут одобрения со стороны интервьюера, могут чувствовать временную неуверенность в себе или страдать от дефицита признания со стороны окружающих. Сильная потребность в одобрении может быть следствием чувства отверженности или неодобрения со стороны окружающих в детские годы. Одобрение со стороны клинициста может

стать высокоэффективной терапевтической техникой. Ее применение может укрепить взаимопонимание и повысить самооценку клиента. Вместе с тем одобрение может вызвать зависимость от интервьюера. Если потребность клиента в одобрении удовлетворяется, он, вероятно, будет искать одобрения всякий раз при возникновении чувства неуверенности.

В некоторых случаях интервьюеру сложно избежать неодобрения по отношению к клиенту. Особенно трудно сохранять профессиональный нейтралитет, если клиент признается в насилии над детьми, избиении женщин, изнасиловании, побуждениях к убийству, девиантном сексуальном поведении и т.д. Вы должны помнить следующее.

- Клиенты с девиантным поведением или склонные к насилию уже испытали на себе неодобрение — обычно со стороны значимых окружающих или общества. Тем не менее они не оставили девиантного или агрессивного поведения. Это говорит о том, что неодобрение не может изменить их поведение.
- Ваше неодобрение только отдаляет вас от того человека, который нуждается в вашей помощи, чтобы измениться.
- Объективность и нейтралитет не означают косвенного одобрения клиента. Кроме неодобрения, существуют другие отклики (например, объяснение и конфронтация), которые демонстрируют клиенту необходимость изменений.
- Если вы не можете слушать описание клиентом своего поведения, не выражая неодобрения, посоветуйте ему обратиться к другому квалифицированному специалисту.
- Неодобрение влечет за собой нарушение эмоционального контакта, чувство отверженности, досрочное прекращение терапии.

Подобно согласию и несогласию, одобрение и неодобрение может передаваться клиентам на тонком уровне. Например, слова “да-да”, “хорошо” могут расцениваться клиентом как одобрение, даже если интервьюер использует их как отклик при отслеживании вербального потока клиента. Вы должны отдавать себе отчет в том, что ваше вербальное и невербальное поведение может передавать имплицитные³ сообщения о вашем одобрении или неодобрении.

Мы не будем здесь обсуждать такие отклики клинического интервьюирования, как неприятие и укоры, — еще более, чем одобрение/неодобрение, терапевт-центрированные (см. *Benjamin, 1981*). Другие — например, юмор или са-

³ *Имплицитный* — подразумеваемый, невыраженный. — Прим. ред.

мораскрытие — обсуждаются позже или не поддаются классификации среди других откликов клинического интервьюирования. В табл. 4.2 дается обзор директивных откликов клинического интервьюирования, описанных в этой главе.

Таблица 4.2. Обзор директивных откликов действия и их обычное воздействие

Директивные отклики действия	Описание	Основное назначение и воздействие
Объяснение	Утверждение, предоставляющее фактическую информацию, обычно о процессе интервьюирования, проблеме клиента или терапевтической стратегии	Корректирует неверные представления клиента. Помогает клиенту извлечь максимальную пользу из процесса психологического консультирования
Внушение (сугестия)	Утверждение интервьюера, которое открыто или опосредованно говорит об определенном явлении в жизни клиента или предсказывает его	Может помочь клиенту осознанно или неосознанно приблизиться к определенной модели поведения, мысли или чувству
Совет	Рекомендация, которую интервьюер дает клиенту. Указание клиенту действовать, мыслить или чувствовать определенным образом	Обеспечивает клиента информацией относительно нового образа действий, мышления или ощущения. Преждевременный совет неэффективен и может подорвать авторитет клинициста
Согласие/ несогласие	Утверждение, выражающее общность или различие мнений	Согласие может ободрить клиента, усилить взаимопонимание либо привести к тому, что клиент прекратит анализировать свои мысли и чувства. Несогласие может привести к конфликту между интервьюером и клиентом, вызвать пререкания или враждебность
Понуждение	Оказание давления или настойчивые просьбы к клиенту совершить определенные действия или обдумать определенные проблемы	Может привести к желаемым переменам либо дать обратный эффект и вызвать сопротивление клиента. Некоторые клиенты могут воспринимать понуждение как проявление агрессии со стороны интервьюера
Одобрение/ неодобрение	Положительное или отрицательное суждение о мыслях, чувствах или поведении клиента	Одобрение может укрепить взаимопонимание, а также вызвать у клиента зависимость. Неодобрение может снизить взаимопонимание и вызвать у клиента чувство отверженности

РЕЗЮМЕ

Вопросы представляют собой, вероятно, основной инструмент клинического интервьюирования. Они включают чрезвычайно разнообразный набор откликов слушания и действия. Вопросы могут стимулировать или ослаблять процесс клинического интервьюирования.

Терапевт может использовать различные типы вопросов, от максимально открытых (*что* или *как*) и минимально открытых (*где*, *когда* и *кто*) до закрытых (предусматривающих ответ *да* или *нет*). Стимулирующие вопросы, которые начинаются со словесных формул *Не могли бы вы...*, *Не хотели бы вы...* и т.п., требуют соответствующего контакта между интервьюером и клиентом и часто влекут глубокие реакции последнего. При непрямом обращении, которое начинается с формул *Интересно...* или *Должно быть, вы...*, вопрос подразумевается. Непрямые вопросы оставляют клиенту возможность отвечать или не отвечать. Проективные вопросы обычно начинаются с разных вариаций формулы *Что... если бы...*, приглашая клиента к размышлению.

Чтобы добиться максимальной эффективности вопросов, интервьюеру следует придерживаться основных правил: а) подготавливать клиента к вопросам; б) сочетать вопросы с менее директивными откликами интервьюирования; в) соотносить свои вопросы с проблемами клиента; г) применять вопросы для выявления специфических, конкретных примеров поведения клиента; д) соблюдать осторожность, затрагивая деликатные темы.

Директивные отклики действия побуждают клиента к действию. Они основаны на допущении, что индивид ради своего блага должен придерживаться определенных моделей поведения. Директивные отклики действия включают объяснение, внушение, совет, согласие/несогласие, понуждение, одобрение/неодобрение. Каждая из этих техник обеспечивает клиенту руководство к определенным действиям. Начинающим интервьюерам перед применением директивных откликов действия показано исследовать свои мотивы.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Некоторые из приведенных здесь источников содержат дополнительную информацию и упражнения по применению вопросов, директивных навыков действия и терапевтических техник разной теоретической ориентации.

Benjamin, A. (1987). The helping interview (3rd ed.). Boston: Houghton-Mifflin. Глава 5 классической работы А. Бенджамина “Помогающее интервью” посвящена обсуждению и анализу проблемы правильного и неправильного применения вопросов.

Bertolino, B. (1999). Therapy with troubled teenagers. New-York: John Wiley & Sons. В книге “Терапия и проблемные подростки” автор описывает и дает многочисленные примеры использования ориентированного на решение проблем подхода для стимуляции позитивных действий подростков.

De Shazer, S. (1985). Keys to solution in brief therapy. New-York: W. W. Norton. Книга “Ключи к решению в краткосрочной терапии” — одна из первых доступных и кратких работ по терапии, ориентированной на решение проблем. Автор приводит множество примеров использования директивного подхода в клиническом интервьюировании.

Egan, G. (2002). The skilled helper (7th ed.). Ставшая классической работа Г. Эгана “Искусный помощник” особое внимание уделяет навыкам клинического интервью, ориентированного на действия.

Glasser, W. (2000). Counseling with choice theory. New-York: Harper Collins. В книге “Консультирование с теорией выбора” Уильям Глассер, основоположник теории выбора и терапии реальностью, описывает несколько случаев применения директивного подхода.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ

Изменения, которые произошли во мне, коротко говоря, выражаются в том, что в начале своей профессиональной деятельности я задавал себе вопрос: “Как я смогу вылечить или изменить этого человека?” Теперь я перефразировал бы этот вопрос так: “Как создать отношения, которые этот человек сможет использовать для собственного личностного развития?”

Карл Роджерс, Взглял на психотерапию¹

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Большинство интервьюеров, как практиков, так и теоретиков, соглашались с тем, что установление позитивных терапевтических отношений с клиентом имеет решающее значение для успеха интервью. В этой главе мы исследуем природу терапевтических отношений с различных теоретических позиций. Прочитав главу, вы узнаете:

- об условиях, способствующих личностному росту, — конгруэнтности, принятию клиента и точной эмпатии — в определении Карла Роджерса;
- об отношениях между перечисленными выше условиями и связанными с ними заблуждениями;
- о внутри- и межличностных переменных, которые зачастую оказывают влияние на взаимоотношения между интервьюером и клиентом, включая перенос, контрперенос, идентификацию, интернализацию, сопротивление и рабочий альянс;
- о том, как поведенческие и социально-психологические характеристики интервьюера, включая компетентность, привлекательность и умение вызвать доверие клиента, могут быть интегрированы в процесс интервьюирования;
- как в ситуации клинического интервьюирования можно применить факторы, имеющие место при использовании феминистического подхода, такие как общность и полноправие.

¹ *Цит. по: Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. (Пер. с англ.)/ Общ. ред. и предисл. Исениной Е. И. — М.: Издательская группа “Прогресс”, “Универс”, 1994, с. 74.*

Работая с клиентами, Карл Роджерс разочаровался в традиционных психоаналитических и бихевиористических методах изменения личности и поведения. Вместо этого он обратился к тому типу взаимоотношений, который, по-видимому, и способствовал личностному развитию. Роджерс стал считать эти отношения ключом к успеху в области психологического консультирования, психотерапии, педагогики и даже международной дипломатии (*Rogers, 1962, 1969, 1977, 1983*). Роджерс сделал смелое заявление о том, что психотерапевтические отношения, о которых он говорил, были *необходимым и достаточным* условием для позитивного личностного развития.

В годы, последовавшие за публикацией первых работ Роджерса (например, *Counseling and Psychotherapy* (“Консультирование и психотерапия”), 1942; *Client-Centered Therapy* (“Клиент-центрированная психотерапия”), 1951), многие авторы обратились к исследованию факторов взаимоотношений и их значимости для психологического консультирования и психотерапии. Общий вывод заключается в том, что теплые, гармоничные и доверительные отношения играют важную роль буквально во всех формах психологического консультирования и психотерапии (*Frank & Frank, 1991; Glasser, 2000; Hubble, Dunkan, & Miller, 1999; Wright & Davis, 1994*). Большинство клиницистов единодушно поддерживают половину утверждений Роджерса о психотерапии (*Mearns, 1997*) — т.е. хорошие психотерапевтические отношения считаются необходимым, однако не всегда достаточным фактором для личностного развития клиента или его позитивного изменения.

Эта глава рассматривает описанные Роджерсом условия, способствующие личностному росту, с различных теоретических позиций. Мы начнем с основных условий взаимоотношений, которые Роджерс считал решающим фактором успешной терапии. Затем рассмотрим переменные терапевтических отношений, связанные с психоанализом, когнитивно-поведенческой и социальной психологией, а также феминистическим подходом к терапии.

УСЛОВИЯ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЛИЧНОСТНОМУ РОСТУ

Карл Роджерс считал, что сущность и полнота терапевтического аспекта психологического консультирования исчерпываются установлением терапевтических отношений. Роджерс выделяет три основных условия таких отношений:

- конгруэнтность;
- принятие клиента, или безусловное положительное отношение к нему;
- точная эмпатия.

Вот что говорит сам Роджерс.

Таким образом, отношение, которое я считаю помогающим, характеризуется как бы прозрачностью с моей стороны, в нем четко видны мои реальные чувства. Оно также отличается принятием другого человека как индивида, имеющего ценность, глубинным эмпатическим пониманием, которое дает мне возможность видеть личный опыт человека с его точки зрения. Когда достигнуты эти условия, я становлюсь спутником своего клиента, сопровождающим его в пугающем поиске самого себя, который, как он чувствует, можно сейчас свободно предпринять (Роджерс, 1994, с. 76-77).

Конгруэнтность

Конгруэнтность означает гармонию мыслей, чувств и поведения. Разногласий и противоречий нет; образ мыслей, чувств и поведение конгруэнтного интервьюера последовательны и адекватны таковым клиента. Терапевт воспринимается клиентом как искренний, надежный и приятный в общении человек.

Конгруэнтность подразумевает спонтанность и честность, "...желание выражать в словах и в поведении свои различные чувства и отношения" (там же, с. 75). Роджерс подчеркивал, что конгруэнтность имеет большое значение даже в том случае, если включает в себя установки, мысли или чувства, на первый взгляд не способствующие установлению гармоничных отношений.

Практическая реализация конгруэнтности

Обсуждая значение конгруэнтности в клиническом интервьюировании, студенты часто спрашивают, в каких формах она воплощается в типичном интервью. Обычно задают следующие вопросы.

"Означает ли конгруэнтность, что я могу говорить клиенту все, что о нем думаю?"

"Если я чувствую сексуальное влечение к клиенту, нужно ли придерживаться принципа конгруэнтности и сказать ему об этом?"

"Если мне хочется прикоснуться к клиенту, следует ли это делать? Если я сдерживаю себя, не означает ли это неискренность с моей стороны?"

"Что если мне не нравится клиент или какие-то его действия? Если я не сообщу об этом ему, будет ли это проявлением неконгруэнтности?"

Это важные и зачастую спорные вопросы. Конечно же, клиницист может быть последовательным и адекватным без излишней обнаженности чувств; иногда недостатки слишком экспрессивно выраженной внутренней реакции могут превосходить ее достоинства. Л. Люборски, исходя из психоаналитической парадигмы, пишет.

Пытаясь добиться высокой степени доверия и взаимопонимания, психотерапевты обычно испытывают искушение дать пациенту информацию о себе... Этому искушению, как правило, нельзя поддаваться, поскольку в результате оно не столько приносит пользу, сколько приводит к потенциальным долгосрочным проблемам (*Luborsky, 1984, p. 68*).

Карл Роджерс был согласен с тем, что конгруэнтный консультант прежде всего заботится о благополучии клиента. Поэтому прибегать к самораскрытию или совершать действия, которые могут помешать потенциальному личностному росту клиента, будет означать неконгруэнтность интервьюера.

Чтобы оценить и правильно использовать конгруэнтность, вам следует взглянуть на нее глазами самого Роджерса. В процессе психологического консультирования он полностью сосредотачивался на клиенте. Он стремился к 100-процентному пониманию клиентов, их точки зрения. Именно поэтому он назвал свой подход “клиент-центрированным”, а позже — “лично-ориентированным”. Такая направленность в значительной мере сокращала потребность Роджерса в осуждении или выражении негативных эмоций по отношению к клиентам. Более того, К. Роджерс вполне определенно заявил, что цель клиент-центрированной терапии состоит вовсе не в том, чтобы терапевт сообщал клиенту о своих эмоциях.

Конечно же, цель не в том, чтобы терапевт выражал свои собственные чувства или рассказывал о них, но прежде всего в том, что он не должен вводить клиента в заблуждение на свой счет. Время от времени у него может возникнуть потребность поговорить о каких-то собственных чувствах (либо с клиентом, либо с коллегой или супервизором), если они ему мешают (*Rogers, 1958, p. 133-134*).

К. Роджерс полагал, как видно из этого утверждения, что необходимость самораскрытия должна быть тщательно обдумана и взвешена терапевтом. Зачастую уместнее обсуждать свои чувства с коллегами или супервизором, чем непосредственно с клиентом.

Для Роджерса искреннее внимание и готовность выслушать и помочь клиенту представляют собой самое важное качество терапевта. К. Роджерс был замечательным человеком — почти во всех случаях он искренне интересовался тем, что рассказывали ему клиенты; заботился прежде всего об их личностном росте и развитии. Поразительно, но даже после нескольких десятилетий консультационной практики он очень редко испытывал гнев или раздражение по отношению к своим клиентам (*Rogers, 1972*).

Воспитание конгруэнтности

Г. Газда, Ф. Асбури, Ф. Бальцер, У. Чилдерз и Р. Уолтерз дают прекрасный совет, как интервьюер может определить уместность спонтанного выражения

своих чувств. Хотя Газда и соавторы имеют в виду прикосновение, их рекомендации можно отнести к большинству моделей спонтанного поведения интервьюера: “Для кого это — для меня, для моего собеседника или для того, чтобы произвести впечатление на тех, кто за нами наблюдает?” (*Gazda, Asbury, Balzer, Childers, & Walters, 1984, p. 111*). Другими словами, клиницист должен определять мотивы потенциально спонтанных моделей поведения.

Что касается прикосновения, то мы занимаем позицию, которая, возможно, еще более консервативна, чем взгляды Газды и соавторов. Наше мнение: если вы собираетесь прикоснуться к клиенту, вы должны удостоверить, что делаете это исключительно ради его пользы, но не для собственного удовольствия. Кроме того, вы должны быть уверены, что прикосновение не будет воспринято клиентом как демонстрация агрессии или власти и что вас не поймут превратно. Если у вас есть хоть малейшее сомнение, не стоит дотрагиваться до клиента.

М. Скотт Пек в своей книге *The Road Less Traveled* высказывает довольно необычное мнение по поводу сексуальных отношений с клиентами.

Если бы сложилась такая ситуация, когда после тщательного и здравого размышления я пришел к выводу, что мои сексуальные отношения с пациенткой будут в значительной мере способствовать ее духовному росту, я бы не стал от них отказываться. Однако за 15 лет практики у меня не было такого случая, и мне трудно представить, что такая ситуация может иметь место (*Peck, 1987, p. 176*).

Никогда мы не встречали случая, чтобы сексуальные отношения интервьюера с клиентом основывались исключительно на альтруистических соображениях. Сексуальные отношения между интервьюером и клиентом всегда неадекватны, неприемлемы и неэтичны. Секс между интервьюером и клиентом приводит к психическим травмам и формированию синдрома жертвы (*Sonne & Pope, 1991*). Мы согласны с термином, который К. Поуп (*Pope, 1991*) применил к сексуальным отношениям между интервьюером и клиентом: *растление клиентов*. Употребление данного термина не оставляет никаких сомнений: растление клиентов не может быть терапевтическим фактором.

Нет ничего необычного в том, что интервьюеры могут время от времени испытывать сексуальное влечение к своим клиентам. Как пишет Э. Уэлфел, “сексуальное влечение к клиентам — почти универсальное явление среди терапевтов, но большинство из них не поддаются этому влечению и сдерживают свои реакции, проявляя ответственность” (*Welfel, 2002, p. 133*).

Если вы испытываете сексуальное влечение к клиенту, вы не имеете права поддаваться этому влечению, дотрагиваясь до клиента или рассказывая ему о ваших чувствах. Сообщая о своем влечении клиенту, вы обременяете

его этим знанием. Если вы испытываете сексуальное влечение к клиенту, ищите помощи и совета у коллег и супервизоров.

Хотя конгруэнтность предполагает спонтанное выражение, следующие принципы помогут вам уравновесить свою спонтанность правильными клиническими суждениями.

- Анализируйте свои мотивы. Выражаете ли вы свои чувства исключительно ради блага вашего клиента?
- Подумайте, имеет ли терапевтическую значимость то, что вы собираетесь сказать или сделать. Существует ли возможность того, что реакция клиента будет негативной или непредсказуемой?
- Быть конгруэнтным не означает говорить все, что придет в голову. Это означает, что когда вы принимаете решение говорить, то говорите честно и искренне.

Феминистически ориентированные интервьюеры — последовательные приверженцы конгруэнтности, или аутентичности, в отношениях между интервьюером и клиентом. К. Броуди описывает арсенал откликов, которые может использовать аутентичный терапевст.

Быть заинтересованной, использовать себя как фактор терапевтического процесса предполагает периодическое использование мимикрии, провокации, юмора, раздражения, аналогии или кратких лекций. Это означает использование моего собственного и других людей физического поведения, ощущений, эмоциональных состояний и реакций на себя и на других, а также разнообразные интуитивные отклики. Это означает быть аутентичной (*Brody, 1984, p. 17*).

Броуди выступает за использование широкого спектра сложных, продвинутых терапевтических стратегий, но она очень опытный терапевст. Аутентичные или конгруэнтные подходы к интервьюированию лучше всего подкреплять правильными клиническими суждениями, которые в значительной мере зависят от профессионального опыта.

Последний пример, который приводит М. Пек, иллюстрирует конфликт между психоаналитическим, личностно-ориентированным и феминистическим подходами к феномену конгруэнтности.

После года [терапии] она [клиентка] в середине интервью спросила меня: “Вам не кажется, что я немного подлая?”

“Вы, наверное, хотите спросить меня, что я о вас думаю?” — сказал я, затягивая время.

“Это именно то, чего я хочу”, — ответила клиентка. Но что же мне делать? Какие волшебные слова, приемы или позы могут мне помочь?

Я мог бы сказать: “Почему вы об этом спрашиваете?” или “Как вы сами представляете себе мое мнение о вас?”, или “Важно не то, что я думаю о вас, Марсия, а то, что вы сами о себе думаете”. И все же у меня было сильное чувство, что все эти гамбиты были отговорками и что после целого года встреч три раза в неделю самое меньшее, что заслужила Марсия, — честный ответ, что я о ней думаю (*Рекс, 1978, р. 170-171*).

Придет время, когда вам будут задавать подобные вопросы, и вам придется решать, как на них ответить. Станете ли вы отказывать клиенту в праве на человеческий и конгруэнтный ответ ради сохранения нейтралитета, профессионального статуса и внешней корректности? Или же вы оставите профессиональный нейтралитет и корректность и ответите клиенту “просто” как другой человек? Психологи склонны отдавать предпочтение профессиональному нейтралитету, в то время как личностно-ориентированные, экзистенциальные и феминистически ориентированные терапевты выбирают более открытый, гуманный подход. Это не означает, что интервьюер всегда и незамедлительно должен отвечать на прямые вопросы клиентов. Большинство вопросов, требующих самораскрытия, суждения или совета клинициста, нужно анализировать и обсуждать, прежде чем давать на них ответ (или непосредственно после этого), независимо от теоретической ориентации. (Дальнейшее обсуждение самораскрытия см. во врезке “От теории к практике 5.1”.)

Безусловное положительное отношение

Карл Роджерс определяет *безусловное положительное отношение* к клиенту как “...теплое отношение к нему как личности с безусловной собственной ценностью — ценностью, которая не зависит от его состояния, поведения или чувств” (*Rogers, 1961, р. 34*). Безусловное положительное отношение предполагает теплоту, заботу, уважение и неосуждение.

Никто не знает клиента лучше, чем он сам. Поэтому, даже выступая в роли клинициста, мы не вправе судить его. Обычно все, что нам о нем известно, — это лишь небольшой фрагмент его жизни и поведения; таким образом, у нас недостаточно информации для того, чтобы осуждать клиента. Мы не жили рядом с клиентом, не наблюдали за ним на протяжении длительного периода времени, и нам не открыты его внутренние мотивы, мысли и чувства. Даже если бы мы могли получить исчерпывающую информацию о клиенте, суждение о том, насколько плохи или хороши его мысли, чувства или поведение, было бы неуместным.

Термин *безусловное положительное отношение* предполагает нечто большее, чем просто нейтральное принятие клиентов. По словам Роджерса, “гарантия того, что тебе симпатизируют и поощряют как личность, представляется очень

От теории к практике 5.1

“За” и “против” самораскрытия

Клиенты обязательно будут задавать вам личные вопросы. Их задают все, разница только в количестве. Кроме того, время от времени вы можете ощутить желание рассказать клиенту о себе — как уместно, так и неуместно. Таким образом, сейчас нам нужно найти ответы на несколько важных вопросов.

- Есть ли что-то изначально неправильное в том, чтобы сообщать клиенту личную информацию?
- Можно ли говорить о каких-либо преимуществах самораскрытия?
- Какая степень самораскрытия будет чрезмерной?
- Возможно ли, что мой отказ раскрыть клиенту какую-либо информацию о себе испортит взаимоотношения с ним?

Как и в отношении других терапевтических проблем, мнения по поводу самораскрытия расходятся в зависимости от теоретической ориентации, личностных качеств, позитивного и негативного личного опыта и личных предпочтений. Приводим примеры нескольких ярко выраженных позиций.

Джулия Сигал, британский психолог-консультант, выступает категорически против самораскрытия. Квинтэссенция взглядов Сигал представлена в написанной ею главе *Against Self Disclosure* (“Против самораскрытия”) в сборнике *Questions and answers on counselling in action* (“Вопросы и ответы по психологическому консультированию”). Она утверждает следующее.

У психологов-консультантов есть много причин не раскрывать информацию о себе. Обсуждение опыта психолога-консультанта отвлекает внимание от клиента. Это может быть способом избегания серьезных и болезненных вопросов — как для клиента, так и для самого психолога-консультанта. В частности, это может предотвратить конфронтацию между верой клиента в компетентность консультанта и теми трудностями, которые люди испытывают вследствие своей непохожести друг на друга. На самом деле невозможно предсказать, чем станет раскрытие терапевта для его клиента — оно может просто-напросто все запутать и повысить сопротивление последнего по отношению к специалисту. Оно также препятствует выявлению и анализу предположений клиента о терапевте, часть которых могут не соответствовать истине, но быть весьма значимыми. И последнее. Я утверждаю, что для терапевта важно сохранять конфиденциальность и ясно обозначенные границы отношений, чтобы иметь возможность... в полной мере проявлять эмпатию по отношению к клиенту (*Segal, 1993, p. 14*).

И наоборот (что несколько удивляет), психоаналитически ориентированный автор недавно сформулировал преимущества самораскрытия в своей

книге *Playing one's cards face up in analysis* (“Игра в открытую в психоанализе”) (*Renik, 1999, p. 521*). Вот что писал О. Реник перед этим.

Самораскрытие с целью объяснить себя способствует анализу переноса посредством установления атмосферы неподдельной искренности. Несомненно, терапевтические преимущества весьма многочисленны и долговременны, когда они основываются на расширении самосознания пациента (*Renik, 1995, p. 466*).

Если вам трудно решить, стоит ли раскрываться перед клиентом и в какой мере, не волнуйтесь — вы не одиноки. Как эмпирические исследования, так и клинические случаи указывают на то, что самораскрытие может быть как полезным, так и вредным для терапии (*Stricker & Fisher, 1990*).

В заключение скажем, что необходимость и степень раскрытия себя перед конкретным клиентом можете определить только вы сами. Мы выступаем за то, чтобы интервьюер время от времени проявлял спонтанность — если это входит в его планы.

важным элементом терапевтических отношений” (*ibid.*). К. Роджерс говорит о позитивных или приятных чувствах, которые интервьюер должен испытывать к своим клиентам, чтобы чувствовать себя достаточно уверенно для исследования их сомнений, недостатков и слабостей. Исследования подтверждают, что психотерапия более эффективна, если интервьюер испытывает положительные чувства к клиенту (*Moras & Strupp, 1982; Strupp & Hadley, 1979*).

Терапевт должен найти ответ на следующий важный вопрос: “Как мне выразить или продемонстрировать безусловное положительное отношение к своему клиенту?” Большой соблазн состоит в том, чтобы попытаться выразить позитивные эмоции непосредственно, с помощью физического контакта или таких утверждений, как “Вы мне нравитесь”, “Вы мне безразличны”, “Я принимаю вас безо всяких условий”, “Здесь вас никто не осудит”.

Непосредственное выражение клиенту безусловного положительного отношения обычно неэффективно или даже опасно. Во-первых, непосредственное проявление расположения может восприниматься как нелепое или чересчур интимное поведение. Во-вторых, прямое выражение признания может подразумевать ваше желание завязать дружеские или любовные отношения с клиентом. В-третьих, даже опытные интервьюеры иногда испытывают негативные эмоции по отношению к своим клиентам. Если вы заявляете о “безусловном принятии”, вы обещаете невозможное, поскольку не сможете (и не будете) испытывать к клиенту только добрые чувства.

Сформулируем наш вопрос по-новому: как опосредованно выразить принятие клиента, положительное отношение и уважение к нему? Вот несколько идей на этот счет: во-первых, приходя на интервью без опозданий; спрашивая клиента о том, как к нему обращаться, и применяя именно ту форму обращения, которая ему нравится; выслушивая клиента внимательно и с участием, вы тем самым строите взаимоотношения, основанные на приязни и уважении. Во-вторых, позволяя клиенту говорить о себе в естественной для него форме, вы тем самым сообщаете ему о своем принятии и уважении. В-третьих, демонстрируя клиенту, что вы слышите и помните определенные эпизоды из рассказанной им истории, вы выражаете свое уважение. Это подразумевает использование перефразирования, обобщения, иногда интерпретации. В-четвертых, реагируя с участием или эмпатическим пониманием на эмоциональные трудности или интеллектуальные конфликты клиента, вы демонстрируете заботу и принятие. Именно это имели в виду Э. Отмер и С. Отмер (*Othmer & Othmer, 1994*), когда писали, что выявление боли и выражение сострадания — это стратегии, способствующие установлению эмоционального контакта. В-пятых, как практика клинической работы, так и исследования показывают, что клиент чутко воспринимает намерения интервьюера. Таким образом, явное усилие интервьюера, направленное на принятие и уважение своего клиента, может значить для последнего больше, чем какой-либо метод психотерапии (*Strupp & Binder, 1984; Wright & Davis, 1994*).

В приведенном ниже примере для выражения безусловного положительного отношения клиницист применяет ориентированное на чувства обобщение вместе с мягкой интерпретацией.

“Ранее вы говорили о боли, которую вызвал уход любимой женщины. Сейчас вы рассказываете о своей матери и о том, что вы чувствовали себя покинутым, когда она посвятила себя уходу за вашим отцом, страдающим алкоголизмом. Возможно, здесь есть определенная связь или закономерность”.

Хотя комментарии интервьюера направлены на то, чтобы лучше понять модели взаимоотношений (*Luborsky, 1984*), они также показывают клиенту, насколько внимательно тот его слушает. В результате клиент станет относиться с вниманием и уважением к терапевту, и их отношения могут стать более доверительными. Запоминание того, о чем рассказывает ваш клиент, требует безраздельного внимания. Использование рассудка, интуиции и эмпатического понимания для отражения внутреннего мира клиента сообщает ему о глубоком уважении с вашей стороны, а это и есть сущность безусловного положительного отношения.

Эмпатическое понимание

Эмпатия — популярное понятие в клиническом интервьюировании, психологическом консультировании и психотерапии. Эмпатия жизненно необходима для установления первого эмоционального контакта и, согласно некоторым теоретическим школам, имеет решающее значение для конечных терапевтических изменений (*Kohut, 1984; Rogers, 1951*; см. табл. 5.1). К сожалению, эмпатия настолько же сложна, насколько популярна.

Таблица 5.1. Эмпатия с точки зрения различных теоретических позиций

Теоретики и практики различных направлений и профессиональной ориентации подчеркивали важность эмпатического понимания в клиническом интервьюировании, психологическом консультировании и психотерапии. Приведем краткие цитаты некоторых известных авторов, посвященные эмпатии.

Психоанализ: “Эмпатия — это феномен, определяющий поле деятельности психоанализа. Никакое понимание сложных психических состояний немислимо без применения эмпатии” (*Kohut, 1984, p. 174-175*).

Психиатрия: “Если пациент открывает свою боль, скажите, что понимаете его, проявите свою эмпатию и выразите свое сочувствие” (*Othmer & Othmer, 1994, p. 27*).

Феминистический подход: “Существует давняя традиция — пытаться устранить или, по крайней мере, контролировать либо нейтрализовать эмоциональность, вместо того чтобы ценить, использовать и взращивать ее созидательные возможности... В действительности, независимо от способа достижения, эти качества свидетельствуют об основополагающей способности, представляющей большую ценность. Едва ли можно отрицать, что эмоции — важный аспект жизни человека” (*Miller, 1986/1987, p. 38-39*).

Поведенческая терапия: “Любой поведенческий терапевт, утверждающий, что принципы научения и социальное влияние — это все, что нужно для осуществления поведенческих изменений, утратил контакт с клинической реальностью... Действительно квалифицированный поведенческий терапевт — это тот, кто способен работать с поведенческими проблемами клиента и делает это так, что его общение с последним проходит в теплой и эмпатической манере” (*Goldfried & Davison, 1976, p. 55-56*).

Семейное консультирование: “Важнейшая цель терапии — предоставить каждому из супругов возможность достичь эмпатического понимания при общении с психотерапевтом; при этом другому супругу (который слушает) следует попытаться отложить свои жалобы и эмпатически войти в мир своего партнера” (*Lansky, 1986, p. 562*).

Консультирование трудных подростков: “Если вы обнаружите, что вам сложно найти контакт с трудным подростком, перестаньте говорить и начните слушать. Помните: осмысленные отношения развиваются из теплых, дружественных, ориентированных на принятие и далеких от осуждения установок, выраженных через активное, эмпатическое слушание” (*Richardson, 2001, p. 55-56*).

Рассмотрим определение эмпатии, которое дает словарь Уэбстера:

“Действие понимания, осознания, восприятия и опосредованного переживания одним человеком эмоций, мыслей и чувств другого человека, прошлых либо настоящих, которые не сообщаются последним в явно выраженной манере”.

Согласно этому определению, эмпатия требует догадки. Так как мы не можем точно знать, что думает и чувствует другой человек (за исключением того, что сообщается им “в явно выраженной манере”), нам следует привлечь наши рассудок и эмоциональные реакции для того, чтобы сделать выводы об эмоциях, мыслях и чувствах клиента. Следовательно, эмпатия — это одновременно рассудочный и эмоциональный процесс.

Хотя дефиниция Уэбстера может показаться сложной, были попытки дать еще более глубокое определение эмпатического процесса. Например, Д. Бьюи (*Buie, 1981*) описывает четыре компонента эмпатии.

1. Когнитивное, или рассудочное, понимание клиента.
2. Слабо выражаемые чувства, воспоминания и ассоциации как реакция интервьюера на сообщения клиента.
3. Имажинативная (от англ. *image* — образ. — *Прим. ред.*) имитирующая эмпатия (подобна эмпатическому вопросу Р. Каркгаффа (*Carkhuff, 1987*), см. ниже).
4. Аффективное заражение, или созвучие с эмоциональными проявлениями клиента (*Watkins, 1978*).

Эмпатия — одновременно аффективное, когнитивное и основанное на опыте понятие, которое по-прежнему привлекает к себе внимание исследователей (*Duan, 2000; Tamburrino, Lynch, Nagel, & Mangen, 1993*).

Р. Каркгафф говорит о рассудочном аспекте эмпатии как об “эмпатическом вопросе”. “Отвечая на эмпатический вопрос, мы пытаемся понять чувства, которые выражает наш подопечный. Мы обобщаем подсказки, свидетельствующие о чувствах клиента, и затем отвечаем на вопрос: “Что бы я чувствовал, если бы был на его месте и говорил то, что говорит он?” (*Carkhuff, 1987, p. 101*).

Эмпатический вопрос способствует повышению эмпатической восприимчивости. Однако он ведет и к чрезмерному упрощению эмпатического процесса, по крайней мере в двух отношениях. Во-первых, он предполагает, что интервьюер обладает точно настроенным “барометром эмоций”, позволяющим ему объективно оценивать эмоциональное состояние клиентов. Фактически же личный опыт клиента и интервьюера может быть настолько разным, что эмпатический вопрос приводит к совершенно неправильным

выводам. То, что *вы* на месте клиента ощущали бы эмоции определенного рода, совсем не означает, что именно эти чувства испытывает ваш клиент. Как пишут Дж. Пьетрофеса и соавторы, “...некоторые скептики предполагают, что эмпатическая реакция — это проекция” (*Pietrofesa, Hoffman, & Splete, 1984, p. 238*). Если интервьюер полагается исключительно на эмпатический вопрос Каркгаффа, он может проецировать свои чувства на клиента. Подумайте, что может произойти, если интервьюер склонен к пессимизму, в то время как клиент обычно использует отрицание² или вытеснение³, чтобы уйти от проблем. Их диалог может звучать следующим образом.

Клиентка: Не знаю, почему папа хочет, чтобы мы ходили к психотерапевту. Мы с отцом никогда не были близки. И вообще, это меня уже не беспокоит. Я с этим смирилась. И ему тоже нужно с этим смириться.

Терапевт: Должно быть, вас раздражает, что вы не можете нормально общаться со своим отцом.

Клиентка: Совсе нет. Я не думаю о своих отношениях с родителями. Я действительно из-за этого совсем не переживаю.

В данной ситуации размышления интервьюера о том, как он чувствовал бы себя на месте клиентки, не имея полноценного общения со своим отцом, могут вызвать у него гнев или печаль. Однако комментарий клинициста — это проекция его собственных чувств. Напротив, точная эмпатическая реакция не выходит за пределы, обозначенные содержанием речевого сообщения и невербальными сигналами клиента. Если перед этим клиентка выражала гнев либо выглядела расстроенной или злой во время своей реплики (например, смотрела в пол, ее мышцы напрягались, она повышала голос), интервьюер может применить технику отражения чувств (в данном случае гнева). Однако комментарий интервьюера строится на неадекватном отражении чувств и отвергается клиенткой. Терапевт мог бы остаться в рамках эмоциональных проявлений клиентки, сосредоточившись на ключевых словах. Например:

“Сейчас психотерапия представляется вам бессмысленной. Возможно, у вас были какие-то чувства по поводу недостатка общения с отцом, но сейчас, по всей видимости, вы воспринимаете ситуацию без особых эмоций”.

² *Отрицание* — механизм психологической защиты, при котором субъект выражает одно из своих ранее вытесненных желаний, мыслей, чувств, продолжая искать от него защиты и отрицая, что это его собственное желание, мысль, чувство. — Прим. ред.

³ *Вытеснение* — механизм психологической защиты, при котором субъект старается устранить или удержать в бессознательном представления, связанные с влечениями (мысли, образы, воспоминания). Вытеснение возникает в тех случаях, когда удовлетворение влечения само по себе приятно, но неприемлемо для “Сверх-Я”. — Прим. ред.

Второй отклик клинициста точнее. Он затрагивает прежние эмоции клиентки, ее мысли в настоящий момент, а также онемение чувств. Нереализованные чувства гнева, печали, разочарования могут иметь место, однако чтобы получить доступ к этим скрытым чувствам, интервьюеру нужно применить интерпретацию. Интерпретация, в свою очередь, должна подкрепляться ясными доказательствами, прежде чем клиент воспримет ее как эмпатию. Из главы 3 вы помните, что интерпретация и интерпретативное отражение чувств могут быть эффективны только при условии их подкрепления соответствующими фактами.

Вместо того чтобы ставить себя на место клиента и обращаться к соответствующим чувствам, будет лучше, если вы подключите рассудок и проанализируете, что другие клиенты (или другие люди, которых вы знаете) могли бы чувствовать и думать, реагируя на данную ситуацию. Карл Роджерс (*Rogers, 1961*) подчеркивал, что отражение чувств не должно быть категоричным, — клиент должен быть свободен принять или отказаться от него. Не забывайте о защитной реакции клиентов. Если они используют защитные механизмы (такие, например, как рационализация⁴ или отрицание), вам прежде всего следует признать (прибегнув к эмпатии) их сопротивление. Например.

Клиентка: Не знаю, почему папа хочет, чтобы мы ходили к психотерапевту. Мы с отцом никогда не были близки. И вообще, это меня уже не беспокоит. Я с этим смирилась. И ему тоже нужно с этим смириться.

Терапевт: Сейчас психотерапия представляется вам бессмысленной. Возможно, у вас были какие-то чувства по поводу недостатка общения с отцом, но сейчас, по всей видимости, вы воспринимаете ситуацию без особых эмоций.

Клиентка: Да, наверное, это так. Я частенько забываю о своих отношениях с родителями. Правда, я из-за этого совсем не переживаю.

Терапевт: Может быть, отдалиться от своих родителей — один из способов защитить себя от тех чувств, которые вы испытывали из-за недостатка общения с отцом?

Клиентка: Да, наверное. Думаю, что если я снова позволю себе сблизиться с родителями, замкнутость отца опять будет причинять мне страдания.

Очевидно, что чувства клиентки по поводу замкнутости ее отца еще не остыли. Точная эмпатия помогает клиентке признаться в своих чувствах.

Теперь перейдем ко второму аспекту, в котором эмпатический вопрос Р. Каркгаффа (*Carkhuff, 1987*) следует считать упрощением. Эмпатия

⁴ Рационализация — механизм психологической защиты, при котором субъект стремится дать логически связанное и морально приемлемое объяснение той или иной установки, поступка, идеи, чувства и пр., подлинные мотивы которых остаются для него в тени. — Прим. ред.

рассматривается так, словно она относится *исключительно* к точному отражению чувств клиента. Несомненно, точное отражение чувств — важная составляющая эмпатии, однако, как указывают Роджерс (*Rogers, 1961*), словарь Уэбстера (*Webster, 1985*) и некоторые другие авторы (*Buie, 1981; Duan, 2000; Margulies, 1984*), эмпатия также означает *мыслить* и *чувствовать* вместе с клиентом. Вот почему эмпатическое признание защитного стиля клиента так важно для эмпатического отклика интервьюера. Клиенты хотят избежать эмоциональных страданий с помощью защитных механизмов — преимущественно неосознаваемых моделей искажения реальности, которая неприемлема для человека (*A. Freud, 1946*). Соответственно, для достижения максимальной эмпатии интервьюеру нужно обращаться не только к чувствам клиентов, но и к тем способам, которые применяются клиентами для защиты себя от этих чувств. Как предполагал Зигмунд Фрейд, эмпатия “...играет первостепенную роль для нашего понимания чужеродности “Я” других людей” (*Freud, 1921/1955, p. 108*)⁵.

Точная эмпатия со стороны клинициста обычно основывается на комбинации по крайней мере четырех следующих стратегий.

1. Выявить и отразить явные и скрытые чувства по мере выражения их клиентом с помощью вербальных и невербальных сообщений. Сюда может относиться подстройка репрезентативных систем, зеркальное отражение, перефразирование, отражение чувств, интерпретация и другие отклики (подробнее — в главе 3).
2. Отметить то, как клиенты думают об эмоционально болезненных темах, совладают с ними и защищаются от них.
3. Найти ответ на эмпатический вопрос Каркгаффа (“Как бы я себя чувствовал на месте этого человека?”).
4. Проявить заинтересованность в обсуждении важных для клиента проблем; приложить усилия, направленные на то, чтобы с помощью различных техник слушания и внимания понять, как клиенты воспринимают эти проблемы.

Воздействие эмпатии

Очевидно, что эмпатия повышает взаимопонимание. Эмпатия вызывает и много других положительных эффектов. Во-первых, она дает клиентам большую свободу для обращения к своим проблемам. Когда клиенты чувствуют

⁵ Цит. по: Фрейд З. *Массовая психология и анализ человеческого “Я”*//Фрейд З. “Я” и “Оно”/Пер. с нем. — Тбилиси, Мерани, 1991. В 2-х т. — Т. 1, с. 105. — Прим. ред.

понимание, они более открыты и готовы подробнее говорить о своих проблемах; эмпатия дает доступ к информации (*Egan, 2002*).

Во-вторых, как подчеркивает Карл Роджерс, эмпатия в сочетании с безусловным позитивным отношением позволяет клиентам полнее исследовать себя: “Только тогда, когда я понимаю ваши чувства и мысли, которые кажутся вам такими ужасными, такими глупыми, такими сентиментальными или эксцентричными, только тогда, когда я понимаю их так, как вы, и принимаю их так же, как вы, — только тогда вы действительно чувствуете в себе свободу исследовать все глубоко скрытые расщелины и укромные уголки вашего внутреннего опыта” (*Rogers, 1961, p. 34*)⁶. Роджерс утверждает, что точная эмпатия помогает клиентам осознать то, что прежде было бессознательным; и что точные эмпатические отклики, подобно правильной интерпретации, приводят к росту самосознания клиентов.

В-третьих, эмпатия способствует рабочему альянсу (*Greenson, 1967*). Эмпатические реакции интервьюера помогают клиентам поверить, что он их союзник, и это также существенно повышает доверие и мотивацию (*Krumboltz & Thoresen, 1976*).

В-четвертых, исследования показали, что эмпатия связана с позитивными результатами терапии (*Duan, Rose & Kraatz, 2002*). Некоторые авторы идут еще дальше и предполагают, что эмпатия — основа любого успешного психотерапевтического вмешательства: “Поскольку эмпатия — это основа понимания, можно сделать заключение о том, что не может быть эффективного терапевтического вмешательства без эмпатии и что любое эффективное вмешательство должно быть эмпатическим” (*ibid., p. 209*).

Неудачные попытки эмпатии

То, что вы хотите выразить эмпатию по отношению к вашим клиентам, еще не значит, что ваша попытка будет успешной. Зачастую начинающие интервьюеры готовы в любой момент раскрыться или использовать другие средства для того, чтобы уверить клиента в своем понимании. Ниже приводятся примеры классических эмпатических формул, которые обычно применяют начинающие интервьюеры (и которых следует избегать) (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1989*).

1. “Я знаю, что вы чувствуете” или “Я понимаю”.

В ответ на подобное утверждение интервьюера клиент может подумать: “Откуда он может знать, что я чувствую? Мы знакомы всего

⁶ Цит. по: Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. (Пер. с англ.) / Общ. ред. и предисл. Исениной Е. И. — М.: Издательская группа “Прогресс”, “Универс”, 1994, с. 76. — Прим. ред.

15 минут”. Или же клиент может рассуждать следующим образом: “Если он действительно знает, что я чувствую или что пережил, тогда ему самому нужно быть пациентом, а не психотерапевтом”.

2. “Я тоже через это прошел”.

Клиент может отреагировать скептически или попросить подробнее рассказать о вашем опыте. Внезапно роли меняются: интервьюер оказывается в роли клиента.

3. “О Боже! Должно быть, это было кошмарно!”

Клиенты, пережившие психическую травму, иногда не уверены, насколько она была серьезной. Поэтому мнение специалиста о том, что их опыт был “кошмаром”, может оказаться слишком негативным. Здесь решающее значение имеет то, направляете вы эмоциональное состояние клиента или просто отслеживаете его. Если клиент ясно указывает на то, что чувствует “кошмарность” пережитого, отражение интервьюера будет эмпатическим. Однако можно сделать эмпатический отклик более удачным, убрав суждение “должно быть” и избавившись от “О Боже!” (например: “Похоже, вы испытываете ужасное чувство по поводу случившегося”).

4. “Бедняга!” или “Это страшно. Вы мужественный человек, если смогли через это пройти”.

Опять-таки, эти комментарии содержат суждения интервьюера и предлагают клиенту сочувствие. Возможно, клиент будет польщен, однако позже он не захочет признаваться вам в своих эмоциях или слабостях, чтобы опять не выслушивать оценочных суждений интервьюера. Или же, если клиента поощряют за мужество, он может в дальнейшем рассказывать о себе исключительно в таком свете.

Клиенты часто испытывают двойные чувства по отношению к своему опыту. Рассмотрим в качестве примера следующий диалог.

Интервьюер: Вы не могли бы вспомнить случай, когда с вами обошлись несправедливо? Возможно, вас незаслуженно наказали?

Клиентка: Нет, не помню. (15-секундная пауза.) Ну, я думаю, что-то такое однажды случилось. Я должна была сделать уборку, пока мамы не было дома. Когда она вернулась, дом был не убран, и она сломала о меня щетку для пола.

Интервьюер: Сломала о вас щетку для пола? (Клиницист говорит с интонацией, указывающей на неодобрение или удивление по поводу действий матери.)

Клиентка: Да. Хотя я, наверное, заслужила это. Я не убрала в доме, как она мне велела.

В данной ситуации клиентка выражает смешанные чувства по поводу своей матери. С одной стороны, мать поступила с ней несправедливо. С другой стороны, клиентка чувствует себя плохой девочкой, которая не послушалась мамы. Интервьюер пытается передать эмпатию посредством тона голоса и интонации. Это удачный выбор техники, поскольку слишком пристальное внимание к вине клиентки или чувству гнева и негодования могло бы помешать исследованию двойственных чувств клиентки. Несмотря на мягкое, минимальное выражение эмпатии интервьюером, клиентка стремится оправдать карательную акцию матери. Это предполагает, что клиентка согласилась с негативной оценкой матери по отношению к ней (как в возрасте 11 лет, когда произошел описанный инцидент, так и в возрасте 42 лет, когда она пришла к интервьюеру). В личностно-ориентированной или психоаналитической терапии более категоричный, поддерживающий комментарий специалиста (например: “Это смешно, никакая мать не имеет права ломать о свою дочь щетки для пола!”) мог бы сделать исследование чувства вины по поводу произошедшего невозможным.

С точки зрения недирективного подхода, минимально эмпатические, недирективные отклики, сообщающие об эмпатии интервьюера посредством тона голоса, мимики и отражения чувств, обычно приносят больше пользы, чем открытая поддержка и сочувствие клиенту. У вас всегда будет возможность открыто выразить свою поддержку позже, после того как клиент исследует обе стороны своих чувств.

Отношения между основными роджерсовскими условиями, способствующими личностному росту

К. Роджерс считал, что желание судить клиентов или реагировать на них, выходя за пределы терапевтических отношений, значительно снижается с применением эмпатии. Он обнаружил, что взаимосвязь конгруэнтности, безусловного положительного отношения к клиенту и точной эмпатии видоизменяет само понимание спонтанности, которая теперь ассоциируется с конгруэнтностью. Точная эмпатия также снижает тенденцию к осуждению клиентов, усиливая, таким образом, безусловное позитивное отношение. Конгруэнтность, безусловное положительное отношение к клиенту и точная эмпатия — это отнюдь не отдельные конфликтующие между собой системы (выражаясь языком статистики, они не ортогональны). Они составляют неразрывный триумвират, дополняя друг друга.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ И МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Приведенные ниже факторы взаимоотношений при клиническом интервьюировании используются в концепциях психоанализа, теории объектных отношений и межличностного подхода.

Перенос (трансфер)

Зигмунд Фрейд понимал *перенос* как процесс, который имеет место, когда “пациент видит в своем психоаналитике повторение — реинкарнацию — какой-то важной фигуры из своего детства или прошлого и поэтому переносит на него чувства и реакции, которые безусловно применялись к этой модели” (*Freud, 1940/1949, p. 66*). Впоследствии Генри Салливан определил подобный процесс как *паратактическое искажение*: “Действительные характеристики другого человека в это время могут быть несущественны для межличностной ситуации. Мы называем это паратактическим искажением” (*Sullivan, 1970, p. 25*).

Перенос характеризуется неуместностью; реакция клиента на интервьюера выражается в неадекватных действиях, рассуждениях или чувствах. З. Фрейд утверждал, что перенос “превосходит все, что можно оправдать с точки зрения благоразумия или рациональности” (*Freud, 1912/1958, p. 100*). Иногда, но не всегда, интенсивные и очевидные явления переноса могут проявиться на начальном этапе клинического интервьюирования или психотерапии. Например, разгневанный, дезориентированный молодой человек крайне негативно реагировал на своего терапевта (женщину). Во время приемного интервью он стал непристойно выражаться, часто повторяя: “Бабы! Вы, [ненормативная лексика] бабы, не можете увидеть, что я за человек. Ни за что. Бабы меня не понимают. И ты тоже. Ты меня не понимаешь”. Поскольку поведение консультанта не давало повода для такой сильной реакции, вполне вероятно, что клиент не по адресу направил “чувства, установки и модели поведения”, основанные на предыдущем опыте общения с женщинами (*Gelso & Hayes, 1998, p. 51*).

Чаще всего перенос, как и другие переменные взаимоотношений, характеризуется абстрактностью, неопределенностью, неуловимостью. Чтобы зафиксировать перенос, вам придется обращать внимание на идиосинкразическое⁷ поведение клиента по отношению к вам. Например, клиенты

⁷ *Идиосинкразия* (греч. *idios* — своеобразный, *synkrisis* — смешение) — повышенная чувствительность к чему-либо. — Прим. ред.

реагируют на вас более эмоционально, чем того требует ситуация, они делают относительно вас предположения, которые едва ли отвечают действительности, они выражают безосновательные и нереальные ожидания по отношению к вам или терапевтическому процессу.

Другое распространенное явление — безусловная вера клиента в то, что вы, подобно другим людям, будете подходить к нему со своими мерками, найдете, что он неполноценный, и отвергнете его. Пример — клиентка, которая боялась оценки своих результатов в выполнении психологических тестов и когнитивно-поведенческих домашних заданий. Она осторожно сказала: “Знаете, кое-что из того, что говорится обо мне в тесте, неправильно. Наверное, при выполнении теста я что-то напутала”. Эта реакция весьма красноречива, так как обычно, когда клиентам дают неверные результаты тестов, они начинают оспаривать правильность тестов, а не своих действий. Та же клиентка говорила: “Я выполнила задания, но не уверена, что все правильно поняла”. Опять-таки, этот комментарий сопровождал сдачу очень тщательно выполненного задания. Она сделала все точно по инструкции, но ее сомнения в своих силах активизировались, потому что она воспринимала психотерапевта как облеченного властью человека, который может дать ей негативную оценку. Ожидание критики предполагает, с точки зрения психоанализа, что ранее ее подвергали резкой и, возможно, неадекватной критике. В этом отношении ее реакция напоминает реакцию ребенка, который пугается и вздрагивает, когда взрослый протягивает к нему руку. Ребенок вздрагивает, потому что до этого его били; испуг может быть автоматическим и бессознательным откликом. Подобным образом клиенты, которые подверглись чрезмерной критике, обычно автоматически и бессознательно готовят себя к критике (“вздрагивают”), когда оцениваются результаты их деятельности. Это пример переноса.

Реакции переноса могут притягивать именно те явления, которых человек боится. Клиенты, ожидая встретить неприятие, отрицательную оценку или недостаточную эмпатию, начинают искать такое отношение к себе в поведении интервьюера. Соответственно, самые незначительные отрицательные реакции, нереализованные возможности эмпатии, нахмуренные брови интервьюера истолковываются клиентами (которые стали в этом экспертами) как то, что сбываются их подспудные ожидания. Клиенты в дальнейшем могут негативно реагировать на эти мелкие, однако многократно преувеличенные ошибки интервьюера, резко отвергая перефразирование или отражение чувств. Скоро сам интервьюер начинает думать о таких клиентах: “Не знаю почему, но они уже у меня в печенках сидят”. Если

интервьюеру не удастся увидеть в этом систему, разглядеть проявления переноса, клиенты в конце концов могут вызвать негативную реакцию на себя.

Как утверждал З. Фрейд, “перенос амбивалентен” (*Freud, 1940/1949, p. 66*). Перенос может принимать форму позитивных (дружеских, приятных) или негативных (враждебных, безразличных) установок, чувств или моделей поведения. Как первые, так и вторые могут быть благоприятной почвой для работы с клиентами в процессе терапии. Однако в начальной фазе самое разумное для интервьюера — оставаться мудрым наблюдателем, подмечать реакции и модели поведения клиента, которые, очевидно, определяются событиями и отношениями прошлого, но воздерживаться от комментариев по поводу этих моделей и реакций.

Очень соблазнительно считать очевидно позитивное, теплое или приятное отношение клиента закономерными откликами на действия интервьюера и в то же время списывать враждебность или безразличие клиентов на испорченность их натуры. На начальном этапе терапевтического процесса следует избегать как первого, так и второго. Вместо этого нужно использовать свои знания реакций переноса для совершенствования наблюдательности и оставаться нейтральными и расположенными к клиентам независимо от знака реакций переноса.

Следует избегать интерпретации переноса на начальном этапе терапевтических отношений. Адекватный эмоциональный контакт и установление рабочего альянса должны предшествовать интерпретации (*Meissner, 1991*). Интерпретация переноса требует продвинутых навыков и фундаментальной теоретической подготовки, которые можно получить путем изучения соответствующей литературы и с помощью супервизии под руководством компетентных специалистов (*Weiner, 1998*). Общепринятое правило состоит в том, чтобы замечать, но не придавать значения умеренно позитивным реакциям переноса, но прежде всего уделять внимание негативному переносу. Конечно, интерпретацию реакций как позитивного, так и негативного переноса следует отложить до тех пор, пока свидетельства неадекватности этих реакций не станут очевидными и легче поддающимися интерпретации.

Простое осознание того, что клиент может проявлять реакции переноса, уже дает доступ к важной информации. Выражение клиентом враждебности или расположения может дать интервьюеру возможность более глубоко исследовать проблемные сферы жизни клиента. Клиницист может отреагировать на перенос, просто спросив: “Когда еще вам приходилось испытывать подобные чувства?” С помощью этого вопроса фокус внимания снова переносится на клиента и уменьшается опасность негативной реакции интервьюера, который может заявить: “Да, вы заставляете меня нервничать” или

“Похоже, это у вас наболевшая проблема”. В конце концов, если клиенты действительно проявляют реакции переноса, это относится скорее к ним самим и их опыту, чем к их реальным взаимоотношениям с интервьюером. Более того, с помощью осторожных вопросов можно исследовать значимые взаимоотношения клиента, которые имели место в прошлом.

Перенос дает интервьюеру особую возможность понять не только те отношения клиентов, которые остались в прошлом, но и отношения, которые имеют место в их нынешней жизни. Исследования показывают, что тема центральных конфликтных отношений, наблюдаемая в терапии, очень похожа на модели отношений, наблюдаемые вне терапии (*Fried, Crits-Cristoph & Luborsky, 1990; Kivlighan, 2002*). О преимуществах работы с реакциями переноса говорили терапевты разных направлений — психоаналитического, межличностного и даже поведенческого (*Goldfried & Davison, 1994; Sullivan, 1970*). О. Фенихель заявляет: “Перенос предоставляет психоаналитику уникальную возможность непосредственно наблюдать прошлое пациентов и, таким образом, понимать развитие их конфликтов” (*Fenichel, 1945, p. 30*).

Психоаналитики обычно воздерживаются от самораскрытия, так как если они сообщают о своих действительных чувствах, перенос теряет прозрачность. В случае настойчивых просьб клиента о конгруэнтном или искреннем ответе такие терапевты обычно прячутся за профессиональными отношениями. Например.

Клиентка: С вами так хорошо, что мне хотелось бы видеться с вами не только в клинике. Например, сходить в ресторан и вообще быть друзьями.

Интервьюер: Вы должны понять, как важно для нас сохранять профессиональные отношения. Даже если бы я хотел с вами дружить, я не стал бы этого делать, поскольку это повредило бы нашей совместной работе.

Отклик, даваемый в рамках психоаналитического подхода, гораздо сдержаннее и холоднее, чем отклики, которые даются в рамках личностно-ориентированного или феминистического подходов в подобных ситуациях. Хотя терапевты личностно-ориентированного и феминистического толка не выходят за рамки профессиональных отношений, они могут быть более теплыми и открытыми.

Клиентка: С вами так хорошо, что мне хотелось бы видеться с вами не только в клинике. Например, сходить в ресторан и вообще быть друзьями.

Интервьюер: Я могу вас понять, потому что мне тоже нравится с вами общаться. И мне тоже было бы приятно встретиться с вами вне клиники. Однако консультирование — это особый тип взаимоотношений. У каждого из нас есть своя роль, или своя задача, и если бы мы добавили к нашим ролям еще одну — быть друзьями, — она могла бы помешать нашей работе здесь. Вы меня понимаете?

Независимо от того, какие реакции переноса проявляет клиент — позитивные или негативные, — их не стоит принимать близко к сердцу. Если клиницист все будет принимать на свой счет, ему не избежать сильных эмоциональных реакций. Интенсивные или непропорциональные реакции на клиентов называют контрпереносом.

Контрперенос (контртрансфер)

Контрперенос близок к процессу переноса и отличается от него тем, что больше относится к самому клиницисту. Контрперенос также состоит из эмоциональных, установочных и поведенческих откликов, неадекватных по своей интенсивности, частоте и продолжительности. Для профессионального терапевта очень важно и полезно прийти к осознанию своих контртрансферных моделей (*Beitman, 1983; Szajnberg, Moilanen, Kanerva, & Tolf, 1996*; см. врезку “От теории к практике 5.2”).

Хотя контрперенос очень напоминает перенос, между ними есть несколько важных различий. Первоначально З. Фрейд (*Freud, 1940/1949*) определил контрперенос как отклик аналитика на трансферную реакцию со стороны клиента. Несомненно, такое иногда случается. Временами клиенты относятся к интервьюеру с такой откровенной враждебностью или настолько неумеренным восхищением, что последний невольно начинает проявлять нехарактерные для него модели поведения. Так, однажды некая пациентка психиатрической клиники высказала очень выразительное обвинение в адрес своего психотерапевта:

“Вы самый холодный, похожий на компьютер человек, которого я встречала. Вы словно робот! Я говорю, а вы просто сидите, кивая головой, словно какой-то механизм. Уверена — если разрезать вам руку, там будут провода, а не вены!”

Конечно, это обвинение можно было бы списать на 100-процентный перенос. Возможно, клиентка так бурно отреагировала на психотерапевта, потому что опыт ее предыдущего общения сформировал образ мужчины как эмоционально неотзывчивого существа. С другой стороны, согласно поговорке, есть и обратная сторона медали. Будучи клиническими интервьюерами, мы должны прежде всего думать о нашем вкладе в терапевтический процесс.

Пытаясь разобраться в своих реакциях на клиентку, обвинившую его в холодности, интервьюер проконсультировался со своими коллегами и супервизором, прибегнул к самоанализу и пришел к некоторым выводам относительно своего поведения. Во-первых, он признался, что был сдержаннее, чем с другими клиентами. Во-вторых, интервьюера пугали требования

От теории к практике 5.2

Как справиться с контрпереносом

Под контрпереносом понимают эмоциональные и поведенческие реакции терапевста по отношению к клиентам. Давайте представим себе интервьюера, мать которого умерла от рака, когда он был еще ребенком. Горе его отца было очень глубоким, в результате он не оказывал эмоциональной поддержки своему сыну. В конце концов ситуация нормализовалась, отец оправился от потрясения. Однако сознательная память интервьюера хранит воспоминание о том, что после смерти матери ему было очень трудно. Прошли годы, этот человек стал изучать клиническое интервьюирование. И вот он проводит свои первые интервью. Все идет прекрасно, пока однажды к нему не приходит мужчина средних лет. Он страдает депрессией, которая вызвана смертью жены. Какой реакции можно ожидать от клинициста? Какие собственные отклики могут стать для него неожиданностью?

Контртрансферные реакции могут характеризоваться разной степенью осознанности. Если эти реакции не контролировать, они могут отрицательно сказаться на терапевтическом процессе. Вот рекомендации, которые помогут вам справиться с контртрансферными реакциями.

- Относитесь к контрпереносу как нормальной и неизбежной реакции. Если у вас наблюдаются интенсивные эмоциональные реакции, навязчивые мысли и поведенческие реакции по отношению к клиенту, это совсем не означает, что у вас “не все в порядке с головой” или что вы никудышный интервьюер.
- Если у вас наблюдаются интенсивные реакции на клиента, посоветуйтесь с коллегой или супервизором.
- Найдите дополнительную информацию о контрпереносе. Особенно полезно подобрать материалы, относящиеся к тому типу клиента, с которым вы работаете (например, пациент с ненормальным аппетитом; пациент, страдающий депрессией; асоциальный клиент).
- Если чувства, мысли и импульсы не поддаются контролю, несмотря на все ваши усилия, можно пойти одним из двух путей: направить клиента к другому психотерапевту или самому обратиться за помощью к консультанту и вместе с ним проработать возникшие проблемы.

эмоциональной близости. Соответственно, он защищался, еще больше блокируя свои эмоции. В-третьих, супервизор заверил интервьюера, что контртрансферные реакции по отношению к пациентам с тяжелыми психическими расстройствами не представляют собой ничего из ряда вон выходящего.

Клиницист нашел утешение в том факте, что он был не первым и не единственным специалистом, у которого проявились контртрансферные реакции. Он также стал работать над тем, чтобы его поведение отвечало целям терапии, а не было результатом страха эмоциональной близости.

Отклики интервьюеров на перенос индивидуальны и неповторимы. В свою очередь, они вызывают неповторимые и индивидуальные реакции клиентов. Возвращаясь к последнему примеру, отметим, что мужчины, которые очень много значили в жизни клиентки, были для нее эмоционально недоступны. Ее гнев по отношению к замкнутым мужчинам часто приводил к эмоциональным (а иногда и физическим) контратакам с их стороны. Продолжительная отчужденность интервьюера была непривычной для пациентки (и для него), поэтому она продолжала подвергать его яростным нападкам, возможно, пытаясь таким образом вызвать у него хоть какую-то реакцию. В свою очередь, клиницист продолжал сдерживать свои эмоции из боязни эмоциональной близости, а также опасаясь потерять контроль над ситуацией.

Многие теоретики, рассматривая контрперенос, идут дальше Фрейда и дают более широкое определение этого явления, как “любые бессознательные установки или модели поведения со стороны терапевта, обусловленные скорее потребностями последнего, чем потребностями клиента” (*Pipes & Davenport, 1999, p. 161*). Другими словами, источником контрпереноса могут быть бессознательные устремления самого интервьюера, а не его клиента.

Фрейд изначально считал перенос помехой для психотерапии. Впоследствии он изменил свое мнение, полагая, что анализ переноса, при условии его правильного проведения, становится важнейшим инструментом психоанализа. Контрперенос же Фрейд всегда считал вредным для терапии. Он считал, что компетентные психоаналитики должны управлять своими собственными внутренними конфликтами посредством психоанализа; высокий уровень их самосознания снизит вероятность трансферной реакции. “Распознавайте контрперенос... и преодолевайте его”, поскольку “ни один психоаналитик не может продвинуться дальше, чем позволяют его собственные комплексы и внутреннее сопротивление” (*Freud, 1910/1957, p. 145*). Исследования показали, что терапевты, пользующиеся репутацией компетентных специалистов, обладают более развитым самосознанием и более слабым контртрансферным потенциалом, чем те, которые считались заурядными (*Van Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991*).

Многие современные психоаналитики и теоретики объектных отношений отвергают негативную позицию Фрейда относительно контрпереноса и считают, что реакции аналитика можно использовать в интересах терапии (*Beitman,*

1983; Weiner, 1998). Например, если клиент вызывает у вас сильное и нехарактерное чувство страха, разочарования или сексуального возбуждения, стоит проанализировать себя. Вполне возможно, что ваша эмоциональная реакция вызвана вашими же внутренними конфликтами. Только убедившись, что это не так, вы можете предположить, что поведение клиента отражает его обычную реакцию на людей также и вне стен клиники.

Контртрансферные реакции могут рассказать нам о нас и наших скрытых конфликтах. Они дают информацию о нас самих и наших клиентах. С одной стороны, контрперенос может быть помехой и затруднять различение наших собственных конфликтов и конфликтов клиентов, с другой — он может оказывать позитивное влияние на терапевтический процесс.

Реальность контрпереноса признают терапевсты разных теоретических направлений. М. Гольдфрид и Г. Дэвисон, авторы труда *Clinical Behavior Therapy* (“Клиническая поведенческая терапия”), предлагают свой совет: “Психотерапевту следует постоянно наблюдать за собственным поведением и эмоциональными реакциями и задаваться вопросом, какие действия клиента могли вызвать такие реакции” (Goldfried & Davison, 1976, p. 58). Подобным образом Б. Байтман полагает, что терапевсты, которые ориентируются прежде всего на конкретную технику клинического интервьюирования, легко могут стать жертвой контрпереноса. По мнению Байтмана, “любая техника может быть использована с целью избежать осознания контрпереноса” (Beitman, 1983, p. 83). Другими словами, терапевст может многократно прибегать к определенной терапевтической технике (например, прогрессивной мышечной релаксации, воображению, остановке мышления), не осознавая, что с ее помощью он обращается скорее к своим собственным проблемам, чем к проблемам клиента (см. врезки “От теории к практике 5.2” и “Индивидуальное и культурное 5.1”).

Идентификация и интернализация

Идентификация (отождествление) и интернализация — термины, которые используются преимущественно в психоанализе и теории объектных отношений. Однако и в других теоретических школах можно найти весьма близкие по смыслу концепции — факт, подчеркивающий значение идентификации и интернализации, их центральную роль в развитии терапевтических отношений и важность для результатов терапии. Например, бихевиористы подчеркивают значение моделирования в поведенческой терапии (Bandura, 1969; Raue, Goldfried, & Barkham, 1997). Согласно теории социального научения, мы используем многие определенные модели поведения, поскольку раньше видели

Индивидуальное и культурное 5.1

Совладание с контрпереносом на культурной почве

Опасности контрпереноса подстерегают нас на каждом шагу. Представьте, что до того, как стать психотерапевтом, вы воевали в Афганистане. К вам приходит очередной клиент, афганец по национальности. Если вы предварительно не работали над собой, у вас, вероятно, проявятся некоторые реакции и конфликты, которыми вам придется заняться.

Контрперенос вездесущ (и коварен), поскольку может быть вызван самыми разными факторами. Вы можете подчиниться доминирующей клиентке, которая ведет себя так, как в свое время вела себя ваша старшая сестра, или же можете неадекватно отреагировать на клиентов, которые вечно хнычут, или очень красивы, или, наоборот, обладают неприятной внешностью. Контрперенос не знает исключений: каждый из нас может и будет проявлять контртрансферные реакции. Например, признанный мастер групповой психотерапии Ирвин Ялом выразительно описал свой опыт негативного контрпереноса по отношению к клиентке с избыточным весом.

Конечно же, я не одинок в своем предубеждении. Культурное закрепление вездесуще. У кого-нибудь находилось доброе слово для толстой женщины? Однако мое презрение превосходит все культурные нормы. В начале своей карьеры я работал в тюрьме строгого режима, где *наименее* ужасным преступлением, совершенным моими пациентами, было обычное убийство. И все же мне было не очень трудно принять этих пациентов, попытаться понять их и найти способы помочь им.

Но когда я вижу, как ест толстая женщина, я опускаюсь на несколько ступенек ниже по лестнице человеческого понимания. Мне хочется вырвать у нее еду. Ткнуть ее лицом в мороженное. “Перестань обжираться! Ну неужели ты еще не наелась, в самом деле!” Я бы связал ей челюсти проволокой!

Бедняжка Бетти — слава Богу, слава Богу — ничего этого не знала. Она шла к креслу, ничего не подозревая, медленно опустилась — ее ступни не доставали до пола, поправила жировые складки и выжидающе посмотрела на меня (*Yalom, 1989*).

Социальное или этническое происхождение вашего клиента (или его внешность) могут вызвать неадекватные контртрансферные реакции. Диапазон этих реакций может быть довольно широким, от традиционной дискриминации (“Я бы не стал ждать особого рвения к учебе от индейца или афроамериканца”) до чувств сожаления и вины (“Мне нужно относиться к представителям национальных меньшинств с особым вниманием, потому что долгие годы их подвергали угнетению”) и духа соперничества (“Женщины и представители национальных меньшинств, которые становятся психологами, получают самые лучшие

назначения, а мне приходится возиться с этой воинствующей дамочкой из Шри-Ланки, которая подает в суд на своего начальника, обвиняя его в сексуальном домогательстве”).

В научной литературе можно найти множество примеров контрпереноса на культурной почве. Например, недавнее исследование показало, что медицинский персонал в больницах Великобритании, как правило, относится к представителям других национальностей строже, чем к пациентам одной с ними национальности (*Lee et al., 2001*). Подобным образом, психиатры в США склонны преувеличивать тяжесть психических расстройств у афроамериканских пациентов (*Zuckerman, 2000*).

Прочитав этот раздел, вы можете спросить: “Чем же отличается контрперенос на культурной почве от расизма?” Хороший вопрос. А вы как думаете, в чем их различие? И в чем сходство?

их в исполнении других людей (т.е. наблюдали моделирование поведения). Более того, как утверждает Д. Майерс, “мы чаще подражаем тем, кого уважаем и кем восхищаемся, тем, кого воспринимаем как себе подобных, и тем, кого воспринимаем как успешных” (*Myers, 1989, p. 251*). Очевидно, самыми важными моделями выступают родители для своих детей, однако интервьюер также может научить клиента новым моделям поведения с помощью как эксплицитных, так и имплицитных процедур моделирования.

Психоаналитики и теоретики объектных отношений используют понятия идентификации и интернализации для описания того, что называется моделированием в теории социального научения (*Adler, 1996; Eagle, 1984; Greenberg & Mitchell, 1983*). А именно — индивид отождествляет себя с теми, кого он любит, уважает или воспринимает как подобных себе. посредством процесса идентификации субъект приобретает, или интернализирует, индивидуальные модели мышления, поведения и чувствования любимого или уважаемого им человека. В определенном смысле идентификация и интернализация приводят к формированию идентичности; мы уподобляемся окружающим, но также и тем людям, которых уважаем, любим или считаем себе подобными.

Идентификация проходит интенсивнее, если клиенты чувствуют, что интервьюер понимает их в том, что представляет для них наибольшую ценность или что больше всего беспокоит. Если идентификация удалась, поверхностные различия не влияют на терапевтические отношения. Другими словами, эмпатия стимулирует идентификацию и снижает значимость поверхностных различий. Клиенты как бы говорят себе: “Я могу отождествить себя с этим человеком. Несмотря на то что в чем-то мы с ним разные, он

меня понимает”. Что еще важнее, клиент может думать: “Поскольку он знает о моих самых тяжелых проблемах и понимает их, и при этом не теряет надежды, может быть, он все-таки сможет мне помочь”. Если различия между вами и определенным клиентом значительны, идентификация может быть затруднительна или даже невозможна.

Например, клиентка хотела разрешить чрезвычайно серьезный конфликт — она решила не выходить замуж, что было неприемлемо в ее семье. Клиентка тщательно выбирала интервьюера и остановилась на женщине средних лет, надеясь найти понимание. К сожалению, после нескольких встреч интервьюер восприняла отказ клиентки от замужества как подростковый бунт. мировоззрения клиентки и ее интервьюера существенно различались в некоторых аспектах, что делало возможность взаимопонимания, эмпатии и, в конечном счете, идентификации, весьма маловероятной.

Идентификация предшествует интернализации. Теоретики объектных отношений предполагают, что по мере развития человек интернализирует, т.е. перенимает, отдельные характеристики людей, которые заботятся о нем и окружают его в детстве. Эти интернализации определяют наше видение себя и взаимоотношения с другими людьми (*Adler, 1996; Fairbairn, 1952; Kernberg, 1976; Kohut, 1972, 1977; Watkins & Watkins, 1997*). Если мы интернализируем “плохие объекты” (которыми могут быть, например, жестокие или пренебрегающие своими обязанностями родители, мстительные братья или сестры), наше восприятие себя и наши межличностные отношения могут быть неадекватными. Психотерапия подразумевает такие отношения, которые могут заменить мешающие адаптации или вредные интернализации более адаптивными и полезными, полученными от сравнительно психически здорового психотерапевта. Х. Страпп утверждает: “[Я уже] подчеркивал важность идентификации пациента с психотерапевтом, которая имеет место во всех формах терапии. Поскольку интернализация “плохих объектов” сделала пациентов “больными”, терапия успешна настолько, насколько терапевт интернализируется как “хороший объект” (*Strupp, 1983, p. 481*). Таким образом, процессы идентификации и интернализации особенно уместны в случае продолжительной терапии, когда отношения интервьюера и клиента продолжают достаточно долго. Чтобы клиенты могли отказаться от своей привязанности к объектам раннего детства и привязаться к более адаптивным объектам, может потребоваться длительная терапия (см. врезку “От теории к практике 5.3”).

От теории к практике 5.3

Идентификация и интернализация: клинический интервьюер как ролевая модель

Хотя идентификация и интернализация относятся прежде всего к развивающимся психотерапевтическим отношениям, они имеют практическое значение и для студентов, изучающих клиническое интервьюирование. Мы рекомендуем вам исследовать типы отношений и межличностного поведения, которые, по вашему мнению, имеют важное значение для процессов идентификации и интернализации.

1. Подумайте о себе и тех людях, которым вы подражаете. Отдаете ли вы себе отчет, каких именно людей вы выбрали в качестве ролевой модели?
2. Почему вы выбрали именно этих людей?
3. Какие именно черты ваших ролевых моделей вам особенно импонируют?
4. Подумайте о себе и о тех чертах и особенностях поведения, которые могут сознательно и бессознательно перениматься вашими клиентами.
5. Как вы относитесь к тому, что будете ролевой моделью для ваших клиентов?

Соппротивление

Иногда у нас возникают разногласия с клиентами. Мы хотим услышать о их жизни, а они хотят рассказать нам о последнем походе за покупками, Олимпийских играх или о чем-то другом, что кажется далеким или несущественным. Если клиенты избегают важных тем и в то же время ожидают получить пользу от терапии, можно говорить о сопротивлении.

Самые яркие примеры сопротивления связаны с медициной. У нас болит зуб, а мы не идем к зубному врачу, поскольку боимся, что будет больно, когда дантист станет сверлить или вырывать больной зуб. У нас могут быть другие неприятные симптомы — ушибы, порезы, растяжения, боли внутренних органов. Но мы не хотим идти к врачу. Возможно, мы боимся, что у нас обнаружат неизлечимую болезнь или что нам придется потратить много денег на лечение, или боимся каких-то медицинских процедур (уколов, зондирования, операции), или просто не осознаем серьезности своего положения. Какова бы ни была причина, имеет место сопротивление. Прекрасный пример сопротивления — поведение детей, которые не хотят пить горькие таблетки или боятся уколов, несмотря на то что хотят выздороветь.

Изменения никогда не бывают легкими. У каждого клиента — свой собственный темп в терапии. Переходя от одного этапа терапии к другому, клиент нуждается в ощущении безопасности. Сопротивление часто имеет место тогда, когда изменение кажется слишком трудным или слишком быстрым. Клиенты останавливаются, замыкаются, начинают говорить о всяких пустяках, непрерывно плачут, вообще перестают плакать или прекращают терапию.

Как и защитные механизмы, сопротивление усваивается на ранних этапах жизни человека и проявляется как реакция на страх или беспокойство. Поэтому преодолеть сопротивление не так-то легко. Сначала человек должен осознать сопротивление, а затем разбираться в его причинах.

Как выявить сопротивление

Узнать модели поведения, которые указывают на сопротивление, просто и одновременно сложно. Это просто, поскольку практически любая модель поведения может говорить о сопротивлении. Сопротивление может вызывать чрезмерную разговорчивость или молчаливость. Оно может проявиться в желании клиента говорить исключительно о прошлом или нежелании вспоминать прошлое. Выявить сопротивление трудно по той же причине: почти любая специфическая модель поведения, если оно чрезмерно, может представлять собой сопротивление. И. Вайнер определяет пять общих форм поведения сопротивления: “а) сокращение времени, уделяемого терапии; б) ограничение длительности или тематики бесед; в) изоляция терапии от реальной жизни; г) отыгрывание подавленных импульсов; д) бегство в здорье” (*Weiner, 1998, p. 178*). *Сокращение времени, уделяемого терапии*, может проявляться в опозданиях, преждевременном уходе, пропусках, преждевременном окончании терапии. *Ограничение длительности или тематики бесед* имеет место, когда клиенты избегают или отказываются говорить на определенные темы. Один молодой человек, который был нашим клиентом, наотрез отказался говорить о своем прошлом, его сопротивление было очень трудно преодолеть. *Изоляция терапии от реальной жизни* происходит в том случае, если клиенты отрицают или преуменьшают значимость терапии для их жизни (*Wilkie, Belsher, Rush, & Frank, 1994*). Примеры *отыгрывания подавленных импульсов* как формы сопротивления могут включать такие действия клиентов, как внезапный уход, звонки или приход к психотерапевту на дом, сексуально вызывающее или агрессивное поведение, — любые способы отвлечься от более глубоких конфликтов. Наконец, *бегство в здорье* означает, что клиент внезапно заявляет, что он уже выздоровел. Конечно же, если человек действительно *вылечился*, он уже не нуждается в терапии или исследовании личностных конфликтов.

Преодоление сопротивления

При работе с клиентами, проявляющими сопротивление, могут помочь действия интервьюера, рассчитанные на достижение обратного эффекта (парадоксальная техника). Например, интервьюер может сказать клиенту, что боязнь или нежелание обсуждать личные темы — это естественная реакция, поэтому нет никакой необходимости рисковать. Такой подход заставляет оппозиционно настроенных клиентов доказывать неправоту интервьюера, в результате чего они могут коснуться более личных вопросов. В то же время клиенты видят, что вы понимаете их затруднения, и могут поверить, что их нежелание — это нормальное чувство. Эта вера, в свою очередь, может снизить беспокойство и, соответственно, страх. Необходимо предупредить начинающих интервьюеров: большинство техник, рассчитанных на достижение обратного эффекта, рискованны и требуют контроля со стороны супервизора.

Другой метод преодоления сопротивления включает беседу о сопротивлении, а не попытку анализа глубинных конфликтов или страхов (что часто только усиливает сопротивление). Психотерапевты психоаналитической ориентации называют это *интерпретацией защиты*. Для наших целей достаточно описать этот процесс как “обращение внимания” на сопротивление. Например, если сопротивление проявляется в бессодержательных или не относящихся к теме разговорах, вы можете сказать: “Я заметил, что когда мы обсуждаем ваши отношения с супругой, это вас расстраивает, вы начинаете говорить о каких-то телепередачах, о ремонте в вашем офисе, о международной политике и вообще о чем угодно, только не о отношениях с женой”. Иногда простое обращение внимания интервьюера на модели сопротивления, подобно конфронтации, побуждает клиента к анализу своего поведения и конструктивным переменам.

Третий метод преодоления сопротивления включает обсуждение того, почему в нем возникла необходимость. Этот подход в какой-то мере легче для клиентов, потому что вы оставляете большую тему как таковую. Используя эту технику, вы можете сказать: “Очевидно, вы не хотите говорить о смерти своего отца. Давайте лучше обсудим, почему вам так трудно об этом говорить”. Или же вы можете разговаривать клиента, используя проективную технику: “Что бы произошло, если бы вы все-таки стали говорить о смерти своего отца?” Клиенты могут отреагировать на эти техники, уменьшая значимость темы (например: “Отец умер два года назад, сейчас это уже не так важно”), или же могут признать, что “разговор о смерти отца вызывает у меня тоску, и я боюсь этого чувства”.

Иногда самый разумный подход — не пытаться преодолеть сопротивление во время первых клинических интервью. Если вы и в дальнейшем собираетесь

контактировать с данным клиентом, самое лучшее — это отметить про себя, когда именно клиент оказывает сопротивление или проявляет нежелание говорить на определенную тему. Вы можете заняться этой проблемой позже.

И последнее: сопротивление клиентов не следует считать “неправильным” поведением. Исследования показывают, что сопротивление клиентов — это благоприятная возможность для интервьюера, и что оно, при правильном отношении последнего, способствует позитивным результатам терапии (*Mahalik, 2002*). Кроме того, мы считаем, что сопротивление исходит из глубин человеческой природы и выступает составляющей той силы, которая обеспечивает стабильность и предсказуемость отношений. Если бы не было сопротивления, мы изменялись бы в зависимости от капризов окружения. Сопротивление существует потому, что перемены и боль часто представляются более устрашающими и трудными, чем привычные модели, даже если эти модели препятствуют адаптации. Наконец, при работе с клиентами различного социально-культурного происхождения или уровня развития их сопротивление может быть вызвано отказом интервьюера вносить соответствующие коррективы в свой подход (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997*).

Рабочий альянс

Психоаналитики полагают, что терапия подразумевает одновременное развитие трех типов отношений между психотерапевтом и клиентом. К ним относятся: а) отношения переноса; б) реальные (человеческие) отношения; в) рабочий альянс (отношения сотрудничества, или терапевтический союз).

Термин *рабочий альянс* первоначально употреблялся теоретиками психоанализа, он относится к эксплицитному или имплицитному соглашению между клиентом и интервьюером (*Greenson, 1965; Zetzel, 1956*). Сравнительно недавно рабочий альянс стал одним из самых изучаемых понятий в консультировании и психотерапии. Резюмируя научные публикации по данной теме, М. Константино и его коллеги предлагают следующий вывод:

Основываясь на современном состоянии нашего эмпирического знания, справедливо сказать, что независимо от лечебного подхода (психодинамический, когнитивно-поведенческий, гештальт-терапия, межличностный, эклектический, медикаментозный или директивный), продолжительности терапии, рода проблем, представленных клиентами (депрессия, потрясение, беспокойство, алкогольная или наркотическая зависимость) и желаемых изменений (специфические жалобы, устранение симптомов, межличностное функционирование, общее функционирование, внутриспихические изменения и т.д.), психотерапевты должны прилагать сознательные и систематические усилия для установления и поддержания плодотворного рабочего альянса (*Constantino, Castonguay, & Schut, 2002, p. 111-112*).

Х. Страпп (*Strupp, 1983*) наряду с другими авторами отмечал, что способность клиента устанавливать рабочий альянс, или отношения сотрудничества, указывает на его потенциал развития и изменения под воздействием терапии. Другими словами, если клиент не может или не хочет устанавливать рабочий альянс с интервьюером, вряд ли стоит ждать изменений. И наоборот, чем полноценнее отношения клиента с интервьюером, тем выше шансы на позитивные изменения (*Krupnick et al., 1996; Raue, Castonguay, & Goldfried, 1993*). Многие исследователи и теоретики соглашались в том, что, по иронии, способность людей наладить продуктивные отношения в значительной мере определяется качеством их ранних межличностных отношений (*Mallinckrodt, 1991*). Поэтому возможно, к сожалению, что те люди, которые больше всего нуждаются в терапевтических отношениях, менее всего способны их строить (*Strupp, 1983*).

Центральные положения работ Мэри Эйнсворт (*Ainsworth, 1989*) и Джона Боулби (*Bowlby, 1969, 1988*)⁸ по исследованию привязанности применялись к составляющим процесса психотерапии, а именно: когда маленькие дети исследуют окружение и учатся, они рискуют на короткое время отдалиться от своих родителей. Время от времени малыши вновь возвращаются к ним, чтобы убедиться в своей безопасности, удостовериться в том, что родители их не бросили. Это отдаление и возвращение — один из признаков прочных, здоровых отношений. Подобно родителям, терапевст обеспечивает безопасную “базу, служащую опорой при ознакомлении с окружающим миром”, которую клиенты могут покидать для исследований и к которой могут вернуться. В оптимальных ситуациях все факторы взаимоотношений, которые обсуждались в этой главе, помогают интервьюеру служить такой надежной базой, к которой клиенты могут вернуться в поисках утешения, поддержки и безопасности.

ФАКТОРЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Социальная и поведенческая психология имели большое значение для нашего понимания взаимоотношений интервьюера и клиента. В частности, Стэнли Стронг (*Strong, 1968*) определил три характеристики, повышающие вероятность принятия клиентами советов и рекомендаций, предложенных интервьюером. Эти характеристики — компетентность, привлекательность и способность внушать доверие.

⁸ На русском языке вышла книга Боулби Дж. “Привязанность”. (Пер. с англ.)/Общ. ред. и вступ. статья Г. В. Бурменской. — М.: Гардарики, 2003. — Прим. ред.

Компетентность (авторитет)

Как утверждают Э. Отмер и С. Отмер (*Othmer & Othmer, 1994*), эмпатия и сочувствие имеют большое значение, однако успешные клиницисты должны также проявлять компетентность и завоевывать авторитет. Другими словами, независимо от того, насколько понимающе и уважительно вы относитесь к клиенту, на каком-то этапе вы должны показать ему, что вы компетентный специалист. Бихевиористы обычно называют это установлением авторитета. М. Голдфрид и Г. Дэвисон говорят: “Принцип, стоящий за этой техникой, состоит в том, что она закрепляет восприятие клиентом... авторитета [терапевта]” (*Goldfried & Davidson, 1976, p. 62*). Клиенты обычно хотят видеть своих интервьюеров компетентными и надежными.

Существует много средств *казаться* компетентным, включая:

- “верительные грамоты” (сертификаты, дипломы, лицензии) на стенах офиса;
- профессиональную литературу и специальные научные издания на открытых полках;
- интерьер офиса, способствующий открытому диалогу;
- профессиональный внешний вид.

Определенные модели *поведения* также сообщают о компетентности, авторитете и надежности клинициста. Э. Отмер и С. Отмер (*Othmer & Othmer, 1994*) определяют три стратегии демонстрации профессиональной компетентности. Во-первых, они предлагают интервьюерам помочь своим клиентам посмотреть на свои проблемы в перспективе. Например, можно уверить клиентов, что их проблемы, хотя и имеют отношение только к ним, напоминают проблемы, которые поддались лечению у других клиентов. Во-вторых, Э. Отмер и С. Отмер для убеждения клиентов в своих знаниях рекомендуют демонстрировать свою осведомленность относительно тех конкретных расстройств, которые беспокоят клиентов (например, фобические расстройства, навязчивые состояния, дистимия⁹). В-третьих, интервьюерам нужно уметь обращаться с недоверчивыми клиентами. Например, интервьюер должен адекватно реагировать на просьбу клиентов предъявить документы о профессиональной подготовке.

⁹ Дистимия (греч. dys — нарушение функции, рассогласование, thymos — настроение, чувство) — 1) Кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней расстройства настроения (гневливость, недовольство, анксиозно-депрессивное или тревожно-гневливое настроение). Наблюдаются при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга. 2) Термин, предложенный Г.-Ю. Айзенком для обозначения личностного синдрома, характеризующегося высокими показателями нейротизма и интроверсии. — Прим. ред.

Наконец, когда дело касается компетентности, Л. Кормье и П. Нуриус весьма уместно предупреждают: “Проявлять компетентность — это ни в коем случае не то же самое, что быть догматичным, авторитарным или надменным. Компетентные психотерапевты — это те, которые выглядят уверенными, внимательными и, благодаря подготовке и поведению, способными помочь клиенту разрешить проблемы и продвигаться к цели” (*Cormier & Nurius, 2003, p. 50*).

Привлекательность

Что касается отношений клиента и интервьюера, то здесь — как и в любви, где красота одного человека определяется восприятием другого — привлекательность интервьюера определяется восприятием клиента. Однако есть некоторые универсальные черты, которые нравятся большинству клиентов. Учитывая субъективную природу привлекательности и то, насколько важно самосознание для профессионального интервьюера, рекомендуем обратиться к врезке “Индивидуальное и культурное 5.2”. Выполнение задания, которое дается в этом разделе, поможет вам исследовать модели поведения и характеристики, которые вы могли бы счесть привлекательными, если бы обратились к профессиональному интервьюеру в качестве клиента. Забудьте, что, говоря о привлекательности, мы имеем в виду не только внешность, но и модели поведения, установки и личностные качества.

Способность внушать доверие

Доверие обычно определяется как “уверенность в чьей-либо добросовестности, искренности, в правильности чего-либо”. Установление доверия существенно важно для эффективности клинического интервьюирования. С. Стронг (*Strong, 1968*) подчеркивал важность того, чтобы интервьюер внушал доверие. Когда интервьюер вызывает доверие у своих клиентов, последние охотнее следуют его рекомендациям или советам.

Открытый призыв к доверию во время клинического интервью неуместен. Фраза интервьюера “Доверьтесь мне” может вызвать у клиента прямо противоположную реакцию. Как и в случае эмпатии и безусловного позитивного отношения, способность внушать доверие — характеристика интервьюера, которая подразумевается; клиенты судят о ней по его поведению.

Способность интервьюера внушать доверие устанавливается при первом его контакте с клиентом. Этот контакт может состояться по телефону или лично. Доверие к интервьюеру ассоциируется со следующими моделями поведения.

Индивидуальное и культурное 5.2

Привлекательность клинического интервьюера

Понятие привлекательности трудно поддается определению, однако осознание своих достоинств и своего образа в глазах клиентов очень важно для профессионального роста интервьюера. Подумайте над следующими вопросами.

1. Каким бы вы хотели видеть своего идеального интервьюера? Вы бы хотели, чтобы это был мужчина? Или женщина? Как он должен быть одет? Каким должно быть выражение его лица? Особенности улыбки? Вы хотели бы иметь дело с экспрессивным клиницистом, демонстрирующим энергичную жестикуляцию? Или с более серьезным поведением? Представьте его или ее в мельчайших деталях (косметика и парфюмерия, модель обуви, длина волос и т.п.).
2. Подумайте о расовых, этнических и других индивидуальных характеристиках воображаемого привлекательного интервьюера. Вы хотели бы, чтобы цвет его кожи был таким же, как у вас? Вы хотели бы, чтобы произношение этого человека напоминало ваше собственное? Возникли бы у вас сомнения в том, что этот человек способен вас понять, если бы его культурное происхождение отличалось от вашего? Насколько важны для вас такие характеристики, как возраст клинициста или его сексуальная ориентация?
3. Применение каких техник клинического интервьюирования было бы для вас желательным? Вы хотели бы, чтобы интервьюер применял в основном технику отражения чувств, или предпочли бы более директивные техники (например, конфронтацию и интерпретацию)? Должен ли идеальный терапевт интенсивно использовать визуальный контакт, часто поддакивать, слушая вас, или выражать свое внимание каким-либо другим способом?
4. Как привлекательный интервьюер реагирует на ваши чувства? Например, если бы во время клинического интервью вы расплакались, что он должен делать и говорить?
5. На ваш взгляд, стал бы идеальный интервьюер касаться вас, раскрываться перед вами, называть вас по имени или же сохранял бы дистанцию и сосредоточился на анализе ваших мыслей и чувств?

Задайте эти вопросы вашим коллегам, друзьям или родственникам. Первоначально вам может показаться, что у вас и ваших друзей или родственников нет особых критериев привлекательности клинического интервьюера. Однако при обсуждении пожеланий к воображаемому интервьюеру люди обнаруживают, что они требовательнее, чем можно было думать. Обязательно поинтересуйтесь у коллег, этническое происхождение, возраст и сексуальная ориентация которых отличаются от ваших, их требованиями к идеальному интервьюеру.

- Вежливое, спокойное, уважительное поведение клинициста при первом знакомстве.
- Вразумительное и открытое объяснение конфиденциальности и ее границ.
- Признание трудностей, которые испытывает клиент при обращении к интервьюеру (Э. Отмер и С. Отмер (*Otmer & Otmer, 1994*) называют это “облегчением положения клиента”).
- Проявления конгруэнтности, безусловного позитивного отношения и эмпатии.
- Пунктуальность и профессиональное поведение в целом.

Если клиенты сопротивляются консультированию (в частности, те из них, которые принудительно проходят курс психотерапии), часто помогает открытое утверждение интервьюера о возможном дефиците доверия. Например:

“Вижу, вам здесь не очень-то приятно. Это часто случается, когда человек приходит к психотерапевту по принуждению. Хочу, чтобы вы сразу поняли — я не жду от вас доверия или энтузиазма. Но так как мы будем работать вместе, вам решать, насколько довериться мне и предстоящей терапии. Еще добавлю, что хоть вы пришли сюда и не по своей воле, это вовсе не означает, что вам здесь должно быть плохо”.

В процессе интервьюирования клиенты периодически подвергают интервьюера “проверкам” (*Fong & Cox, 1983; Horowitz et al., 1984*), как бы провоцируют своих интервьюеров, чтобы выявить, заслуживают ли те доверия. Например, дети, которые подвергались сексуальным домогательствам, часто ведут себя сексуально вызывающе. Они могут садиться к клиницисту на колени, тереться о него, говорить, что тот им нравится. Впервые оставшись наедине с интервьюером, некоторые малолетние жертвы сексуальных домогательств даже просят его раздеться. Эти модели поведения могут рассматриваться как проверка интервьюера. (Своим поведением ребенок как бы спрашивает его: “Ты тоже собираешься меня использовать?”) Для интервьюера важно распознать “проверку на доверие” и отреагировать, насколько это возможно, таким образом, чтобы завоевать расположение клиента.

ФАКТОРЫ ФЕМИНИСТИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Феминистическая теория и феминистический подход к психотерапии подчеркивают важность отношений равноправия между клиенткой

и интервьюером (*Brown & Brodsky, 1992; Warwick, 1999*). Эгалитарные¹⁰ отношения, которым отдают предпочтение интервьюеры феминистической ориентации, характеризуются общностью и полноправием.

Общность

Общность подразумевает совместную деятельность интервьюера и клиентки, что означает общую власть, совместное принятие решений, постановку задач и обучение. Хотя многие другие психотерапевтические школы (особенно личностно-ориентированные) также рассматривают терапию как совместный процесс, при котором клиент и интервьюер открыты и гуманны по отношению друг к другу, нигде принципы равенства и концепция общности не подчеркиваются так сильно, как в феминистической теории и терапии (*Birch & Miller, 2000; Nutt, Hampton, Folks, & Johnson, 1990*). Следующий пример поможет лучше понять концепцию общности.

Случай из практики

Бетти, 25-летняя аспирантка, приходит на первое интервью (в качестве клиентки). Супервизор настойчиво рекомендовал интервьюеру (тоже женщине) сохранять нейтральность и подавлять любое побуждение к самораскрытию. Клиницист говорит: “Расскажите, с чем вы к нам пришли”. Бетти почти сразу же начинает плакать и говорит: “Моя мать умирает от рака. Она живет в 350 км отсюда, но хочет, чтобы я все время была с ней. Я заканчиваю научную работу по химии, чтобы получить степень доктора философии; мой научный руководитель через три месяца уходит в отпуск. Мне нужно вычитать часы на младших курсах, а мой муж как раз мне сказал, что хочет от меня уйти. Я не знаю, что делать. Я не могу правильно определить свои приоритеты. Я чувствую себя так, словно меня скоро не станет. От меня почти ничего не осталось. Мне страшно. Я чувствую себя неудачницей уже потому, что пришла к психотерапевту, но...” Бетти продолжает плакать.

Интервьюер чувствует, как ее захлестывает волна жалости, страха и замешательства. Она сама вот-вот расплачется. Она пытается придумать что-нибудь нейтральное. После небольшой паузы она тепло произносит: “Все это привело к тому, что вы чувствуете себя сломленной, испуганной; возможно, вы теряете ощущение себя. Приход к психотерапевту усугубляет чувство поражения”. Бетти говорит: “Да, моя мать всегда говорила, что только ничтожества ходят к психотерапевтам. Она вообще-то употребляла слово “дебилы”. Муж не хочет сюда идти. Он говорит, что если бы я бросила учебу, мы снова могли бы быть счастливы.

¹⁰ Эгалитарный (фр. *egalitaire* от *egalite* — равенство) — уравнительный. — Прим. ред.

Иногда мне кажется, что даже мой научный руководитель обрадовался бы, если бы я ушла из аспирантуры”.

Интервьюер отвечает: “Люди, которые для вас важны, хотят, чтобы вы поступали не так, как вам хотелось бы”.

Такой подход, в общем-то, приемлем. Однако если оба участника терапевтического процесса будут придерживаться той же модальности, Бетти ничего не узнает об интервьюере и будет чувствовать, что, по большому счету, только она сама говорит о своих проблемах, а ее собеседница их объясняет.

При соблюдении принципа общности клиницист, чувствуя сожаление, страх и замешательство, могла бы сказать: “Ну и ну, Бетти. Это действительно *очень* трудно. Когда я вас слушаю, я чувствую почти то же, что и вы, наверное, чувствуете, — грусть и подавленность”. Бетти могла бы ответить: “Да, я чувствую и то и другое. Это здорово, что вы меня понимаете. А мама говорит, что психотерапия — это пустая трата времени и денег. Муж считает, что я уделяю ему слишком мало внимания... И почти то же самое, наверное, думает мой научный руководитель об аспирантуре”. Интервьюер могла бы затем сказать: “Да. Трудно решиться прийти к психотерапевту или жить, когда близкие люди не одобряют того, что ты делаешь”.

На первый взгляд может показаться, что в ответах интервьюера в первом и втором примере нет особой разницы. Однако глубинная структура отношений между клиентом и интервьюером в ориентированных на общность подходах представляет собой резкий контраст с традиционными структурами. Клиент не исключается из эмоциональных реакций интервьюера. Клиентам не дают понять, что их дело — сообщать о своих проблемах, а предлагать решение — забота интервьюера. Вместо этого закладывается фундамент отношений, включающих самораскрытие со стороны интервьюера; а позже, в процессе терапии, — даже сообщение и комментарии клиентов о замеченных ими закономерностях в поведении собеседника. В ориентированных на общность отношениях интервьюеры готовы проявить искренность в ответ на такие действия клиентов, не отражая их чувств и не интерпретируя их как выражение патологических потребностей (*Brown, 1994*).

Конечная цель соблюдения интервьюером принципа общности — полноправие клиентов. Клиенты воспринимают терапию как рабочий альянс, в котором они равны с интервьюером, а не отношения руководителя и подчиненного. Хотя принцип общности не исключает некоторой власти, сопряженной с положением интервьюера (*Buck, 1999*), клиницисты феминистической ориентации активно учат клиента реагировать на власть с чувством

собственного достоинства и личной власти. Терапевты феминистической школы считают, что взаимное уважение и сотрудничество могут дать клиентам растущее чувство личной силы.

Полноправие

Конечные цели большинства интервьюеров — развитие, рост и выздоровление клиентов. Однако способы достижения этих целей могут различаться. Соответственно, разные подходы оставляют у клиентов различные представления о том, что именно им помогло. Интервьюер, который начинает работу с клиентом, делая особый упор на аутентичности и общности, обычно надеется, что тот отнесет свои успехи, личностный рост и улучшение жизненной ситуации на счет собственных усилий, своей внутренней силы и потенциала. Вместо того чтобы устанавливать правила взаимоотношений, разделяющие интервьюера и клиента на имеющего власть и знающего, с одной стороны, и зависимого и нуждающегося — с другой, терапевт подтверждает, что обе стороны — это прежде всего люди, поэтому у них больше общего, чем различий.

Интервьюер обладает навыками и знаниями, которые могут отсутствовать у клиента; в феминистической терапии эти навыки рассматриваются как инструменты, которые предоставлены в распоряжение клиентов, чтобы они использовали их для своего личностного роста. Клиент понимает, что нет каких-то магических формул или всемогущих специалистов, которые расскажут ему, как вылечиться, или сразу же объяснят ему то, чего он прежде не понимал. Вместо этого интервьюер взаимодействует с клиентом таким образом, чтобы оказать ему поддержку в его жизненном опыте и попытках разрешения проблем. Интервьюеры признают, что часто люди приходят к ним в том числе из-за давления, дискриминации или несправедливостей, которые всем нам в большей или меньшей степени приходится испытывать, живя в обществе. Этот опыт социального конфликта признается как данность, а не интерпретируется как некие психические отклонения клиентов.

С 1911 года Альфред Адлер стал одним из первых теоретиков феминизма и ясно выразил проблемы, связанные с полноправием.

Все наши организации, все традиционные установки, наши законы, наша мораль, наши обычаи свидетельствуют о том факте, что они определяются и поддерживаются мужчинами для процветания господства мужчин (*Adler, 1927, p. 123*).

Утверждение Адлера указывает на ключевой вопрос феминистического подхода. Другими словами, патологические условия жизни женщин часто

обусловлены и поддерживаются социально-политическими факторами (Olson, 2000). Соответственно, концепция полноправия для феминистов включает повышение сознательности угнетенных социальных групп (в особенности женщин) и поддерживает их право на личную власть.

Использование принципов общности, аутентичности и полноправия может быть рискованным для начинающего интервьюера. Это продвинутая техника. От интервьюера требуется умение сохранять аутентичность, не отягощая клиентов; а также умение приветствовать и усиливать ощущение общности, сохраняя при этом достаточный контроль над ситуацией, чтобы клиенты не теряли надежды на благополучный исход терапии. Наконец, от интервьюера требуется терпение и мудрость, чтобы позволить клиентам найти свой собственный путь, таким образом наделяя их полноправием, а не отдавать им распоряжения.

ИНТЕГРАЦИЯ ФАКТОРОВ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Факторы взаимоотношений не исчерпываются теми, которые рассматривались в этой главе. Вероятно, вы заметили, что мы не обсуждали переменные взаимоотношений многих терапевтических школ, включая гештальт-психологию, терапию выбора (терапию реальностью), подход, ориентированный на решение проблем, когнитивный подход и др. В связи с ограниченными возможностями мы сосредоточились прежде всего на теоретических перспективах, которые рассматривают переменные взаимоотношений в качестве терапевтических факторов.

Поскольку рассмотренные переменные представлены разными школами, неудивительно, что некоторые из них противоречат друг другу. Например, хотя авторитетность и общность — не совсем полные противоположности, усиление авторитета клинициста обычно подразумевает ослабление общности отношений.

Цель этой главы — дать читателю представление о важных переменных взаимоотношений, а не убедить его в преимуществах каких-то из них. Мы считаем, что личностно-ориентированные, феминистические, ориентированные на решение проблем и когнитивно-поведенческие интервьюеры должны быть восприимчивы к возможностям переноса, контрпереноса и других реакций во время клинического интервью. Подобным образом, психоаналитики повысят эффективность своей работы, если будут уделять внимание принципам конгруэнтности, эмпатии и полноправия.

РЕЗЮМЕ

Важность факторов взаимоотношений для психотерапии сформулировал Карл Роджерс в своих ранних работах (*Rogers, 1942, 1951, 1961*). Интервьюирование также в какой-то мере характеризуется созданием особого вида отношений между интервьюером и клиентом.

К. Роджерс определил три основных условия, которые он считал необходимыми и достаточными для личностного роста и развития клиента: конгруэнтность, безусловное позитивное отношение и точная эмпатия. Конгруэнтность — понятие, синонимичное искренности или аутентичности, оно означает, что интервьюер открыт и откровенен с клиентом. Однако постоянная предельная конгруэнтность или аутентичность неуместна для интервьюера, поскольку цель терапии — обеспечить личностный рост клиента (а не терапевта). Подобно конгруэнтности, безусловное позитивное отношение и точная эмпатия — сложные переменные взаимоотношений, которые должны сообщаться клиенту большей частью опосредованно.

На процесс клинического интервьюирования оказывают влияние несколько факторов взаимоотношений, относящихся к интерперсональной и психоаналитической теориям. Сюда входят (список не полон): перенос, контрперенос, идентификация, интернализация, сопротивление и рабочий альянс. Требуется дополнительная теоретическая подготовка и супервизия под руководством компетентного специалиста, прежде чем клиницист сможет понимать и эффективно использовать эти переменные взаимоотношений. Начинающие интервьюеры должны стараться понять и обсуждать ситуации, при которых данные факторы могут влиять на терапевтический процесс.

Поведенческие и социальные психологи также исследовали процесс клинического интервьюирования и определили некоторые переменные, связанные с эффективной психотерапией и консультированием, а именно: интервьюеры, которые считаются авторитетными специалистами, обладают личной и профессиональной привлекательностью и вызывают доверие, обычно имеют большее влияние на клиентов. Внешний вид и поведение интервьюера может способствовать восприятию его клиентом как высококомпетентного, привлекательного и внушающего доверие специалиста.

Наконец, теоретики и практики феминистического подхода в психотерапии подчеркивают важность отношений равенства между интервьюером и клиентом. Сюда относятся концепции общности и полноправия. Интервьюеры феминистического толка считают, что открытый рабочий альянс способствует психотерапевтическому процессу, помогает клиентам

защищать себя и приписывать свой личностный рост собственным внутренним возможностям.

Переменные взаимоотношений, описанные в этой главе, характеризуются одновременно сходством и различием. Терапевтам любой теоретической ориентации непросто интегрировать все эти разнообразные факторы взаимоотношений в процесс клинического интервьюирования.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Fong, M. L. & Cox, B. G. (1983). Trust as an underlying dynamic in the counseling process: How clients test trust. Personnel and Guidance Journal, 62, 163–166. Статья “Доверие как глубинная динамика в процессе консультирования: как клиенты проверяют на доверие” перечисляет и описывает шесть самых распространенных способов, с помощью которых клиенты проверяют, заслуживает ли консультант доверия.

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. Psychoanalytic Quarterly, 34, 155–181. В статье “Рабочий альянс и трансферный невроз”, которая стала классикой психотерапии, Р. Р. Гринсон рассказывает о сотрудничестве психоаналитика и пациента.

Miller, J. B. (1986). Toward a new psychology of women (2nd ed.). Boston: Beacon. Классическая монография “К новой психологии женщин” содержит важную информацию для специалистов, интересующихся феминистическим подходом.

Olson, M. E. (2000). Feminism, community and communication. Binghamton, NY: Hawthorn Press. Книга “Феминизм, общество и коммуникация” включает девять эссе и точку зрения семейного психотерапевта. В книге подчеркивается социальная основа идентичности и рассматривается влияние доминирующей в США культуры.

Rogers, C. R. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton-Mifflin. Книга “Становление личности” содержит многие идеи К. Роджерса относительно конгруэнтности, безусловного позитивного отношения и эмпатии.

Wilkinson, S & Kitzinger, C. (Eds.). (1996). Representing the other: A feminism and psychology reader. London: Sage. Книга “Представленность других: феминизм и психологически подготовленный читатель” посвящена проблемам понимания членов тех социальных групп, к которым не принадлежат большинство терапевтов. В частности, рассматривается представленность таких групп, как дети, проститутки, гомосексуалисты, больные СПИДом или носители ВИЧ-инфекции, а также бесплодные женщины.

Worell, J. & Johnson, N. G. (Eds.). (1997). Shaping the future of feminist psychology: Education, research and practice. Washington, DC: American Psychological Association. Сборник “Будущее феминистической психологии: образование, исследования и практика” содержит всесторонний обзор особенностей научных исследований, супервизии, обследования и обучения в феминистической психотерапии.

ЧАСТЬ III

Структурирование и оценка

СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

Хорошо знать, что у твоего путешествия существует конец; но, в конце концов самое главное — это само путешествие.

Урсула Ле Гуин, “Левая рука тьмы”,
перев. с англ. И. Тогоевой

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Каждое клиническое интервью представляет собой чередование определенных подходов и моделей. Даже если интервьюер принимает решение неуклонно придерживаться недирективного подхода и позволить клиенту высказывать свободные ассоциации в течение всей встречи, то и тогда будет существовать начало, середина и конец интервью. В этой главе мы изучим структуру типичного интервью; мы рассмотрим, как интервьюеры обычно начинают, продолжают и заканчивают встречу с клиентом и как можно гармонично распределить разнообразные виды деятельности в рамках одного клинического часа. Прочитав эту главу, вы узнаете:

- о распространенных структурных моделях интервью — или способах описания клинического интервью, — приведенных в научной литературе;
- как проводить вводную часть интервью, включая телефонный контакт, первые встречи, налаживание взаимопонимания, помощь клиенту в преодолении дискомфорта, “светский” разговор и предоставление клиенту информации о процессе интервьюирования;
- как начинать интервью, включая вступительные слова интервьюера и ответную реплику клиента;
- как решать задачи сбора информации и оценки клиента в основной части интервью;
- об общих методах, позволяющих диагностировать психопатологию клиента;
- как проводить заключительную часть интервью, включая ободрение и поддержку клиента, обобщение важнейших проблем и тем, руководство им и наделение его полноправием, улаживание формальностей перед завершением встречи;
- как завершать клиническое интервью, включая проблемы временных рамок, контроль завершения, контролирование эмоций по поводу окончания встречи.

Клиническое интервью не может и не должно от начала и до конца определяться жесткими правилами. Это правда, что мы можем разложить клиническое интервью на отдельные компоненты, и фактически именно этим мы и занимаемся в этой книге; однако, по большому счету, каждое интервью подразумевает взаимодействие как минимум двух неповторимых личностей. Поэтому каждое клиническое интервью неповторимо и уникально.

Обучение тому, как проводить эффективное интервью, имеет много общего с освоением других навыков, таких, например, как танцы или вождение автомобиля. Это проявляется особенно ярко, когда дело касается составляющих клинического интервью. Большинство начинающих интервьюеров жестко придерживаются определенной последовательности действий в те или иные моменты клинического интервью. Например, во время интервью вы можете поймать себя на мысли: “Сейчас нужно устанавливать контакт... А сейчас пора получить информацию от клиента... Пришло время готовиться к завершению”. Опытные клиницисты, наоборот, одновременно собирают информацию, поддерживают взаимопонимание и готовятся к завершению интервью. Однако они тоже не умели этого, когда начинали свою профессиональную деятельность (*Tracy, Hays, Malone, & Herman, 1988*).

Человеческое взаимодействие определяется явными и подразумеваемыми правилами, которые зависят от различных факторов: ситуации, цели, индивидуальных и культурных различий. Большинство людей не отдают себе отчета в том, какова последовательность их действий в течение дня. Мы не анализируем каждый свой шаг; мы просто плавно переходим от одного действия к другому — чистим зубы, едем на работу, идем за покупками, посещаем вечеринки. Встречаясь с людьми, мы обычно знаем, когда и что сказать, когда нужно сесть, встать или протянуть руку для пожатия. Однако эта легкость — результат долгой тренировки, это не есть нечто врожденное. Мы учимся всему, начиная от чистки зубов и заканчивая взаимодействием с людьми, осваивая эффективные действия путем наблюдения, проб и ошибок, обратной связи и специфических инструкций.

Эта глава объясняет ритм и неписанные правила клинического интервью. Наша цель — дать читателю общие ориентиры для проведения клинического интервью, чтобы он увереннее чувствовал себя в отведенные для него 50 минут. Если вы знаете правила и умеете их применять, вы будете меньше энергии тратить на размышления о том, какие действия предпринимать сейчас, а какие потом, и больше внимания уделять пониманию, оценке и помощи своим клиентам.

Хотя представленная здесь структура прежде всего иллюстрирует ход типичного диагностического интервью, она распространяется также

и на психотерапию или психологическое консультирование. Сеансы психотерапии проходят подобным образом. Главное отличие в том, что основная часть терапевтического интервью подразумевает применение терапевтической интервенции, а не сбор информации (см. следующий раздел).

СТРУКТУРНЫЕ МОДЕЛИ

Точно так же, как многие виды профессионального и социального взаимодействия характеризуются привычной внутренней структурой, определенным ритуалом либо последовательностью этапов, клиническое интервью включает в себя определенные фазы. С. Шей (*Shea, 1998*) определяет их следующим образом.

1. Вводная часть.
2. Начало.
3. Основная часть.
4. Заключительная часть.
5. Окончание.

Пятикомпонентная модель Шей более прогрессивна по сравнению с обычным форматом “начало, середина, завершение”, который иногда используется в учебниках (*Benjamin, 1987*). Модель Шей, кроме того, остается универсальной и не привязывается к определенной теоретической ориентации; ее можно применять буквально ко всем ситуациям клинического интервьюирования. В этой главе определяются и рассматриваются задачи и возможные “подводные камни”, связанные с каждым этапом клинического интервью.

Принимая формат С. Шей, мы вовсе не утверждаем, что он используется всеми интервьюерами. Стоит упомянуть и другие модели. Например, Р. Фоули и Б. Шарф (*Foley & Sharf, 1981*) определяют пять последовательных действий, обычных для клинического интервью.

1. Помощь клиенту в преодолении психологического дискомфорта.
2. Получение информации.
3. Поддержание контроля.
4. Поддержание эмоционального контакта.
5. Завершение.

Подобно другим теоретическим моделям, концепция Фоули и Шарфа имеет много общего с моделью Шей.

Одна из более описательных моделей последовательной структуры клинического интервью была предложена А. Айви и М. Айви (*Ivey & Ivey, 1999*), которые также выделяют пять стадий, или компонентов, типичного интервью.

1. Установление контакта и структурирование.
2. Сбор информации, формулирование проблемы, определение активов.
3. Определение результатов (постановка целей).
4. Исследование альтернатив и конфронтация с неконгруэнтностями клиента.
5. Поощрение клиента к генерализации идей и навыков в ситуациях вне терапии.

Сравнивая представленные модели, вы, вероятно, заметили их сходство, но не полное совпадение. Частично это отражает тот факт, что интервьюеры и клиенты по-разному подходят к интервью и реагируют на него; каждый имеет собственное мнение об уместности и своевременности определенных видов деятельности.

Мудрый интервьюер сначала позволяет клиенту “задавать тон”, поскольку наблюдение за этим процессом становится источником ценной информации для клинициста. Кроме того, возможность быть ведущим дает клиенту чувство безопасности и контроля; он не ощущает со стороны интервьюера принуждения переходить от одного этапа к другому. В идеале интервьюер незаметно направляет клиента в течение всего интервью, позволяя ему проскочить определенный момент или, наоборот, задержаться на нем подольше. Клиницист отвечает за важные элементы интервью. Он следит за соблюдением лимита времени и обеспечивает проработку всех необходимых тем в зависимости от ситуации и целей. Чем менее открыто и жестко выполняются эти обязанности, тем лучше. Сохраняйте организованность и соблюдайте структуру клинического интервью, но не теряйте гибкости.

ВВЕДЕНИЕ

С. Шей определяет вводную фазу следующим образом: “Введение начинается тогда, когда интервьюер и клиент встречаются в первый раз. Оно заканчивается, когда интервьюер чувствует себя достаточно комфортно, чтобы спросить о причинах, побудивших клиента обратиться за помощью” (*Shea, 1998, p. 58*). Вводная часть интервью в основном подразумевает оказание “помощи клиенту в преодолении психологического дискомфорта” (см. *Foley & Sharf, 1981; Othmer & Othmer, 1994*; глава 4 этой книги) или, по выражению Шей, “снижение тревожности клиента” (*Shea, 1998, p. 58*).

Телефонный контакт

В некоторых ситуациях вводная часть начинается до того, как вы лично встречаетесь с клиентом. Можно договориться о первой встрече по телефону. Независимо от того, говорите вы лично или через секретаря, вы должны отдавать себе отчет в том, что терапевтические отношения начинаются с первым контактом. Телефонный звонок, заполнение бумаг, первое впечатление клиента о людях, которые его встречают, — все это может либо обеспечить ему чувство комфорта, либо сбить с толку и встревожить.

Интервьюеры по-разному подходят к информированию клиентов о финансовых формальностях, продолжительности интервью и приемных процедурах. Одни передают эти обязанности специально обученным сотрудникам. Другие предоставляют информацию в письменном виде. Третьи рассказывают клиенту о всех формальностях перед первой сессией. Некоторые — во время клинического интервью. Важно здесь то, что первый контакт, независимо от того, в какой форме он состоялся — лично, по телефону, по почте, через анкету, — непосредственно влияет на ваши отношения с клиентом. Ниже приводится типичный телефонный разговор интервьюера и клиента при установлении первого контакта.

Интервьюер: Здравствуйте, мне нужен Боб Джонсон.

Клиент: Я слушаю.

Интервьюер: Боб, говорит Челси Браун. Я интервьюер консультационного центра университета. Насколько я понимаю, вы хотели бы пройти психологическое консультирование. Я звоню, чтобы спросить, не хотели бы вы назначить встречу.

Клиент: Все правильно. Я заполнял анкету, и там был мой телефонный номер.

Интервьюер: Совершенно верно. Если вы по-прежнему заинтересованы в психологическом консультировании, нам нужно договориться о встрече. Вы хотели бы встретиться в какой-то определенный день и определенное время?

Клиент: Думаю, лучше всего во вторник... после двух часов, но до шести вечера.

Интервьюер: Как насчет этого вторника, 24-го числа, в четыре часа?

Клиент: Меня устраивает.

Интервьюер: Думаю, если вы уже были в нашем центре и заполняли анкету, то помните, как туда добраться.

Клиент: Ага. Так что, это в том же самом здании?

Интервьюер: Да. Только обязательно подойдите к секретарю. Наверное, вам нужно будет прийти на несколько минут раньше. Секретарь даст вам анкету, которую вы заполните до нашей встречи в четыре. Вас это устраивает?

Клиент: Да, конечно.

Интервьюер: Хорошо. Думаю, мы все обсудили. Жду вас во вторник, 24-го, в четыре часа.

Клиент: До встречи.

Обратите внимание на несколько моментов в этом диалоге. Во-первых, назначение первого интервью предполагает сотрудничество интервьюера и клиента — которое, мы надеемся, на этом не закончится. Это становится началом рабочего альянса. С некоторыми клиентами может быть очень нелегко договориться о встрече — возможно, из-за того, что двум очень занятым людям непросто найти время, которое устраивало бы обоих; возможно, из-за инертности, сопротивления или неуверенности клиента в необходимости психотерапии. Предыдущий диалог иллюстрирует простую, прозрачную ситуацию назначения времени проведения клинического интервью. В действительности не всегда все проходит так гладко. Для интервьюера важно точно определиться относительно удобного для встречи времени, прежде чем звонить клиентам.

Во-вторых, клиницист четко говорит о себе, определяет свой статус как специалиста и свое место работы. В зависимости от той или иной ситуации вам может потребоваться еще большая определенность. Например, когда наши студенты-старшекурсники звонят добровольцам, исполняющим роль клиентов, они используют следующую формулу: “Здравствуйте, я изучаю клиническую психологию, ваше имя и телефонный номер я получил от д-ра Бакстера”.

В-третьих, интервьюер удостоверяется, что клиент знает, как добраться до консультационного центра. Если вы звоните новому клиенту и есть вероятность, что клиент не знает, где находится ваш офис, перед звонком вы должны подготовить ясные инструкции, как туда добраться. Некоторые учреждения даже обеспечивают клиентов планом города с указанием маршрута.

В-четвертых, интервьюер спрашивает у потенциального клиента, какие дни недели и какое время ему больше всего подходят для встреч. Если у вас очень напряженный график, сначала выясните, когда у вас есть свободное время для приема будущего клиента. Нет необходимости подробно объяснять клиенту, почему вы не сможете принять его в определенные дни или время. Не нужно говорить: “Нет, я не могу с вами встретиться в это время, потому что мне нужно забрать дочку из школы” или “Не получится, в это время я должен быть в университете”. Такое самораскрытие не имеет смысла и дает слишком много личной информации для первого контакта. Клиницисту лучше не рассказывать о себе много, особенно на первых порах.

В-пятых, интервьюер завершает разговор, повторяя назначенные день и время встречи, и говорит, что будет ждать клиента. Он также подробно объясняет клиенту, что тот должен делать по приходу в центр (подойти к секретарю и за-

полнить анкеты). Не следует говорить: “Подойдите к секретарю, и я сразу вас найду” или что-то в этом духе, поскольку вы не знаете, когда именно придет клиент. Если он прибудет на 25 минут раньше, вы окажетесь в неловком положении, так как вам придется начинать встречу на 25 минут раньше или же поступать как-то иначе, изменяя предварительную договоренность.

В целом вы должны быть хорошо подготовлены для того, чтобы вступить в первый телефонный контакт с потенциальным клиентом. Возможно, стоит отрепетировать предстоящий телефонный разговор со своими коллегами, друзьями или родственниками. Если вы попрактикуетесь в этом, вам будет легче сосредоточиться на выборе удобного времени для встречи и на том, как клиент преподносит себя.

Первая личная встреча

Перед первой личной встречей с клиентом следует подумать о его праве на неприкосновенность личной жизни. В большинстве клиник и учреждений соответствующего профиля приемные рассчитаны на несколько человек. В этих условиях клиентам труднее сохранить анонимность, чем в частных кабинетах. Поэтому в обязанности интервьюеров, работающих в общественных клиниках или консультационных центрах с общей приемной, входит защита права клиентов на анонимность. Самое удобное — когда секретарь указывает или описывает вашего клиента, а вы подходите и обращаетесь к нему по имени, достаточно тихо, чтобы другие посетители в приемной не могли его расслышать. Затем улыбнитесь клиенту и представьтесь. При таком сценарии вам будет легко определить, хочет ли клиент пожать вам руку. Если да, протяните ему руку, затем скажите: “Сюда, пожалуйста” и проводите клиента в свой кабинет.

Первые впечатления чрезвычайно важны. Вам нужно отдавать себе отчет в том, что многое в вашей дальнейшей работе определяется первыми впечатлениями и что при внимательном наблюдении за поведением клиента в первые несколько секунд встречи вы можете собрать массу ценной информации. Возможно, какой-то клиент будет нервничать или находиться в состоянии возбуждения, другой будет злиться, третий покажется спокойным, словно посещение интервьюера для него — вполне обыденное дело.

Если ваш новый клиент нервничает, у вас есть прекрасная возможность понаблюдать за тем, как он выражает свою нервозность. Клиент ведет себя тише воды, ниже травы? Шумит? Непрерывно курит или вертит в руках чашку с кофе? Покусывает губы или грызет ногти? Общается в формальном или неформальном стиле? Разговорчив, замкнут, бледнеет, краснеет? Эти наблюдения

помогут вам сформировать общее впечатление о клиенте. Первая встреча может показать, как ваш новый клиент справляется с беспокойством и стрессом.

Когда вы наблюдаете за клиентом, у него одновременно складывается определенное мнение о вас и о ситуации общения. Чтобы сделать восприятие клиента более адекватным, некоторые профессиональные интервьюеры всегда соблюдают определенный вводный ритуал, который может включать следующие действия.

1. Рукопожатие.
2. Предложение клиенту минеральной воды, чая или кофе.
3. Разговор о погоде или на другие нейтральные темы по дороге из приемной в кабинет.

Стандартный ритуал приветствия помогает преодолеть дискомфорт и дает вам большую свободу для наблюдения. Стандартизация процедуры приветствия усиливает вашу способность делать выводы из своих наблюдений (см. врезку “От теории к практике 6.1”). Вы можете разработать ритуал приветствия таким образом, чтобы он демонстрировал приятное, располагающее профессиональное отношение. Однако не всякий клиницист использует стандартизированный ритуал. У многих профессионалов нет сложившейся процедуры приветствия; они предпочитают подходить к каждому клиенту индивидуально и действовать по обстановке. Иногда нужно крепко пожать руку и поболтать о погоде, в других случаях лучше сохранять некоторую физическую дистанцию и меньше говорить.

Мы подошли к проблеме обращения к клиенту. Первое правило при обращении к клиенту — придерживаться “принятых условностей” (т.е. известных стандартов для той социальной группы, к которой относится ваш клиент). Например, когда вы впервые встречаетесь с американцем средних лет или старше, наверняка его устроит обращение “мистер”. Позже, когда вы с клиентом заходите в ваш кабинет и усаживаетесь, можете прямо спросить его, как к нему лучше обращаться, если вы не уверены. Другие группы характеризуются менее определенными стандартами обращения. Например, американки за 30 могут предпочитать обращение “мисс¹”, а не “миссис²”, другие — наоборот, так что трудно угадать заранее. Употребляя обращение “мисс”, вы меньше рискуете обидеть американку до 40, чем обращением “миссис”, но вы можете использовать и полное имя женщины: “Вы Сьюзан Смит?” Если вы почувствовали, что это неправильная

¹ Принятое в англоязычных странах обращение к незамужней женщине. — Прим. ред.

² Принятое в англоязычных странах обращение к замужней женщине. — Прим. ред.

От теории к практике 6.1

Стандартное приветствие

В определенном смысле, лучше использовать стандартную процедуру приветствия для всех клиентов. Чем более одинаково вы ведете себя в ситуации приветствия, тем больше уверенности в том, что различия в манере клиентов отражают их личностные особенности. Если вы изменяете процедуру приветствия, исходя из настроения или по другой причине, реакции клиентов также могут варьироваться в зависимости от вашего подхода к ним. Другими словами, различия в реакциях клиентов могут отражать особенности вашей личности, а не клиентов. Стандартизация — часть правильного психологического подхода. Благодаря стандартизированному подходу вы повышаете надежность, а может быть, и обоснованность ваших наблюдений (т.е. их валидность. — *Прим. ред.*).

С другой стороны, ваше обращение с клиентами не должно быть механическим или неискренним. Жестко стандартизированный подход покажется клиенту холодным или неискренним. Важно реагировать не только на индивидуальные характеристики каждого клиента, но и на типологические различия социальных или культурных групп. Например, нельзя применять одну и ту же форму приветствия к юношам и пожилым женщинам. Индивиды в этих двух группах обычно используют разные стили общения. Предположение, что во вводной части клинического интервью вы можете обращаться с представителями двух этих групп одинаково, будет ошибочным. Помните, что вводная часть имеет решающее значение для установления контакта с клиентом. Чрезмерная стандартизация может помешать взаимопониманию. Общаясь с разными клиентами во вводной части интервью, вам следует придерживаться двух общих принципов.

- Ориентируйтесь на среднестатистические нормы.
- Выбирайте наименее рискованный вариант.

Некоторых начинающих интервьюеров сбивает с толку тот факт, что стандартизация и рутина выступают частью процесса клинического интервьюирования. В конце концов, мы имеем дело с уникальными личностями, и разве наш подход к каждому клиенту не должен быть индивидуальным и гуманным? Мы отвечаем — и да, и нет. Нет, вовсе не обязательно реагировать на каждого клиента по-особенному только для того, чтобы избежать ритуала или определенной последовательности действий. Да, наш подход к каждому клиенту должен быть гуманным.

Например, обычно мы начинаем первую терапевтическую сессию с описания границ конфиденциальности и упоминаем, что первая встреча сопряжена с некоторым психологическим дискомфортом, поскольку интервьюер и клиент видят друг друга впервые в жизни. Хотя это стандартизированная процедура, мы, тем не менее, каждый раз

говорим искренне. Мы искренне хотим, чтобы каждый клиент понял смысл конфиденциальности и ее пределы. То, что мы говорим буквально одно и то же сотням клиентов, вовсе не означает, что это делается механически.

Лучше всего найти золотую середину между стандартизацией и гибкостью. Соблюдайте установленную последовательность своих действий, но будьте искренни. Можете отклоняться от стандартизированной процедуры, когда это представляется клинически оправданным, но не поддавайтесь капризам настроения.

стратегия, выясните предпочтения клиентки, используйте указанный ею вариант обращения и извинитесь: “Вы предпочитаете, чтобы я говорил “миссис Смит?” Извините. Я не знал, какую форму обращения вы предпочитаете”. То, что вы обращаетесь к клиентам так, как они этого хотят, сообщает о вашем уважении и принятии.

Второе правило относительно обращения к клиентам следующее: если сомневаетесь, используйте самое нейтральное или наиболее формальное обращение. Например, обращение к американке старше 40 по имени и фамилии — наименее рискованная форма³. В случае с рукопожатием лучше подождать, пока клиент не протянет вам руку или просто не встанет и не пойдет в сторону вашего кабинета. Если вы выждите, то не станете принуждать к рукопожатию тех клиентов, которым это не нравится.

Установление эмоционального контакта

Эмоциональный контакт — основа взаимоотношений. Интервьюеры любой теоретической ориентации признают его важность в отношениях с клиентами. Однако клиницисты, придерживающиеся поведенческого, гуманистического и феминистического подходов, больше говорят о важности эмоционального контакта, чем психоаналитики. *Позитивный контакт* определяется как “взаимопонимание в деловых, дружеских и т.п. отношениях” (*Random House, 1993, p. 1601*).

Интервьюеры предпринимают определенные действия, направленные на установление эмоционального контакта с клиентами. Многие техники, упоминаемые в главе 3, предназначены именно для установления взаимопонимания (например, перефразирование, отражение и валидизация чувств).

³ В отечественной культуре принято обращение по имени и отчеству. Впрочем, в данном случае это относится именно к ситуации обращения при первой встрече. После первого знакомства с клиентом многие психологи-консультанты и психотерапевты предлагают перейти на обращение по имени (и, естественно, на “вы”). — Прим. ред.

Э. Отмер и С. Отмер (*Othmer & Othmer, 1994*) выделяют шесть стратегий установления контакта с клиентом.

1. Преодолеть психологический дискомфорт (свой и клиента).
2. Определить источник страданий клиента, продемонстрировать свое сочувствие.
3. Оценить понимание клиентом своих проблем; стать его союзником.
4. Показать свою компетентность.
5. Утвердить авторитет.
6. Сбалансировать роли.

Типичные опасения клиентов

Клиенты многого боятся и во многом сомневаются, когда впервые приходят к психотерапевту или психологу-консультанту. Невозможно рассмотреть все опасения и сомнения клиента во время первой встречи. Установление контакта, необходимого для того, чтобы клиенту было комфортно с вами работать, — сложный процесс (*Weinberg, 1984*). С другой стороны, интервьюер может начать установление контакта с признания и отклика на опасения клиента. Вот типичные сомнения и опасения клиентов (взято из: *Othmer & Othmer, 1994; Pipes & Davenport, 1990; Wolberg, 1995*).

Компетентен ли этот специалист?

Что еще важнее, сможет ли он мне помочь?

Поймет ли он меня и мои проблемы?

Я схожу с ума?

Могу ли я верить, что этот человек честен со мной?

Примет ли клиницист мои ценности (или религиозные убеждения) или отвергнет их?

Будут ли заставлять меня говорить то, чего я не хочу?

Будет ли клинический интервьюер считать меня плохим человеком?

Интервьюер может запугать клиента. Может быть, вам трудно представить себя человеком, облеченным властью, но факт остается фактом — роль клинического интервьюера ассоциируется с авторитетом и властью. Заканчивая обучение и приступая к самостоятельной работе, вчерашний студент становится полномочной фигурой — обладателем определенной базы знаний.

Вас будут воспринимать как человека, обладающего властью, независимо от вашей теоретической ориентации. Клиенты могут относиться к вам так, как и к другим лицам, наделенным определенными полномочиями, —

учителям, врачам. Это отношение может быть разным — от теплого и участливого до грубого, холодного и пренебрежительного. Поскольку клиенты приходят на интервью как с осознанными, так и с неосознаваемыми представлениями о полномочных лицах, представителях власти, у вас может возникнуть необходимость помочь вашему клиенту рассматривать вас как партнера в терапевтическом процессе.

Помощь клиенту в преодолении психологического дискомфорта

Помочь клиенту в преодолении психологического дискомфорта — значит убедить его в том, что вы “не то” полномочное лицо, которого следует опасаться. Вы должны поощрять клиента к сотрудничеству, к открытости, к вопросам; это именно те модели поведения, которых, возможно, люди научились избегать в предыдущем опыте общения с полномочными лицами и представителями власти. После того как вы объясните клиенту смысл конфиденциальности (подробнее — в главах 2 и 5), вам может потребоваться следующая формула (или подобная ей).

“Консультирование — это особая ситуация. Мы встречаемся впервые в жизни — вы не знаете меня, я не знаю вас. Эта встреча — возможность лучше узнать друг друга. Моя цель — разобраться в проблемах, с которыми вы столкнулись. Иногда я просто буду вас слушать, иногда — задавать какие-то вопросы. Эта первая встреча дает вам возможность увидеть мой подход к клиентам и определить, насколько он удобен для вас. Если у вас появятся какие-нибудь вопросы, не стесняйтесь и спрашивайте все, что вас интересует”.

Такое вступление может показаться длинным, но обычно оно помогает клиентам преодолеть дискомфорт. Признается тот факт, что клиент и интервьюер не знают друг друга, клиенту дается разрешение оценивать интервьюера и задавать вопросы о процессе терапии.

Беседа и “светский” разговор

Э. Отмер и С. Отмер (*Othmer & Othmer, 1994*) считают, что вступление, беседа и обмен первыми нейтральными фразами — это средства преодоления психологического дискомфорта. Например.

- “Вы, должно быть, Стивен Грин” (первое приветствие).
- “Вы хотите, чтобы я называл вас Стивом, Стивенном или мистером Грином?” (выяснение приемлемой для клиента формы обращения или уточнение правильного произношения его имени).

- “Вам не трудно было найти нашу клинику (или, например, место для парковки)?” (нейтральный разговор и эмпатическая заинтересованность).
- “Откуда вы родом?” (Выяснение места рождения — безопасный способ начать интервью; он не вызывает у клиента затруднений и дает возможность интервьюеру сделать какие-нибудь комментарии относительно места рождения клиента.)
- По отношению к детям или подросткам: “Вижу, у тебя бейсболка *Los Angeles Lakers*. Ты болеешь за эту команду?” (“светский” разговор, попытка проникнуть в личный мир клиента).

“Светский” разговор часто сводится к минимуму при интервьюировании взрослых клиентов, если только они не проявляют сопротивления и не отказываются сотрудничать с интервьюером. В противном случае “светский” разговор может стать основной техникой клинического интервьюирования. С другой стороны (мы подробнее поговорим об этом в главе 10), “светский” разговор при работе с детьми или подростками может обеспечить успех или провал клинического интервью. Многие интервью с молодыми людьми продвигаются успешно в основном благодаря тому, что в начале первой встречи интервьюер находит время, чтобы поговорить с несовершеннолетним клиентом о телепередачах, гоночных машинах, любимых лакомствах, музыкальных группах, спортивных командах и т.д. При клиническом интервьюировании подростков или детей, вступающих в период полового созревания, мы говорим о том, какие слэнговые слова в моде среди молодежи и как правильно их употреблять (“Я хочу удостовериться, что правильно понимаю. “Клево”, “прикольно” — это значит “очень хорошо”, “интересно”?”).

Интервьюеры, которые успешно помогают клиентам преодолеть психологический дискомфорт, обычно дружелюбны, восприимчивы и гибки. Они ощущают дискомфорт клиентов, воспринимая исходящие от них характерные сигналы. Например, они замечают, что клиент выбирает самое дальнее кресло или, наоборот, садится слишком близко к интервьюеру, вторгаясь в его личное пространство. Гибкий интервьюер уважает индивидуальный стиль межличностного взаимодействия клиента; он не настаивает на том, чтобы клиент занимал определенное место или сидел на том или ином расстоянии. Он пытается говорить на невербальном языке клиентов.

Некоторые “светские” темы относительно безопасны, нейтральны и помогают клиентам обрести психологический комфорт. К ним относятся: погода, последние новости, результаты спортивных соревнований и матчей, вопросы о том, легко ли было клиенту найти клинику, припарковаться и т.п. Однако даже в комментариях о погоде порой можно усмотреть некий подтекст.

Некоторые темы, широко используемые в повседневных ситуациях общения, не подходят для “светского” разговора во время клинического интервью. Например, совершенно безобидные, казалось бы, комментарии по поводу одежды взрослого клиента могут быть восприняты как осуждающие, моралистические или слишком личные. После того как вы с клиентом достигнете устойчивого взаимопонимания, изменение стиля одежды может стать эффективным средством терапии. На первых порах, особенно со взрослыми клиентами, лучше избегать высказываний об одежде, причёске, парфюмерии или украшениях. С молодежью и детьми дело обстоит несколько иначе (подробнее об этом — в главе 11).

Кроме того, обычно следует воздерживаться от комментариев по поводу сходства между вами и клиентом, поскольку они могут исходить из ваших личных потребностей, а не задач терапии. В повседневном общении людям свойственно расспрашивать и рассказывать о возрасте детей, семейном положении, гастрономических предпочтениях, здоровом образе жизни, политике, месте рождения и т.д., для того чтобы найти что-то общее. Увидев, например, что муж вашей клиентки держит на руках младенца, возможно, вам захочется сказать что-то наподобие: “У меня тоже есть маленький сынишка” или “Мы купили своему малышу такую же игрушку”. Если, например, клиент держит в руках велосипедный шлем, вы можете почувствовать искушение сказать: “Знаете, я тоже езжу на работу на велосипеде”. Еще раз напоминаем, что клиническое интервьюирование — это не обычная ситуация общения. Хотя помочь клиенту преодолеть психологический дискомфорт, относиться к нему с расположением — ваша прямая обязанность, вы должны выполнять ее с помощью довольно ограниченного набора замечаний и действий. Мы не имеем в виду, что интервьюер вообще никогда не должен говорить о сходстве между собой и клиентом. Мы просто хотим сказать, что клиницисту не следует действовать, подчиняясь первому порыву или социальному импульсу, поскольку такое поведение часто не оправдано с точки зрения терапии (см. врезку “От теории к практике 6.1”). Например, А. Вайнер (*Weiner, 1998*) утверждает следующее.

Пациенту будет трудно увидеть живого человека в интервьюере, который скрывается за профессиональным фасадом и всегда придерживается принципа безличности, и точно так же он не поверит интервьюеру, который, приглашая его в кабинет, говорит при первой встрече: “Привет! Меня зовут Фред, я немного волнуюсь, потому что вы напоминаете мне одного моего однокурсника. Он всегда давал мне понять, что я никогда не смогу достичь его уровня” (*Weiner, 1998, p. 28*).

Обучение клиентов и оценка их ожиданий

Завершение вступительной фазы включает обучение клиентов и оценку их ожиданий. Здесь действуют несколько правил. *Первое правило* заключается в том, что клиентов нужно информировать о принципе конфиденциальности и его границах. Этот процесс должен быть простым, прозрачным и взаимным. Вам следует досконально разобраться в смысле принципа конфиденциальности, прежде чем приступать к интервьюированию, чтобы быть в состоянии доходчиво объяснить его смысл клиенту (подробнее — в главе 2). Вы должны удостовериться, что клиенты правильно понимают этот принцип. Для этого рекомендуется побеседовать с клиентом следующим образом.

Интервьюер: Вам знаком термин *конфиденциальность*?

Клиент: Да, слышал.

Интервьюер: Давайте я вкратце объясню, что понимается под конфиденциальностью в психологическом консультировании. Это значит, что все сказанное вами не выходит дальше этих стен, — то есть все, что вы мне говорите, остается между нами. Я не буду праздно обсуждать эту информацию с другими людьми. Однако у конфиденциальности есть свои пределы. Например, если вы собираетесь причинить вред себе или другим людям либо говорите о жестоком обращении с детьми или стариками, мне придется нарушить конфиденциальность и сообщить об этом в соответствующие организации. То же самое в случае, если вы захотите, чтобы я предоставил информацию о вас другому лицу — юристу, страховому агенту, врачу. Я могу сделать это, если вы дадите мне соответствующее разрешение в письменной форме. Итак, хотя и существуют некоторые ограничения, в основном все, о чем вы здесь рассказываете, остается между нами. У вас есть какие-нибудь вопросы относительно конфиденциальности?

Иногда после такого объяснения клиенты пытаются шутить (например: “Ну, я совсем не собираюсь убивать свою тещу или кого-то еще”), чтобы разрядить обстановку. В других случаях они задают определенные вопросы (например: “Вы собираетесь записывать то, что я говорю?” или “Кто еще будет иметь доступ к записям наших бесед?”). Если клиенты задают дополнительные вопросы о конфиденциальности, значит, для них особенно остро стоит проблема доверия. Это может также означать, что у них проявляются склонности к самоубийству или убийству и они хотят выяснить, до какой степени могут быть с вами откровенны. Как бы там ни было, профессиональный интервьюер должен отвечать на эти вопросы прямо и понятно: “Да, я буду вести записи наших бесед, но только мой секретарь и я имеем доступ к этим документам. Секретарь также будет соблюдать конфиденциальность”.

Наконец, если вы работаете под наблюдением супервизора и он будет иметь доступ к стенограммам и магнитофонным либо цифровым записям бесед, вы должны сразу объяснить это клиенту, например:

“Поскольку я учусь в университете, у меня есть руководитель, который проверяет мою работу, а иногда мы обсуждаем клинические интервью в группах. Однако в любом случае основная цель — дать мне возможность обеспечить вам наилучшее качество услуг. Кроме тех исключений, о которых я упомянул, никакая информация не покинет эту клинику без вашего на то согласия”.

Второе правило относительно обучения клиентов и оценки их ожиданий — информировать клиентов о цели интервью. Классическая фраза, которой следует избегать в данном случае, упоминается в работе А. Бенджамин: “Мы оба знаем, почему вы здесь” (*Benjamin, 1987, p. 14*). Как пишет Бенджамин, такое вступление может разрушить всякую надежду на контакт во время первой встречи. Вместо упомянутой таинственной формулы следует употреблять понятное, прямое и честное объяснение.

Естественно, ваши объяснения цели клинического интервью будут варьироваться в зависимости от его вида. Общее утверждение относительно цели интервью помогает клиентам преодолеть дискомфорт — они узнают о том, что будет происходить во время встречи. Например, интервьюер, который обычно проводит приемное обследование клиентов, дал следующее объяснение:

“Цель этого клинического интервью заключается для меня в том, чтобы помочь агентству, с которым вы работаете, оценить вас как потенциальных приемных родителей. Я хотел бы начать нашу встречу в свободной форме — с вашего объяснения, почему вы хотите усыновить ребенка, и с рассказа каждого из вас о себе, но в конце концов мы будем говорить более определенно, и я спрошу каждого из вас о том, каким было ваше детство. Наконец, ближе к окончанию клинического интервью я задам вам конкретные вопросы о ваших взглядах на воспитание и ваших возможностях. Вы хотели бы спросить меня о чем-то перед тем, как мы начнем?”

Третье правило — удостовериться, что ожидания клиента соответствуют вашим ожиданиям и целям. Обычно для этого используется простой прямой вопрос — такой, как в конце предыдущего примера. Главное, вам нужно быть уверенным, что клиенты понимают цель интервью и не будут стесняться задавать вопросы относительно его содержания.

Обобщение задач интервьюера во вступительной части клинического интервью приводится в табл. 6.1

НАЧАЛО КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

С. Шей (*Shea, 1998*) пишет, что начало интервью соответствует первому вопросу интервьюера о проблемах клиента, а завершается тогда, когда интервьюер переходит к определению направленности интервью с помощью конкретных вопросов на те или иные темы.

Таблица 6.1. Задачи интервьюера во вступительной части клинического интервью

Задачи интервьюера	Факторы отношений
1. Договориться о взаимоприемлемом времени встречи	Рабочий альянс, общность, позитивное отношение
2. Представиться клиенту	Конгруэнтность, привлекательность
3. Выяснить, какую форму обращения предпочитает клиент	Позитивное отношение, полноправие
4. Начать “светский” разговор с клиентом	Эмпатия, эмоциональный контакт
5. Указать клиенту на кресло, в котором ему следует сидеть (или дать клиенту возможность выбора)	Компетентность, эмпатия, эмоциональный контакт
6. Показать клиенту ваши “верительные грамоты” или назвать свой профессиональный статус (по ситуации)	Компетентность
7. Объяснить клиенту принцип конфиденциальности	Доверие, рабочий альянс
8. Объяснить цель клинического интервью	Рабочий альянс, компетентность
9. Выяснить, насколько ожидания клиента соответствуют или не соответствуют вашей цели	Рабочий альянс, общность, полноправие

В модели С. Шея (*ibid.*) начало — это недирективная часть клинического интервью, продолжающаяся около пяти–восемью минут. На этом этапе интервьюер использует базовые навыки поведения, внимания и недирективные отклики слушания, чтобы помочь клиенту раскрыться. Основная задача интервьюера — не мешать клиенту, чтобы он смог рассказать свою историю. Например.

Вы с клиенткой заходите в кабинет. Вы даете клиентке возможность выбрать кресло. (Как мы уже говорили, даже выбор кресла дает информацию о клиенте. В нашей практике случалось, что клиенты садились на место интервьюера, даже если это было кресло за письменным столом!) Клиентка неловко ерзает, не снимает плаща, сжимает в руках свою сумочку. Она нервно улыбается. У вас есть приемная анкета, которую клиентка перед этим заполнила. Вы спрашиваете, есть ли у нее вопросы по анкете. Она отрицательно качает головой. Вы говорите о конфиденциальности. Она кивает, давая понять, что ей все ясно. Вы ощущаете и ее нервозность, и ее грусть. Она выглядит испуганной и быстро моргает — возможно, чтобы сдержать слезы.

При данных обстоятельствах клиницист может выдвинуть несколько гипотез. Именно гипотезы о смысле поведения ваших клиентов в конце концов помогут вам понять, что именно они пытаются сообщить вам о себе.

Вводный вопрос клинического интервьюера

Вводный вопрос дает понять клиенту, что знакомство, “светский” разговор, объяснения относительно конфиденциальности и задач интервью закончились и пора переходить непосредственно к работе. Вводный вопрос означает первый прямой вопрос о том, почему клиент обратился за помощью. Вопрос обычно преподносится спокойно, ненавязчиво, чтобы клиент не почувствовал резкого перехода. Однако в некоторых ситуациях вводный вопрос должен быть более настойчивым.

Большинство консультантов и психотерапевтов разрабатывают формулу комфортного вводного вопроса. Самый распространенный прототип: “Расскажите, что привело вас на консультирование именно сейчас”. Этот вводный вопрос включает следующие значимые элементы.

1. *Расскажите*: интервьюер выражает прямую заинтересованность в том, что может сообщить клиент. Кроме того, он дает понять, что говорить должен именно клиент.
2. *Что привело вас*: это более определенная форма, чем просьба рассказать о себе. С другой стороны, она дает клиенту большую свободу выбора — он сам выбирает, о какой сфере своей жизни станет говорить.
3. *На консультирование*: этим выражается признание, что приход в клинику представляет собой неординарную ситуацию. Подразумевается, что клиент должен рассказать вам о предшествующих событиях, которые побудили его искать помощи у профессионального интервьюера.
4. *Сейчас*: это помогает клиенту сосредоточиться на тех факторах, которые привели к решению обратиться к консультанту. Клиент осознает, что решение прийти в клинику связано не только с определенными причинами, но и с определенным временем. В некоторых случаях проблема существует годами, но именно сейчас пришло время ею заняться.

Возможно, вас не устроит эта конкретная формула, но очень важно подумать, как выбрать слова, чтобы донести до клиента основные аспекты вашего сообщения.

Существуют разные подходы к формулированию вводного вопроса. Самое главное — вводный вопрос должен содержать либо открытый вопрос (т.е. вопрос, который начинается со специальных слов *что* или *как*), либо мягкое побуждение. Описанный выше вводный вопрос представляет собой мягкое побуждение. Это директива, которая обычно начинается формулой *Расскажите...* Приведем некоторые другие популярные вводные вопросы.

“Что привело вас сюда?”

“Чем я могу вам помочь?”

“Может быть, вы для начала расскажете о себе или вашем положении то, что считаете важным?”

“Как ваши дела?”⁴

“Что вас в последнее время беспокоит, как вы с этим боритесь?” (*Shea, 1998*)

Рассматривая эти вводные вопросы, подумайте, как бы вы отреагировали на них на месте клиента. Может быть, вам понадобится опробовать их в ролевой игре или учебных интервью. Вводный вопрос интервьюера определяет, как клиент начнет говорить о себе и своих проблемах, поэтому вам нужно хорошо продумать его составляющие. Например, если вы хотите узнать у клиента о факторах стресса и используемых им способах совладания с ним, можно использовать формулу С. Шея (*ibid.*). Формула А. Айви (*Ivey, 1988*) имеет более социальный характер и менее формальный, даже в какой-то мере светский стиль. Вопрос “Чем я могу вам помочь?” выражает предположение интервьюера, что клиент нуждается в помощи и что вы станете для него помощником. Ни одна из этих формул, конечно же, не может считаться совершенно недирективной. Цель вводного вопроса — помочь клиенту свободно заговорить о своих личных проблемах, которые побудили его обратиться за профессиональной помощью.

Реакция клиента на вводный вопрос

После того как вы задали вводный вопрос, интервью фокусируется на клиенте. Как отреагирует клиент? Примет он ваш вводный вопрос и сразу ответит на него, будет колебаться, долго подыскивая слова, или ему понадобятся дополнительные указания? Как мы уже говорили, некоторые клиенты приходят на интервью, ожидая авторитарного руководства, поэтому общие и недирективные вводные вопросы могут сбить их с толку. Обычно первый отклик клиента на вводный вопрос показывает вам, как он реагирует на неструктурированные ситуации вне терапии. Некоторые интервьюеры полагают, что этот первый отклик существенно важен для понимания личностной динамики клиента.

⁴ *Весьма неудачный вводный вопрос — на него и в англоязычной, и в нашей культуре принято отвечать стандартно: “Спасибо, хорошо”. — Прим. ред.*

Отрепетированные ответы клиента

Порой ответ клиента может навести вас на мысль о том, что он заранее отрепетировал эту часть интервью. Например, наши клиенты иногда давали такие ответы.

“Давайте я начну с самого детства”.

“В настоящее время мои симптомы таковы...”

“Сейчас в моей жизни есть три проблемы, которые мне трудно разрешить”.

“Причина моей депрессии в том, что...”

Работа с клиентами, которые заранее готовят свой ответ, имеет как преимущества, так и недостатки. Главное преимущество состоит в том, что эти клиенты проанализировали свои проблемы и пытаются сразу же говорить по существу. Если они обладают достаточными аналитическими способностями и четко понимают, почему нуждаются в помощи специалиста, ваша задача существенно облегчается и клиническое интервью будет продвигаться успешнее.

С другой стороны, когда ответ клиента на вводный вопрос отличается излишней прямоотой и организованностью, это может означать то, что С. Шей назвал “отрепетированным интервью” (*Shea, 1998, p 76*). В таких ситуациях клиенты могут использовать предварительно заготовленные ответы как средство защиты или сопротивления. Они могут давать содержательные и информативные, но в то же время эмоционально сдержанные описания своих проблем. При этом сама эмоциональная сдержанность может быть главной причиной их проблем (например, клиент не может установить близкие отношения с дорогим для него человеком). Очень организованный и прямой ответ на вводный вопрос интервьюера иногда отражает общий дискомфорт клиента в неструктурированных ситуациях — клиент может реагировать на неструктурированные вводные вопросы излишней структурированностью и организованностью.

Помощь клиентам, испытывающим затруднения при самовыражении

Некоторым клиентам сложно отреагировать на вводный вопрос, так как он не содержит достаточно ясных указаний и клиенты не понимают, что они должны говорить. Представьте, например, что ваш клиент молчит, напряженно смотрит на вас и наконец спрашивает: “Так о чем я должен говорить?” или “Я не понимаю, чего вы от меня добиваетесь”. Если неструктурированный вводный вопрос вызывает у вашего клиента дискомфорт, попробуйте предпринять следующие действия.

1. Выразите внимание и приязнь с помощью позы и мимики, но позвольте клиенту побороться с собой несколько мгновений (чтобы выявить его стратегию решения проблем).

2. Окажите эмоциональную поддержку, упомянув о трудности задачи.
3. Предоставьте дополнительную структуру.

Несколько секунд, в течение которых клиент пытается справиться с неструктурированным вводным вопросом, позволят оценить способность клиента к самовыражению. Если клиент реагирует на вводный вопрос собственным вопросом (“А о чем мне говорить?”), доброжелательно скажите ему: “О чем считаете нужным”. Это налагает на клиента ответственность за адекватное начало интервью и служит прекрасной проверкой его способности к самовыражению. По сути, вам становится понятно, насколько клиент нуждается в помощи для самовыражения.

Есть и другая причина предоставить клиенту попытку самостоятельно справиться с неструктурированным вводным вопросом — это позволит ему оправиться от неудачного старта и найти адекватный способ начать беседу с вами. Если ваша помощь будет преждевременной, вы не дадите клиенту возможности продемонстрировать свою способность выходить из трудных положений и самовыражаться. Возможно, клиент просто несколько медлителен — а это уже важная информация.

Если и вторая попытка клиента выразить себя не удастся или ваш неструктурированный вводный вопрос явно начинает его раздражать, вы должны поддержать его морально.

Клиент: Нет, я все-таки не знаю, с чего начать.

Интервьюер: Иногда трудно понять, о чем хотелось бы рассказать, но стоит только начать — и дело пойдет.

Этим утверждением интервьюер признает, что клиенту трудно сделать первый шаг, и дает надежду на то, что в дальнейшем процесс интервьюирования будет проходить легче или более плавно.

Наконец, если вы видите, что ваш клиент, судя по всему, просто не способен начать свой рассказ самостоятельно, нужно ему помочь, обеспечив дополнительную структуру.

Клиент: Но я все-таки не понимаю, о чем мне говорить.

Интервьюер: Можете для начала рассказать о том, все ли у вас в порядке в семье (на работе, в школе).

Определяя и сужая тематику разговора, интервьюер предоставляет дополнительную структуру и облегчает задачу клиента. В некоторых случаях для того, чтобы помочь клиенту выразить себя, может потребоваться еще более жесткая структура (например: “Может, для начала вы расскажете, как прошел сегодняшний день?”).

Другие отклики клиента на вводный вопрос

Некоторые клиенты начинают беседу весьма необычно, что заставляет интервьюера задуматься о “нормальности” их состояния. Представьте, что ваш клиент начинает разговор следующим образом.

“Я пришел, потому что те, другие, направили меня к вам. Вы будете моим свидетелем”.

“Вы же врач, вот вы и скажите мне, что со мной не так”.

“Меня привел сюда всемилостивейший Аллах. Можно прочитать молитву перед тем, как мы начнем?”

“Глубоко внутри меня живет боль. Иногда она захлестывает меня, как волна. Я, конечно, не воплощение добродетели, но иногда спрашиваю себя: “Чем я заслужил эту кару?”

Оценка нормальности клиентов — трудная и ответственная задача, требующая зрелого клинического суждения. Мы будем подробнее рассматривать процедуры психологической диагностики позже в этой главе, а также в главе 8.

Идеальные отклики клиентов на вводный вопрос обычно отражают осмысленность и указывают на начало рабочего альянса, например:

“Я не совсем уверен, почему я пришел сюда или почему именно сейчас. В последнее время на работе мне не удается справиться со стрессом, и это влияет на мою семейную жизнь. Наверное, я начну рассказывать о семье и о работе, а вы скажете, то ли я говорю, что вам нужно обо мне знать, или нет”.

Оценка вербального поведения клиента в начале клинического интервью

По мере продвижения клиента вперед вам следует оценивать его подход и соответственно модифицировать свои отклики. Например, если клиент разговорчив и перескакивает с одной темы на другую, вы должны быть готовы вмешаться, как только представится такая возможность (или самому ее создать). Когда вы работаете с клиентами этого типа, для завершения начала интервью вам могут понадобиться дополнительные средства, чтобы контролировать их вербальное поведение. Чтобы направить чрезмерно разговорчивого клиента, можете использовать более закрытые вопросы.

Вы увидите, что некоторые клиенты используют внутреннюю систему координат для описания своих проблем. Например:

“Не понимаю, что со мной творится. Я все время чувствую беспокойство... словно кто-то смотрит на меня со стороны и осуждает, но я знаю, что это не так. И еще я чувствую себя таким подавленным. У меня ничего не получается. Я не могу найти достойную работу. Я не могу нала-

дить нормальные отношения с людьми. Мне все время попадаются не те женщины, которые мне нужны, и вообще — какая нормальная женщина может мной заинтересоваться?”

Такие клиенты с *интернальным локусом контроля*⁵ склонны к самокритике и самобичеванию. Начав критиковать себя, они могут не останавливаться до конца клинического интервью. Этих людей называют *интерналами*, поскольку они видят причины проблем в самих себе. Они как бы говорят: “Что со мной не так?” или “Я себя так чувствую, потому что со мной творится что-то неладное”.

Других клиентов, наоборот, уместнее назвать *экстерналами*. Их сообщение звучит по-другому: “Что с ними не так?” или “Что-то не в порядке с теми, кто меня окружает”. Например, клиент может начать следующим образом:

“Вся проблема в моем начальнике. Он груб, заносчив и глуп. Вообще, люди такие бесчувственные. Наверное, моя жизнь наладилась бы, если бы мне не нужно было иметь дело с другими людьми”.

Люди с *экстернальным локусом контроля* склонны считать, что в происходящих с ними неприятностях виноваты другие. Хотя в их жалобах, возможно, есть доля правды, клиницисту может быть трудно заставить их принять на себя ответственность и объективно оценить собственные чувства, мысли и поведение.

В действительности проблемы клиентов порождаются комбинацией личностных (внутренних) и ситуативных (внешних) факторов. Очень полезно проанализировать, особенно в начале интервью, склонны или не склонны клиенты принимать на себя ответственность за свои проблемы (см. врезку “Индивидуальное и культурное б.1”).

Выражает ли себя клиент прямо и последовательно?

Не выглядит ли его ответ на вводный вопрос излишне структурированным, организованным и, возможно, предварительно отрепетированным?

Испытывает ли клиент чрезмерные трудности при ответе на недостаточно структурированный вводный вопрос?

Если клиенту действительно трудно справиться с недостатком структуры, в какой форме это выражается (т.е. он прямо просит вас о дополнительной информации, злится, пугается, начинает говорить что-то нечленораздельное)?

⁵ Концепция локуса контроля разработана Дж. Роттером. Локус контроля означает группу субъективных мнений или убеждений относительно связи между поведением и его последствиями в форме наград или наказаний. — Прим. ред.

Индивидуальное и культурное 6.1

Проблемы клиентов и роль общества

То, что проблемы клиентов должны рассматриваться в социальном и культурном контексте, — неоспоримый факт. Высказывая эту мысль, в частности для семейной терапии, И. Гольденберг и Х. Гольденберг (*Goldenberg & Goldenberg, 2000*) описывают открытия, которые сделал Сальвадор Минухин — выдающийся специалист в этой области (*Minuchin, Rossman, & Baker, 1978*).

Когда Минухин и его коллеги начали накапливать экспериментальные и клинические данные для нового определения проблемы семейных отношений, стала возможной успешная терапевтическая интервенция, затрагивающая семью в целом. Круг дальнейших исследований расширился, включая наблюдение за детьми, страдающими хронической астмой, а также детьми с невротической анорексией⁶. Дополнительные данные укрепили Минухина во мнении, что источник патологии следует искать в контексте семьи, а не только в страдающем индивиде (*Goldenberg & Goldenberg, 2000, p. 197*).

С. Минухин говорил о том, как важно рассматривать симптомы отдельного клиента в семейной перспективе. “Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам”, четвертая редакция (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-IV-TR*), напротив, хотя и включает раздел о культурных аспектах для каждой основной диагностической категории, продолжает усматривать локализацию этих расстройств исключительно в самом индивиде (*American Psychiatric Association, 2000*).

Тем, кто знаком только с этими двумя точками зрения — *DSM-IV-TR* и Минухина, — может показаться, что они являются диаметрально противоположными проявлениями концептуального континуума индивидуальной ответственности клиента за свои проблемы. В действительности как *DSM-IV-TR*, так и точка зрения Минухина представляют собой относительно “умеренные” подходы к этиопатологии. Более радикальные взгляды были высказаны биологической психиатрией (согласно которым причина психических расстройств находится не просто в самом индивиде, но заложена в его генах (*Toates, 2001*)).

На другом полюсе находится концепция британского психолога Дэвида Смейла (*Smail, 1997; 2000*), который считает культуру причиной психопатологических симптомов индивида.

Эмоциональные страдания происходят от мучительной борьбы с миром действительности, которая причиняет реальный и зачастую долговре-

⁶ Невротическая анорексия — отсутствие аппетита, возникающее при неврозах в связи с перевозбуждением коры головного мозга, чаще психогенно. — Прим. ред.

менный ущерб. Жизнь нелегка, и очень немногие из нас проходят ее, не будучи отмеченными теми событиями, которые, как бы мы к ним ни относились и в каком бы свете ни пытались их видеть, оставляют нас в худшем положении, чем мы надеялись. Ограничения психологического консультирования в его возможностях реально воздействовать на социальные, экономические и медицинские проблемы, способные подорвать уверенность индивида в себе и его способность противостоять трудностям, очевидны. Что действительно помогает в таких обстоятельствах, так это возможность найти силы для самостоятельного решения проблем.

Исследуя причины “психических расстройств”, можно отметить по меньшей мере четыре точки зрения в упомянутом континууме ответственности клиента. Конечно, биологически ориентированные психиатры могут даже опротестовать сам термин *психическое расстройство* как неточный (в пользу более точного термина *психическое заболевание*). В то же время другие специалисты, например тот же Дэвид Смейл или Томас Заз (*Szasz, 1961*), будут возражать, что такого явления, как психическое заболевание, просто не существует. Вот краткое описание четырех точек зрения на этиологию психических/поведенческих отклонений.

Биологическая психиатрия

DSM-IV-TR

С. Минухин

Д. Смейл

Биологическая психиатрия	<i>DSM-IV-TR</i>	С. Минухин	Д. Смейл
Проблемы клиентов — продукт их индивидуальной генетики и биологической конституции	Проблемы клиентов заключены в них самих, однако иногда провоцируются или поддерживаются социальными и культурными факторами	Источник проблем клиентов следует искать в основном в контексте семьи и окружения	Проблемы клиентов имеют исключительно социальное, культурное и политическое происхождение

Ваши взгляды на ответственность клиента за его проблемы (это относится и ко многим другим аспектам интервьюирования) несомненно повлияют на ваши действия. Найдите время, чтобы проанализировать (или обсудить с коллегами) свое местонахождение в континууме ответственности клиента.

Заметны ли в речи клиента какие-либо странности?

Ссылается ли клиент в своем ответе на экстернальные (других людей, ситуацию) или интернальные (действия самого клиента) факторы?

В табл. 6.2 обобщаются задачи интервьюера в начале клинического интервью.

Таблица 6.2. Задачи интервьюера в начале клинического интервью

Задачи интервьюера	Технический прием
1. Продолжать работу над установлением эмоционального контакта	Недирективное слушание
2. Сосредоточиться на восприятии клиентом своей жизни и проблем	Открытые вопросы, мягкое понуждение
3. Обеспечить поддержку и структуру, если необходимо	Отражение чувств, разъяснение цели начальной стадии клинического интервью, сужение первоначально открытого вопроса
4. Помочь клиенту принять интернальный, а не экстернальный локус контроля, если необходимо	Недирективное слушание, мягкая конфронтация
5. Оценить ход клинического интервью и обдумать наиболее эффективные подходы для его основной части	Перефразирование, обобщение, введение в роль

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

Основная часть клинического интервью характеризуется прежде всего сбором информации. Качество и количество собранной информации почти на 100% определяется целью клинициста. С. Шей утверждает: «Как и у китайского художника, цели интервьюера меняются на протяжении основной части клинического интервью в зависимости от различных терапевтических ситуаций, с которыми он сталкивается» (*Shea, 1998, p. 93*). Иногда цель интервью определяет терапевтическую ситуацию; но порой, как подметил Шей, терапевтическая ситуация определяет клинические цели.

Допустим, цель определенного интервью связана с выяснением пригодности клиента для психоанализа. Тогда основная часть интервью будет включать вопросы, которые помогут вам выяснить среди прочего, настроен ли, мотивирован и способен ли (как в финансовом, так и в психологическом отношении) клиент к данной форме терапии (*Gustafson, 1997*). Если же цель интервью — поставить клинический диагноз и составить терапевтический план, собираемая информация будет относиться больше к диагностическим ориентирам и критериям (подробнее об этом — в главе 10). Однако цель или ориентация основной части интервью может меняться в зависимости от характера предоставленной клиентом информации. Например, в середине интервью вы можете обнаружить, что ваш клиент задумал покончить с собой; соответственно, вашей главной задачей становится диагностика суицидального риска (подробнее — в главе 9).

Основная часть — сердце клинического интервью. Ваша обязанность как интервьюера — сформулировать диагноз и дать соответствующие рекомендации. Вы внимательно слушаете, чтобы собрать необходимую информацию, используете недирективные и директивные отклики, описанные в предыдущих главах, чтобы поощрить клиента к более детальному развитию некоторых тем.

Источники клинического суждения: умозаключения

На протяжении основной части интервьюер собирает информацию, чтобы прийти к определенным умозаключениям относительно клиента. В зависимости от цели клинического интервью эти умозаключения могут определять следующие действия интервьюера:

- утверждения о личностном стиле и функционировании клиента;
- рекомендации относительно необходимости психотерапии (или отсутствия такой необходимости);
- рекомендации относительно наиболее уместного психотерапевтического подхода;
- утверждения относительно диагноза клиента, диагностические впечатления интервьюера;
- оценку интеллектуального или когнитивного функционирования клиента;
- утверждения относительно способности к обучению, установок и их адекватности;
- утверждения относительно возможной субстанциональной зависимости, прошлой противозаконной деятельности, а также прошлого опыта работы, учебы и взаимоотношений с окружающими.

Рискованно делать утверждения, давать рекомендации, оценивать или составлять прогнозы на основании единственного клинического интервью. Описание, объяснение и особенно прогнозирование человеческого поведения — трудная задача, зачастую чреватая ошибками (*Caspi & Roberts, 2001; Raunonen, 2001*). Тем не менее, после проведения диагностического интервью от клинициста часто ожидают определенных утверждений или даже решений относительно клиента. Поэтому цель следующего раздела — помочь вам делать более точные заключения о функционировании клиентов. В главе 7 мы обсудим конкретные виды деятельности, которые применяются в основной части интервью для оценивания клиента.

Определение психологических и эмоциональных расстройств

Каждый интервьюер должен отличать нормальное, здоровое эмоциональное или психологическое функционирование от нарушенного или ненормального функционирования (дополнительную информацию можно найти во врезке “Индивидуальное и культурное 6.2”).

Стандартный справочник для диагностирования психических расстройств, используемый психиатрами США, — *DSM-IV-TR*. Всемирный стандарт классификации психических расстройств — “Международная классификация болезней”, 10-е издание (*International Classification of Diseases — ICD-10; World Health Organization; 1997a, 1997b*). Однако прежде чем использовать эти справочники для установления клинических диагнозов, вы должны научиться определять, свидетельствует ли вообще поведение клиента о каком-либо расстройстве психики (мышления, чувств или поведения) или нет. Ниже мы приводим общие стандарты для выявления расстройств. Это не диагностические критерии. Это общие принципы, которые помогут вашему клиническому суждению о нормальном и аномальном поведении (подход *DSM-IV-TR* к определению и выявлению психических расстройств обсуждается в главе 10).

Статистическая частотность

Любое поведение, которое демонстрируется или переживается клиентом, становится предметом объективной оценки. Статистически редкое или нетипичное поведение — один из показателей поведенческих расстройств, или психопатологий. Например, клиент может рассказывать вам о том, сколько часов он спит ежедневно или сколько бутылок пива он выпивает за неделю. В каждом случае вы сравниваете эти показатели со статистической нормой. Если клиент говорит, что он спит по 12 часов в сутки и выпивает три ящика пива в неделю, вы можете сделать вывод о необычном или аномальном поведении.

Безусловно, не всякое атипичное поведение говорит о психическом расстройстве. В противном случае можно было бы объявить всех необычных, творческих или отличающихся своей культурой людей (спортсменов, поэтов, художников и т.д.) психически ненормальными. Поведение не может быть индикатором психического расстройства только потому, что оно статистически редкое. Клиентов с нетипичным поведением следует исследовать с помощью следующих критериев.

Индивидуальное и культурное 6.2

Источники клинического суждения

Вероятно, самый важный вопрос, на который должен ответить клиницист, звучит следующим образом: “Чем нормальное и здоровое эмоциональное или психологическое функционирование отличается от нарушенного или аномального?” Есть несколько источников, на основе которых интервьюер строит свои клинические суждения, в том числе:

- специальное образование и опыт;
- личный опыт и взгляды;
- опыт и взгляды друзей и родственников;
- книги, фильмы, телевидение, радио и другие средства массовой информации;
- супервизоры;
- данные исследований;
- культурное происхождение и опыт;
- коллеги;
- прошлый опыт клинического интервьюирования;
- “Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам”, четвертая редакция (*DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000*);
- интуиция.

Чтобы интервьюер мог сформировать правильное клиническое суждение о клиентах, ему нужно знать показатели, которые считаются нормой. Другими словами, нужен нормативный стандарт, который служит эталоном поведения клиента.

Во многих случаях при оценке поведения клиента интервьюер полагается на свой профессиональный опыт. Хотя опыт клинической деятельности может быть полезен, он также может ввести интервьюера в заблуждение, поскольку каждый специалист обладает определенными идиосинкразическими предубеждениями, которые искажают его суждения (*Binik, Cantor, Ochs, & Meana, 1997; Murphy & Davidshofer, 1998*). Кроме того, память клинициста несовершенна, и это может усугубить предубеждения или вызвать искажения восприятия. Большинство начинающих интервьюеров не имеют клинического опыта или усвоенных стандартов, которые могли бы помочь им в оценке клиентов. Начинающие интервьюеры должны опираться на другие источники информации для обоснования своих суждений.

Для начинающих интервьюеров очень заманчиво строить суждения на личном опыте. Однако умозаключения будут более правильными, если клиницист использует данные научных исследований, мнения коллег и супервизоров. Мы рекомендуем вам проанализировать, какими именно нормами вы руководствуетесь при вынесении клинического суждения. Знание норм функционирования поможет вам прийти к более обоснованным выводам о наличии аномального или дисфункционального поведения.

ВРЕД ДЛЯ СЕБЯ ИЛИ ОКРУЖАЮЩИХ

Индивид может спать 12 часов в сутки, выпивать три ящика пива в неделю и при этом прекрасно себя чувствовать. Другие люди могут чувствовать себя очень плохо, если проспят больше восьми часов или они выпьют больше обычного. Нелегко предсказать, какие модели поведения могут вызвать страдания определенных людей. Поэтому интервьюер должен прямо спрашивать клиентов, не вызывает ли проблем их поведение.

Психические расстройства отличаются тем, что могут также служить источником страданий или проблем для других людей. Большинство членов семьи будут хоть в какой-то мере обеспокоены, если близкий им человек будет все время спать или постоянно находиться в состоянии алкогольного опьянения. В случае личностных расстройств (одна из диагностических категорий *DSM-IV-TR*) испытывающий страдания человек становится также источником проблем для людей, которые с ним живут или работают, в результате чего они часто настаивают на его лечении. Поэтому, оценивая клиента на предмет наличия поведенческих расстройств, обязательно спросите, не мешает ли его поведение окружающим.

НЕАДАПТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Если индивиды часто действуют себе во вред, у них сложились такие представления о себе, которые могут им навредить, или же они постоянно испытывают негативные эмоции, то, как правило, это считается симптомами психического или поведенческого расстройства. Обычно подобные чувства, мысли и действия играют определенную роль в жизнедеятельности человека, однако по большей части эти модели негативны, или дисфункциональны. Например, отец искренне хочет научить сына-подростка аккуратности, чтобы в его комнате был порядок. Однако постоянные упреки и морализаторство могут разрушить взаимоотношения отца и сына, да и в комнате по-прежнему не будет порядка. Наш опыт показывает, что крики и физическое наказание детей, особенно подростков, — неадаптивное поведение, в том смысле, что оно не способствует достижению поставленных целей. Подобным образом, мужчина может искренне хотеть построить близкие отношения с женщиной, однако его слишком явный энтузиазм может насторожить потенциальную партнершу и помешать их сближению. Намерение мужчины позитивно, однако его подход неадаптивен, он отпугивает потенциальную партнершу и в результате усугубляет одиночество. По определению, поведенческая модель считается неадаптивной, если она мешает эффективному профессиональному, социальному, физическому функционированию или полноценному отдыху человека.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ИЛИ КУЛЬТУРНАЯ ОПРАВДАННОСТЬ

Если клиент проявляет необычное или неадаптивное поведение, мышление или чувства, вам следует выяснить, нет ли этому какого-либо разумного оправдания. Возьмем, например, случай с одним из наших клиентов. Он заявил о неспособности его жены определять, когда она голодна и когда ей хочется спать. Клиент считал, что отныне он должен заставлять ее есть или спать, когда, по его мнению, у нее возникнет в этом потребность. Подумайте над этой ситуацией. Может ли быть какое-либо рациональное оправдание тому, что мужчина заставляет свою жену есть и спать? В этом случае нужно было выяснить, может ли его супруга сама о себе позаботиться. Мы задали клиенту несколько вопросов. Сколько лет его супруге? Способна ли она работать или нормально выполнять другие функции? Не страдает ли она болезнью Альцгеймера или другим заболеванием мозга? Можно было бы попросить клиента рассказать, почему его супруга не может самостоятельно судить о необходимости приема пищи или сна. В данном случае ответы клиента прояснили ситуацию. Его жена ходила на работу. У нее не было какого-либо известного заболевания или мозговой травмы. Клиент считал ее неспособной самостоятельно контролировать потребность в пище и сне по той причине, что у жены был “умственно отсталый” брат. Поэтому, заключил клиент, у нее была подобная генетически обусловленная патология (хотя она была абсолютно полноценным человеком).

В данной ситуации после проведения детального интервью стало очевидным, что клиент ведет себя необычно. Его поведение было рационально неоправданным (его жена могла о себе позаботиться), статистически несчастным (не многие люди считают, что должны следить за сном и приемом пищи своих супругов), неадаптивным (вело к кризису супружеских отношений) и мешало окружающим (его жене).

Осталось выяснить, нет ли каких-либо оправданий или объяснений поведению клиента с точки зрения культуры. Подумайте об этом критерии. Могут ли быть какие-либо культурные ситуации, в которых такое поведение, довольно авторитарное, было бы адекватным? Мы подробнее рассматриваем культурный аспект при определении психических расстройств во врезке “Индивидуальное и культурное б.1”, а также в главе 13.

Преыдушие критерии могут применяться почти в любой ситуации клинического интервьюирования. Например, если во время интервью клиент проявляет симптомы депрессии или грусти, постарайтесь ответить на следующие вопросы.

Выглядит ли подавленность этого человека необычной или чрезмерной по сравнению с эмоциональным состоянием большинства людей в подобных жизненных обстоятельствах?

Беспокоит ли клиента его эмоциональное состояние? Причиняет ли оно беспокойство людям, окружающим клиента?

Не оказывает ли подавленность клиента негативного воздействия на его способность работать, участвовать в межличностных отношениях или получать удовольствие от развлечений?

Существует ли рациональное объяснение угнетенному состоянию клиента? Другими словами, не было ли какого-то события, логически связанного с его нынешним состоянием (например, безответная любовь, смерть близкого человека)? Имеется ли какое-либо объяснение состоянию клиента с точки зрения культуры?

Нельзя судить о наличии психического расстройства на основании какого-то одного из этих критериев. У каждого критерия есть свои недостатки и ограничения. Использование всего комплекса при изучении чувств, мыслей и поведения конкретного клиента даст вам более ясное представление о его нормальности или патологии.

Задачи интервьюера для основной части клинического интервью перечислены в табл. 6.3.

Таблица 6.3. Задачи интервьюера в основной части клинического интервью

Задачи интервьюера	Методы выполнения задачи
1. Перейти от недирективного слушания к более директивному	Введение в роль; при необходимости — обоснование изменения в стиле клинического интервью
2. Собирать информацию	Открытые и закрытые вопросы (подробнее — в главе 8)
3. Получить диагностическую информацию	Использование <i>DSM-IV-TR</i> и <i>ICD-10</i> или четырех основных принципов, упоминаемых в этой главе, для формулирования нужных вопросов
4. Перейти от сбора информации к подготовке к завершению клинического интервью	Предупреждение, что время подходит к концу; объяснение и выяснение необходимости подытожить основные вопросы

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

По мере того как проходит время клинического интервью, оба его участника могут почувствовать напряжение. Обычно интервьюер чувствует побуждение задать клиенту несколько более конкретных вопросов. Клиническое интервью может закончиться скомканно, если интервьюер попытается

втиснуть все, что нужно, в рамки 50- или 90-минутной встречи. Один из секретов плавного завершения — осознанно и квалифицированно прекратить сбор информации за пять–десять минут до истечения времени клинического интервью. С. Шей замечает: “Одной из самых частых проблем, с которой я встречаюсь при наблюдении за клиническими интервью, остается затягивание основной части, что заставляет интервьюера в спешке проводить завершающую часть” (*Shea, 1998, p. 130*).

По прошествии некоторого времени клиенты также могут почувствовать нарастающее напряжение. Они могут подумать, что не смогли должным образом выразить себя, или усомниться в том, что клиницист может оказать им помощь или дать полезные рекомендации. Кроме того, к концу интервью клиенты могут почувствовать себя хуже, чем в начале, поскольку они обсуждали свои проблемы слишком наглядно или просто потому, что они их вообще затронули. Поскольку клиенты склонны испытывать подобное напряжение и сомнения, интервьюеру следует оставлять достаточно времени для плавного завершения интервью.

Поддержка и ободрение клиента

Клиенты нуждаются в поддержке и ободрении интервьюера по меньшей мере в двух важных сферах. Во-первых, нужно хвалить способности клиентов выражать свои мысли и чувства. Все без исключения клиенты, которые обратились за профессиональной помощью по своей воле, делают во время приемного интервью все, на что они способны. Приемное интервью — не легкий опыт для клиента, часто вызывающий страх и беспокойство. Поэтому на заключительной стадии интервьюер должен поддерживать клиента такими замечаниями, как:

“Вы сегодня рассказали очень много важного”;

“Я вижу, что вы очень стараетесь сообщить самое важное о себе”;

“Первые клинические интервью всегда самые тяжелые, потому что нужно рассказать очень многое, а времени мало”;

“Я считаю, что вы проделали большую работу, рассказав о себе и своей жизни за такой короткий промежуток времени”;

“Спасибо, что были откровенны и многим поделились со мной”.

С помощью подобных комментариев интервьюер признает, что интервью сложнее, чем обычная социальная ситуация, и одобряет усилия клиента по выражению своих чувств и эмоций.

Во-вторых, большинство клиентов приходят на первую встречу с интервьюером с двойственными чувствами. Они испытывают одновременно надежду

и страх по отношению к предстоящему клиническому интервью и психотерапии. Поэтому интервьюеру следует поддержать решение клиента обратиться за профессиональной помощью, укрепляя его надежду. Например,

“То, что вы обратились в клинику, — правильное решение”.

“Хочу поздравить вас с тем, что решились прийти. Обратиться к кому-то за помощью может быть нелегко. Я знаю, что некоторые люди думают совсем наоборот, но я уверен, что решиться на это — признак силы, а не слабости”.

С помощью таких слов клиницист признает действительную трудность обращения за профессиональной помощью. Поддержка помогает клиенту увериться в том, что его решение обратиться к специалисту было верным.

В некоторых случаях клиенты ведут себя недоверчиво и не открываются интервьюеру. Тем не менее, будучи профессиональным интервьюером, вы должны понимать и признавать, что клиенты стараются с вами сотрудничать. Можно упомянуть трудность стоящей перед клиентом задачи или заметить, что клиенту, по всей видимости, не хотелось много говорить о себе, однако постарайтесь воздержаться от проявлений гнева и разочарования по поводу сопротивления или недоверчивости клиента. Если клиент сопротивляется, сохраняйте оптимизм:

“Я знаю, что сегодня вам трудно было со мной разговаривать. Это нормально — в конце концов, мы едва знакомы. Как обычно, когда пройдет какое-то время и мы лучше узнаем друг друга, вам будет легче”.

Обобщение важных тем и вопросов

Как указывает С. Шей, возможно, самой важной задачей заключительной части выступает “упрочение желания пациента прийти снова или последовать рекомендациям клинициста” (*Shea, 1998, p. 125*). Один из самых эффективных методов, повышающих вероятность возвращения клиентов на терапию, — четко определить во время заключительной части, по каким именно причинам клиент обратился за профессиональной помощью. Это может быть трудно, потому что порой сами клиенты не знают точных причин своего обращения к специалисту. Клиницисты могут использовать различные вариации следующего утверждения.

“Исходя из того, что вы сегодня говорили, можно сказать, что вам хочется чувствовать себя более раскованно в повседневном общении с людьми. Вы хотели бы воспринимать себя более позитивно. По-моему, вы сказали, что вам хочется верить в себя. Еще вы говорили о том, что хотите разобраться в своих чувствах и добиться большей эмоциональной близости с дорогими для вас людьми”.

Большинство клиентов обращаются за профессиональной помощью в надежде на то, что их жизнь улучшится. Если вы сможете обобщить, в чем именно, по мнению клиента, будет состоять это улучшение, вероятность его возвращения или выполнения ваших рекомендаций возрастет, он будет воспринимать вас как заслуживающего доверия, авторитетного специалиста, располагающего важной информацией и навыками.

Обнадеживание клиентов

Если это уместно, после обобщения причин, по которым клиент обратился за профессиональной помощью, следует сказать о возможности психологического консультирования или психотерапии помочь клиенту преодолеть свои трудности и разрешить проблемы. Можно просто сказать несколько коротких, но обнадеживающих слов: “Хочу, чтобы вы знали, — я уверен, что психотерапия вам поможет” (*Spitzform; Personal Communication, October 1982*).

В определенном смысле, если наше клиническое суждение подсказывает, что терапия может помочь определенному клиенту, в нашу задачу входит донести до него эту уверенность. В конце концов, большинство клиентов несколько наивно воспринимают потенциальную пользу (и вред) психотерапии. Наша обязанность — сообщить им о действенности психотерапии:

“Вы сказали, что хотите чувствовать себя лучше, и я думаю, что психотерапия поможет вам приблизиться к этой цели. Конечно, не каждый, кто приходит на психотерапию, получает от нее значительную пользу. Но большинство людей, которые используют психотерапию с целью улучшения своей жизни, добиваются успеха. Я считаю, что вы относитесь именно к тем людям, которые имеют все шансы получить от психотерапии хорошие результаты”.

Руководство клиентом и наделение его полномочиями

Вы провели 35 или 40 минут с человеком, которого никогда прежде не встречали, узнавая о самых потаенных его страхах, страданиях, проблемах и затруднениях. Вы надеетесь, что слушали внимательно, по ходу делали обобщения, в случае необходимости направляли клиента, подводя его к особенно важным вопросам. Независимо от меры своей толерантности вы как бы берете на себя роль судьи, рассматривая личность клиента, его проблемы, его жизнь. Независимо от того, насколько хорошо вы выполняли функции интервьюера, ваш клиент может по-прежнему болезненно воспринимать некоторую односторонность общения. В конце концов, вам уже довольно много известно о клиенте, а он о вас почти ничего не знает. Поэтому часто может быть полезно сместить фокус беседы и предоставить

клиенту больше власти и контроля перед завершением интервью. Делать это можно с помощью следующих формул.

“Я спросил вас обо всем, что меня интересовало. Может, у вас есть какие-то вопросы ко мне?”

“Наша встреча прошла так, как вы и предполагали?”

“Может, вы чувствуете, что мы что-то забыли, или есть вопросы, которые нужно было бы обсудить подробнее?”

Такие вопросы помогают клиенту снова обрести контроль над ситуацией. Как указывают Р. Фоули и Б. Шарф (*Foley & Sharf, 1981*), несмотря на важность сохранения контроля при завершении интервью, необходимо также поделиться этим контролем с клиентом. Как правило, клиенты не задают много вопросов и не вдаются в обстоятельные комментарии. Однако наш опыт показал, что они позитивно реагируют на такие предложения. Кроме того, вопросы и комментарии клиентов могут помочь нашему профессиональному росту.

Улаживание формальностей

Последняя формальная задача интервьюера — выяснить, намечается ли дальнейший профессиональный контакт с клиентом. Если да, то интервьюер должен предпринять соответствующие действия — назначить дополнительные встречи, договориться с клиентом об оплате и выполнить другие административные процедуры, обусловленные спецификой работы. Задачи интервьюера в заключительной части клинического интервью перечисляются в табл. 6.4.

Таблица 6.4. Задачи интервьюера в заключительной части клинического интервью

Задачи интервьюера	Метод выполнения задачи
1. Ободрить и поддержать клиента	Отражение чувств, валидизация чувств; открытое одобрение усилий клиента выразить свои мысли и чувства
2. Подытожить самые важные темы и вопросы	Обобщение; использование интерпретации для определения рассудительности клиента и способности интегрировать темы и проблемные вопросы
3. Обнадежить клиента	Убеждение, объяснение процесса консультирования и его пользы
4. Осуществлять руководство клиентом и наделять его полномочиями	Вопросы; предложение клиенту высказать свои комментарии или спросить о том, что его интересует
5. Уладить формальности	Выяснить характер дальнейшего контакта, если таковой намечается, и назначить следующую встречу

ОКОНЧАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

Некоторые профессионалы считают, что с окончанием каждого клинического интервью мы переживаем смерть в миниатюре (*Maholick & Turner, 1979*). Подобное сравнение несколько драматично, но оно показывает, какое важное значение имеет завершение любого дела. Одним людям трудно сказать слова прощания. Другие просто уходят, ничего не говоря. Некоторые медлят, надеясь оттянуть прощание. Четвертые проявляют сильные эмоциональные реакции — гнев, печаль, радость. Конечно, по отношению клиента к окончанию интервью можно предсказать, как закончится психотерапия. Оно может также представлять конфликты клиента или наши собственные конфликты, связанные с расставанием. Окончание — важный компонент клинического интервьюирования, которым часто пренебрегают.

Контроль времени

Хотя клиницисту не следует демонстративно смотреть на часы, он, тем не менее, должен следить за своевременным окончанием клинического интервью. Очень важно вовремя перейти к заключительной части интервью, чтобы осталось время для плавного его завершения. Если не хватит времени и заключительная часть получится скомканной, это может негативно сказаться на окончании. В идеале, следует завершать все клинические задачи вовремя, чтобы иметь возможность наблюдать и оценивать поведение клиента при окончании интервью. Когда приходит время закончить встречу, клиенты часто начинают думать, чувствовать и вести себя таким образом, который дает восприимчивому интервьюеру ключи к пониманию терапевтических проблем, психопатологии и диагноза клиента (см. врезку “От теории к практике 6.2”).

Как направлять или контролировать окончание клинического интервью

Интервьюеры должны контролировать окончание клинического интервью. При этом обе стороны признают, что встреча завершена. Интервьюер должен проводить клиента до двери, сопровождая окончание встречи адекватными жестами или ритуалами прощания. Один из наших коллег при завершении клинического интервью всегда говорит: “Всего хорошего”, — доброжелательным голосом, но давая понять, что встреча закончена. Некоторые клиницисты назначают следующий сеанс, после чего завершают интервью фразой: “До следующей встречи”. Мы также не можем забыть (к большому сожалению) одну из наших коллег, которая, провожая клиента, высывала голову из кабинета и кричала ему вслед: “Держись, старик, не распускай сопли!”

От теории к практике 6.2

Интерпретация и понимание прощальных слов клиента

Слова, сказанные клиентом в самом конце интервью, уже когда он поднимается с кресла, чтобы уйти, подходит к двери или выходит из кабинета, называются *словами у двери*. Прочитайте приведенные ниже “слова у двери”, затем обсудите их потенциальное клиническое значение со своими коллегами.

- “Спасибо”. (Сопровождается рукопожатием или даже попыткой обнять интервьюера в конце каждого клинического интервью.)
- “Кстати, последние дни были такими из-за того, что я думал о самоубийстве”. (Иногда клиенты ждут до последней минуты, а потом уже сообщают о своих суицидальных наклонностях и т.п.)
- “Может, как-нибудь встретимся, выпьем кофе?”
- “Как здорово! Сейчас я себя намного лучше чувствую”.
- “Так когда я почувствую себя лучше?”

Вам стоит заранее подумать о том, как закончить встречу. Желательно также выбрать время, чтобы попрактиковаться со своими коллегами в разных способах завершения клинического интервью. Найдите удобный для себя способ заканчивать интервью плавно и уверенно.

В некоторых случаях клиенты захватывают контроль над окончанием интервью. Клиент может смотреть на часы, а затем за две, пять или даже 15 минут до окончания внезапно подняться и заявить что-то наподобие: “Ну, на сегодня хватит”. Очевидно, на каком-то этапе уместно выяснить, какими мотивами руководствуется клиент при досрочном окончании интервью. Как правило, время завершения интервью четко определено, и не следует позволять клиенту уходить раньше (хотя некоторые клиенты, особенно подростки, часто заявляют, что им больше не о чем говорить, и просят отпустить их). Если взрослый клиент хочет уйти раньше времени, это может означать приближение к важной, но болезненной для него теме. Желание уйти в таком случае может быть защитной реакцией — сознательной либо неосознанной, которая говорит о стремлении клиента избежать неприятных ощущений или обсуждения болезненных вопросов. При проведении интервью будьте готовы к тому, что некоторые клиенты захотят уйти раньше, а другие, наоборот, будут задерживаться. Есть несколько стратегий, которые можно применять (как отдельно, так и вместе) в случае, если клиент хочет закончить интервью раньше.

- Выясните у клиента, почему он хочет уйти раньше.
- Попросите клиента рассказать о его чувствах или мыслях по отношению к процессу интервью или лично к вам.
- Выясните, распространяется ли поспешный уход и прощание клиента на социальные ситуации вне интервью.
- Мягко попросите клиента сказать “все, что приходит в голову” в этот момент.
- Сверьтесь с заранее подготовленным планом и выясните, обсудили ли вы все потенциально важные вопросы, которые наметили.
- Сообщите клиенту, что торопиться некуда, например: “У нас еще есть время”, затем проведите заключительную часть интервью (о заключительной части интервью читайте в предыдущем разделе).

В исключительных случаях клиент может испытывать непреодолимое желание уйти. Конечно, никогда не следует удерживать его силой. Сообщите клиенту, что в будущем он сможет вернуться к вам или обратиться к другому специалисту. Например:

“Вижу, что вам очень хочется уйти прямо сейчас, несмотря на то, что у нас еще остается время. Ваше желание закончить встречу может означать, что вы уже обсудили все, что хотели, или же это может говорить о том, что вы не хотите углубляться в свои личные проблемы. Конечно, я не собираюсь вынуждать вас остаться, коль скоро вы решили уйти. Но я надеюсь, что вы сможете вернуться и снова встретиться со мной или с кем-то другим, если в будущем у вас возникнет потребность глубже обсудить какие-то вопросы”.

Своевременное окончание

Часто наши личностные качества влияют на то, как мы заканчиваем клинические интервью. Если нам присущи резкость и торопливость, это проявляется и в стиле прощания. Если мы не уверены в себе или сомневаемся в том, что все сделали правильно, мы можем медлить и “нечаянно” затянуть клиническое интервью. Если у интервьюера напористый характер, а клиент вместо окончания интервью захочет еще о чем-то вам сообщить, клиницист может проявить раздражение и применить “силовые методы” для завершения встречи.

Временные ограничения важны как в плане практического удобства, так и для интерпретации. Нужно вовремя начинать и заканчивать клинические интервью ради вашего собственного профессионального благополучия. На более глубоком уровне вы формируете представление клиента о том, что и терапия, подобно интервью, будет ограничена во времени и пространстве.

Вы не всеведущи, вас ждут другие клиенты, и дополнительное время не возместит всех трудностей, которые довелось пережить клиенту. Независимо от того, насколько удачно проходила встреча, она должна закончиться, и вам необходимо преодолеть попытки клиента изменить ее регламент.

Наш опыт показывает, что иногда чувство вины не позволяет студентам проявить твердость и вовремя закончить клиническое интервью. Они позволяют клиентам говорить и, таким образом, участвуют вместе с ними в нарушении правил. Этим они оказывают клиенту медвежью услугу, независимо от того, что тот может расценивать дополнительное время как особое к себе внимание или бонус. Ведь именно болезненная потребность в особом внимании может быть той основной проблемой, которой следует заняться. Жизнь не всегда бывает легкой и простой, так же как и окончание интервью или сеанса психотерапии, но если вы заканчиваете встречу в доброжелательной манере, своевременно и профессионально, вы тем самым сообщаете клиенту: «Я действую по правилам и уверен, что и вы можете их придерживаться. Я буду здесь на следующей неделе. Я хорошо к вам отношусь и хочу вам помочь, но я не волшебник и не могу изменить ради вас мир».

Список задач интервьюера при окончании клинического интервью приводится в табл. 6.5.

Таблица 6.5. Задачи интервьюера при окончании клинического интервью

Задачи интервьюера	Используемые методы
1. Следить за временем	Поставить часы так, чтобы они постоянно находились в поле зрения клинициста. Объяснить клиенту, что время почти истекло
2. Наблюдать за значимым поведением и словами клиента при окончании интервью	Перефразирование. Отражение чувств
3. Направлять или контролировать окончание интервью	Использование стандартной процедуры окончания. Доброжелательно и мягко сообщить клиенту об окончании интервью. Обсудить временные ограничения с клиентом
4. Закончить встречу	Интервьюеру — оценить собственную реакцию на завершение встречи. Не затягивать клиническое интервью

НАУКА КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ

В этой главе мы рассмотрели структурные модели проведения клинического интервью. Теоретически можно было бы сделать вывод, что если практиковать навыки клинического интервьюирования, описанные

в предыдущих пяти главах, а затем освоить структурную модель интервью, представленную в этой главе, вы успешно справитесь с работой интервьюера. Но так ли это на самом деле? И что мы подразумеваем под “успешным” клиническим интервью? Ответы на эти вопросы зависят, безусловно, от целей конкретного интервью. Например, если ваша задача — наладить контакт с клиентом и положить начало рабочему альянсу, тогда для успешной работы, по всей видимости, будет достаточно рассмотренных до сих пор навыков и моделей. Если же вам нужно оценить клиента на предмет потенциальной алкогольной или наркотической зависимости, готовности к переменам, сексуальных отклонений или общего состояния здоровья, тогда простого выполнения предписаний недостаточно для успешного проведения интервью. Как мы уже неоднократно упоминали, цель интервью определяет поведение интервьюера и варьируется в зависимости от ситуации, клиента, вашей теоретической ориентации и других факторов.

В течение многих лет клиническое интервью было объектом масштабных научных исследований. В целом, исследования были сосредоточены на двух основных сферах в зависимости от цели клинического интервью. Во-первых, клиническое интервью рассматривалось как метод сбора информации или диагностический инструмент. Во-вторых, клиническое интервьюирование рассматривалось как метод помощи или лечения клиентов, как особая техника консультирования или психотерапии. В следующем разделе и в главе 10 (в разделе о диагностике и составлении плана терапии) мы вкратце рассматриваем “научный статус” клинического интервьюирования как психодиагностической техники. Множество других источников описывают интервьюирование как психотерапевтическую технику (напр., *Hubble et al., 1999*).

Клиническое интервью как процедура сбора информации

Уже давно клиническое интервьюирование считается естественным, простым и удобным методом сбора информации. Интервью, в широком смысле этого слова, используют во всех сферах нашего общества. Например, когда отец хочет узнать у своей дочери-школьницы, что она делала в школе, он использует определенный формат интервью. Скорее всего, он сядет напротив и спросит: “Чем ты сегодня занималась в школе?” или “Ты узнала сегодня что-то новое?” В данной ситуации такой подход к интервью как технике сбора информации, скорее всего, с треском провалится (девочка ответит: “Ничем” или “Ничего”, затем включит телевизор или побежит к подружкам).

Однако клиническое интервьюирование — не единственный метод сбора информации о человеке. В некоторых случаях психиатры предпочитают

анкетирование, измерение физиологических параметров, проведение ролевой игры, непосредственное наблюдение за поведением клиентов в естественной обстановке. Например, для определения склонности к самоубийству используется *Suicidal Behaviors Questionnaire* (“Опросник для выявления суицидального поведения”) (Osman, Bagge & Gutierrez, 2001), для выявления сексуальных отклонений применяется плетизмограф⁷. Вернемся к отцу, который хочет узнать, чем занималась в школе его дочь, — он может позвонить ее учительнице или даже попросить дочь заполнить небольшую анкету.

Несмотря на то что существуют альтернативы клиническому интервьюированию, для большинства специалистов в сфере охраны психического здоровья оно представляет собой естественный и незаменимый инструмент сбора информации. Многие из нас не выбрали бы свою нынешнюю работу, если бы она не давала возможности того личного контакта и душевной близости с клиентами, которые возможны благодаря клиническому интервью. Однако до сих пор не утратил актуальности поставленный учеными вопрос: “Можно ли считать клиническое интервью надежным и действенным методом получения информации?” Как вы можете догадаться, ответ на этот вопрос сложен и зависит от типа информации, которую вы пытаетесь получить.

В 1954 году известный психолог Пол Мил опубликовал, как он потом говорил, “маленькую неудобную книгу” под названием *Clinical versus Statistical Prediction* (“Клинический прогноз против статистического”) (Meehl, 1954, 1986). Эта книга выражала довольно спорное на то время мнение о том, что тесты и анкеты точнее определяют особенности человеческого поведения и психики, чем клиническое интервьюирование и клиническая интуиция. Современная научная литература по психодиагностике и прогнозированию поддерживает революционные взгляды Мила (Garb, 1998; Karon, 2000). Статистические и компьютерные модели лучше справляются с задачей объективного анализа большого объема данных и точного прогнозирования, чем клиницисты. Неприятный для нас научный факт

⁷ Плетизмограф — прибор для регистрации малейших изменений объема органов (пальца, конечностей, ушной раковины и проч.) животных и человека, зависящих от состояния кровеносных сосудов; может использоваться также для измерения изменений в объеме полового члена. В последнем случае плетизмограф представляет собой пластичный чехольчик, наполненный ртутью, который надевается на пенис испытуемого. Чехольчик соединяется проводами с блоком, снабженным видеоэкраном и устройством записи данных. Любые изменения в размере пениса, даже те, которые не ощущаются самим испытуемым, фиксируются и записываются, в то время как сам испытуемый смотрит сексуально возбуждающие видеофильмы (картинки или слайды) либо слушает кассеты с описанием сцен наподобие совращения малолетних. Специальное программное обеспечение позволяет создать таблицу, где будет представлена “степень возбуждения, соответствующая каждому стимулу”. — Прим. ред.

состоит в том, что клинические интервьюеры более склонны к субъективности, предвзятости, самоуверенности и другим свойственным человеку слабостям, чем статистические или компьютерные модели.

Однако, как и во многих других сферах, человеческий контакт или человеческий разум незаменимы. Это особенно касается тех случаев, когда необходимо найти взаимопонимание, получить глубоко личную информацию и предложить творческую гипотезу относительно конкретного клиента. Чисто механические или компьютерные модели не могут справиться с этими функциями. Как пишет Б. Кэрон, “богатые качественные данные, получаемые посредством интервью, составляют то, что клиницисты подразумевают под *клиническими данными* — данными, которые могут относиться к неограниченному количеству измерений и которые человеческий разум может проанализировать и решить, что именно из них имеет значение” (Karon, 2000, p. 231) и “субъективная клиническая интерпретация качественных клинических данных необходима для понимания человеческой личности во всем ее многообразии и богатстве” (*ibid.*, p. 232).

Клиническое интервью как техника сбора информации в XXI веке может временно оказаться в немилости, несмотря на его многочисленные преимущества. Это было бы печально, потому что в качестве “широко раскинутой сети” для сбора потенциально важной информации клиническое интервью остается вполне жизнеспособным, даже предпочтительным методом. Конечно, клиницисту следует быть внимательным, чтобы избежать неадекватных выводов, поскольку именно в этой области, как показывают исследования, мы более всего склонны ошибаться. Однако как метод сбора информации широчайшего спектра и выработки гипотез о человеческой личности и поведении правильно проведенное клиническое интервью остается незаменимым.

Наконец, со всем уважением к П. Милу (Meehl, 1954, 1986) и его исследованиям в области клинического и статистического подходов к диагностированию, необходимо сказать, что вряд ли стоит искусственно разделять эти подходы как конфликтующие. Вместо этого, как вы уже, наверное, догадались, мы предлагаем использовать и клинические, и статистические подходы к диагностированию для получения надежных и валидных данных. Соответственно, специалисты, скорее всего, будут проводить клиническое интервьюирование, анкетирование, обращаться за информацией к родителям, учителям или другим людям из окружения клиентов, чтобы использовать все возможности для получения потенциально значимых данных. Кроме того, как говорится в следующем разделе, современные подходы к диагностическому интервьюированию используют многие высокоструктурированные

и стандартизированные процедуры. Это делается отчасти для того, чтобы решить проблему субъективности, изначально присущую методу клинического интервьюирования. Мы вернемся к вопросу научности клинического интервьюирования в главе 10.

РЕЗЮМЕ

Теоретики и практики разработали различные модели для описания структуры клинического интервью — слагаемых его действий и их временных характеристик. В этой главе для освещения событий типичного интервью и задач клинициста используется модель С. Шея (*Shea, 1998*).

Вступительная часть начинается с первого контакта клиента и интервьюера. Для интервьюера очень важно планировать первый контакт с потенциальным клиентом. Некоторые специалисты при первой встрече с клиентом используют стандартные процедуры, которые могут быть восприняты как искусственные или отстраненные. Поэтому рекомендуется найти золотую середину между стандартизацией и гибкостью. Во вступительной части терапевт должен объяснить клиенту ключевые аспекты интервью — принцип конфиденциальности и задачи.

Все теоретические школы отмечают важность установления эмоционального контакта с клиентом. Существует множество стратегий, или техник, для установления взаимопонимания. Некоторые из них направлены на преодоление страха клиента перед терапией с помощью объяснения, ободрения, вежливого предисловия, беседы и гибкости.

Начало интервью отсчитывается с того момента, когда терапевт впервые задает клиенту открытый вопрос о его состоянии. Начало обычно состоит из нескольких действий, включая вводный вопрос интервьюера, отклик клиента, оценку интервьюером возможностей последнего к самовыражению. О завершении начала интервью говорят тогда, когда терапевт адекватно выслушал самостоятельные попытки клиента изложить причины своего обращения за профессиональной помощью.

Основная часть интервью направлена прежде всего на сбор информации. Сбор информации зависит частично от цели интервьюера и частично от того, какой клинический материал обнаружится во время интервью. Важный компонент клинического интервьюирования, который входит в его основную часть, — диагностика и оценка психических и эмоциональных проблем или расстройств клиента.

Заключительная часть интервью подразумевает переход от сбора информации к деятельности, подготавливающей клиента к окончанию встречи.

Часто и клиент, и интервьюер чувствуют напряжение на этом этапе интервью, поскольку время заканчивается, но еще остается возможность получить больше информации или обсудить какие-то чувства. Интервьюер должен обобщить самые важные проблемы, которые были затронуты во время интервью, дать клиенту надежду на то, что изменения к лучшему возможны, и предоставить клиенту определенные полномочия, позволив ему задать вопросы или оценить встречу.

Окончание интервью иногда вскрывает важные конфликты, связанные с расставанием, — как у клиента, так и у интервьюера. В конце интервью клиенты могут выражать гнев, разочарование, облегчение и другие сильные эмоциональные реакции. Эти реакции могут отражать неразрешенные конфликты клиента, связанные с предыдущими ситуациями расставания с важными для него людьми. Интервьюеру необходимо заранее спланировать эффективное окончание клинического интервью.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Данная глава включает различные темы, сведенные вместе для объяснения структуры и последовательности клинического интервью. Приведенные ниже источники помогут вам глубже понять принципы структурирования и оценки при проведении клинического интервью.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author. Каждый специалист в области психического здоровья должен ознакомиться с “Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам” (*DSM-IV-TR*) — стандартом классификации в психиатрии.

Foley, R., & Sharf, B. F. (1981). The five interviewing techniques most frequently overlooked by primary care physicians. Behavioral Medicine, 8, 2631. Статья “Пять методик интервьюирования, которыми чаще всего пренебрегают лечащие врачи” описывает временную структурную модель клинического интервью. Авторы обсуждают критерии эффективного интервьюирования клиентов, которые они считают самыми важными.

Meehl, P. E. (1954). Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc. Хотя “Клинический прогноз против статистического: теоретический анализ и обзор случаев” — работа 50-летней давности, приведенное в ней сравнение преимуществ клинического и статистического прогнозирования до сих пор уместно и интересно. В 1986 году Мил утверждал, что 90% того, что он написал в 1954 году, до сих пор актуально.

Othmer, E., & Othmer, S. C. (1994). The clinical interview using DSM-IV (Vol. 1: Fundamentals). Washington, DC: American Psychiatric Press. В главе 2 книги “Клиническое интервью с использованием *DSM-IV*” обсуждаются стратегии установления эмоционального контакта с пациентом.

Shea, S. C. (1998). Psychiatric interviewing: The art of understanding. Philadelphia: W. B. Saunders. Вторая глава книги “Психиатрическое интервьюирование: искусство понимания” называется “Динамическая структура клинического интервью”. Глава включает глубокое описание временной структуры, типичной для большинства диагностических интервью.

Smail, D. (1997). Illusion & reality: the meaning of anxiety. London: Constable and Company. Работа Д. Смейла “Иллюзия и реальность: значение тревожности”, хотя и несколько противоречива, подчеркивает важность изучения роли общества и наших современных политических систем в возникновении и усугублении психических расстройств.

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 — расстройства 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 опасаясь 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 не прямой 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 (психiatры 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 переедание, 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 дистресса¹, 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?

¹ 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-эклектический 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-

лись с определенными людьми?”, “С кем бы вы хотели проводить больше времени, и наоборот, с кем бы вы хотели общаться как можно реже?”

Биохимические факторы (*Drugs*). Эта сфера включает биохимические и неврологические процессы, которые могут влиять на поведение, эмоции и мышление. Сюда относятся соматические болезни и особенности питания. Относящиеся к данной модальности вопросы могут звучать так: “Подвергаете ли вы себя регулярной физической нагрузке?” или “Принимаете ли вы какие-либо медикаменты по рекомендации врача?”

Модель Лазаруса благодаря многоаспектности популярна и полезна для клинических интервьюеров с различной теоретической ориентацией. Если вы хотите больше узнать об этой модели, рекомендуем вам последнюю книгу этого автора *Brief but Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way* (“Краткая, но исчерпывающая психотерапия: полимодальный подход”) (*Lazarus, 1997*; см. раздел “Рекомендуемая литература” в конце этой главы).

Модель Лазаруса несколько преувеличивает значимость когнитивных процессов (из семи аспектов его полимодальной системы два посвящены когнитивным процессам: образы и когниции), в то же время пренебрегая или уменьшая значимость духовной, культурной сфер и сферы развлечений. Как мы уже говорили, полимодальная система, подобно другим системам определения, изучения и концептуализации проблем клиентов, имеет свои недостатки. Для профессионального интервьюера важно иметь представление о как можно большем количестве таких систем, чтобы с их помощью добиться гибкости при опросе клиента и концептуализации его проблем, а также адаптироваться к конкретной ситуации и индивидуальным потребностям клиента.

Теоретики и практики бихевиоризма и когнитивной психологии подчеркивают важность antecedентов² и консеквентов³ в развитии и сохранении проблем. Этот подход основан на идее о том, что анализ окружения клиентов и интерпретации ими исходящих от него стимулов позволяет консультантам объяснять, прогнозировать и контролировать определенные симптомы. Бихевиористы назвали данную систему концептуализации проблемного поведения *моделью ABC* (*Thoresen & Mahoney, 1974*): поведенческие предпосылки (*Antecedents*); поведение, или собственно проблема (*Behavior*); и поведенческие последствия (*Consequences*). Хотя эта модель была подвергнута критике (*Goldfried, 1990*), всем интервьюерам полезно выявлять следующее.

² *Антецедент* (от лат. *antecedens* — предшествующий) — посылка, основание, причина. — Прим. ред.

³ *Консеквент* (от лат. *consequens* — последовательный) — результат, следствие, последовательность. — Прим. ред.

- Какие события, мысли или переживания клиента предшествовали данной проблеме?
- Каково точное операционное определение проблемы (т.е. какие модели поведения составляют данную проблему)?
- Какие события, мысли и переживания клиента следуют за данной проблемой?

Используя модель *ABC*, интервьюеры имеют возможность проводить развернутый поиск потенциальных поведенческих antecedентов и консеквентов. Например, можно оценивать поведенческие предпосылки и последствия в свете модальностей А. Лазаруса.

Поведение: какие модели поведения предшествуют симптомам и следуют за ними?

Аффекты: какие эмоции предшествуют симптомам и следуют за ними?

Ощущения: какие физические ощущения предшествуют симптомам и следуют за ними?

Образы: какие визуальные образы предшествуют симптомам и следуют за ними?

Когниции: какие особенные мысли предшествуют симптомам и следуют за ними?

Межличностные отношения: какие события или переживания в сфере отношений предшествуют симптомам или следуют за ними?

Биохимические факторы: какие биохимические, физиологические либо медикаментозные факторы предшествуют симптомам или следуют за ними?

Диагностика: в поисках синдрома

Синдром — комплекс симптомов, соответствующих определенному заболеванию. Если вы обнаружили какой-то симптом — например, угнетенное или подавленное настроение, — следующим вашим шагом будет более углубленное его исследование. Жалобы клиента на плохое настроение могут соответствовать не более чем одному симптому (например, тоске), вызванному обычными жизненными трудностями. С другой стороны, подавленное состояние может быть лишь верхушкой айсберга. Когда выявлен определенный симптом и клиент признает его значимость, рекомендуется заняться поиском сопутствующих симптомов (больше информации о диагностическом интервьюировании можно найти в главе 10).

Современные стандарты для диагностической классификации психических расстройств предоставляют *DSM-IV-TR* (Американская психиатрическая ассоциация, 2000) и *ICD-10* (Всемирная организация здравоохранения, 1997а, 1997б). Существует множество структурированных систем интер-

вьюирования, предназначенных для точного определения диагноза клиента по классификации Американской психиатрической ассоциации (Rogers, 2001). Структурированное диагностическое интервью — отдельный вид клинического интервьюирования, применяющийся для подтверждения или исключения психиатрических диагнозов (Vacc & Juhnke, 1997). Чтобы максимально повысить надежность таких процедур, разработаны многочисленные стандартизированные подходы, которые в основном строятся на определенном алгоритме (например, если ответ клиента утвердительный, интервьюер должен вслед за этим задать ему определенный вопрос). Очевидно, что жесткое следование стандартизированному протоколу диагностического интервью имеет как свои достоинства, так и свои недостатки. С одной стороны, негибкие, ориентированные на диагностику подходы могут препятствовать эмоциональному контакту клиента и интервьюера. С другой стороны, если клиентов адекватно информируют об особенностях и цели структурированного диагностического интервью, этот подход может быть эффективным, плодотворным и надежным. Конкретные примеры процедур диагностического интервью и планирования терапии приводятся в главе 10.

Биографическая информация и личная история клиента

В приемном интервью оценка личности и психического статуса клиента проводится на основе трех источников информации.

1. Личная история клиента.
2. Особенности общения клиента с другими людьми.
3. Формальное исследование психического статуса клиента.

В этом разделе обсуждаются методы и проблемы выявления личной истории клиента и оценки его межличностного стиля (исследование психического статуса составляет тему главы 8).

Переход к личной, или “психосоциальной”, истории

После того как вы провели от 15 до 20 минут, анализируя жалобы клиента, у вас должно сложиться адекватное представление о главной причине, побуждающей его искать профессиональную помощь. Пришло время перенести внимание на другой предмет. Удобным “мостиком” между исследованием проблемы и личной историей служит *вопрос*. Скажите клиенту примерно следующее:

“Думаю, мне достаточно ясны основные причины, которые привели вас на консультирование, но мне хотелось бы больше узнать о том, почему вы решили прийти именно *сейчас*”.

Цель этого вопроса — выяснить специфические факторы, которые заставили клиента обратиться за профессиональной помощью именно *в данный момент* его жизни. Этот вопрос помогает определить, обусловлен ли приход клиента определенным предшествующим событием. Реакция клиента может также показать, выступает ли клиент добровольным участником интервью либо его вынудили прийти на консультирование друзья или родственники. Если клиент игнорирует или насмешливо относится к вашему вопросу “Почему сейчас?”, проявляйте настойчивость и добивайтесь ответа, возможно, с помощью другого подхода. Например.

“Почему вы не пришли несколько недель назад, когда ваша девушка вам изменила?”

“Эти симптомы проявляются у вас уже долгое время. Я все-таки не понимаю, что побудило вас прийти на консультирование только сейчас. Почему вы не приходили до сегодняшнего дня? И почему вы не стали ждать, пока “оно само пройдет”, как это было раньше?”

После того как клиент ответил на вопрос “Почему сейчас?” (и после того как вы обобщили или перефразировали его ответ), вы имеете формальное право переносить акцент интервью с *проблемы* на *личность*. Этот переход может быть осуществлен с помощью примерно таких слов:

“До сих пор мы в основном обсуждали проблемы, которые заставили вас прийти на консультирование. А сейчас я хотел бы получить более полное представление о том, как формировалась ваша личность. Мне удобнее всего это сделать, задавая вам вопросы о вашем прошлом”.

Недирективные составляющие при работе с личной историей клиента

Непосредственно после перехода к личной истории вам в большинстве случаев следует сохранять недирективную позицию. Это объясняется тем, что вы оставляете анализ специфических симптомов и входите в совершенно новую сферу.

“Что если вы начнете рассказывать мне о том, что помните из своего детства?”

“Наверное, будет лучше, если вы начнете рассказывать о том, где родились и выросли, а потом мы поговорим о тех важных подробностях, которые вам вспомнятся”.

“Расскажите, что вы помните о своем детстве”.

При сборе информации с диагностической целью переход к личной истории должен быть как можно менее директивным. Важным источником информации служит уже то, на чем клиенты акцентируют внимание и чего они избегают. После короткого недирективного этапа (примерно от двух до

пяти минут) вы можете предоставить клиенту дополнительную структуру и руководство, перейдя к конкретным вопросам о его прошлом.

Как уже говорилось в главе 6, многие клиенты не решаются открыто рассказывать о своих детских переживаниях; они могут обращаться к интервьюеру за структурой и указаниями. Мы считаем, что при выяснении личной истории полезно на несколько минут оставить клиента без структуры и руководства. Если вы сразу же предоставляете структуру и начинаете руководить клиентом, вы так и не узнаете, о чем именно заговорил бы он в первую очередь. Если клиент настойчиво просит дать ему конкретные указания, можете сказать прямо:

“Я задам вам определенные вопросы о детстве через несколько минут, но сейчас меня интересуют те впечатления и воспоминания, о которых вам хотелось бы рассказать. Просто расскажите несколько эпизодов, которые кажутся вам важными”.

После этих слов просто молчите и слушайте клиента. Клиенты могут чувствовать беспокойство и дискомфорт, но если вы продемонстрируете искренний интерес к их прошлому, это поможет им почувствовать себя свободнее.

И все-таки многие клиенты отказываются возвращаться к прошлому. Личная история может быть неприятной и сопряженной с травмами. Значимый личный опыт может быть вытеснен из сознания или, по крайней мере, клиент может специально о нем не думать. В нашей практике клиенты часто говорили: “Я правда почти не помню своего детства” или “У меня почти нет воспоминаний”. В этом случае постарайтесь ободрить и поддержать клиента:

“Знаете, память — странная штука. Иногда какие-то кусочки прошлого вспоминаются, когда мы говорим о нем. Конечно, у большинства людей есть такие воспоминания, которые они предпочли бы забыть, потому что они приносят боль или связаны с какими-то травмами. В мои обязанности не входит принуждать вас к разговору о неприятном опыте прошлого. Но я надеюсь, что вы способны свободно говорить о любых событиях прошлого”.

Выяснение личной истории — деликатный и тонкий процесс. Приемные интервью, как правило, не рассчитаны на то, чтобы глубоко проникать в специфический травматический опыт клиента. С другой стороны, обсуждение психических травм может стать эмоциональной отдушиной для клиента и иметь терапевтическое значение (*Greenberg, Wortman, & Stone, 1996; Pennebaker, 1995*). Компетентные интервьюеры в ходе приемного интервью дают клиентам возможность рассказать о событиях прошлого, вызвавших психическую травму, но не требуют этого от них.

Возможно, более чем когда-либо в ходе приемного интервью, при выяснении личной истории клиницист должен быть готов снова вернуться к не-

директивному слушанию. Студенты часто спрашивают: “Что если клиент подвергался сексуальному насилию?” или “Если родители клиента умерли, когда он был еще ребенком, что делать в таком случае?” Если вы погружаетесь в личную историю клиента, всегда есть риск натолкнуться на эмоционально напряженные или “больные” темы. Будьте готовы, ожидайте встретить несколько эмоционально напряженных, если не взрывоопасных воспоминаний. Если обнаружатся подобные воспоминания, просто внимательно слушайте. Вы не можете стереть воспоминания или изменить прошлое. Когда клиенты впервые открывают свой травматический опыт, больше всего они нуждаются в слушателе, способном на поддержку и сопереживание. Все, что от вас требуется, — это адекватные комментарии о прошлом клиента, например: “Похоже, для вас это было особенно трудное время” или “Вот тогда вы действительно разозлились (испугались, пали духом и т.д.)”. Некоторым клиентам может быть особенно тяжело освободиться от бремени болезненных воспоминаний. В таких случаях можно четко размежевать прошлое и настоящее. Вместе с клиентом нужно исследовать, как ему удавалось справляться с трудностями. Выявление, изучение и подчеркивание способов преодоления и выживания клиентов в трудных ситуациях в прошлом уместно и полезно. Фактически вы можете указать клиенту, как именно он сумел устоять в самое тяжелое время своей жизни. Например:

“Похоже, в жизни вам пришлось испытать очень трудные времена, это бесспорно. И тем не менее, я также понял, слушая вас, что тогда, когда вам было труднее всего, вы обратились за помощью и снова смогли вернуться к нормальной жизни”.

Полезно также по мере выяснения личной истории постепенно вести клиента обратно к настоящему. Возвращаясь к настоящему, клиент может дистанцироваться от болезненного опыта прошлого. В редких случаях клиент все же остается во власти отрицательных эмоций. Иногда это объясняется высокой интенсивностью травматических воспоминаний. В других случаях клиенты застревают на прошлом, поскольку не видят в настоящем особых улучшений. Как бы там ни было, если клиенты остаются во власти негативных или травматических воспоминаний, это может пугать или обескураживать начинающих интервьюеров. Стратегии оценки и работы с клиентами, которые находятся под воздействием негативных или суицидальных мыслей, приводятся в главе 9.

Директивные составляющие при работе с личной историей клиента

Позволив клиенту в течение небольшого промежутка времени свободно говорить о событиях прошлого, которые он считает важными, вам следует

снова изменить ход интервью и перейти к более директивному исследованию его прошлого. В принципе, клиент может рассказывать о своем прошлом столько же времени, сколько он прожил. Однако в типичном приемном интервью время ограничено, поэтому вам предстоит решить, на каких именно аспектах прошлого следует остановиться. Хороший способ начать директивное исследование прошлого клиента — затронуть его ранние воспоминания (*Adler, 1931/1958*).

Интервьюер: Какое ваше самое раннее воспоминание — первое, что вы помните из своего детства?

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

Интервьюер: Сколько вам было лет?

Клиент: Я думаю, года четыре или пять.

Часто воспоминания, о которых сообщает клиент, имеют значение для его нынешней жизни; т.е. эти воспоминания представляют основные темы или проблемы, которые клиент пытается разрешить в настоящем (*Adler, 1931/1958; Mosak, 1989; Parrot, 1992*). Например, клиент из последнего примера сообщил, что он все время играл на публику. Он признался, что испытывает сильное желание привлекать внимание окружающих с помощью эксцентричных поступков.

Когда клиенты сообщают исключительно о ярко негативных либо ярко позитивных воспоминаниях, полезно задать несколько вопросов для выявления противоположного опыта. Каждый человек может вспомнить из своего детства как хорошее, так и плохое. Полезная практика — оценить, насколько сбалансированы позитивные и негативные детские воспоминания. Клиенты, которые помнят в основном плохое, могут страдать депрессией, в то время как у клиентов, которые не могут вспомнить о своем негативном детском опыте, могут таким образом проявляться защитные механизмы отрицания, вытеснения или диссоциации⁴ (*Mosak, 1989*).

Клиент: Я помню, как повредил трубу в подвале нашего дома. Я играл отцовскими инструментами и бил молотком по водопроводной трубе. Она начала течь, и вода залила подвал.

⁴ Диссоциация — защитный механизм, ведущий к состоянию, при котором два или более психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными. — Прим. ред.

Интервьюер: Похоже, это негативное воспоминание, оно связано с неприятностями. Не могли бы вы вспомнить из своего детства что-то более приятное?

Клиент: Конечно. Я с удовольствием вспоминаю о том, как играл с соседским мальчиком. Моя мама часто приглашала его к нам, и мы играли в разные игры всеми игрушками, которые у нас были.

Интервьюер: Вы помните какой-нибудь конкретный эпизод из ваших совместных игр?

Клиент: Э... да. Он всегда хотел играть в солдатиков, а мне больше нравились динозавры. Мы подрались, и в конце концов я выбросил всех солдатиков во двор. Потом мы играли в динозавров.

Иногда клиент сообщает о негативном или конфликтном опыте даже тогда, когда вы просите рассказать о позитивных воспоминаниях. Вероятно, не стоит указывать клиентам, если только они сами этого не заметят, что они снова рассказывают о преимущественно негативном (или снова позитивном) событии. Просто отметьте для себя данную особенность памяти клиента и двигайтесь дальше.

Другой стандартный метод исследования событий детства — или, если быть более точным, отношений между родителями и детьми — попросить клиентов придумать три слова, которые точнее всего характеризуют их родителей.

Интервьюер: Назовите мне три слова, которые характеризуют вашу маму.

Клиент: Как это?

Интервьюер: Когда вы думаете о своей матери, о ее характере, какие три слова наиболее удачно ее описывают?

Клиент: Я думаю... опрятная... и красивая, и, э-э-э, ревностная. Да, именно ревностная.

Как мы уже говорили, существует большая вероятность того, что вы обнаружите сильные, эмоционально насыщенные воспоминания при исследовании личной истории вашего клиента. Это особенно касается отношений с родителями. Слова, использованные клиентом для описания своих родителей, могут нуждаться в дополнительном анализе. Для этого вы можете попросить клиента объяснить описание на примере:

“Вы сказали, что ваша мать была *ревностной*. Вы можете описать какие-то ее действия или поступки, которые объяснили бы эту характеристику?”

Естественный порядок выяснения личной истории клиента выглядит следующим образом: а) первые воспоминания; б) воспоминания о родителях, братьях и сестрах (если таковые были); в) отношения в школе и отношения со сверстниками; г) работа и профессиональная деятельность; д) другие сфе-

ры (см. табл. 7.1). Психосоциальные данные, которые можно выяснить в ходе детального интервью, приводятся в табл. 7.1. Это довольно обширный список аспектов личной истории. В ходе типичного приемного интервью вам нужно быть более избирательными при выяснении личной истории. В большинстве случаев невозможно обсудить все темы за 15 или 20 минут, которые отводятся для изучения личной истории. Даже в течение 50-минутного интервью, рассчитанного на сбор биографической и психосоциальной информации, вы не сможете проработать все сферы, упомянутые в табл. 7.1.

Табл. 7.1 не следует воспринимать как обязательную жесткую схему сбора психосоциальной информации. Имеются и другие руководства по интервьюированию клиентов по темам, упомянутым в этой таблице (раздел “Рекомендуемая литература” в конце этой главы).

Поскольку часто очень трудно определить, какие именно сферы выбрать для изучения в условиях ограниченного времени интервью, социальные службы и частнопрактикующие консультанты используют регистрационные формы или приемные анкеты для новых клиентов. Эти формы рассчитаны на то, чтобы дать интервьюеру информацию о клиенте еще до первой личной встречи. На основании этой информации интервьюер может решить, какой именно сфере личной истории клиента следует уделить внимание. Кроме того, проводятся масштабные исследования по компьютерному интервьюированию и исследованию психического статуса клиентов. Хотя этот метод подразумевает обезличенный подход, он обладает определенными преимуществами: компьютеры не забывают задать клиенту нужные вопросы, к тому же некоторые клиенты чувствуют себя свободнее, сообщая о дурных привычках, сексуальной жизни или болезненных для них фактах (например, о том, что у них СПИД) компьютеру, а не человеку (*Binik, Cantor, Ochs, & Meana, 1997; Bloom, 1992; Dolezal-Wood, Belar, & Snibbe, 1998*).

Диагностика межличностного стиля

Утверждение, что индивиды обладают личностными особенностями, которые проявляются в последовательных или предсказуемых моделях поведения, представляется более или менее спорным в зависимости от теоретических позиций (*Bem & Allen, 1974*). Терапевты психоаналитической и интерперсональной ориентации в своем терапевтическом подходе основываются на допущении, что поведение индивидов характеризуется высокой степенью последовательности и определяется их личностным или межличностным стилем (*Fairbairn, 1952; Kelly, 1955; Sullivan, 1970*). Когнитивные и поведенческие

Таблица 7.1. Примерные вопросы для выяснения личной истории клиента

Тематическое содержание	Вопросы
1. Первые воспоминания	Какие ваши самые ранние воспоминания? Сколько вам тогда было лет? Есть ли у вас крайне негативные (или позитивные) ранние воспоминания?
2. Воспоминания о родителях и их описание	Какие три прилагательных наиболее удачно описывают вашу мать (отца)? С кем вы проводили больше времени, с мамой или папой? Какие методы дисциплинарного воздействия использовали ваши родители? В каких домашних делах или развлечениях вы участвовали вместе со своими родителями?
3. Воспоминания о братьях и сестрах и их описание	У вас были братья или сестры? (если да, то сколько?) Что вы помните о совместно проведенном с вашими братьями и сестрами времени? Кто из братьев или сестер был вам ближе всего, и почему? На кого из членов семьи вы больше всего были похожи? На кого из членов семьи вы были похожи меньше всего?
4. Воспоминания о начальных классах школы	Вы помните первый день в школе? Что значила для вас школа? (Вам нравилось ходить в школу?) Какой предмет в младших классах был для вас любимым (самым лучшим)? Какой предмет в младших классах вам больше всего не нравился (по какому предмету вы хуже всего успевали)? У вас остались какие-нибудь яркие воспоминания об учебе в младших классах? Кто был для вас самым любимым (нелюбимым) учителем? Почему вы любили (не любили) этого учителя? Вас когда-нибудь исключали из школы или отстраняли от занятий? Опишите самые серьезные неприятности, которые с вами случались в школе. Приходилось ли вам учиться в классе для отстающих или неуспевающих?
5. Отношения со сверстниками (в школе и вне школы)	У вас было много друзей в младших классах? Как вы проводили свободное время со школьными друзьями? Вам было легче находить общий язык с девочками или мальчиками? Какие позитивные (негативные) воспоминания остались у вас об отношениях со школьными друзьями во время учебы в младших классах?

Тематическое содержание	Вопросы
6. Воспоминания о средних и старших классах школы и учебе в вузе	<p>У вас было много друзей в старших классах?</p> <p>Как вы проводили свободное время со школьными друзьями в старших классах?</p> <p>Вам было легче находить общий язык с девушками или юношами?</p> <p>Какие позитивные (негативные) воспоминания остались у вас об учебе в старших классах?</p> <p>Вы помните первый день учебы в старших классах?</p> <p>Что значила для вас учеба в старших классах? (Вам нравилось учиться в старших классах?)</p> <p>Какой предмет в старших классах был для вас любимым (самым лучшим)?</p> <p>Какой предмет в старших классах вам больше всего не нравился (по какому предмету вы хуже всего успевали)?</p> <p>Остались ли у вас какие-нибудь яркие воспоминания об учебе в старших классах?</p> <p>Кто был для вас самым любимым (нелюбимым) учителем в старших классах?</p> <p>Почему вы любили (не любили) этого учителя?</p> <p>Вас когда-нибудь исключали из школы или отстраняли от занятий в старших классах?</p> <p>Опишите самые серьезные неприятности, которые с вами случались в старших классах.</p> <p>Каковы ваши самые высокие достижения во время учебы в старших классах (или какие награды, призы вы получили)?</p> <p>Учились ли вы в вузе?</p> <p>Почему вы поступили (не стали поступать) в вуз?</p> <p>Какой предмет был у вас профилирующей дисциплиной в вузе?</p> <p>Какую научную степень вы имеете?</p>
7. Первый опыт профессиональной деятельности	<p>Расскажите о первой работе или первом заработке.</p> <p>Как вы ладили с сотрудниками?</p> <p>Какие позитивные и негативные впечатления остались у вас о работе?</p> <p>Вас увольняли когда-либо с работы?</p> <p>Каких результатов вы хотели бы достичь в вашей профессиональной деятельности?</p> <p>Сколько вы хотели бы получать?</p>
8. Военная служба	<p>Вы служили в армии?</p> <p>Вы оставались на сверхсрочную службу?</p>

Продолжение табл. 7.1

Тематическое содержание	Вопросы
9. Романтические отношения	<p>Расскажите о самом позитивном (негативном) армейском опыте.</p> <p>До какого звания вы дослужились?</p> <p>Налагались ли на вас дисциплинарные взыскания? За что?</p> <p>Вы были когда-нибудь влюблены?</p> <p>Вы помните свое первое свидание?</p> <p>Какими, по вашему мнению, должны быть романтические отношения?</p> <p>Что вы хотите найти в любимом человеке (супруге)?</p> <p>Чем с самого начала вас привлек ваш супруг или возлюбленный?</p>
10. Сексуальные отношения (включая первый сексуальный опыт)	<p>Что вы узнали о сексе от ваших родителей (в школе, от братьев или сестер, сверстников, из телепередач, кинофильмов)?</p> <p>Что, по вашему мнению, самое важное в сексуальных отношениях?</p>
11. Проявления агрессии	<p>Был ли у вас травматический сексуальный опыт (изнасилование, инцест)?</p> <p>Какова была высшая степень гнева, которую вам приходилось испытывать?</p> <p>Вы когда-нибудь дрались?</p> <p>Вас когда-нибудь били?</p> <p>Что вы узнали о гневе и о том, как следует себя вести в состоянии гнева, от ваших родителей (в школе, от братьев или сестер, сверстников, из телепередач, кинофильмов)?</p> <p>Что вы обычно делаете, когда разозлитесь?</p> <p>Расскажите об одном из случаев, когда вы очень разозлились и впоследствии жалели об этом.</p> <p>Когда вы в последний раз дрались?</p> <p>Приходилось ли вам когда-нибудь использовать в драке оружие (использовал ли кто-нибудь оружие против вас)?</p> <p>Какие самые тяжелые телесные повреждения вы наносили?</p>
12. Состояние здоровья, медицинская история	<p>Вы болели в детстве?</p> <p>Приходилось ли вам лежать в больнице? Переносить операции?</p> <p>Какое у вас состояние здоровья в настоящее время?</p> <p>Вы принимаете в настоящее время какие-либо медикаменты по рекомендации врача?</p> <p>Когда в последний раз вы проходили медосмотр?</p>

Тематическое содержание	Вопросы
13. Психиатрическое лечение или консультирование	<p>Есть ли у вас какие-либо проблемы со сном, аппетитом, лишний или недостаточный вес тела?</p> <p>Вы когда-нибудь теряли сознание?</p> <p>Есть ли в вашей семье какие-либо наследственные болезни, переходящие из поколения в поколение (например, порок сердца или рак)?</p> <p>Расскажите о своем обычном рационе.</p> <p>Какую пищу вы употребляете чаще всего?</p> <p>Есть ли у вас аллергия на определенные продукты, медикаменты или что-то другое?</p> <p>Расскажите о своей физической нагрузке.</p> <p>Вы часто занимаетесь спортом?</p> <p>Вы когда-нибудь проходили психологическое консультирование?</p> <p>Если да, то у какого психолога, что побудило вас к нему обратиться и как долго длилось консультирование?</p> <p>Помните ли вы какие-либо действия или методы психолога-консультанта, которые оказались особенно эффективными (неэффективными)?</p> <p>Помогло ли психологическое консультирование разрешить ваши проблемы? Если нет, что помогло?</p> <p>Почему вы отказались от дальнейшего психологического консультирования?</p> <p>Вы проходили стационарное лечение по поводу психических проблем?</p> <p>Какие именно это были проблемы?</p> <p>Вы проходили когда-либо медикаментозное лечение в связи с психическими проблемами?</p> <p>Проходил ли кто-нибудь из членов вашей семьи стационарное лечение в связи с психическими проблемами?</p> <p>Страдал ли кто-нибудь из членов вашей семьи серьезными психическими расстройствами?</p> <p>Можете ли вы вспомнить, в чем они состояли или какой был диагноз?</p>
14. Опыт употребления алкоголя и наркотиков	<p>Когда вы впервые попробовали алкоголь (наркотики)?</p> <p>Сколько примерно алкоголя вы принимаете ежедневно (еженедельно, ежемесячно)?</p> <p>Какие алкогольные напитки/наркотики вы предпочитаете?</p>

Окончание табл. 7.1

Тематическое содержание	Вопросы
15. Привлечение к юридической ответственности	<p>Были ли у вас какие-либо медицинские, юридические, семейные или профессиональные проблемы из-за употребления алкоголя/наркотиков?</p> <p>Какие условия/обстоятельства вероятнее всего приведут к употреблению алкоголя?</p> <p>Какие преимущества дает употребление алкоголя?</p> <p>Вас когда-нибудь штрафовали или арестовывали за правонарушения?</p> <p>Вас когда-нибудь штрафовали за вождение в состоянии алкогольного или наркотического опьянения? Как часто и сколько раз?</p>
16. Развлечения и хобби	<p>Вас когда-нибудь объявляли неплатежеспособным?</p> <p>Какое ваше любимое развлечение или хобби?</p> <p>Какие развлечения или хобби вам неприятны?</p> <p>В каких видах спорта или хобби вы преуспели?</p> <p>Как часто вы занимаетесь своими любимыми развлечениями или хобби?</p> <p>Что мешает вам заниматься ими чаще?</p> <p>С кем вы проводите свободное время?</p> <p>Существуют ли какие-нибудь развлечения или хобби, которые вы хотели бы попробовать, но не имеете для этого времени или возможности?</p>
17. История биологического развития	<p>Известны ли вам обстоятельства вашего зачатия?</p> <p>Нормально ли протекала беременность у вашей матери?</p> <p>С каким весом вы родились?</p> <p>Вас кормили грудью или вы получали искусственное питание?</p>
18. Духовные поиски и религиозные убеждения	<p>Когда вы впервые сели, встали, пошли?</p> <p>Когда у вас начались месячные (для девочек)?</p> <p>Из какой религиозной среды вы приходите?</p> <p>Расскажите о своих нынешних религиозных или духовных убеждениях.</p> <p>Вы принадлежите к какой-либо конфессии (церкви или религиозному движению)?</p> <p>Вы посещаете церковь, молитесь, медитируете или каким-либо другим образом выражаете свои религиозные убеждения?</p> <p>Какой иной религиозной деятельностью вы занимались раньше?</p>

терапевты, наоборот, более склонны отвергать концепцию личностного детерминизма и заявлять, что поведение выступает функцией ситуации или когнитивной картины ситуации, воспринимаемой человеком (*Beck, 1976; Mischel, 1968; Ullmann & Krasner, 1965*).

В этом разделе мы будем исходить из допущения, что поведение людей характеризуется последовательностью, с той оговоркой, что модели поведения могут в значительной мере варьироваться в зависимости от индивида и ситуации.

Межличностные стили

Как правило, в межличностных отношениях люди склонны играть определенную роль. Некоторым свойственно доминирующее поведение, другие более скромны и покорны. Одни в межличностных отношениях занимают враждебную или агрессивную позицию, другие предпочитают теплую и дружескую манеру общения. Есть люди, которые последовательно придерживаются одной и той же роли, а есть такие, поведение которых меняется в зависимости от ситуации и ее участников. Это соотношение постоянства и изменчивости поведения может быть источником ценной информации и помогать при оценке проблемных сфер межличностных отношений человека.

Во время приемного интервью три основных источника данных помогают интервьюеру оценить межличностный стиль клиента. Во-первых, нужно получить от клиента информацию о его взаимоотношениях с другими людьми в прошлом (в детстве, в подростковые годы, в молодости). Во-вторых, выясните, каковы отношения клиента с другими людьми в настоящее время. В-третьих, наблюдайте, какие отношения складываются у клиента с вами во время интервью.

Некоторые современные формы психотерапии придают чрезвычайно большое значение оценке межличностного стиля клиентов. Л. Люборски, в частности, говорит об “основной теме конфликтных отношений” (*Luborsky, 1984, p. 98*). Он считает, что цель психотерапии состоит в том, чтобы дать клиентам более широкий осознанный выбор относительно их межличностного поведения (*Kivlighan, 2002*). Т. Шакт, Дж. Байндер и Х. Страпп считают предметом психотерапии “действия людей, включенные в контекст межличностных отношений, организованные в виде циклической психодинамической модели, которые в течение определенного времени были источником жизненных проблем, а также остаются источником трудностей в настоящее время” (*Schact, Binder, & Strupp, 1984, p. 70*).

Нет необходимости, а иногда и возможности для установления четкой картины межличностного стиля клиента после единственного короткого

интервью. Задача состоит в построении нескольких рабочих гипотез относительно взаимоотношений клиента с другими людьми. Кроме того, как заметил Э. Тейбер, интервьюеры должны “быть готовы работать со своими собственными эмоциональными реакциями на те чувства, которые проявляют клиенты” (Teyber, 1997, p. 150). Другими словами, клиенты оказывают влияние на других людей, в том числе и на вас, проявляя такие модели поведения, которые вызывают определенную реакцию. Например, некоторые клиенты могут вызывать у вас скуку, возбуждение, подавленность или раздражение. Как уже упоминалось, личностные и эмоциональные реакции по отношению к клиентам считаются признаком контрпереноса (Beitman, 1983).

Исследование глубинной динамики

Когда у интервьюеров начинает складываться определенное представление о межличностном стиле клиента, иногда уместно исследовать его глубинную динамику. Один из способов исследования глубинной динамики межличностного стиля — анализ природы ранних значимых отношений клиента. Это довольно прямолинейный процесс, но, к сожалению, клиенты склонны реконструировать или исказить воспоминания о своих ранних межличностных отношениях. Х. Страпп и Дж. Байндер так комментируют эту проблему.

Воспоминания пациента о лично значимых событиях, особенно относящихся к раннему детству, часто претерпевают разного рода реконструкцию. Хотя такая информация может быть полезной для лучшего понимания эмоциональной жизни пациента, рискованно опираться на нее как на первичный источник для формулирования актуальной проблемы пациента (Strupp & Binder, 1984, p. 53).

Более эффективный способ исследования глубинной динамики включает прямые вопросы относительно мыслей, чувств и воспоминаний, которые появляются в тот момент, когда клиент думает об изменении глубоко укоренившихся моделей поведения. Это усовершенствованная форма интервьюирования, включающая опрос, пробную интерпретацию жизненных паттернов⁵ и проверку способности клиента откликаться на такой подход. Хотя этот способ не всегда оправдан, при своевременном и уместном применении он может обеспечить интервьюеру важную информацию. Например.

Интервьюер: Создается впечатление, что в своих отношениях вы часто склонны ждать, когда другие люди удовлетворят ваши эмоциональные, а иногда и физические потребности.

⁵ *Паттерн* (от англ. pattern — узор, выкройка) — повторяющиеся способы реагирования субъекта. — Прим. ред.

Клиент: Да, так оно и есть... И, в конце концов, мне все время приходится ждать.

Интервьюер: Интересно, что бы произошло, если бы вы заняли другую, более активную позицию относительно удовлетворения ваших потребностей?

Клиент: Не знаю. Наверное, это было бы лучше, но я просто не в состоянии это сделать, когда приходит время.

Интервьюер: Давайте попытаемся кое-что сделать. Подумайте о ваших отношениях с Сарой. Что если бы вы, вместо того чтобы ожидать ее звонка, проявили инициативу, позвонили ей и предложили вместе куда-нибудь сходить? Представьте, что вы поступили именно так, потом опишите мне мысли, чувства и образы, которые при этом появятся.

Клиент: Ну... мне трудно это даже представить, но, вообще-то, она даже не захотела бы делать то, что я предложил бы. Или, возможно, она согласится, но ей это не понравится, и я буду виноват. Я не люблю отвечать за то, как все происходит.

В этом примере интервьюер, проследив за паттерном межличностного взаимодействия клиента, обнаружил мысли и чувства, обусловленные страхом неприятия и ответственности. Этот способ исследования может дать ценную информацию терапевту любой теоретической ориентации. Бихевиористы могут считать эту процедуру оценкой поведенческого репертуара клиента. Психотерапевты когнитивной ориентации могут использовать этот подход для исследования глубинных иррациональных убеждений клиента. Психоаналитики могут сосредоточиться на том, что лежит за иррациональным страхом клиента, — возможно, на травматических событиях, которые произошли на ранних стадиях значимых межличностных отношений (например, проблема зависимости, относящаяся к подавленным воспоминаниям о неприятии, которое было реакцией на просьбу об удовлетворении тех или иных потребностей). Нарративные терапевты, придерживающиеся концепции жизненного пути личности, могут воспринимать этот подход как возможность для клиента переписать или по-новому пересказать свою историю. Психотерапевты, ориентированные на решение проблем, могли бы помочь клиентам пересмотреть модели своего поведения, обращаясь к “последовательностям исключительных состояний” или используя “чудесные вопросы” (*de Shazer, 1994*; чтобы получить дополнительную информацию по интервьюированию, ориентированному на решение проблем, см. *Bertolino & O’Hanlon, 2002; Hillyer, 1996; Hoyt, 1996; O’Hanlon & Bertolino, 1998*).

В последнем диалоге интервьюера и клиента содержится то, что психоаналитические терапевты называют *пробной интерпретацией*. Некоторые клиницисты рекомендуют использовать пробную интерпретацию на первых интервью для выяснения пригодности клиента для психоаналитической

терапии (*Helstone & van Zurren, 1996; Sifneos, 1987; Strupp & Binder, 1984*). В последнем примере клиент позитивно реагирует на пробную интерпретацию, тем самым подтверждая свою способность участвовать в терапии, ориентированной на осознание проблем. Однако клиенты могут реагировать на пробную интерпретацию и резко отрицательно. Например.

Интервьюер: Создается впечатление, что в своих отношениях вы часто склонны ждать, когда другие люди удовлетворят ваши эмоциональные, а иногда и физические потребности.

Клиент: Не понимаю, что вы имеете в виду.

Интервьюер: Во многих ситуациях, которые вы здесь описывали, вы ждали, пока кто-то поможет вам материально, отремонтирует вам машину или позаботится о вашем развлечении. Похоже, это характерно для ваших отношений с окружающими.

Клиент: Это просто смешно! Если мои родители скупердя и не дают мне денег, это не имеет никакого отношения ко мне.

Этот диалог не только дает важную информацию о способности клиента к пониманию своих проблем, но и говорит о его неспособности нормально воспринимать обратную связь или критику окружающих, а также о возможной тенденции перекладывать ответственность на других людей. Традиционно такой отклик клиента рассматривается как проявление сопротивления или недоверия.

Хотя не исключено, что сопротивление или недоверие клиента во время первой встречи говорит об особенностях поведения клиента вне терапевтической ситуации, можно также допустить, что вследствие нервозности или других факторов он проявляет нетипичное для себя поведение. Поэтому терапевтам не следует делать скоропалительных выводов о причинах поведения новых клиентов.

Опять-таки, нужно вспомнить, что — в отличие от более психоаналитических подходов — подходы, ориентированные на решение проблем, смещают фокус с патологии на желаемый результат, когда имеют дело с доминирующими моделями поведения клиента. Например, ориентированный на решение проблем интервьюер может спросить клиента: “Предположим, вы отправитесь домой, и пока вы будете спать, произойдет чудо, и проблема разрешится сама собой. По каким признакам вы узнали бы о произошедшем чуде? Что изменилось бы?” (*de Shazer, 1985, p. 5*). Этот “чудесный вопрос” переориентирует клиентов с проблем на их решение. Для психотерапевтов любой теоретической ориентации важно избегать предположений о том, что неадаптивное поведение определяется глубоко укоренившимися дефектами личности, во избежание закрепления этих моделей.

Оценка личной истории клиента и его межличностного стиля — очень масштабная и трудная задача, которая может занять несколько интервью, если вы в состоянии себе это позволить. Однако современные требования к психотерапии обычно не позволяют проводить долговременные процедуры. По традиции, основной целью исследования межличностных и психосоциальных аспектов во время приемного интервью считается построение гипотез, а не формулировка категоричного заключения по определенной ситуации и не поддержка определенных действий клиента. Поскольку терапевтам приходится работать в условиях ограниченного времени, такие подходы, как психотерапия, ориентированная на решение проблем, используются для инициации терапевтических процедур во время приемного интервью.

Оценка функционирования

После выявления и изучения психосоциальных и межличностных аспектов интервьюер должен еще раз радикально изменить ход интервью и перейти к оценке актуального функционирования клиента. Такая оценка значима сама по себе, однако в равной мере важно до окончания интервью перейти от прошлого клиента к его настоящему. Переход к актуальному функционированию обеспечивает как символическое, так и фактическое возвращение к настоящему. На заключительном этапе клинического интервью консультант должен помочь клиенту сосредоточиться на своих сильных сторонах и ресурсах окружения, а не на проблемах прошлого.

Вопросы на этом этапе интервью относятся к актуальной деятельности клиента. Приведем примерные вопросы, которые помогут клиенту рассказать о различных аспектах своего актуального функционирования.

“Мы говорили о том, что вас больше всего беспокоит, и немного о вашем прошлом. А сейчас я хотел бы побеседовать о том, что происходит в вашей жизни сейчас”.

“Чем вы обычно занимаетесь в течение дня?”

“Опишите свой типичный день”.

“Сколько времени вы проводите на работе?”

“Сколько времени вы проводите со своей супругой (своим супругом) или подругой (другом)?”

“Как вы обычно проводите время с близким для вас человеком? Какой деятельностью вы занимаетесь и как часто?”

“Сколько времени вы проводите в одиночестве?”

“Чем лично вам нравится заниматься больше всего?”

Некоторым клиентам после разговора о прошлом трудно переключиться на настоящее. Это особенно касается тех клиентов, у которых было трудное или связанное с травматическим опытом детство. Если клиент испытывает сильные негативные эмоции, можно использовать одну из двух основных стратегий, которые помогут клиенту реалистически и адекватно воспринимать опыт приемного интервью, а именно: а) ответьте валидизацией чувств клиента и б) дайте клиенту надежду на положительные изменения. Например, если на консультирование приходит мать, у которой незадолго до этого трагически погиб ребенок, вы можете сказать:

“Я понимаю, что вы переживаете смерть ребенка очень болезненно. Вы, наверное, знаете, что ваши чувства совершенно естественны. Вообще считается, что потеря ребенка — самый болезненный эмоциональный опыт. С вашей стороны было очень разумно прийти ко мне и открыто рассказать о смерти сына и своих чувствах. Конечно, ваши болезненные переживания не исчезнут, как по мановению волшебной палочки, но то, что вы о них рассказываете, — это правильно. Это поможет вам пережить страдания”.

Валидизация чувств, как упоминалось в главе 3, подразумевает признание и одобрение эмоций клиента. Эта техника, применяемая для ободрения клиента, очень уместна ближе к концу интервью, когда клиент испытывает неприятные или болезненные ощущения. Вот еще один пример того, что можно сказать клиенту, испытывающему эмоциональные страдания, в конце приемного интервью.

“Я вижу, что вы все еще сильно переживаете из-за того, о чем мы с вами сегодня говорили. Хочу вам сказать, что эти неприятные эмоции очень естественны. Большинство людей уходят с консультирования со смешанными чувствами. Это объясняется тем, что трудно говорить о своем детстве или личных проблемах, не испытывая при этом отрицательных эмоций. Знаете, если бы вы не чувствовали того, что чувствуете, это было бы тревожным знаком. Ваши эмоции совершенно естественны”.

Чувствовать себя плохо при обсуждении неприятных или болезненных событий вполне нормально. Терапевт должен сообщить об этом клиенту в ободряющей, убедительной манере. Ободрение и поддержка клиента — важный элемент эффективного завершения интервью.

Обзор целей и отслеживание изменений

Еще один важный аспект завершающей стадии интервью — будущее клиента. Клиенты приходят на психологическое консультирование или психотерапию в надежде на определенные изменения, а изменения связаны с будущим.

Многие интервьюеры на завершающем этапе задают клиентам примерно такой вопрос: “Давайте представим, что терапия прошла успешно и вы

замечаете важные изменения в своей жизни. В чем именно они будут выражаться?” Уместны будут и другие вопросы, ориентированные на будущее, например: “Как, по-вашему, вы будете меняться в течение следующих нескольких лет?” или “Какие цели вы ставите перед собой в личной (или профессиональной) жизни?”. Обсуждение терапевтических целей во время приемного интервью или на первых сеансах психотерапии подготавливает клиента к завершению интервью (*Zaro, Barach, Nedelman, & Dreibratt, 1977*). Г. Кори пишет, что диагностические процедуры приемного интервью включают следующий вопрос: “Каковы перспективы значимых изменений и каким образом можно определить, что эти изменения произошли?” (*Corey, 1996, p. 13*). Посредством четкой формулировки желаемых изменений клиенты и интервьюеры могут осуществлять совместный мониторинг развития терапевтического процесса и вместе определить его окончание. Цели клиента должны определяться исходя из его проблем, в начале приемного интервью. Также очень важно в конце приемного интервью рассматривать цели клиента в позитивном, оптимистическом свете.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОЦЕДУРЫ ПРИЕМНОГО ИНТЕРВЬЮ

Подробно проработать все аспекты, описанные в этой главе, в течение традиционного клинического часа не представляется возможным. Профессиональный интервьюер должен выбирать — на чем сделать акцент, от чего отвлечь внимание, а что проигнорировать. Этот выбор определяется несколькими факторами.

Регистрационная форма клиента

Некоторые психологические центры и частнопрактикующие терапевты для сбора информации о клиентах используют регистрационные формы или приемные анкеты. Эта практика особенно полезна для получения объемной информации, сбор которой во время приемного интервью мог бы сделать сеанс неоправданно затянутым. Например, очень помогают регистрационные формы, в которых упоминаются имена предыдущих терапевтов, номера и телефоны нынешних лечащих врачей и основная биографическая информация (дата рождения, возраст, место рождения, образование, место работы и т.д.).

При использовании приемных анкет показана умеренность. Слишком объемные или подробные анкеты могут обидеть или испугать клиентов. Например, можно встретить анкеты объемом 10–15 страниц, которые содержат вопросы глубоко личного характера, например: “Становились ли вы жертвой

изнасилования?” или “Каким наказаниям вас подвергали в детстве?” Подобные вопросы могут быть оскорбительными для клиента. Их нельзя использовать без тщательного предварительного объяснения цели. В некоторых ситуациях для комплексного психотерапевтического анкетирования уместно применять стандартизированные регистрационные листы для определения симптомов или поведенческие опросники (перед началом анкетирования клиентам обязательно следует объяснить цель применения этих опросников).

Институциональный контекст

Часто сбор информации во время приемного интервью входит в функции учреждения или определяется политикой клинического интервьюера. Некоторые учреждения, например психиатрические больницы, требуют диагностических или психосоциальных данных; в других больше внимания уделяется анализу проблем или симптомов, определению целей и планированию терапии. Соответственно, подход к приемному интервью меняется в зависимости от типа учреждения, т.е. от институционального контекста.

Теоретическая ориентация

Теоретическая ориентация клинического интервьюера может оказывать значительное влияние одновременно на то, *какую* информацию он собирает и *как* он это делает. В частности, интервьюеры поведенческой и когнитивной ориентации, как правило, сосредотачиваются на актуальных проблемах клиента, а психоаналитики уделяют внимание прежде всего его личной истории. Личностно-ориентированные терапевты фокусируются на актуальной ситуации и самоощущении клиента (например, на конфликте между его идеальным и реальным “Я”). Терапевты, ориентированные на решение проблем, обращают внимание на будущее и останавливаются на возможных решениях, вместо того чтобы детально анализировать прошлые или актуальные проблемы клиента. Психоаналитически и личностно-ориентированные интервьюеры не слишком активно используют подробные регистрационные формы, компьютерное анкетирование или стандартизированные опросники.

Профессиональная подготовка и профессиональная принадлежность клинического интервьюера

Ваша профессиональная подготовка и профессиональная принадлежность могут оказывать сильное влияние на то, какая информация собирается во время клинического интервью. Перед тем как приступить к работе над этой книгой, мы спрашивали у разных профессионалов, что, по их

мнению, должно в нее входить. Соответствие между содержанием ответов и профессиональной подготовкой респондентов было очевидным. Психиатры подчеркивали важность исследования психического статуса и диагностического интервьюирования, основанного на *DSM-IV-TR*. Клинические психологи тоже были заинтересованы в оценке и диагностировании, но также подчеркивали важность оценки проблем, поведенческого и когнитивного анализа. Консультанты и консультирующие психологи меньше внимания уделяли формальной оценке и были больше заинтересованы в навыках слушания и стратегиях помощи клиентам; работников социальной сферы интересовало выяснение личной истории, планирование терапии и навыки слушания. Терапевты, специализирующиеся на вопросах семьи и брака, подчеркивали важность понимания семейной и социальной системы и среды. Действительно, все эти аспекты по-своему очень важны. Ваша профессиональная подготовка, теоретическая ориентация и профессия определяют направление и степень внимания, которое вы будете уделять отдельным сферам, однако ни одной из этих сфер нельзя пренебрегать.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ ОСОБЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Сам клиент вместе со своей специфической проблемой выступает еще одним значимым фактором, определяющим ваше поведение во время приемного интервью. Безусловно, в этой книге мы не в состоянии рассмотреть все возможные типы клиентов, которые вам могут встретиться. Однако в качестве примера рассмотрим две конкретные проблемы, с которыми чаще всего приходится сталкиваться во время приемного интервью: 1) злоупотребление алкоголем или наркотическая зависимость клиентов и 2) травматический опыт. Главы 10–13 посвящены исключительно интервьюированию молодежи, супружеских пар и семей, а также клиентов, принадлежащих к различной этнокультурной среде.

Интервьюирование клиентов с субстанциональной зависимостью

Интервьюирование клиентов, злоупотребляющих алкоголем или страдающих алкогольной или наркотической зависимостью, требует специальной подготовки и опыта. Цель этого короткого раздела — вызвать у вас интерес к интервьюированию этой трудной категории клиентов и обеспечить основными понятиями и стратегиями для работы с такими клиентами.

Многие профессионалы, работающие с данной категорией клиентов, сами в прошлом страдали алкоголизмом или наркоманией. Очевидно, такой опыт

при работе с алкоголиками и наркоманами может оказаться преимуществом. Если вы сами прошли через это, вы знаете проблему “изнутри”, и это может стать источником повышенной эмпатии к клиентам и знания о том, как алкоголики и наркоманы обычно убегают от своих проблем. С другой стороны, собственный опыт алкоголизма или наркомании повышает вероятность того, что вы будете проецировать его на клиентов, что приведет к искаженному их восприятию (см. врезку “От теории к практике 7.1”).

Традиционный подход к клиническому интервьюированию алкоголиков и наркоманов

В прошлом было широко распространено мнение, что клиническое интервьюирование клиентов, злоупотребляющих спиртными напитками, требует жестких, директивных, конфронтационных методов. Поскольку считалось, что индивиды, злоупотребляющие спиртными напитками или принимающие наркотики, склонны к сопротивлению — они преуменьшают или отрицают свое пристрастие к алкоголю или наркотикам, — то для преодоления этого сопротивления нужна прямая конфронтация. Например, традиционное интервью с клиентом-алкоголиком в духе “конфронтации отрицания” (*Miller & Rollnick, 1991, p. 53*) могло выглядеть следующим образом.

Клиент: Бросьте, док, я пью только в хорошей компании и по серьезному поводу; у меня с этим нет никаких проблем.

Интервьюер: Давайте я расскажу вам, как обстоят дела, — я все-таки специалист, а вы нет. Или вы признаете, что у вас проблемы с алкоголем, или же будете продолжать гробить свое здоровье, вредить своему положению и своей семье. Если вы все-таки признаете, что это действительно для вас проблема, вам нужно будет делать то, что я скажу, и следовать нашей терапевтической программе. Если нет, вы в конце концов допьетесь до того, что будете валяться в какой-нибудь канаве, в своей блевотине. Или вас заберет полиция, и вы окажетесь в вытрезвителе. Факт в том, что у вас есть проблема, и для вас же лучше признать это прямо сейчас.

Как видите, подход очень резкий. Он в основном состоит в предъявлении клиенту свидетельств, доказывающих существование проблемы. Эти доказательства должны помочь клиенту признать проблему или диагноз. Несмотря на популярность этого подхода в 1970-х и в начале 1980-х годов, исследования показывают, что конфронтация отрицания при работе с алкоголиками часто приводит к негативным последствиям (*Annis & Chan, 1983; Lieberman, Yalom, & Miles, 1973*). Интересный факт: по всей видимости, сильное отрицание и сопротивление, проявленные алкоголиками и наркоманами (по крайней мере, в какой-то степени), могут быть *реакцией* клиентов на резко конфронтационные техники (*Miller & Rollnick, 1991, 2002*).

От теории к практике 7.1

Ваши личные установки относительно алкоголизма и наркомании

У каждого человека, в большей или меньшей степени, есть опыт употребления алкоголя или наркотиков, а также определенные установки относительно спиртных напитков и наркотических веществ, которые следует проанализировать. Рос человек в семье трезвенников или наркоманов-кокаинистов — семейная обстановка, несомненно, определяет его отношение к другим людям, которые употребляют (или не употребляют) алкогольные напитки или кокаин (либо другие наркотики). Чтобы эффективно работать с алкоголиками и наркоманами, вы должны проанализировать свой собственный опыт употребления алкоголя и наркотиков, ваше нынешнее отношение к наркотическим веществам и спиртным напиткам, а также отношение к ним членов семьи (почти в каждой семье есть человек — дядя, отчим, сестра, — злоупотребляющий алкоголем или принимающий наркотики).

Рассматривая приведенные ниже вопросы, подумайте о вашем отношении к алкоголю и наркотикам. Кроме того, когда вы будете читать о подходах к диагностике и работе с алкоголиками и наркоманами, попытайтесь представить себя не только интервьюером, но и клиентом. Постарайтесь ответить на следующие вопросы.

- Есть ли у меня какие-то предположения относительно того, как должен действовать клинический интервьюер при работе с алкоголиками или наркоманами?
- Обязательно ли применять резкую конфронтацию — “тыкать клиента носом” в его проблему? Или же техника конфронтации вызовет сопротивление клиента и сделает его менее откровенным?
- Если я буду избегать конфронтации с клиентами, страдающими алкогольной или наркотической зависимостью, не станут ли они отрицать, что это стало для них проблемой?
- Каково мое мнение о диагностической анкете СТОП (*CAGE*) (см. ниже в тексте)? Что я могу сказать о критериях потребления алкоголя, разработанных Национальным институтом по проблемам алкоголизма? Как я сам ответил бы на эти вопросы? Есть ли (или были) у меня проблемы с употреблением алкоголя или наркотиков?

Независимо от того, как вы ответили на эти вопросы, обязательно обсудите с коллегами ваши установки и опыт употребления алкоголя и наркотических веществ. Осознание и работа над этими проблемами — один из этапов вашего постоянного профессионального развития.

Мотивационное интервьюирование: современный подход к работе с алкоголиками и наркоманами

В последние двадцать с чем-то лет наиболее ценным и эмпирически обоснованным подходом к клиническому интервьюированию алкоголиков (возможно, несколько неожиданно) стал неконфронтационный. Уильям Миллер (*Miller, 1983*), опираясь на свой опыт работы с алкоголиками, описал свои воззрения и практику, называя свой метод *мотивационным интервьюированием*. Вместе со своим коллегой Стивеном Ролльником в 1991 году он издал книгу с таким же названием (второе издание вышло в 2002 году) и опубликовал несколько статей. В 1995 году, осознавая, что их концепция расширилась и стала несколько искаженно и путано интерпретироваться в научной литературе, Ролльник и Миллер предложили следующее определение: “Мотивационное интервьюирование — это директивный, клиент-центрированный стиль консультирования, предназначенный для достижения поведенческих изменений посредством помощи клиентам в исследовании и преодолении амбивалентности⁶” (p. 326).

У. Миллер и С. Ролльник (*1998, 2002*) подчеркивают, что мотивационное интервьюирование представляет собой одновременно и набор техник, и философию, или стиль, включающий некие важные элементы, которые имеют большее значение, чем какая-либо техника сама по себе. Эти элементы составляют сущность подхода. Во-первых, они подчеркивают, что мотивация к изменениям не есть нечто навязываемое клиенту интервьюером. Нужно помочь клиенту найти ее в себе, делая это осторожно и не торопя события. Во-вторых, амбивалентность, которую испытывает и выражает клиент, является его собственным качеством. В обязанности консультанта не входит ее разрешение; скорее, консультант должен отражать ее и сотрудничать с клиентом в исследовании и разрешении его амбивалентности. При мотивационном интервьюировании не используется прямое убеждение. Этот стиль подразумевает не противодействие клиенту, а совместное продвижение в общем направлении.

Концепция *готовности к изменениям*, сформулированная Дж. Прохаской и К. Ди Клементе (*Prochaska & DiClemente, 1984*), выступает основой мотивационного интервьюирования. Данная модель предполагает шесть стадий готовности к изменениям: а) предшествующая размышлениям, когда клиент даже не задумывается о переменах; б) размышления, когда клиент испытывает амбивалентность относительно своего поведения или привычек;

⁶ Амбивалентность (от лат. *ambo* — обе и *valentia* — сила) — двойственность, проявляющаяся в чувствах и действиях, противоречащих друг другу. Термин введен Э. Блейлером. — Прим. ред.

в) решимость, когда клиент ощущает, даже в течение короткого времени, готовность заняться своей проблемой; г) действие, когда клиент применяет модели поведения, предназначенные для разрешения своей проблемы; д) сохранение, когда клиент использует различные навыки, чтобы не допустить повторения проблемы; е) рецидив, когда клиент снова возвращается к проблемному поведению.

Мотивационные интервьюеры понимают, что готовность к изменениям не есть статичная, внутренняя характеристика клиента. Скорее, она усиливается или ослабляется в контексте терапевтических отношений, взаимодействия с клиническим интервьюером и различных жизненных ситуаций. Явления, которые зачастую воспринимались как негативные (например, сопротивление и отрицание), переосмысливаются как сигналы, которые интервьюер может интерпретировать и использовать для работы с клиентом.

Мотивационные интервьюеры уклоняются от любой попытки сделать их экспертами, воспринимая себя в качестве сотрудников и помощников по отношению к клиентам. Они считают своей основной профессиональной миссией работу с глубокой, дезориентирующей амбивалентностью, которую клиенты испытывают в связи с деструктивным поведением или привычками.

Данный подход многое взял из философии и методологии личностно-ориентированной терапии, разработанной Карлом Роджерсом. Как упоминается в тренинговом видеокурсе (*Miller & Rollnick, 1998*), Карл Роджерс был компетентным, чутким и заинтересованным интервьюером, но его подход нельзя назвать недирективным в полном смысле этого слова. Роджерс мягко подводил клиентов к их самой сложной или самой болезненной проблеме, а затем помогал им сосредоточиться и работать над ней.

За последнее десятилетие мотивационное интервьюирование клиентов различных категорий стало использоваться гораздо интенсивнее. Алкогольная и наркотическая зависимость, поведение, повышающее риск заражения ВИЧ-инфекцией, курение, чрезмерное увлечение диетами и физическими упражнениями, бытовое насилие, уголовное право, работа с малолетними правонарушителями — во всех этих сферах используются принципы мотивационного интервьюирования, уместность чего подтверждается серьезными научными исследованиями (*Dunn, Deroo, & Rivara, 2001*). Тренинговый видеокурс и интенсивные семинары помогут вам освоить этот подход и обогатить им свой арсенал навыков и знаний (см. раздел “Рекомендуемая литература” в конце главы). С профессиональной точки зрения мы поддерживаем этот подход и находим в нем много общего с нашими собственными взглядами на то, как и почему меняются люди, а также с нашими представлениями о роли специалиста в этих изменениях.

Процедуры и техники мотивационного интервьюирования

Хотя процедуры мотивационного интервьюирования в основном недирективны и неконфронтационны, работа с алкоголиками и наркоманами требует структурирования клинического интервью по определенным темам, связанным со злоупотреблением алкоголем и приемом наркотиков. С. Ролльник и А. Белл (*Rollnick & Bell, 1991*) рекомендуют проработать десять тематических аспектов.

1. Затроньте вопрос употребления спиртных напитков и наркотических веществ. Делайте это мягко и открыто. Например, спустя 5–10 минут после установления контакта с клиентом и при наличии необходимого минимума доверия с его стороны переходите к вопросу злоупотребления алкоголем или употребления наркотиков, используя обобщающие утверждения или стимулирующие вопросы.

“Мы говорили о вашей жизни в общих чертах. Похоже, в последнее время вы находились в стрессовой ситуации. Вы не против, если сейчас я спрошу вас о вашем отношении к алкоголю?”

В большинстве случаев клиенты — даже злоупотребляющие алкоголем — сотрудничают с интервьюером, прилагая некоторые усилия, чтобы исследовать свою проблему.

2. Подробно расспросите клиента об употреблении спиртных напитков или наркотиков. С. Ролльник и А. Белл предлагают примерно такие вопросы: “Много ли вы пьете?” или “Расскажите о вашем опыте курения марихуаны. Как она на вас обычно действует?” (*ibid.*, p. 206). Цель этих вопросов — выяснить отношение клиента к своим привычкам, связанным со спиртным или наркотиками. За этими вопросами могут следовать уточняющие: “Вы сказали, что вам нравится выпить с приятелями пару кружек пива после работы. Сколько именно содержится в “паре кружек”?”
3. Расспросите клиента о его типичном дне, о том, как он обычно принимает наркотики или пьет. У клиентов часто вырабатывается определенный порядок употребления алкоголя или наркотиков, если они делают это регулярно. Например, если вы попросите клиента: “Расскажите, как вы обычно употребляете спиртное”, — клиент, вероятно, расскажет о характерном для него стиле приема алкоголя, что будет важной диагностической информацией. Вы можете дополнить эти общие вопросы более конкретными: “Сколько вам нужно выпить, чтобы опьянеть?” или “Когда вы приходите в свой любимый

бар, какие алкогольные напитки вы предпочитаете, с кем вы охотнее всего общаетесь и сколько выпиваете?”

4. Расспросите клиента о его образе жизни и стрессовых ситуациях. Как с теоретической, так и с практической точки зрения, во время клинического интервью нельзя останавливаться исключительно на теме алкоголя или наркотиков. Переходя к разговору о стрессовых ситуациях, затем снова возвращаясь к спиртному и наркотикам, интервьюер дает клиенту понять, что он интересуется не только его вредными привычками. Такой прием часто оказывает обратный эффект — клиент начинает говорить о своем употреблении алкоголя и наркотиков охотнее, чем прежде. Например, если клиент утверждает, что спиртное или наркотики помогают ему снять стресс (“Мне просто приятно выпить стаканчик (или выкурить сигарету с марихуаной) и расслабиться”, *ibid.*, p. 207), вы можете расширить тематику беседы, заговорив о стрессовых факторах, действующих на клиента:

“Похоже, покурить траву, забыться и расслабиться для вас очень важно. Какие именно события в вашей жизни вызывают эту потребность, о чем вам приятно забывать с травкой?”

5. Спросите клиента о состоянии его здоровья, затем о его привычках относительно спиртного или наркотиков. Если у клиента есть проблемы со здоровьем, связанные с приемом наркотиков или алкоголя, полезно сначала сосредоточиться на этих проблемах, затем осторожно проследить зависимость состояния здоровья от вредных привычек. Например, вы можете спросить: “Как употребление марихуаны влияет на приступы астмы, о которых вы говорили?”
6. Спросите сначала о приятных вещах, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков, затем о менее приятных. У. Миллер и С. Ролльник (*Miller & Rollnick, 1991*) подробно описывают эту стратегию в своей книге. Если говорить коротко, данная стратегия призвана помочь клиенту рассказать, что привлекает его в спиртном или наркотиках (о приятных вещах), а также о менее привлекательных аспектах его привычки. Конечная цель состоит в том, чтобы клиент остановился на менее приятных вещах и смог определить их как “проблемы”. Например, клиенту нравится наркотический “кайф”, и он считает это состояние приятным аспектом приема наркотических веществ. В то же время клиент признает негативные аспекты своей привычки — денежные расходы, абстинентный синдром и негативную реакцию своей подруги. Кроме того, С. Ролльник и А. Белл

советуют интервьюеру говорить с клиентом о приятных и менее приятных сторонах “употребления спиртного”, а не “вашего пристрастия к выпивке” (*Rollnick & Bell, 1991, p. 207*).

7. Расспросите клиента о его привычках, связанных с приемом алкоголя и наркотиков, в прошлом и в настоящее время. Во многих случаях эти привычки могут со временем меняться. Спрашивая клиента: “Изменилось ли что-нибудь в употреблении алкоголя за прошедшие годы?”, интервьюер может обнаружить новые темы для обсуждения — провалы в памяти, возрастание толерантности к алкоголю или ее утрата, меньшая выраженность похмельного синдрома и т.д.
8. Предоставляйте клиенту информацию и спрашивайте, что он думает по этому поводу. Если интервьюер берет на себя роль эксперта и начинает объяснять клиенту природу алкоголизма или наркотической зависимости и связанные с этим проблемы, он рискует вызвать повышенное сопротивление клиента. Поэтому, проводя “ликбез” по алкоголизму или наркомании, делайте это открыто, в рамках сотрудничества. Например, вы можете сказать:

“Недавно мне попалась очень интересная информация о воздействии марихуаны. Специалисты называют это явление синдромом немотивированности. Вы не против, если я вам об этом расскажу?” (Затем, после того как вы поделились информацией с клиентом, можете спросить: “Что вы об этом думаете?”)

9. Задайте прямой вопрос о проблемах клиента. На определенном этапе интервьюирования алкоголиков или наркоманов нужно прямо спросить, что, связанное с употреблением спиртного или приемом наркотиков, беспокоит клиента. С. Ролльник и А. Белл предлагают использовать открытый вопрос, например: “Что беспокоит вас в отношении приема спиртного?”, а не закрытый (“Беспокоит ли вас что-либо в связи с приемом спиртного?”) (*ibid., p. 208*).
10. Спросите клиента о том, что он собирается делать дальше. После того как клиент определил свои проблемы, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков, можно поднять вопрос дальнейших действий по разрешению этих проблем. И снова Ролльник и Белл приводят пример. Они используют элегантно сформулированную фразу, за которой следует не прямой вопрос о последующих действиях клиента: “Похоже, вас беспокоит употребление марихуаны. Интересно, что вы собираетесь предпринять?”

Мотивационное интервьюирование — мягкий, но действенный метод работы с алкоголиками и наркоманами. Несколько источников, указанных в разделе “Рекомендуемая литература” в конце этой главы, подробно рассказывают об этом методе.

Прочие процедуры интервьюирования

Получение необходимой информации у клиентов, употребляющих наркотические вещества или злоупотребляющих алкоголем, может оказаться не легкой задачей. Поэтому были разработаны многочисленные краткие процедуры сбора диагностической информации об алкогольной и наркотической зависимости (*Cherpitel, 1997; Seppae, Lepistoe, & Sillanaukee, 1998*). Эти подходы имеют особенно важное значение для специалистов, работающих в психиатрических больницах в условиях современной системы здравоохранения, где главным приоритетом выступает быстрый и квалифицированный сбор диагностической информации, а не построение позитивных терапевтических отношений, как при мотивационном интервьюировании.

Установить, страдает ли клиент алкоголизмом или наркоманией, позволяет особая диагностическая процедура. Мы знаем психотерапевтов, которые в случае необходимости просто достают с полки *DSM-IV-TR* и задают клиентам вопросы на основании указанных там диагностических критериев. Исследователи, изучающие проблему алкоголизма и наркомании, склонны, наоборот, проводить целенаправленные, порой весьма длительные диагностические интервью. Это их “золотой стандарт” для установления факта зависимости (*Friedmann, Saitz, Gogineni, Zhang, & Stein, 2001*).

На вопрос “Употребление какого количества алкоголя можно считать злоупотреблением?” часто невозможно найти ответ. Тем не менее, помимо критериев *DSM-IV-TR* и экстенсивных структурированных интервью были разработаны несколько полезных методик. Наиболее широко применяемая краткая процедура интервьюирования для выявления алкоголизма — анкета СТОП (*CAGE*). Аббревиатура “СТОП” помогает запомнить четыре важных вопроса, которые следует задавать клиентам в связи с употреблением спиртных напитков.

С: Было ли у вас чувство, что вам следует СНИЗИТЬ потребление спиртного?

Т: Было ли такое, что вы не могли ТЕРПИМО относиться к критике по поводу вашего употребления алкоголя?

О: Приходилось ли вам ОСУЖДАТЬ себя за употребление спиртных напитков?

П: Приходилось ли вам принимать алкоголь сразу же после пробуждения, чтобы успокоиться или снять ПОХМЕЛЬЕ?

Хотя диагноз алкоголизма ни в коем случае не должен основываться исключительно на одной краткой процедуре интервьюирования — такой как СТОП, — многие интервьюеры, а также Национальный институт по проблемам алкоголизма и злоупотребления алкоголем (*National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse — NIAAA*), считают, что положительный ответ на любой вопрос СТОП свидетельствует о проблемах, связанных со злоупотреблением алкоголем. Кроме того, *NIAAA* установил нормы употребления спиртного). Для мужчин прием более 14 порций⁷ спиртного в неделю или более четырех порций за один раз считается признаком злоупотребления алкоголем или алкоголизма; для женщин проблемным считается прием более семи порций алкоголя в неделю и более трех порций спиртного за один раз (*Friedman et al., 2001*).

Перед тем как перейти к следующему разделу, посвященному работе с клиентами, перенесшими психическую травму, обязательно прочтите и выполните задания врезки “От теории к практике 7.1”.

Интервьюирование клиентов, перенесших психическую травму

Многие клиенты приходят на терапию потому, что не могут преодолеть последствий психической травмы. Когда индивиды попадают в экстремальные ситуации — это могут быть природные катаклизмы, сексуальное насилие, теракты, боевые действия, — они часто испытывают мгновенные и более длительные эмоциональные и психологические симптомы. В этом разделе мы кратко рассмотрим вопросы, связанные с клиническим интервьюированием людей, перенесших психическую травму.

Что такое травма?

В 1980 году, когда посттравматическое стрессовое расстройство впервые было включено в *DSM*, *травма* определялась как нечто “выходящее за пределы обычного человеческого опыта” (р. 236). Однако, “к сожалению, это определение оказалось неточным”, как писала в своей прекрасной книге *Trauma and Recovery* (“Травма и выздоровление”) Джудит Герман (*Herman, 1992, p. 33*). Печальный факт этой неточности состоит в том, что для многих индивидов, особенно женщин, сексуальное и/или физическое насилие стало частью их повседневной жизни (*Herman, 1992*). Кроме того, травматический опыт может быть связан с профессиональной деятельностью (например, для военных, полицейских, спасателей) (*Pearl, 2000*).

⁷ Одна порция приблизительно соответствует 25 г 40-градусного напитка. — Прим. ред.

Современное определение травмы, впервые появившееся в *DSM-IV* (1994), было принято более широким кругом специалистов в области психиатрии. Это определение включает два основных компонента.

1. Травмированный индивид “перенес, был свидетелем или столкнулся с событием или событиями, связанными с реальной или возможной смертью либо серьезным вредом, или же физической угрозой для самого индивида либо окружающих”.
2. Индивид ощущал “сильный страх, беспомощность или ужас” (р. 428).

Обдумывая данные критерии диагностики, вы можете понять, чем объясняется уникальный характер проблем тех клиентов, которые перенесли психическую травму:

Интервьюирование психически травмированных клиентов: аспекты и трудности

Положительные стороны обсуждения травматического опыта не подлежат сомнению (*Everly & Boyle, 1999; Pennebaker, 2000*). Каждый, кто перенес травму, должен рассказать о своем опыте — раньше или позже, тому или другому человеку, в первом или третьем лице. Несмотря на положительный эффект обсуждения травматического опыта, психически травмированные люди часто не хотят рассказывать о своем опыте минимум по трем причинам: а) обсуждение перенесенной травмы и воспоминания о травматическом опыте могут вызвать очень неприятные эмоции; б) травма часто связана с предательством или злоупотреблением доверием жертвы, после чего жертве трудно доверять кому-либо, особенно почти незнакомому человеку (в данном случае клиническому интервьюеру); в) психически травмированные люди часто испытывают вину за произошедшие с ними события или стыдятся их (*Foa & Riggs, 1994*). Поэтому при работе с травмированными клиентами особое внимание уделяйте налаживанию контакта и завоеванию их доверия. В противном случае клиенты не будут с вами откровенны или же, если они все-таки расскажут о травматических событиях, ваши вопросы заставят их заново пережить психическую травму.

Еще один фактор, затрудняющий работу с клиентами, перенесшими психическую травму, заключается в том, что рассказ о пережитом часто оказывает положительный эффект в течение довольно короткого промежутка времени после травматического события — обычно около 48 часов (*Campfield & Hills, 2001*). Соответственно, перед интервьюером стоит дилемма — нужно завоевать доверие клиента, что зачастую требует много времени, и поскорее добиться от него рассказа о травматическом событии.

Помните: когда клиент рассказывает о перенесенной психической травме, вы несете повышенную профессиональную ответственность и должны сделать все возможное, чтобы этот рассказ не навредил клиенту. С вашей стороны самое главное — спокойное и участливое поведение по отношению к клиенту. Важно также иметь чувство меры в отношении временных границ. Безответственно со стороны интервьюера позволять клиенту слишком глубоко погружаться в негативные эмоции, связанные с психической травмой, и завершать интервью, не дав клиенту возможности прийти в себя. Мягкий переход от собственно психической травмы к решению проблемы как терапевтический метод устранения негативных последствий может быть эффективной стратегией, если клиент рассказывает о травматическом опыте уже во время первого интервью. Кроме того, важно получить четкое представление о посттравматических симптомах.

Если вы собираетесь работать с клиентами, перенесшими психическую травму, рекомендуем пройти углубленное изучение некоторых процедур и техник, таких как критический разбор случайных стрессов (*Mitchell & Everly, 1993*), десенсибилизация⁸ и коррекция переработки информации с помощью движений глазных яблок (*Shapiro, 1995*) и общий тренинг по отдаленным последствиям психической травмы. Для эффективной работы с клиентами, перенесшими психическую травму, очень важно глубокое понимание травматических последствий, а также наличие четкой модели поддержки и терапии клиентов.

КРИТИЧЕСКИЙ РАЗБОР СЛУЧАЙНЫХ СТРЕССОВ

Техника критического разбора случайных стрессов (*Critical Incident Stress Debriefing — CISD*) начала применяться в начале 1980-х годов и продолжает развиваться (*Mitchell & Everly, 1993*). Подход Дж. Митчелла и Г. Эверли обычно применяется в случае экстремальных ситуаций, в формате групповой терапии. Все участники группы обсуждают свои переживания, связанные с травматическим событием. Специально подготовленные специалисты встречаются с людьми, которые стали свидетелями перестрелки, стихийного бедствия или теракта, чтобы в небольших группах разобрать личные переживания каждого участника. За дополнительной информацией обращайтесь к работе Митчелла и Эверли, которая указана в списке рекомендуемой литературы.

⁸ Десенсибилизация — психотерапевтическая техника, направленная на редукцию состояния тревожности за счет последовательного мысленного представления пациентом угрожающих ситуаций в безопасных условиях. — Прим. ред.

ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ И КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК

Травматические симптомы обычно связаны с эмоционально яркими воспоминаниями. В частности, индивиды часто стараются забыть о травматическом событии, или же воспоминания о травматическом опыте вторгаются в их сознание в виде образов или ночных кошмаров. Воспоминания о травматических событиях требуют значительных затрат эмоциональной и психической энергии и ресурсов.

В середине 1990-х годов д-р Фрэнсин Шапиро разработала методику десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движений глазных яблок (*Eye Movement Desensitization Reprocessing — EMDR*), предназначенную для удаления эмоциональной энергии из травматических воспоминаний (*Shapiro, 1995, 2001*). Данная процедура состоит из восьми основных фаз, включающих как когнитивные, так и поведенческие компоненты, а также фазу кратковременной визуализации травматических событий, которая сопровождается ритмичными горизонтальными движениями глаз.

Исследования в области *EMDR* дают в основном позитивные результаты. Факты свидетельствуют, что методика *EMDR*, при условии адекватного применения, облегчает симптомы посттравматического синдрома у большинства клиентов — от 70 до 100% (*Barker & Hawes, 1999; Marcus, Marquis, & Sakai, 1997; Rothbaum, 1997*). Эти исследования охватывали жертв изнасилования, а также людей, перенесших как единичную, так и множественные психические травмы. Использование процедуры *EMDR* уместно, а во многих случаях предпочтительно при работе как с молодыми, так и со взрослыми клиентами, перенесшими психическую травму (*Lovett, 1999*). Если вы профессионально интересуетесь диагностикой и терапией клиентов, перенесших психическую травму, вам следует пройти углубленное обучение в этой области.

КРАТКОЕ ПРИЕМНОЕ ИНТЕРВЬЮ: МОДЕЛЬ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учитывая реалии современной системы здравоохранения и налагаемые ею финансовые ограничения, клиническим интервьюерам важно освоить сокращенные процедуры проведения приемного интервью. При этом задачи приемного интервью остаются неизменными и в условиях современной системы здравоохранения. Интервьюеру необходимо получить информацию о проблемах и целях клиента, о нем самом, об актуальной ситуации, в которой тот находится. Однако в рамках современной системы здравоохранения клиническому интервьюеру необходимо внести в свою работу три

существенных изменения. Во-первых, интервьюеры должны больше опираться на данные регистрационных форм и анкет, полученных от клиентов до первой встречи. Во-вторых, интервьюеры должны задавать больше вопросов и оставлять клиентам меньше времени для самовыражения. В-третьих, интервьюеры должны меньше времени уделять выяснению личной истории и межличностного стиля клиента. Поскольку использование регистрационных форм и анкет и большой удельный вес вопросов не требуют особых объяснений, следующий раздел посвящен сокращенной процедуре получения информации о личной истории и межличностном стиле клиентов. Затем мы дадим примерную схему проведения краткого приемного интервью.

Получение информации о личной истории и межличностном стиле клиента

Философия современной системы здравоохранения отчасти состоит в том, что ответственность за благополучие клиента возлагается на него самого⁹ (Нойт, 1996). В определенном смысле такая модель помогает клиентам внести больший вклад в восстановление и поддержание своего психического здоровья. Чтобы соответствовать данной модели, при обсуждении личной истории клиента вы можете сказать:

“У нас есть всего несколько минут для того, чтобы поговорить о вашем детстве и о том, что случилось с вами в прошлом. Итак, очень коротко, расскажите о самых важных событиях прошлого. Что мне необходимо знать о вашем прошлом?”

Часто клиенты, получившие такое задание, успешно определяют несколько значимых событий, которые повлияли на их развитие. Иногда, если интервьюер собирается проводить с клиентом еще одну сессию или продолжить начатую, он может попросить клиента в письменной форме кратко рассказать о своей жизни — на одной-двух страницах. Мы успешно использовали этот метод в условиях ограниченного времени. Он дает клиентам возможность излагать важную биографическую информацию в хронологическом порядке.

Информация о межличностном стиле клиента в условиях современной системы здравоохранения имеет минимальную релевантность. Поэтому, хотя сбор данных о межличностной динамике клиента может входить в задачу приемного интервью, времени на это не отводится или отводится очень мало. Есть несколько подходов к решению этой проблемы. Во-первых, данными о межличностной динамике можно пренебречь, если только клиент

⁹ *Спасение утопающих — дело рук самих утопающих.* — Прим. ред.

не проявляет симптомов личностных расстройств, указанных в *DSM-IV-TR*. В таких случаях можно применять формат регистрационного листа — приемный интервьюер просто отмечает, что клиент проявляет или не проявляет межличностные модели поведения, соответствующие одному или нескольким критериям личностных расстройств. Если есть подозрение на личностное расстройство, может проводиться (или не проводиться) дальнейшее и более определенное диагностирование в зависимости от политики того или иного учреждения здравоохранения.

Во-вторых, интервьюер может применить сокращенный формат исследования психического статуса клиента. В таком случае заметки или отчеты о клиенте сжато обрисуют характер и качество “отношения клиента к интервьюеру” (более подробную информацию об исследовании психического статуса вы сможете найти в главе 8).

В-третьих, интервьюер после встречи может анализировать, какое влияние оказал на него клиент. После анализа интервьюер может выдвинуть и записать некоторые гипотезы, чтобы в случае необходимости обратить внимание на дальнейшее изучение межличностной динамики клиента во время следующей встречи.

Алгоритм приемного интервью в условиях современной системы здравоохранения

Алгоритм приемного интервью в условиях современной системы здравоохранения приводится в табл. 7.2. Мы рекомендуем вам попрактиковаться в проведении как полномасштабных, так и сокращенных приемных интервью (см. врезку “От теории к практике 7.2”).

ПРИЕМНЫЙ ОТЧЕТ

Написание отчета представляет особые трудности для клиницистов. Вы должны учитывать по меньшей мере пять различных аспектов.

1. Определение аудитории.
2. Выбор структуры и содержания отчета.
3. Ясная и краткая форма изложения.
4. Сохранение конфиденциальности отчета.
5. Ознакомление клиента с отчетом.

Таблица 7.2. Схема проведения приемного интервью в условиях современной системы здравоохранения

При необходимости в условиях современной системы здравоохранения следует быстро и эффективно выполнить следующие действия и процедуры.

1. Вежливо получите у клиента предварительную или регистрационную информацию. В частности, интервьюер должен объяснить: “Эта предварительная информация поможет нам обеспечить вам более качественные услуги”.
2. В начале встречи объясните клиенту временные ограничения. Эта информация также может предоставляться через регистрационные материалы. Любая информация о политике учреждения или клиники, так же как формы, в которых клиент подтверждает свою информированность об этой политике и согласие с ней, должны предоставляться перед встречей с терапевтом.
3. Дайте клиенту немного времени (не больше десяти минут), чтобы он мог представиться и рассказать о своих проблемах. Спустя десять минут (или раньше) начинайте задавать диагностические вопросы.
4. Обобщите основные (а иногда и второстепенные) проблемы клиента и сообщите ему итоги. Заручитесь согласием клиента работать над его основными проблемами.
5. Помогите клиенту преобразовать его основную проблему в реалистическую долгосрочную цель.
6. Выясните, когда возникла основная проблема. Попросите клиента рассказать, как он пытался разрешить эту проблему (например, какие методы применялись ранее).
7. Установите antecedentes и консеквенты проблемы, но также выясните, не было ли случаев “затухания” проблемы. Например, можно спросить: “Расскажите о тех случаях, когда проблема временно уходила. С чем было связано ее устранение?”
8. Скажите клиенту, что его личная история важна для вас, но вы слишком ограничены во времени, чтобы выслушивать подробности о прошлом. Попросите клиента рассказать вам о двух или трех важных событиях, которые, по его мнению, вам нужно знать. Кроме того, спросите клиента о следующем: а) не становился ли он жертвой сексуального насилия; б) физического насилия; в) не переживал ли травматический опыт; г) не пытался ли покончить жизнь самоубийством; д) не терял ли контроль над собой или не применял ли насилие; е) не было ли у него травм головного мозга и соответствующих медицинских расстройств; ж) не испытывает ли он побуждений к самоубийству или убийству.
9. Если вы будете проводить дальнейшее консультирование, попросите клиента написать короткую (две-три страницы) автобиографию.
10. Делайте акцент на целях и решениях, а не на проблемах и причинах.
11. Дайте клиенту домашнее задание, которое он должен выполнить до следующей встречи. Это может быть поведенческое или когнитивное самонаблюдение или задания, направленные на поиск решений.
12. После приемного интервью составьте терапевтический план, который пациенты смогут подписать в начале следующей встречи.

От теории к практике 7.2

Как помочь клиенту сосредоточиться на важной информации о себе

Используя схему приемного интервью в условиях современной системы здравоохранения (табл. 7.2), поработайте с коллегой, чтобы упорядочить свои навыки проведения приемного интервью. Клинические интервьюеры, работающие в условиях современной системы здравоохранения, должны сохранять сосредоточенность и целенаправленность на протяжении всего интервью. Чтобы выполнить это важное условие, полезно сделать следующее.

1. Заранее информируйте вашего клиента о том, что время встречи ограничено и нужно придерживаться только самых важных вопросов или ключевых факторов.
2. Если ваш клиент начинает отвлекаться на менее значимые темы, мягко верните его в нужное русло, применив примерно такую формулу:

“Знаете, мне было бы интересно услышать, что думает ваша мама об охране окружающей среды (или какой-либо другой проблеме, которую затрагивает клиент), однако, учитывая то, что у нас мало времени, я буду задавать вам вопросы по другой теме. Я хочу, чтобы в перерыве между этой нашей встречей и следующей вы написали для меня свою биографию — странички две о вашей истории и событиях, которые определили вашу жизнь. Если хотите, можете рассказать и о своей маме, и передайте мне вашу биографию перед нашей следующей встречей”.

Часто клиенты могут долго говорить на определенную тему, но в письменной форме излагают свои мысли более сжато.

Главное — вежливо побуждать клиентов сообщать только важную и значимую информацию о себе. Перед или после отработки этой методики с партнером проанализируйте, сколько приемов мягкого побуждения клиентов вы можете применить, чтобы сделать приемное интервью в условиях современной системы здравоохранения более эффективным.

Прежде чем перейти к обсуждению этих аспектов, хотим подчеркнуть, что ведение и хранение документации входит в профессиональные обязанности клинического интервьюера. Хотя рамки этих обязанностей могут варьироваться в зависимости от вашей профессиональной принадлежности и теоретической ориентации, отсутствие необходимой документации считается неэтичным, а в некоторых случаях незаконным. В Этическом кодексе Американской психологической ассоциации сказано следующее.

Психологи надлежащим образом документируют свою профессиональную и научную работу с целью содействовать дальнейшему предоставлению услуг с их стороны или со стороны других специалистов, чтобы обеспечить отчетность и выполнить другие требования юридических организаций (*American Psychological Association, 1992, p. 1602*).

Этический кодекс Американской ассоциации консультантов включает очень похожее положение.

Консультанты ведут отчетные записи, необходимые для оказания профессиональных услуг своим клиентам, как того требуют законы, распоряжения или процедуры учреждения или организации (*American Counseling Association, 1995, p. 4*).

Принципы, разработанные Американской психологической ассоциацией и Американской ассоциацией консультантов, включают общий момент: они указывают, но не утверждают прямо, что документация должна соответствовать стандартам, установленным некими организациями. Таким образом, мы подошли к первой проблеме составления отчета: определение аудитории.

Определение аудитории

Подумайте над следующим вопросом: когда вы пишете приемный отчет, для кого вы это делаете — для себя, для другого специалиста, для клиента, для своего супервизора или для страховой компании клиента? Другими словами, кто будет читать то, что вы напишете?

Необходимость ориентации на разнородную аудиторию может быть самым трудным при составлении отчета. Представьте, например, что вы даете отчет вашему супервизору. В зависимости от того, какие требования он предъявляет, вы можете подчеркнуть ваши навыки диагностирования, включив в отчет углубленный анализ психопатологии клиента, или же использовать бихевиористические термины — “мышление следствиями, соотношение реакции, намеренное поведенческое повторение”. С другой стороны, если учитывать, что отчет будет читать ваш клиент, этих терминов лучше избегать. И, конечно же, в таком случае вы не станете приводить в отчете детальный анализ психопатологии клиента.

После подобного рода размышлений некоторые начинающие интервьюеры в отчаянии машут рукой и составляют две версии отчета. Такое решение может быть выходом из трудного положения — если не считать того, что вам придется делать в два раза больше работы, и того, что ваш клиент так или иначе имеет право читать все, что вы о нем пишете (даже

ту версию отчета, которая предназначена исключительно для того, чтобы произвести впечатление на вашего супервизора).

Как бы там ни было, приемное интервью должно быть ориентировано на разные категории аудитории, что в значительной мере усложняет вашу задачу. Ответ на вопрос “Кто будет читать то, что вы напишете?” звучит так: “Это может быть кто угодно”. В США при составлении отчета клинический интервьюер должен ориентироваться на следующие возможные категории:

- клиент;
- супервизор;
- руководство учреждения;
- страховая компания клиента;
- коллеги;
- коллегия по этике от профессиональной ассоциации;
- коллегия по этике от города или штата.

Такие наставления, вероятно, либо пробудили у вас ответственное отношение к составлению приемных отчетов, либо вызвали паранойяльный страх перед этим видом деятельности. Мы надеемся, что все-таки первое. Дополнительную информацию по составлению приемных отчетов вы найдете во врезке “От теории к практике 7.3. Схема составления приемного отчета”.

Выбор структуры и содержания отчета

Структура приемного отчета может меняться в зависимости от вашей профессиональной принадлежности, институционального контекста и личных предпочтений. Например, психиатр, вероятнее всего, будет подчеркивать медицинскую историю, психическое состояние и диагноз клиента, в то время как работники социальной сферы будут составлять более развернутые описания социальной истории и истории биологического развития. Приведенная ниже структура (и соответствующая ей краткая схема во врезке “От теории к практике 7.3”) не сможет удовлетворить абсолютно всех, но ее можно легко видоизменить, дабы она соответствовала определенным потребностям и интересам. К тому же она неудобна тем, что чересчур подробна; в определенных ситуациях могут потребоваться сокращенные отчеты о приемном интервью.

От теории к практике 7.2

Схема составления приемного отчета

Используйте следующую схему в качестве модели для составления детального отчета о приемном интервью. Помните, что это полная форма и что в конкретных клинических ситуациях вам будет нужно выбирать, какие именно аспекты включать в свой отчет, а какие опускать.

****Конфиденциально****

Приемный отчет

ИМЯ:	Джеймс А. Джонсон
ДАТА РОЖДЕНИЯ:	17 августа 1977 года
ВОЗРАСТ:	25
ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРВЬЮ:	13 октября 2002 года
ИНТЕРВЬЮЕР:	Эндрю Поттер, магистр
ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТА:	14 октября 2002 года

I. Биографическая информация и причины направления клиента:

- а. имя клиента;
- б. возраст;
- в. пол;
- г. расовая/этническая принадлежность;
- д. семейное положение;
- е. организация или лицо, направившие клиента (если есть, также телефонный номер);
- ж. причины направления (почему клиента направили к вам для консультации или приемного интервью);
- з. жалобы клиента (для описания жалоб используйте слова самого клиента).

II. Поведенческие наблюдения (и исследование психического статуса):

- а. внешний вид (включая комментарии о чистоплотности, особенностях визуального контакта, положений тела и выражения лица);
- б. речевые особенности и реакция на вопросы;
- в. описание клиентом своего настроения (если уместно, используйте слова клиента);
- г. первичное содержание мыслей (включая наличие или отсутствие суицидальных тенденций);
- д. степень сотрудничества с клиническим интервьюером;
- е. оценка адекватности полученных данных.

III. История актуальной проблемы (или болезни):

а. включите описание, в объеме одного абзаца, актуальной проблемы клиента и связанных с нею стрессовых факторов;

б. кратко (один-два абзаца) расскажите о возникновении проблемы и развитии симптомов;

в. добавьте, если необходимо, описание (один абзац) других актуальных проблем, выявленных во время приемного интервью (проблемы клиента обычно систематизируются с использованием диагностических категорий *DSM*, однако сюда могут быть включены такие явления, как склонность к самоубийству и убийству, проблемы межличностных отношений и т.п.);

г. включите, если необходимо, релевантные негативные или исключаящие утверждения (например, в случае депрессии важно установить отсутствие мании: “Клиент отрицает какие-либо маниакальные эпизоды”).

IV. История (психических) заболеваний клиента и история (психических) заболеваний его семьи:

а. включите описание прошлых клинических проблем или эпизодов клиента, которые не вошли в предыдущий раздел (например, если клиент жалуется на беспокойство, но в прошлом лечился от расстройств пищевого поведения, следует также упомянуть здесь об этом);

б. описание случаев (психического) лечения в прошлом, включая госпитализацию, прием медикаментозных препаратов, психотерапию или консультирование, лечение конкретных заболеваний и т.д.;

в. включите описание всех психических расстройств, случаев алкоголизма и наркомании, обнаруженных у кровных родственников клиента (по крайней мере, у родителей, братьев и сестер, дедушек и бабушек, детей; возможно, также у тетей, дядей и двоюродных братьев и сестер);

г. включите также список любых значительных соматических заболеваний у кровных родственников (например, рак, диабет, инфаркт, эпилепсия, зоб).

V. Релевантная медицинская история:

а. составьте список и кратко опишите случаи госпитализации и серьезных общих заболеваний (например, астма, ВИЧ-инфекция, гипертония);

б. включите описание актуального состояния здоровья клиента (здесь уместно использовать слова самого клиента или формулировки лечащего врача);

в. прием медикаментов в настоящее время и дозировка;

г. данные о лечащем враче (специалисте широкого и/или узкого профиля и его телефонные номера).

VI. История биологического развития. Это необязательный раздел, наиболее уместный при работе с детьми и подростками (подробнее — в главе 10).

VII. Социальная история и история семьи:

а. ранние воспоминания или переживания (включая, если это уместно, описание родителей и возможных случаев жестокого обращения (и других травмирующих событий));

б. образование;

в. профессиональное развитие;

г. служба в армии;

д. история любовных отношений;

е. сексуальное развитие;

ж. история проявлений насилия или агрессии;

з. история употребления алкоголя или наркотических веществ (если не упоминалась ранее в качестве основной проблемы);

и. история привлечений к юридической ответственности;

к. хобби и развлечения;

л. духовное и религиозное развитие.

VIII. Актуальная ситуация и функционирование:

а. описание типичного дня клиента;

б. сильные и слабые стороны клиента с его собственной точки зрения;

в. способность выполнять повседневные бытовые действия.

IX. Диагностические впечатления (данный раздел должен включать описание результатов диагностики или список установленных диагнозов):

а. краткий разбор результатов диагностики;

б. многоосный диагноз.

X. Заключение о клиническом случае и терапевтический план:

а. включите описание (один абзац) вашего концептуального осмысления состояния клиента (это описание определит основу вашей дальнейшей работы с клиентом. Например, бихевиорист может подчеркнуть подкрепляющие факторы, которые оказали влияние на развитие симптомов клиента, а также те факторы, которые, вероятно, помогут облегчить эти симптомы. Психоаналитически ориентированный интервьюер, наоборот, подчеркнет личностную динамику, значимые и повторяющиеся конфликты в отношениях);

б. включите описание или просто список (один абзац) рекомендуемых терапевтических подходов.

Эндрю Поттер, магистр; Рита Sommerz-Фланаган, д-р философии, супервизор.

Биографическая информация и причины направления клиента

После того как записаны имя и фамилия клиента, дата его рождения, дата проведения приемного интервью, дата составления отчета, фамилия и профессиональные данные интервьюера, обычно следует описательная часть, ориентирующая будущего читателя отчета. Этот раздел, как правило, состоит из одного-двух коротких абзацев и включает биографическую информацию и резюме причин обращения клиента за помощью. Психиатры обычно называют этот раздел отчета *Биографическая информация и основные жалобы*, но суть его остается той же. Содержание раздела может выглядеть следующим образом.

Джон Смит, 53-летний мужчина европеоидной расы, был направлен к психотерапевту своим лечащим врачом, Нэнси Джонс (т. 555-55-55). Д-р Джонс описала состояние мистера Смита как “умеренную депрессию”, а также упомянула, что он страдает “периодическими приступами тревоги, бессонницы и общего дистресса, вызванными недавней потерей работы”. Во время своего первого интервью мистер Смит подтвердил существование упомянутых проблем и добавил, что “домашние неприятности с женой” и “финансовое положение” усугубляли общий дискомфорт и “позор”.

Поведенческие наблюдения (и исследование психического статуса)

Приемный отчет начинается с конкретных, объективных данных и постепенно переходит к более субъективным суждениям интервьюера. После вступительной части в приемный отчет заносятся конкретные поведенческие наблюдения, сделанные клиническим интервьюером. В зависимости от институционального контекста эти наблюдения могут включать или не включать исследование психического статуса (например, если вы работаете в медицинском учреждении, включение исследования психического статуса более вероятно, а возможно, даже необходимо). Однако учитывая то, что мы будем рассматривать исследование психического статуса в следующей главе, приведенный ниже пример включает в основном описание поведенческих наблюдений интервьюера и только краткие ссылки на психическое состояние.

Мистер Смит — мужчина невысокого роста, полноватый, выглядит на свой возраст. Несколько неопрятен — волосы жирные, спутанные, легкий запах пота. Иногда мистер Смит опускал глаза, но временами пристально смотрел на клинического интервьюера. Кроме того, он часто сплетал и расплетал пальцы и постоянно болтал ногами. Мистер Смит говорил не торопясь, последовательно, отвечал на все вопросы клинического интервьюера кратко, по существу и без задержек. Клиент описал свое состояние как “печальное” и “дерганое”. Мистер Смит признался в том, что у него были мысли о самоубийстве, но он отрицал какие-либо практические шаги к этому, заявляя: “Я думал о том, чтобы покончить с собой, но я не тот

человек, который на это способен”. В ходе интервью мистер Смит проявлял готовность к сотрудничеству, следующая информация, по всей видимости, адекватно представляет его прошлое и актуальное состояние.

История актуальной проблемы (или болезни)

Психиатры традиционно включают в приемный отчет раздел, озаглавленный “История актуальной проблемы или болезни”. Такая терминология отражает ориентацию на медицинскую модель и может быть или не быть удобной или подходящей для немедиков и для контекста немедицинского учреждения. Данный раздел рассчитан на то, чтобы детально описать определенную проблему клиента и ее развитие. Это может быть также история и описание нескольких проблем.

Мистер Смит рассказал, что он чувствовал себя “совершенно подавленным” в течение последних шести недель, с тех пор как его уволили с работы, — он был столяром на местной лесопилке. Сначала, как только он потерял работу, мистер Смит, по его собственным словам, испытывал “гнев и негодование” по отношению к компании. В течение примерно двух недель он активно протестовал против своего увольнения и вместе с несколькими другими рабочими ходил к юристу. После того как стало ясно, что его уже не восстановят и что у него нет никаких юридических оснований оспаривать действия компании, мистер Смит стал искать работу и два раза ходил на собеседование, но говорит, что во время второго собеседования “в панике убежал”. Впоследствии у него нарушился сон, он стал больше обычного есть, днем и ночью, и быстро набрал около 5 кг. Мистер Смит также сообщил, что ему трудно сосредоточиться, пожаловался на чувство ничемности, мысли о самоубийстве и снижение повседневной конструктивной деятельности до минимума. Он заявил: “Я утратил уверенность в себе. Я ничего не могу дать окружающим. Я уже сам себя не узнаю”.

На вопрос о том, приходилось ли ему ранее ощущать такую глубокую тоску или беспокойство, мистер Смит ответил: “Никогда”. Он заявил, что это был “первый раз”, когда у него случились “проблемы с головой”. Мистер Смит отрицал регулярные панические реакции и не придал значения своей “панике” во время второго собеседования, утверждая: “Я просто реально взглянул на вещи. Мне нечего было предложить работодателю”.

История психиатрического лечения клиента и членов его семьи

Для многих клиентов данный раздел будет очень кратким или его вообще не будет. Для других, наоборот, он станет самым обширным, и у вас может возникнуть необходимость привести ссылки на другие имеющиеся у вас материалы о клиенте. Например, вы можете дать краткое резюме: “Данный клиент посещал нескольких психиатров по поводу лечения посттравматического синдрома, злоупотребления алкоголем и депрессии”, если только определенные данные не требуют уточнения (например, если

применялась специфическая форма лечения — скажем, “диалектическая поведенческая терапия”, — обусловившая позитивный или негативный результат). В этот раздел клинический интервьюер включает также информацию о психических заболеваниях членов семьи (хотя некоторые посвящают этой теме отдельный раздел).

Ранее мистер Смит никогда не проходил психиатрического лечения. В направлении лечащего врача указано, что клиенту был предложен амбулаторный курс антидепрессантов, но он отказался, решив попробовать психотерапию.

Сначала мистер Смит утверждал, что никто из его родственников не обращался к психотерапевту, но позже признался, что его дядя со стороны отца страдал депрессией и лечился “шоковой терапией” в конце 1960-х. Мистер Смит отрицал существование каких-либо других психиатрических проблем как у него самого, так и у его ближайших родственников.

Релевантная медицинская история

В зависимости от того, сколько информации вы получили от лечащего врача клиента и сколько внимания уделили этой теме во время приемного интервью, данный раздел может получиться кратким или объемным. Как минимум, спросите вашего клиента о следующем: а) общем состоянии здоровья; б) недавно перенесенных или хронических соматических заболеваниях или госпитализации; в) предписанных медикаментах; г) дате прохождения последнего медицинского осмотра. Кроме того, если вы знаете фамилию (и телефонные номера) лечащего врача вашего клиента, включите также и эти данные.

Лечащий врач мистера Смита предоставил очень мало информации о медицинской истории клиента. Во время клинического интервью мистер Смит назвал себя здоровым человеком. Он отрицал случаи каких-либо серьезных заболеваний и госпитализации в детские и подростковые годы. Он заметил, что “болячки” случаются с ним редко и что он никогда не пропускал работу по болезни. Насколько мистер Смит помнит, его единственной медицинской проблемой были камни в почках (операция в 1996 году) и удаление доброкачественного полипа в толстом кишечнике (1998). Он сказал, что принимал витамины и сульфат глюкозамина (в качестве общеукрепляющего средства и от боли в суставах), но в настоящее время не принимает никаких медикаментов. Лечащий врач мистера Смита — д-р Нэнси Джонс.

История биологического развития

Она начинается до рождения; особое внимание при ее составлении следует уделять событиям, определяющим дальнейшее развитие. История биологического развития наиболее уместна при работе с детьми и подростками, поэтому мы отложим обсуждение данной темы до главы 11.

Личная и семейная история

Составление личной и семейной истории клиента может походить на сочинение длинного романа. Жизнь каждого человека полна самых разных событий, и ваша задача — сжать эти события в краткий рассказ. Он должен быть лаконичным, адекватным, систематизированным. Насколько возможно, подчеркивайте самые яркие (или, наоборот, незаметные) эпизоды жизни клиента. Опять-таки, глубина, масштаб и объем личной истории зависят от цели приемного интервью и институционального контекста. Конкретные темы, которые входят в данный раздел, приводятся во врезке “От теории к практике 7.3”.

Мистер Смит родился и вырос в городе Киркленде (пригород Сиэтла). Он был третьим из пяти детей Эдит и Майкла Смит. Его родители, которым скоро будет 80, по-прежнему живут вместе, в районе Сиэтла, хотя у них появились значительные проблемы со здоровьем. Мистер Смит не забывает своих родителей — навещает их несколько раз в год и беспокоится о их благополучии. По его словам, у него не было серьезных конфликтов или проблем с родителями, братьями и сестрами.

Мистер Смит характеризовал свои ранние детские воспоминания как “нормальные”. Он описал своих родителей как “любящих и строгих”. Он отрицал какие-либо случаи сексуального насилия или жестокого обращения в своей семье.

Мистер Смит посещал среднюю школу в своем родном городе. Окончил школу в 1966 году. Он описал себя как “среднего ученика”. У него были незначительные дисциплинарные взыскания, включая многочисленные случаи оставления после уроков (обычно в наказание за невыполненные домашние задания), и один случай временного отстранения от занятий (за драку на территории школы).

После окончания средней школы мистер Смит переехал в город Спокейн, штат Вашингтон, и некоторое время учился в местном колледже. В это время он познакомился со своей будущей женой и решил оставить колледж и устроиться на работу. В течение короткого времени мистер Смит сменил несколько рабочих мест — среди прочего был рабочим на станции техобслуживания и кровельщиком, — пока не получил работу на местной лесопилке. По словам мистера Смита, он проработал там 31 год. Мистер Смит подчеркивает, что он всегда был хорошим работником, его никогда не увольняли с работы. Мистер Смит не призывался на военную службу и никогда не служил в армии.

Что касается его манеры держать себя, мистер Смит говорит, что всегда (до увольнения) был “дружелюбным и уверенным в себе” человеком. В старших классах школы он встречался с молодыми женщинами, это продолжалось также после переезда в Спокейн. Он встретил Айрин — женщину, которая впоследствии стала его женой — в 1967 году, незадолго до того, как ему исполнилось 20. Он назвал ее “именно той женщиной, которая была ему нужна”, а себя — счастливым в браке человеком. Мистер Смит отрицал какие-либо сексуальные проблемы, но признал угасание сексуального желания в течение последнего месяца-двух. Он утверждает, что его

“печальное состояние” вследствие потери работы вызвало напряжение в семейных отношениях, но верит, что его брак по-прежнему крепкий.

Мистер Смит и его жена живут вместе уже 35 лет. У них трое детей (два сына и дочь, от 28 до 34 лет), которые живут примерно 160 км от мис-тера и мис-сис Смит. Мистер Смит утверждает, что все его дети довольно успешны в жизни. Он сказал, что регулярно встречается со своими детьми и внуками.

В школьные годы мистер Смит периодически ввязывался в “драки” и “потасовки”, но подчеркнул, что такое поведение было “нормальным”. Он отрицал использование какого-либо оружия. Его последний конфликт с применением физической силы случился вскоре после того, как мистер Смит бросил колледж, “когда мне было около 20 лет”.

Алкоголь и наркотики никогда не создавали для мистера Смита существенных проблем. Он говорит, что напивался несколько раз в старших классах школы и в колледже. Он также заметил, что каждую пятницу после работы он шел с друзьями выпить “пару кружек пива”, а также пил пиво по вторникам (в боулинг-клубе, куда он ходил вместе с женой). Во время учебы в колледже несколько раз пробовал курить марихуану, но утверждает: “Мне это не понравилось”. Он никогда не пробовал “более тяжелых” наркотиков и отрицает какие-либо проблемы с прописанными медикаментами: “Я стараюсь их не принимать, насколько это возможно”.

Мистер Смит отрицает какие-либо проблемы с законом, не считая нескольких штрафов за превышение скорости (обычно по дороге из Спокейна в Сиэтл). Единственная проблемная ситуация, не связанная с вождением автомобиля, возникла “во времена учебы в колледже”, когда его вызвали в суд за “нарушение общественного порядка” — он со своими “друзьями по бутылке” “устроил концерт” возле бара. Мистера Смита обязали заплатить небольшой штраф и принести формальные извинения владельцу бара.

Мистер Смит сказал, что его любимый отдых — боулинг, рыбалка и утиная охота. Он также заметил, что им с женой нравится вместе путешествовать и делать небольшие ставки в казино. Он отрицает проигрыш сумм, которые “не мог бы себе позволить проиграть”, и сказал, что не считает азартные игры проблемой. Мистер Смит признал, что в последнее время его “развлечения” перестали его интересовать. Соответственно, он стал уделять своим хобби меньше времени.

Мистер Смит был воспитан в семье католиков и сказал, что “то ходит, то не ходит” в церковь. По его словам, сейчас как раз тот период, когда он не ходит в церковь. Последний раз он посещал церковь около девяти месяцев назад. Его жена регулярно посещает богослужения, однако мистер Смит сказал, что его непосещения не мешали их отношениям. Он считает себя “христианином” и “католиком”.

Актуальная ситуация и функционирование

Данный раздел приемного отчета сфокусирован на трех основных темах: а) обычная повседневная деятельность; б) восприятие клиентом своих сильных сторон; в) способность адекватно выполнять повседневные бытовые дей-

ствия. В зависимости от институционального контекста и ваших личных предпочтений можно расширить этот раздел, включив описание психологического, когнитивного, эмоционального или личностного функционирования клиента. Это дает интервьюеру возможность использовать более субъективную оценку актуального функционирования клиента в различных сферах.

В настоящее время мистер Смит, как правило, встает в семь часов утра, пьет кофе и завтракает, читает газету, затем идет в гостиную и смотрит утренние новости. Он говорит, что обычно внимательно читает “избранные” страницы, просматривая объявления о рабочих вакансиях, и обводит карандашом те из них, которые его заинтересовали. Мистер Смит говорит, однако, что после того как он обосновался в гостиной, он делает все возможное, чтобы остаться дома и не отправляться на поиски работы. Иногда он смотрит телевизор, но, по его словам, он слишком “взвинчен”, чтобы долго сидеть на месте, поэтому он идет в гараж или во внутренний двор и “слоняется туда-сюда”. Обычно на обед мистер Смит делает себе бутерброд или съедает тарелку супа, затем продолжает бесцельно слоняться по двору. Примерно в половину шестого вечера возвращается его жена (она работает администратором в местной некоммерческой организации). Иногда она напоминает ему о его намерении найти новую работу, но мистер Смит обычно реагирует с раздражением (“Я вроде как грызуюсь”), затем она уходит на кухню готовить ужин. Поужинав с женой, он “продолжает убивать время” у телевизора, пока не наступает время ложиться спать. Эта рутина прерывается в выходные — часто благодаря приезду детей и внуков, а иногда благодаря визитам в местное казино, чтобы “потратить пару центов” (однако мистер Смит говорит, что эти походы становятся все более редкими из-за ухудшающегося финансового положения).

Мистер Смит считает, что у него много достоинств, хотя он нуждался в каком-то стимуле для развития своих положительных качеств. Например, он считает себя честным человеком, ответственным работником, любящим мужем и отцом. Кроме того, он считает себя хорошим другом и компанейским человеком, с которым приятно провести время (“В то время, когда я работал и у меня была нормальная жизнь”). В отношении своих умственных способностей мистер Смит говорит, что он “далеко не дурак”, но в последнее время ему трудно сосредоточиться и “плохо с памятью”. Когда мистера Смита спросили о его недостатках, он ответил: “Надеюсь, у вас в ручке осталось еще много чернил, док”, однако говорил в основном о своем актуальном психологическом состоянии — “Проблема в том, что у меня не хватает духу снова подойти к той лошади, которая один раз уже меня сбросила”.

Несмотря на неопрятный вид и общую бездеятельность, мистер Смит кажется вполне способным к адекватному выполнению повседневных бытовых действий. Он говорит, что иногда готовит обед, ремонтирует газонокосилку и занимается другой работой по дому. Он считает, что его восприятие адекватное, но он хуже справляется с делами из-за рассеянности и забывчивости. Его межличностное функционирование кажется несколько ограниченным, так как, судя по его описанию, он мало общается с другими людьми.

Диагностические впечатления

Часто практиканты-интервьюеры, руководствуясь благими намерениями, избегают постановки определенного диагноза. Тем не менее большинство приемных отчетов должны включать определенные диагностические результаты, даже если вы говорите о таких широких диагностических категориях, как депрессия, тревога, злоупотребление алкоголем, расстройства аппетита и т.д. Хотя в некоторых ситуациях приемлемо простое упоминание ваших диагностических соображений, а некоторые медицинские учреждения требуют от интервьюера только многоосного диагноза по *DSM-IV-TR*, мы предпочитаем давать сначала краткое описание диагностических результатов, а затем уже многоосный диагноз. Такое краткое описание помогает читателю понять ваше концептуальное осмысление диагноза клиента. Оно даже может включать объяснение того, почему вы предпочли тот или иной диагноз прочим. В приведенном ниже примере мы используем принцип Дж. Моррисона (*Morrison, 1993*) — выбор наиболее умеренной диагностической формулировки, адекватно объясняющей симптоматику клиента.

Данный 53-летний мужчина явно страдает расстройством адаптации. Хотя его состояние также соответствует диагностическим критериям глубокой депрессии, мне не хотелось бы останавливаться на этом диагнозе. Симптомы депрессии очень тесно связаны с недавней переменой в его жизни, и я не обнаружил прецедентов депрессии в его личной истории, и только незначительный прецедент в семейной истории. У мистера Смита также наблюдаются многочисленные выраженные симптомы тревожности, которые могут быть более серьезным препятствием в его поисках работы, чем депрессия. Таким образом, можно поставить диагноз “расстройство в виде тревожности”, но опять-таки, внезапное появление этих симптомов после потери работы показывает, что актуальное психическое состояние клиента адекватнее объясняется более умеренной диагностической формулировкой.

Данные предварительного многоосного диагноза по *DSM-IV-TR* следующие.

Ось I¹⁰: Расстройство адаптации 309.28 с признаками тревожности и депрессии (предварительно).

Исключается: 296.21, глубокая депрессия. Одиночный эпизод, умеренный.

Ось II¹¹: Диагноз по оси II отсутствует (V71.09).

Ось III¹²: Нет.

¹⁰ Ось I — клинические синдромы и состояния, связанные с психическим заболеванием. — Прим. ред.

¹¹ Ось II — отклонения в развитии личности, включающие умственную ретардацию, специфические нарушения развития (особенно те, которые ведут к деформации личности) и личностные нарушения. — Прим. ред.

¹² Ось III — перечень физических нарушений или состояний, которые могут наблюдаться у больного с психическими расстройствами. — Прим. ред.

Ось IV¹³: Выраженный: недавнее увольнение после 31 года работы.

Ось V¹⁴: *GAF*=51–60.

Заметьте, что в данном многоосном диагнозе мы использовали некоторое количество процедур, рекомендуемых *DSM* для обозначения диагностической неопределенности, а именно: использовали пометку “предварительно” и исключили потенциальный диагноз (глубокую депрессию). Кроме того, при определении общей оценки функционирования (*Global Assessment of Functioning* — *GAF*) мы использовали интервал значений (что мы часто рекомендуем ввиду присущей рейтингу *GAF* субъективности; см. Х. Пирсма и Дж. Бозз (*Piersma & Boes, 1997*)).

Заключение о клиническом случае и терапевтический план

В этом разделе дайте описание (один абзац) вашего концептуального осмысления проблемы клиента. Это описание позволит вам сформулировать ваше видение проблемы клиента и перспективы дальнейшей терапии. Неудивительно, что бихевиористы при этом используют поведенческие термины, а психоаналитически ориентированные интервьюеры употребляют психоаналитическую терминологию. Как правило, лучше свести научную терминологию к минимуму — на тот случай, если клиент захочет ознакомиться с вашим отчетом.

Мистер Смит — стабильный и надежный человек, в настоящее время страдающий расстройством адаптации вследствие внезапного увольнения. Похоже, что в течение долгих лет его идентичность в значительной мере определялась его профессиональной деятельностью. Соответственно, вне структуры обычного рабочего дня он чувствует беспокойство и подавленность. Более того, депрессия, беспокойство и недостаток конструктивной деятельности в значительной мере подорвали его уверенность. По разным причинам он не может отправиться на поиски работы, что (из-за его представления о полноте и того значения, которое он придает профессиональной деятельности) еще больше подрывает его уверенность в себе и самоуважение.

Психотерапия мистера Смита должна фокусироваться одновременно на двух целях. Во-первых, хотя и нельзя предоставить мистеру Смиту новую работу, очень важно, чтобы он начал прилагать усилия для поиска и получения работы. Очевидно, нереально просто предложить ему (после 31 года работы на одном месте) перестроить свою идентичность и ценить себя вне профессиональной деятельности. Конкретные терапевтические задачи в рамках этой общей цели следующие.

¹³ Ось IV — содержит шкалу (из шести пунктов) для кодирования выраженности стрессогенного фактора. — Прим. ред.

¹⁴ Ось V — общая оценка функционирования больного за прошедший год. — Прим. ред.

1. Проанализировать факторы, которые мешают мистеру Смиту отправиться на поиски работы.
2. Разработать копинг-стратегии¹⁵ устранения физических симптомов тревожности, включая релаксацию и ежедневные физические упражнения.
3. Разработать и внедрить когнитивные копинг-стратегии (включая технику когнитивного реструктурирования и самоинструирования).
4. Разработать и внедрить социальные копинг-стратегии (включая поддержку родственниками или супругой моделей поведения по поиску работы).
5. Разработать и внедрить социально-эмоциональные копинг-стратегии (мистер Смит должен научиться выражать свои чувства по отношению к своей актуальной ситуации перед близкими друзьями и членами семьи, не отталкивая их своей раздражительностью или социально враждебным поведением).

Вторая цель — помочь мистеру Смиту расширить свою идентичность за рамки работника лесопилки, всю жизнь проработавшего на одном месте. Этой цели соответствуют следующие практические задачи.

1. Помочь мистеру Смиту понять ценность отношений и деятельности вне контекста профессиональной занятости.
2. Помочь мистеру Смиту смоделировать ситуацию общения с воображаемым собеседником, тоже оказавшимся без работы, затем помочь ему преобразовать свою позицию и аргументы в стратегию самоубеждения.
3. Вместе с мистером Смитом рассмотреть его возможные планы ухода на пенсию.

Хотя терапия мистера Смита будет в основном индивидуально ориентированным лечением, желательно, чтобы его супруга вместе с ним посещала некоторые сеансы для помощи в диагностировании и поддержке клиента. Как указал мистер Смит, в их супружеских отношениях наблюдается нарастающий конфликт, и совместные попытки справиться с трудной и внезапной переменой жизни пойдут им на пользу.

В целом очень важно стимулировать применение мистером Смитом имеющихся у него позитивных личностных навыков и ресурсов для преодоления возникших жизненных трудностей. Если после шести или десяти сеансов применения такой стратегии не будет наблюдаться никакого прогресса, я буду говорить о возможности медикаментозного лечения и/или альтернативного подхода к терапии.

¹⁵ Копинг-стратегии — стратегии совладания со стрессом. — Прим. ред.

Краткость и ясность

Соблюдение краткости и ясности при составлении приемного отчета — очень трудная задача. Не думайте, что вам удастся составить безупречный отчет с первого раза. Возможно, вам потребуется составить несколько черновых вариантов, прежде чем вы сможете показать свой отчет другим людям. У нас есть несколько советов, которые могут облегчить процесс составления отчета.

- Приступайте к составлению отчета как можно скорее (лучше всего сразу после проведения клинического интервью: чем больше времени проходит после интервью, тем труднее восстановить его содержание по памяти и по записям).
- Пишите черновой вариант, не подбирая слов и не думая о стиле. Поместите черновик в безопасное место и через короткое время отредактируйте форму отчета.
- Старайтесь не отходить от схемы отчета. Хотя мы рекомендуем схему, приведенную во врезке “От теории к практике 7.3”, лучше использовать хоть какую-то структуру отчета, чем бессистемно записывать все данные о клиенте.
- Постарайтесь получить ясные указания своего супервизора или работодателя на предмет того, что от вас ожидается. Если имеется определенный стандартный формат, используйте его.
- Если в вашем учреждении есть образцы отчетов, проанализируйте их и используйте в качестве образа при составлении собственных отчетов.
- Помните: как и любой другой навык, составление отчетов с практикой дается легче. Многим опытным специалистам требуется всего 20–30 минут, чтобы продиктовать полный приемный отчет, и возможно, в один прекрасный день вы также сможете достичь этого уровня.

Еще одна проблема, связанная с составлением отчета, заключается в выборе информации, которую следует включать. Насколько кратким или насколько подробным должен быть отчет? Сколько глубоко личной информации следует упоминать в отчете? Это трудные вопросы, и мы советуем поискать ответы на них во врезке “Индивидуальное и культурное 7.1”.

Сохранение конфиденциальности

Важность сохранения конфиденциальности трудно переоценить. Всем нам нелишне напоминание о том, что клиенты делятся с нами глубоко личной информацией о себе и мы должны беречь эту информацию, как зеницу

Индивидуальное и культурное 7.1

Выбор информации для включения в приемный отчет

Этические принципы Национальной ассоциации социальных работников (*National Association of Social Workers — NASW*) служат хорошим критерием выбора информации для включения в приемный отчет. Там, в частности, говорится следующее.

Документация работников социальной сферы должна защищать право клиента на неприкосновенность личной жизни в такой мере, насколько это возможно и уместно, и включать только информацию, имеющую непосредственное отношение к предоставлению услуг (*NASW, 1996, p. 13*).

Заметьте, что здесь подчеркивается два момента. Во-первых, утверждается, что нам необходимо “защищать право клиента на неприкосновенность личной жизни”. Во-вторых, говорится, что мы должны ограничиваться “имеющей непосредственное отношение” информацией. Обдумайте два этих положения и прочтите следующую выдержку из приемного отчета.

Джейн Доу, 21 год, не замужем, латиноамериканского происхождения, рассказала о том, что в 16 лет ее изнасиловал отчим. Сразу же за изнасилованием мисс Доу была обследована в травмпункте Бейлорского медицинского центра. При обследовании был обнаружен разрыв влагалища и наличие спермы. Впоследствии отчим мисс Доу был арестован и обвинен в изнасиловании. Затем состоялся судебный процесс, на котором подзащитный отрицал выдвинутые против него обвинения, даже несмотря на положительный результат генетической экспертизы, после чего он был осужден на длительный срок. В настоящее время симптомы мисс Доу, включая тревожность, повышенную возбудимость, ночные кошмары, визуальные воспоминания об изнасиловании и чувство вины, вспыхнули с новой силой в связи с предстоящим освобождением ее отчима из исправительного учреждения.

За последние пять лет между мисс Доу и ее биологической матерью возник серьезный конфликт. Мисс Доу говорит, что мать “никогда не верила” ее версии случившегося и осталась верна отчиму. Мать мисс Доу — иммигрантка латиноамериканского происхождения, работает в местном супермаркете. После ареста и заключения мужа испытывает финансовые затруднения. Упомянутый конфликт и тяжелое финансовое положение привели к тому, что мисс Доу навсегда перешла к приемным родителям и прожила в новой семье около двух лет (пока ей не исполнилось 18).

Мисс Доу рассказала, что в настоящее время у нее серьезные отношения с мужчиной по имени Вильям Миллс. Она говорит, что он “белый”, и это не нравится ее матери. Мисс Доу описывает мистера Миллса как понимающего человека, который помогает ей пережить ее

“сексуальные кошмары”, но добавляет, что “у Вильяма тоже есть некоторые сексуальные проблемы”. Поскольку сексуальные проблемы мистера Миллса взаимодействуют с сексуальным страхом мисс Доу, ее чувство вины в значительной мере усиливается. Например, она считает, что не может удовлетворить мистера Миллса в сексуальном отношении, что еще больше усиливает смешанные чувства вины и враждебности, которые она испытывает по отношению к своей матери и отчиму.

Каждый раз, составляя и редактируя свой приемный отчет, вы должны спрашивать себя: “Действительно ли я уважаю и защищаю право клиента на неприкосновенность личной жизни?” и “Действительно ли я включаю в отчет только самую важную и необходимую для терапии информацию?”

Считаете ли вы, что в приведенном выше фрагменте отчета содержится информация, которая может нарушать конфиденциальность клиентки? Присутствует ли в отчете информация, не имеющая прямого отношения к делу? Как бы вы себя чувствовали, если бы клиентка воспользовалась своим правом прочитывать этот отчет? Кого вы могли бы безбоязненно ознакомить с таким отчетом?

ока. Чтобы обеспечить конфиденциальность приемных отчетов, мы всегда делаем соответствующую пометку: “КОНФИДЕНЦИАЛЬНО”. Конечно же, одно это не гарантирует конфиденциальность, но все же это шаг в правильном направлении.

Кроме того, обязательно нужно иметь надежное место для хранения записей о клиентах. Не оставляйте папку на столе, не оставляйте открытых файлов в компьютере, где клиенты или коллеги, не имеющие доступа к документации, случайно могут их прочесть. Сохранность письменных документов обеспечить легче — достаточно иметь закрывающийся на ключ ящик письменного стола в запирающемся кабинете. Труднее обеспечить надежное хранение электронной информации (*Bartlett, 1996; Welfel & Heinlen, 2001*).

Организации и частные лица, использующие электронный формат для ведения и хранения конфиденциальной информации, сталкиваются с особого рода проблемами. Если отчеты хранятся только на электронных носителях (дискетах или жестких дисках компьютера), всегда есть риск безвозвратно утратить важные данные (дискета может не открыться, жесткие диски часто выходят из строя). Поэтому нужно хранить как минимум две электронные копии записей о клиентах.

Ограничение доступа к электронным носителям — другая проблема компьютерного века. Как минимум, следует устанавливать пароли или коды доступа к конфиденциальной информации, хотя некоторые специалисты

рекомендуют использовать переносной жесткий диск, который можно прятать. Э. Вельфель и К. Хейнлен (*Welfel & Heinlen, 2001*) также рекомендуют хранить бумажную копию и дискету с кодовыми номерами или псевдонимами для идентификации.

Ознакомление клиента с отчетом

Хотя клиенты имеют юридическое право доступа к записям лечащего врача, психолога и консультанта, в их же собственных интересах им лучше не иметь конфиденциальных записей на руках. Этические принципы Американской ассоциации консультантов формулируют эту проблему следующим образом.

Консультанты осознают, что консультационные материалы хранятся для блага клиентов, и поэтому обеспечивают доступ к материалам и их копиям по просьбе осведомленных клиентов, если только эти материалы не содержат информации, которая может ввести клиентов в заблуждение и причинить им вред (*American Counseling Association, 1995, p. 5*).

Данный принцип означает, что в случае ознакомления клиента с материалами интервью вы должны соблюдать крайнюю осторожность. Опять-таки, здесь следует искать золотую середину. Исходя из прав потребителя, клиент имеет право доступа к собранным о нем материалам. С другой стороны, некоторые клиенты могут неправильно понять или превратно истолковать ваши записи, что может стать источником неприятностей.

В большинстве случаев мы придерживаемся следующих принципов.

- В конце консультации информируйте клиента о том, что вы будете хранить консультационные материалы и клиент имеет право доступа к ним.
- Если это уместно, сообщите клиенту, что отдельные фрагменты записей сделаны с использованием профессиональных терминов и предназначены для других специалистов; следовательно, материалы могут быть трудны для восприятия неспециалиста.
- Если клиент требует, чтобы ему выдали копии материалов, сообщите, что предварительно хотели бы рассмотреть записи вместе с ним, чтобы свести к минимуму возможность неправильного истолкования. Вы даже можете сказать, что такая практика рекомендуется вашим профессиональным этическим кодексом.
- Если клиент требует выдать ему копии материалов интервью, назначьте внеочередную встречу (бесплатно) для их совместного рассмотрения.

- Если клиент больше к вам не приходит, недоволен вами или отказывается с вами встречаться, вы можете поступить одним из следующих способов: а) передать ему записи не лично (и надеяться, что материалы не будут превратно истолкованы); в) согласиться на предоставление материалов *только* другому специалисту (который рассмотрит их вместе с клиентом); в) отказаться выдавать документы (сославшись на адекватные профессиональные обязательства).
- Независимо от ситуации, всегда обсуждайте вопрос предоставления материалов интервью клиенту с вашим супервизором, но не поддавайтесь на первую просьбу клиента.

Когда клиент требует ознакомления с материалами интервью, важно сохранять спокойствие и признавать законность требований. Также очень важно установить специальную процедуру для ознакомления клиента с консультационными записями и не отступать от нее. Большинство клиентов будут чувствовать себя вполне удовлетворенными, если вы отнесетесь к ним с сочувствием и уважением и будете вести записи о них, руководствуясь теми же принципами.

РЕЗЮМЕ

Приемное интервью, вероятно, представляет собой основную разновидность интервью, проводимых клиницистами. Обычно оно подразумевает получение информации о новом клиенте для определения наиболее подходящей терапии, если таковая необходима. Приемное интервью проводится прежде всего с диагностической целью. Соответственно, оно подразумевает широкое применение вопросов.

Основная цель приемного интервью заключается в оценке: а) проблем и задач клиента; б) его личности, личной истории и психического статуса; в) актуальной ситуации клиента.

Оценка проблем и задач клиента требует от интервьюера определения основного источника дисфункции клиента, а также диапазона других проблем, которые ей способствуют. Проблемы и задачи клиента нужно классифицировать и отбирать в зависимости от их приоритетности и с учетом возможности для терапевтической интервенции. В распоряжении интервьюера имеются многочисленные системы для анализа и концептуализации проблем клиента. Обычно эти системы включают определение факторов или событий, которые предшествовали проявлению у клиента патологических симптомов и следовали за ними.

Выяснение личной истории клиента — деликатный и сложный процесс, поэтому интервьюер вначале должен придерживаться недирективных методов. Личная история начинается с ранних детских воспоминаний, включает впечатления о жизни в семье и учебе в школе, отношения со сверстниками и профессиональную деятельность. При сборе психосоциальной информации клиническим интервьюерам следует быть избирательными и гибкими; невозможно выяснить все в течение одной встречи.

Последняя важная сфера, на которой сосредотачивается интервьюер во время приемного интервью — актуальное функционирование клиента. Интервьюер должен перейти к этой теме ближе к окончанию интервью, поскольку это помогает клиенту вернуться из прошлого в настоящее, с его как преимуществами, так и стрессами. Окончание интервью должно подчеркивать сильные стороны клиента и ресурсы его окружения, а также ориентировать клиента на будущее и на постановку практических задач.

Регистрационные формы и приемные анкеты могут помочь клиническому интервьюеру заранее определить темы, которые следует рассмотреть во время приемного интервью. Теоретическая ориентация, контекст организации, профессиональная подготовка и профессиональная принадлежность интервьюера также определяют направленность приемного интервью. Приведена схема, определяющая структуру приемного интервью в условиях современной системы здравоохранения.

Клиенты приходят на приемное интервью по разным причинам. Алкоголизм, наркомания и перенесенные психические травмы — основные проблемы, с которыми вы столкнетесь при интервьюировании новых клиентов. Методы интервьюирования клиентов, страдающих алкоголизмом или наркоманией и перенесших психические травмы, обсуждаются выше.

Составление приемного отчета — одна из основных трудностей, с которыми сталкиваются большинство клинических интервьюеров. Подготавливая приемный отчет, принимайте во внимание возможную аудиторию, структуру и содержание отчета, необходимость соблюдения ясности и лаконичности, а также сохранения конфиденциальности записей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Gustafson, J. P. (1997). The complex secret of brief psychotherapy: A panorama of approaches. New York: Aronson. В книге “Все секреты краткой психотерапии: панорама подходов” Дж. Густафсон очень выразительно описывает психоаналитически ориентированные методы краткой психотерапии. Книга

содержит обсуждение предварительного интервью и пробной терапии с точки зрения психоанализа.

Hack, T. F., & Cook, A. J. (1995). Getting started: Intake and initial sessions. Статья “Начало: приемное интервью и первые сеансы” помещена в сборнике *Martin D. J. & Moore A. D. (Eds.) First steps in the art of intervention. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole (p. 46–74).* Авторы кратко описывают те аспекты приемного интервью, которые кажутся им важными. Приводится также образец отчета о приемном интервью.

Lasarus, A. A. (1976). Multimodal behavior therapy. New York: Springer. Книга “Полиמודальная поведенческая терапия” — классическая работа А. Лазаруса по созданному им направлению психотерапии, в которой он подробно описывает свою модель *BASIC ID*.

Lasarus, A. A. (1997). Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way. New York: Springer. Работа “Краткая, но исчерпывающая психотерапия: полимодальный подход” представляет собой последний вариант предложенного А. Лазарусом направления диагностики и терапии.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.). New York: Guilford. Современное издание революционной работы У. Миллера и С. Ролльника “Мотивационное интервью: подготовка людей к изменениям”, посвященной клиническому интервьюированию алкоголиков и наркоманов.

Mitchell, J., Everly, G. S. (1993). Critical incidence stress debriefing. New York: Chevron Publishing. В книге “Опрос при стрессе, вызванном чрезвычайным случаем” описывается проведение стрессового анализа для людей, работающих в чрезвычайных условиях (служба спасения).

Ponterotto, J. G., Rivera, L., & Sueyoshi, L. A. (2000). The career-in-culture interview: A semi-structured protocol for the cross cultural intake interview. Career Development Quarterly, 49, 85–96. Статья “Профессионально-культурное интервью: частично структурированный протокол для проведения приемного интервью с представителями разных культур” представляет новую идею — структурированное профессионально-ориентированное интервью для клиентов из разных культур. Авторы описывают стандартизацию методов клинического интервьюирования для рассмотрения проблем, обусловленных культурной спецификой.

Teyber, E. (1997). Interpersonal process in psychotherapy: A relational approach. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. В главах 6–8 книги “Межличностные процессы в психотерапии: подход, основанный на взаимоотношении” рассматривается оценочная процедура с точки зрения межличностного подхода. Хо-

рошее пособие для начинающих интервьюеров и практикантов, которые хотели бы применить межличностный подход в психотерапии.

Takushi, P., & Uomoto, J. M. (2001). The clinical interview from a multicultural perspective. Статья “Клиническое интервью в поликультурной перспективе” помещена в сборнике *Suzuki, L. A. & Ponterotto, J. G. (Eds.) Handbook of multicultural assessment. San Francisco: Jossey-Bass.* Авторы рассказывают об адаптации приемного интервью к требованиям культурного многообразия.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Есть люди, которые сделали своей целью исследование мира, в котором мы живем, с предельной научной объективностью, не отстраняясь от него. Это всегда трудно; возможно ли это?

Р. Д. Лэнг, The Voice of Experience

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Специалисту в сфере охраны психического здоровья необходимо обладать навыками исследования психического статуса клиентов. В этой главе мы будем говорить об основных составляющих типичного исследования психического статуса. В частности, мы обсудим практические подходы к данной задаче. Прочитав главу, вы узнаете:

- что такое исследование психического статуса;
- об индивидуальных и культурных факторах, которые следует учитывать при исследовании психического статуса;
- об основных составляющих общего исследования психического статуса, включая такие категории, как внешность, поведение, установки, аффект и настроение, речевая и мыслительная активность, перцептивные расстройства, ориентация и сознание, память и интеллектуальные способности, а также надежность, рассудительность клиентов и понимание ими своих проблем;
- когда требуется и не требуется проведение полного исследования психического статуса;
- что должно входить в краткий отчет о психическом статусе и как его составлять.

При проведении клинического интервью не следует чрезмерно увлекаться объективностью, доводя ее до абсурда. Хорошие *интервьюеры* устанавливают эмоциональный контакт со своими клиентами. Хорошие *диагносты* могут устанавливать или не устанавливать эмоциональный контакт с клиентами.

Некоторые диагносты считают, что эмоциональная близость может мешать объективному восприятию клиента, поэтому они снижают эмоциональный контакт до минимума.

Мы считаем, что не стоит жертвовать человеческими отношениями ради объективности. Поддержание объективности требует от интервьюера значительных затрат сил и может привести к тому, что клиенты будут давать о себе меньше информации, а не больше. Сознательно допускать умеренную эмоциональность отношений и субъективность восприятия более гуманно. Если это делается достаточно профессионально, такая стратегия может способствовать получению более точной и обширной информации. Слишком сильная эмоциональная близость с клиентами может свести на нет объективность.

Абсолютная объективность, если таковая возможна, потребовала бы полного эмоционального нейтралитета. Вполне вероятно, однако, что ни в одной из сфер человеческой деятельности нет ни абсолютной объективности, ни совершенного эмоционального нейтралитета. Фритьюф Капра в своей работе *The Tao of Physics* (“Дао физики”) очень красноречиво выражает эту мысль.

Тщательный анализ процесса наблюдения в атомной физике показал, что субатомные частицы не имеют смысла в качестве изолированных объектов, но могут пониматься исключительно как связующее звено между подготовкой эксперимента и последующими измерениями... В атомной физике мы не можем говорить о природе, не говоря в то же время о самих себе (Капра, 1975, с. 19).

Даже в контексте такой точной науки, как субатомная физика, человеческий фактор в форме эмоций и веры придает смысл наблюдаемым объектам и явлениям и оказывает влияние на них. При изучении человека эмоциональная отстраненность или нейтральность нежелательна и не полезна. Напротив, интервьюер должен *использовать* эмоциональные связи и эмоциональные реакции для понимания индивидуального клиента. Основная проблема исследования психического статуса заключается в том, чтобы сочетать эмоциональную чуткость и адекватную степень объективной беспристрастности.

ЧТО ТАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Исследование психического статуса — это метод систематизации и оценки клинических наблюдений относительно психического статуса или состояния клиента. Основная цель исследования психического статуса заключается в диагностике актуальных когнитивных процессов (Strub & Black, 1977). Однако в последние годы исследование психического статуса стало более

масштабным, некоторые клиницисты включают сюда также психосоциальную историю, планирование терапии и диагностические впечатления (*Robinson, 2001; Siassi, 1984*). Исследование психического статуса, описанное в данной главе, представляет собой классическую модель в традициях Р. Страба и Ф. Блэка, направленную на диагностику *актуальных* когнитивных функций. Другие главы нашей книги посвящены диагностическому интервьюированию, выяснению личной истории и планированию терапии.

Исследование психического статуса широко применяется в контексте медицинской психиатрии: “С точки зрения психиатрии, исследование психического статуса считается аналогом физического обследования в общей медицине” (*Siassi, 1984, p. 267*). В условиях стационара психиатров часто приглашают для выяснения необходимости или проведения ежедневного исследования психического статуса пациентов с острыми расстройствами. Результаты исследования описываются в кратких отчетах (примерно один абзац среднего размера на пациента; см. врезку “От теории к практике 8.1”). Исследование психического статуса — одна из основных процедур в медицине. Любой человек, который собирается работать в сфере охраны психического здоровья, должен уметь осуществлять компетентную профессиональную коммуникацию с другими специалистами посредством отчетов об исследовании психического статуса.

ОБЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Основные категории, входящие в общее исследование психического статуса, могут несколько варьироваться в зависимости от интервьюера и преследуемых им целей. В нашей работе наиболее востребованными были следующие категории.

1. Внешность.
2. Поведение, или психомоторная активность.
3. Установки по отношению к интервьюеру.
4. Аффект и настроение.
5. Речь и мышление.
6. Перцептивные расстройства.
7. Ориентация и сознание.
8. Память и интеллектуальные способности.
9. Надежность, рассудительность и понимание клиентом своих проблем.

От теории к практике 8.1**Отчет об исследовании психического статуса**

Ниже мы приводим образцы отчетов о психическом статусе клиентов. Хороший отчет характеризуется краткостью, ясностью, лаконичностью и включает все категории, рассматриваемые в этой главе.

Отчет о психическом статусе №1

Гарри Спэрроу, 42-летний мужчина европеоидной расы, выглядел неряшливо. Во время клинического интервью он был возбужден и проявлял лихорадочное беспокойство, часто пересаживаясь с места на место. Общаясь с клиническим интервьюером, он был нетерпелив и иногда грубил. Мистер Спэрроу рассказал, что тот день был для него самым счастливым в жизни, потому что он решил стать профессиональным игроком в гольф. Его эмоциональное состояние было лабильным, однако вполне адекватным (например, у него на глазах выступили слезы, когда он рассказывал, как “завалился на 15-й лунке”). Его речь была громкой, быстрой и путаной. У него наблюдалось ослабление ассоциативных связей и скачка идей. Мистер Спэрроу поделился своими заблуждениями относительно маниакально преувеличенных спортивных и сексуальных достижений. Он сообщил о слуховых галлюцинациях (“Бог” велел ему бросить работу и стать профессиональным игроком в гольф) и был поглощен мыслями о своих спортивных успехах и любовных победах. Мистер Спэрроу ориентировался во времени и пространстве, но называл себя незаконнорожденным сыном знаменитого чемпиона Арнольда Палмера. Он утверждал, что у него не было мыслей о самоубийстве или убийстве. Мистер Спэрроу отказался от проверки интеллектуальных способностей и памяти. Он проявил себя как ненадежный, нерассудительный клиент. Осознание своей проблемы отсутствовало.

Отчет о психическом статусе №2

Мисс Хелен Джексон, 67-летняя афроамериканка, была обследована при очередном обходе дома престарелых “Седар Спрингс”. Ее внешний вид был опрятным, она выразила готовность к сотрудничеству. Мисс Джексон квалифицировала свое настроение как “отчаяние”, вызванное тем, что она “недавно куда-то задела свои очки”. Ее эмоциональное состояние характеризовалось периодическими приступами тревоги, связанной в основном с потерей личных вещей или с тем, что ей было трудно ответить на вопросы клинического интервьюера. Ее речь была медленной и тихой, она говорила с запинками. Мисс Джексон время от времени начинала беспокоиться о своих личных вещах, своем наряде и внешности, спрашивая вслух, “куда убежал шарфик”, и иногда обращалась к клиническому интервьюеру, спрашивая его о своем внешнем виде (например: “Как я выгляжу, нормально? Знаете, у меня сегодня будет много гостей”). Мисс Джексон ориентировалась в пространстве и своей личности, но утверждала, что интервью проводилось 9 января 1981 года (на самом деле

было 8 июля 2002 года). Она не смогла выполнить отсчет от ста по семь, а после того как не сумела вспомнить ни одной из трех предложенных для запоминания цифр, некоторое время беспокоилась и спросила: “О господи, ты, наверное, снова меня подловил, да, сынок?” К мисс Джексон быстро вернулось хорошее настроение, и она сказала: “Мне будет очень приятно, если ты еще раз зайдешь меня навестить”. Она интерпретировала предложенные ей пословицы чрезвычайно конкретно. Рассудительность, надежность и понимание своих проблем значительно ослаблены.

Во время исследования психического статуса наблюдения систематизируются таким образом, чтобы на их основе выработать гипотезу об *актуальном психическом функционировании* клиента. Хотя исследование психического статуса дает важную диагностическую информацию, его проведение нельзя считать ни приоритетно или исключительно диагностической процедурой, ни формальной психометрической процедурой (*Polanski & Hinkle, 2000*). После краткого описания индивидуальных и культурных факторов, которые следует учитывать клинику интервьюера, мы будем отдельно говорить о каждой категории традиционного исследования психического статуса.

Индивидуальные и культурные факторы

Исследование психического статуса, как и большинство других диагностических процедур, может осложняться искажениями, вызванными культурной невосприимчивостью клинического интервьюера. Утверждать, что психический статус клиента частично зависит от культуры, означает недооценивать влияние данного аспекта; культурная принадлежность индивида может быть определяющим фактором его психического статуса.

Несмотря на возможную профанацию или злоупотребления, исследование психического статуса может быть чрезвычайно полезным, если клинический интервьюер осведомлен о культурном влиянии и способен обнаружить его проявления. В конце концов, как видно из следующего отрывка из романа нигерийского писателя Чинуа Ачебе, понятия о психическом здоровье и психическом отклонении зависят от индивидуальной точки зрения конкретного человека.

После пения переводчик говорил о Сыне Божьем, которого звали Йезу Христи. Оконкво, который не уходил только потому, что надеялся, что этих людей все-таки выгонят из деревни или высекут, теперь заговорил:

“Ты сказал своим собственным языком, что есть только один бог. А сейчас ты рассказываешь о его сыне. Тогда у него должна быть и жена”. Толпа согласилась с ним.

“Я не говорил, что у него есть жена”, — ответил переводчик, не очень-то убедительно.

Миссионер не обратил на него внимания и продолжал рассказывать о Святой Троице. В конце концов Оконкво окончательно убедился, что это был сумасшедший. Он пожал плечами и пошел пить пальмовое вино (*Achebe, 1959/1994, p. 146-147*).

Иногда определенные убеждения, связанные с культурой, особенно религиозные, кажутся безумием (или заблуждением) людям из других культур. То же относится и к убеждениям и моделям поведения, связанным с физическими заболеваниями, развлечениями, свадебными ритуалами и семейными обычаями. Например, при определенных обстоятельствах отказ от пищи может стать поводом к принудительной госпитализации и насильственному кормлению, а в других случаях голодание, даже в течение длительного периода, может применяться для лечения заболеваний или духовного совершенствования (*Falloon & Horwath, 1993; Polanski & Hinkle, 2000*). В целом — это относится и к прочим процедурам диагностирования — интервьюер, прежде чем прийти к категорическим выводам относительно психического статуса своего клиента, должен учесть влияние индивидуальных и культурных факторов (см. врезку “Индивидуальное и культурное 8.1”).

Внешность

При исследовании психического статуса интервьюеры учитывают внешность клиентов. Наблюдения ограничиваются в основном физическими характеристиками, однако сюда относятся и некоторые демографические данные.

Физические характеристики клиентов, на которые обычно обращается внимание интервьюера при исследовании психического статуса, включают такие аспекты, как опрятность, одежда, расширение/сужение зрачков, выражение лица, потоотделение, макияж, наличие татуировок, сережек и пирсинга, рост, вес и телосложение. Интервьюер должен внимательно наблюдать не только за внешним видом клиентов, но и за особенностями их физической реакции на себя или общения с ним. Дж. Моррисон рекомендует: “Когда вы при знакомстве обмениваетесь рукопожатием, обратите внимание на то, сухие или влажные у пациента ладони” (*Morrison, 1993, p. 106*). Подобным образом С. Шей утверждает: “Опытный клиницист может заметить, встретился ли он со стальной хваткой Геркулеса, который стремится повелевать, или с потной ладошкой Чарли Брауна, который ожидает, что его вот-вот прогонят” (*Shea, 1998, p. 9*).

Индивидуальное и культурное 8.1

Культурные различия и психический статус

При исследовании психического статуса важно учитывать культурные нормы. Постарайтесь связать каждую категорию, задействованную в исследовании психического статуса, с такими моделями поведения, которые отличались бы от ваших собственных соответствующих моделей поведения, но были бы абсолютно “нормальными” в рамках своей культурной или этнической среды. Например, это могут быть различия в культурно адекватных проявлениях печали, стресса, унижения или последствий травматического опыта. К тому же представители национальных и культурных меньшинств, которые недавно оказались в новой культурной среде, могут выражать смятение, страх или недоверие, которые совершенно естественны в данной ситуации. Кроме того, в экстремальных или стрессовых ситуациях дезориентацию могут демонстрировать люди с ограниченными физическими возможностями.

Используя свои наблюдения, вместе с коллегой составьте список культурных факторов, которые могут привести к неадекватному и неверному заключению интервьюера о психическом статусе клиента. Используйте перечисленные ниже категории.

Категория	Фактор	Неверное заключение
Внешность		
Поведение, или психомоторная активность		
Установки по отношению к интервьюеру		
Аффект и настроение		
Речь и мышление		
Перцептивные расстройства		
Ориентация и сознание		
Память и интеллектуальные способности		
Надежность, рассудительность и понимание клиентом своих проблем		

Внешность клиента может отражать его психический статус. Более того, внешние особенности могут указывать на определенный психиатрический диагноз. Например, расширенные зрачки иногда бывают следствием нарко-

тической интоксикации, а суженные зрачки наблюдаются при наркотической абстиненции (“ломке”). Конечно, сами по себе расширенные зрачки нельзя считать достаточным основанием для заключения о наркотической интоксикации. Это лишь один из фрагментов головоломки, и вам потребуются дополнительные факты, чтобы уверенно говорить о субстанциональной зависимости.

Пол, возраст, расовая и этническая принадлежность клиентов тоже представляют собой факторы, которые требуют внимания интервьюера при исследовании психического статуса. Каждый из этих факторов может сыграть свою роль при установлении диагноза и планировании терапии. Например, критерии *DSM-IV-TR* варьируются в зависимости от пола клиентов. Кроме того, как заметили Э. Отмер и С. Отмер, корреляция между внешностью и биологическим возрастом также может быть значимой: “Пациент, который выглядит старше своего возраста, может иметь опыт приема наркотиков или алкоголя, страдать органическим расстройством психики или иметь физическое заболевание” (*Othmer & Othmer, 1994, p. 114*).

В отчете о психическом статусе внешний вид клиента может быть описан следующим образом.

Максин Кейн, 41-летняя американка австралийского происхождения, выглядела намного моложе своего возраста. Она пришла на интервью в мини-юбке, туфлях на высоких каблуках, сильно покрашенная, с обесцвеченными по моде волосами.

Внешность клиента также может быть выражением его среды или той ситуации, в которой он находится (*Paniagua, 2001*). В последнем примере важно учитывать, что мисс Кейн пришла на клиническое интервью прямо с работы — она участвовала в съемках телесериала.

Поведение, или психомоторная активность

Эта категория связана с физическим движением. Интервьюер должен наблюдать за поведением клиента и фиксировать его особенности. Уделяется внимание как чрезмерной или недостаточной активности, так и наличию или отсутствию определенных моделей поведения (например, уклонение от визуального контакта (с учетом культурного влияния), гримасы, чрезмерный визуальный контакт (пристальное разглядывание), необычные или повторяющиеся жесты и положение тела). Клиенты могут не признаваться в определенных мыслях или чувствах (например, паранойяльных или депрессивных), а их поведение будет противоречить их словам (например, напряженная поза и пристальный взгляд или же замедленная психомоторика и неподвижное лицо).

Чрезмерная подвижность может говорить о беспокойстве, приеме наркотических веществ или маниакальной фазе биполярного расстройства. Чрезмерная медлительность может свидетельствовать об органической дисфункции мозга, кататонической шизофрении или наркотическом ступоре. Депрессия может проявляться либо через возбуждение, либо через психомоторную заторможенность. Некоторые паранойяльные клиенты иногда настороженно оглядываются, постоянно опасаясь внешней угрозы. Часто повторяющиеся движения (например, смахивание пыли с тужель) могут свидетельствовать об одержимости-компульсивным расстройством. Постоянное смахивание воображаемых пушинок или пыли с одежды иногда ассоциируется с делирием¹, наркотической или медикаментозной интоксикацией.

Установки по отношению к клиническому интервьюеру

Родители, учителя и психиатры часто злоупотребляют словом *установки*. Когда говорят о “проблеме установок” или “неправильных установках”, трудно до конца понять смысл этих выражений.

Что касается психиатрии, то выражение “установки по отношению к интервьюеру” подразумевает *поведенческие* реакции клиента на терапевта. Другими словами, *установки* означают поведение клиента в контексте межличностного общения. Результаты анализа определенных физических и психомоторных характеристик обеспечивают основание для выявления установок клиента по отношению к интервьюеру. Кроме того, наблюдения касательно готовности клиента отвечать на вопросы интервьюера (включая такие невербальные знаки, как тон голоса, визуальный контакт и положение тела; а также вербальные факторы, такие как задержка ответов, прямота или уклончивость ответов) также помогают определить установки клиента по отношению к интервьюеру.

Эта часть исследования психического статуса выигрывает от эмоциональной субъективности, которую мы упоминали выше. Интервьюеры должны позволять себе искренне реагировать на клиентов, а затем анализировать свои собственные реакции, чтобы с их помощью найти ключ к пониманию установок клиента. Такие суждения основываются на внутренних когнитивных и эмоциональных процессах клинического интервьюера

¹ Делирий (лат. delirium — безумие, помешательство) — синдром помрачения сознания, характеризующийся выраженными зрительными истинными галлюцинациями, иллюзиями и парейдолиями, сопровождающимися образным бредом и психомоторным возбуждением, нарушением ориентации во времени и месте. Галлюцинации преимущественно носят характер сценopodobных, подвижных, множественных, часто зоологических. — Прим. ред.

и, соответственно, попадают под влияние личных предубеждений. Например, мужчина-интервьюер может расценить поведение привлекательной клиентки как сексуально соблазнительное скорее из-за своего желания такого отношения к себе, чем на основании реальных фактов. Более того, то, что воспринимается интервьюером как сексуально соблазнительное поведение, самой клиенткой может восприниматься совершенно иначе. Различия в восприятии могут быть вызваны культурными и индивидуальными факторами. Поэтому профессиональный долг интервьюера заключается в том, чтобы избегать интерпретации поведения клиента как показателя его общих установок по отношению к себе или же, в некоторых случаях, личностных качеств. При вынесении суждений о поведении клиентов вам следует вспомнить критерии аномального поведения, которые обсуждаются в главе 6, и задать себе следующие вопросы.

- Можно ли считать это поведение необычным или статистически редким?
- Мешает ли это поведение клиенту или другим людям из его окружения — дома или на работе?
- Может ли это поведение считаться неадаптивным, т.е. усугубляет ли оно трудности, испытываемые клиентом?
- Можно ли оправдать поведение клиента, учитывая факторы его нынешнего окружения или культуры?

Существует множество возможных типов установок клиентов по отношению к интервью или интервьюеру. Самые распространенные их разновидности и способы их выражения приводятся в табл. 8.1.

Аффект и настроение

Аффектом называют превалирующий эмоциональный тон, наблюдаемый интервьюером во время исследования психического статуса клиента. *Настроением*, наоборот, называют восприятие своего эмоционального состояния клиентом.

Аффект

Аффект обычно характеризуется посредством следующих категорий: а) содержание или тип; б) диапазон и продолжительность (или изменчивость и продолжительность); в) адекватность; г) глубина или интенсивность. Ниже объясняется каждая из этих характеристик.

Таблица 8.1. Установки клиентов по отношению к интервьюеру

Агрессия: клиенты выражают свою агрессию по отношению к интервьюеру физически, вербально, жестами или мимикой. Клиенты могут оборвать интервьюера или агрессивно ответить на его вопрос: “Какой идиотизм” или “Конечно, я злюсь. Может, хватит меня передразнивать?”

Безразличие: внешность и движения клиентов говорят о равнодушии, отсутствии интереса к интервью. Клиенты могут зевать, барабанить пальцами по ручке кресла, отвлекаться на посторонние помехи. Эта установка может также определяться как апатичная.

Враждебность: клиенты язвительны и опосредованно проявляют недоброжелательность. Более или менее скрытая враждебность может проявляться через сарказм, закатывание глаз для демонстрации отвращения к вопросам или комментариям клинического интервьюера, кислое выражение лица. Эта модель поведения чаще всего наблюдается у трудных подростков (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1998*).

Заискивание: клиенты ведут себя подобострастно, слишком активно добиваются одобрения и поддержки интервьюера. Они могут попытаться представить себя в самом выгодном свете или соглашаются со всем, что говорит интервьюер. Клиенты могут делать слишком много жестов согласия (очень часто кивать головой), улыбаться, не отрываясь смотреть интервьюеру в лицо.

Манипулирование: клиенты пытаются использовать интервьюера в своих целях. Могут истолковывать его слова таким образом, чтобы соблюсти свои интересы. Такие фразы, как, например, “Он вел себя нечестно, правда, доктор?”, рассчитаны на то, чтобы добиться согласия клинического интервьюера, и могут говорить о манипулятивной установке.

Напряжение: постоянный или почти постоянный визуальный контакт, клиент всем телом подается к интервьюеру и напряженно его слушает. Клиенты могут говорить громким и напряженным голосом.

Негативизм: клиенты сопротивляются буквально всему, что говорит интервьюер. Они могут не соглашаться с безусловно правильным перефразированием, отражением чувств, обобщениями. Могут отказываться отвечать на вопросы или вообще молчать во время интервью. Такое поведение также называется оппозиционным.

Нетерпение: клиенты сидят на краешке стула. Не в состоянии выносить долгие паузы или медленную речь клинического интервьюера. Могут выразить желание немедленно получить рецепт решения своих проблем. У клиентов с личностным стилем типа А² могут наблюдаться проявления враждебности и состязательности.

Отзывчивость: клиенты с готовностью откликаются на вопросы и комментарии интервьюера. Они могут прилагать явные усилия, чтобы сотрудничать с клиническим интервьюером при сборе информации или для решения проблем. Имеют место частые согласные кивки головой, положение тела свидетельствует об открытости клиента.

Открытость: клиенты открыто и прямо говорят о своих жалобах и проблемах. Они могут также открыто принимать предложения или интерпретации интервьюера.

² Личность типа А характеризуется стремлением прилагать усилия и сосредотачиваться на все больших и больших достижениях. Такие люди отличаются гораздо более высокой степенью риска сердечно-сосудистых заболеваний, включая инфаркт миокарда, по сравнению с подвергающимися себя меньшему напряжению личностями типа В. Теория личности типа А разработана М. Фридманом и Р. Розенманом. — Прим. ред.

Пассивность: клиенты не проявляют ни активной заинтересованности, ни сопротивления. Могут пользоваться, например, фразой “Как скажете”. Они могут пассивно сидеть и ждать, пока им не скажут, что они должны делать.

Подозрительность: клиенты могут подозрительно оглядываться (некоторые даже целенаправленно ищут в комнате “жучки”). Взгляды искоса, исподлобья также могут свидетельствовать о подозрительности. Это же могут выражать вопросы клиентов о том, что записывает интервьюер или зачем ему нужна определенная информация.

Соблазн: клиенты могут соблазнительно или вызывающе трогать или гладить себя. Они могут обнажать части тела, близко придвигаться к интервьюеру или пытаться коснуться его. Клиенты могут намекать на готовность к интимной близости или пытаться флиртовать с интервьюером.

Содержание аффекта. Сначала вам следует определить, какое аффективное состояние вы наблюдаете со стороны клиента. Что это — грусть, эйфория, беспокойство, страх, гнев или что-то другое? Индикаторами аффективного содержания могут быть выражение лица, положение тела, движения, тон голоса клиента. Например, когда вы видите в глазах клиента слезы, при этом его взгляд опущен, он мало двигается (психомоторная заторможенность), вы, скорее всего, придете к заключению, что клиент “опечален”. И наоборот, сжатые кулаки, стиснутые зубы и эмоционально насыщенные высказывания могут навести вас на мысль, что клиент находится в аффективном состоянии “гнев”.

Хотя в разговоре люди используют множество слов, выражающих самые различные чувства, аффективное содержание обычно можно адекватно описать в рамках одной из следующих категорий.

Гнев	Вина или раскаяние
Тревога	Счастье или радость
Стыд	Раздражение
Эйфория	Печаль
Испуг	Удивление

Диапазон и продолжительность. Диапазон и продолжительность аффекта в нормальных условиях варьируется в зависимости от актуальной ситуации клиента и обсуждаемой темы. Обычно способность переживать и выразить широкий спектр эмоциональных состояний — даже в ходе клинического интервью — свидетельствует о хорошем психическом здоровье (*Pennebaker, 1995*). Однако в некоторых случаях аффективный диапазон клиента может быть слишком изменчивым, в других случаях он может быть весьма ограниченным.

Как правило, клиенты с признаками навязчивых состояний (компульсий) демонстрируют ограниченный аффективный диапазон, в то время как клиенты с признаками мании и истеричные демонстрируют чрезвычайно широкий диапазон эмоций, довольно быстро переходя от ощущения счастья до печали и обратно. Такая закономерность получила название *лабильного аффекта*. Иногда в ходе интервью клиенты демонстрируют незначительный или нулевой аффект, словно их эмоциональная жизнь полностью прекратилась. Подобное отсутствие эмоциональных проявлений принято называть *уплощенным аффектом*. Этот термин употребляется по отношению к клиентам, которые кажутся неспособными устанавливать эмоциональный контакт с другими людьми. В качестве примера можно привести клиентов с шизофренией, глубокой депрессией или неврологическими заболеваниями, например болезнью Паркинсона³.

Иногда, если клиенты принимают антипсихотические препараты, они переживают и ощущают минимальный аффект. Это состояние, очень близкое к уплощенному аффекту, часто называют *притупленным аффектом*, так как эмоциональные реакции проявляются, но в ограниченной, минимальной степени.

Адекватность. Об адекватности аффекта судят в контексте содержания речи клиента и той жизненной ситуации, в которой он находится. Чаще всего неадекватный аффект наблюдается у тяжелобольных клиентов с такими серьезными психическими расстройствами, как шизофрения или биполярное расстройство.

Установление адекватности аффективных реакций клиента — субъективный процесс, который в разных ситуациях может быть более или менее простым. Например, если клиент говорит о безусловно трагическом происшествии (например, смерти своего ребенка) и при этом хихикает или хохочет без какой-либо разумной на то причины, интервьюер имеет достаточные основания для заключения о “неадекватности аффекта по отношению к содержанию его речи”. Тем не менее в некоторых случаях у клиентов могут быть некие идиосинкразические основания для проявления, казалось бы, неадекватных эмоциональных реакций. Например, когда любимый человек умирает после долгой и мучительной болезни, улыбка или смех могут быть адекватной

³ Болезнь Паркинсона — хроническое прогрессирующее заболевание, проявляющееся нарастающим дрожанием конечностей, экстрапирамидными явлениями (акинетико-ригидный синдром) и постепенно развивающимися параличами. В психике — аффективные нарушения, явления депрессии, кверулянтские (сутяжнические) тенденции. Периодически — повышенная возбужденность или апатичность. При длительном течении — ослабление памяти, замедление темпа мышления, характерологические изменения (назойливость). Заболевание носит семейно-наследственный характер, развивается в пожилом возрасте. Впервые описано Дж. Паркинсоном (Parkinson, 1817). — Прим. ред.

реакцией ввиду прекращения страданий, в связи с религиозными убеждениями или какими-то другими факторами. Подобным образом, эмоциональная реакция клиентов из других культур может показаться необычной психиатру, принадлежащему к традиционной североамериканской культуре. Для интервьюера важно сохранять чуткость и осторожность в своих суждениях об уместности или неуместности аффективных состояний клиента.

Определенная форма неадекватного аффекта требует особого внимания: некоторые клиенты демонстрируют поразительное эмоциональное безразличие к своему положению. Хотя глубокое безразличие может наблюдаться у самых разных типов клиентов, оно наиболее характерно, как пишет Дж. Моррисон, для соматизированных клиентов: “Пациенты с соматическими расстройствами иногда говорят о своих физических ограничениях (параличе, слепоте) с хладнокровием, которое обычно сопровождает беседу о погоде. Этот особый тип неадекватного аффекта называется “возвышенным безразличием” (*Morrison, 1993, p. 112*).

Глубина или интенсивность. Интервьюеры, как правило, также описывают аффект клиентов с точки зрения глубины или интенсивности. Некоторые клиенты выглядят глубоко опечаленными, печаль других кажется более поверхностной. Определение глубины аффекта может быть трудной задачей, поскольку некоторые клиенты прилагают все силы к тому, чтобы “сохранить хорошую мину при плохой игре”. Однако посредством внимательных наблюдений за тоном голоса, положением тела, выражением лица и способностью клиента быстро переходить (или не переходить) к новой теме клинический интервьюер может получить хоть какое-то представление о глубине или интенсивности аффекта. Мы рекомендуем ограничить определение интенсивности аффекта теми ситуациями, в которых клиенты проявляют очень глубокие либо очень поверхностные эмоции.

При характеристике аффекта в отчете об исследовании психического статуса нет необходимости использовать все четыре упомянутых выше измерения. Чаще всего описывают содержание аффекта клиента. Следующий наиболее употребляемый параметр — диапазон и продолжительность аффекта. Реже всего анализируются адекватность и интенсивность аффекта. Наиболее типичный отчет о страдающем депрессией клиенте, который проявил печаль, узкий спектр эмоционального выражения и содержание речи, соответствующее сложным обстоятельствам жизни, может содержать следующее описание аффекта.

На протяжении клинического интервью аффективное состояние мистера Брауна время от времени было печальным, а поведение — часто сдержанным. Аффект клиента был адекватен содержанию его речи.

И наоборот, отчет о клиенте с симптомами мании будет включать совершенно другие характеристики аффекта.

Эйфорический (содержание или тип): относится к моделям поведения, указывающим на маниакальное состояние (например, клиент говорит о своем всемогуществе, проявляет возбуждение или повышенную психомоторную активность и чересчур энергично жестикулирует).

Лабильный (диапазон и продолжительность): относится к широкому спектру аффективного выражения в течение короткого времени (например, клиент быстро переходит от плача к смеху).

Неадекватный по отношению к содержанию речи и жизненной ситуации (адекватность): например, клиент переживает эйфорию в связи с потерей работы и разводом; другими словами, аффективное состояние клиента рационально не оправдано.

Поверхностный (глубина или интенсивность): относится к недостаточной глубине или силе эмоций (например, клиент утверждает, что он счастлив потому, что “улыбается”, а “улыбка всегда решает все проблемы”).

Состояние клиента в последнем примере может быть охарактеризовано как

...лабильный, преимущественно эйфорический аффект с признаками неадекватности и поверхностности.

Настроение

При исследовании психического статуса настроение и аффект рассматриваются как два разных понятия. *Настроение* определяется просто как восприятие клиентом своего доминирующего эмоционального состояния (т.е. аффекта). Настроение клиента следует выяснять посредством простых недирективных открытых вопросов, например: “Как вы себя чувствуете в последнее время?” или “Как бы вы описали свое настроение?”, а не с помощью закрытых директивных вопросов, предлагающих клиенту определенный ответ (например: “Чувствуете ли вы подавленность?”). Когда пациентов спрашивают о их состоянии, некоторые из них начинают описывать свое физическое состояние или жизненную ситуацию. В таком случае просто выслушайте их и затем спросите: “А эмоции? Что вы чувствуете (по поводу своего физического состояния или жизненной ситуации)?”

Желательно дословно записывать ответы клиентов на ваш вопрос относительно их настроения. Это дает возможность сравнить описания клиентом своего настроения в разное время. Кроме того, важно сравнивать описание клиентом своего настроения с вашей диагностикой его аффективного состояния. Характеристику клиентом своего настроения также можно сравнить с описанием им содержания своих мыслей, так как последнее может объяснять доминирующий характер первого.

Настроение отличается от аффекта несколькими характерными чертами: оно, как правило, более долговременное; меняется не так спонтанно, как аффект; создает эмоциональный фон; характеризуется самим клиентом, в то время как аффект выясняется интервьюером (*Othmer & Othmer, 1994*). Говоря фигурально (чтобы вам легче было запомнить), настроение соотносится с аффектом так же, как климат соотносится с погодой.

Речь и мышление

С точки зрения исследования психического статуса, речь и мышление тесно связаны. Интервьюер наблюдает и диагностирует мыслительные процессы клиента прежде всего через речь. Однако клинический интервьюер располагает и другими возможностями для наблюдения и диагностики мыслительных процессов. Невербальное поведение, язык жестов (у глухонемых клиентов) и письмо также могут быть источником ценной информации о мыслительных процессах клиента. При исследовании психического статуса речь и мышление диагностируются как по отдельности, так и вместе.

Речь

Речь обычно характеризуют с помощью таких категорий, как темп (т.е. скорость речи), уровень громкости и объем. Темп речи и уровень громкости могут быть:

- высокими (быстрый темп, громкая речь);
- средними (нормальными или обычными);
- низкими (медленный темп, тихая речь).

Речь клиента обычно описывается как напряженная (высокая скорость), громкая, медленная или запинаящаяся (низкая скорость), либо тихая и неслышная.

Если клиенты говорят свободно, без принуждения, интервьюеру легче диагностировать их речь и мышление. Речь, которая не была вызвана прямым побуждением или вопросами со стороны клинического интервьюера, в отчетах обычно называют спонтанной. С клиентами, чья речь характеризуется как *спонтанная*, легче работать — они обеспечивают интервьюеру доступ к своим внутренним мыслительным процессам. Однако некоторые клиенты избегают открытого разговора и могут лишь кратко отвечать на прямые вопросы интервьюера. О таких клиентах говорят, что у них “обедненная речь”. Некоторые клиенты очень медленно реагируют на вопросы. В таком случае говорят о повышенной или продолжительной *латентности* ответа.

Следует также упомянуть о характерных особенностях речи и речевых расстройствах. К характерным особенностям речи могут относиться: акцент, высокий или низкий тон, дефекты дикции. Во многих случаях интервьюер может прокомментировать: “Речь пациента характеризуется нормальным темпом и громкостью”. Нарушения речи включают дизартрию (нарушение артикуляции речи; проявляется в затруднении произношения, особенно согласных звуков, брадифазии⁴, прерывистости речи), диспросодию (нарушение мелодии речи, ее ритмики и акцентов; проявляется в бормотании, слиянии слов или, наоборот, длинных паузах и разрывах между слогами и словами), беспорядочную речь (быстрая, неструктурированная и невразумительная речь) и заикание. Дизартрия, диспросодия и беспорядочная речь часто связаны с определенными нарушениями деятельности мозга или наркотической интоксикацией. Например, бормотание может наблюдаться у пациентов с хореей Хантингтона⁵, невразумительная речь — у клиентов, находящихся в состоянии наркотического или алкогольного опьянения.

Мыслительный процесс

Наблюдение и диагностика мышления обычно включает две широкие категории: мыслительный процесс и содержание мыслей. *Мыслительный процесс* относится к тому, как клиенты выражают свои мысли. Другими словами, интервьюеру нужно определить, характеризуется ли мышление клиентов упорядоченностью, организованностью, логичностью. Могут клиенты “говорить по существу”? Во многих случаях полезно проанализировать фрагмент речи клиента на предмет выявления психопатологических процессов. Приведенный ниже фрагмент представляет собой отрывок из письма клиента своему терапевту, который переехал в другой город для получения дальнейшего профессионального образования.

⁴ Брадифазия (от греч. bradis — медленный, phasis — речь) — общее название, охватывающее различные проявления замедленной речи. — Прим. ред.

⁵ Хорея Хантингтона (греч. choreia — хоровод, пляска) — наследственное заболевание (аутосомно-доминантный тип наследования, поражает преимущественно мужчин), относящееся к группе пресенильных деменций. Обусловлена прогрессирующим атрофическим процессом в большом мозге, особенно в полосатых телах, и меньше — в коре. Характерны хореатические гиперкинезы (автоматические насильственные движения вследствие произвольных сокращений мышц), усиливающиеся при волнении, беседе, а также псевдоаффективные реакции при совершении произвольных движений. Снижение мышечной силы, расстройства речи. В психике — ослабление памяти и внимания, приводящие к агрессивным и антисоциальным поступкам. Возможна психотическая (галлюцинаторно-параноидная) симптоматика. — Прим. ред.

Дорогой Билл,

наконец-то я добился успеха и я в конце концов разобрался со своим отношением и я надеюсь Ваша сестра приедет без проблем сейчас по-настоящему и будет учиться может быть в младших классах и что бы она ни просила на самом деле не вызовет слишком серьезных каких-то осложнений и я точно не знаю Вы женаты или нет еще но я надеюсь что вы сами нормально добрались и Ваши планы стать доктором или что-то где-то как-то в этом роде тоже возможно хорошо сейчас так что так. Я думаю я буду в одном из этих закрытых санаториев и там все получится... и там все наладится правда по-настоящему, Ну пока.

Клиент, который написал это письмо, явно страдает нарушением мыслительного процесса. Его мышление беспорядочное и недостаточно связанное. В начале письма наблюдается ослабление ассоциативных связей, затем, после слова “доктором”, речь клиента становится совершенно бессвязной (получается “словесный винегрет”; больше о средствах описания мыслительного процесса см. в табл. 8.2).

При описании речевых и мыслительных процессов клиента интервьюер может прибегнуть, например, к следующей формулировке.

Речь клиентки была громкой и напряженной. Она говорила несколько несвязно, перескакивала с одной мысли на другую, употребляла собственные неологизмы.

Иногда клиентам из маргинальных культур трудно быстро и четко отвечать на вопросы интервьюера. Например, как пишет Ф. Паниагуа, “у клиентов, недостаточно бегло говорящих по-английски, наблюдается блокировка мыслей” (*Paniagua, 2001, p. 34*). Это явление, которое характеризуется внезапной остановкой речи или мышления, обычно представляет собой симптом тревожности, шизофрении или депрессии. Однако, указывает Паниагуа, “афроамериканским клиентам, которые в большинстве речевых ситуаций используют “черный английский”... требуется много времени для построения фраз или предложений на стандартном английском, если они чувствуют, что должны говорить именно на литературном языке” (*ibid.*).

Содержание мыслей

Содержание мыслей относится к смыслу сообщений клиента. Если мыслительный процесс — это *как*, то содержание мыслей — это *что*. То, о чем говорят клиенты, для интервьюера может быть источником ценной информации об их психическом статусе.

Во время интервью клиенты могут говорить на самые разные темы. Однако при исследовании психического статуса необходимо выделить и исследовать несколько определенных типов содержания мыслей. Сюда относятся

Таблица 8.2. Характеристики мыслительного процесса

Блокирование речи. Внезапное прерывание речи посреди предложения. При этом отсутствуют какие-либо объяснимые внешние причины того, почему клиент перестал говорить, этого не может объяснить и сам клиент. Блокировка может означать приближение к чрезвычайно болезненной теме. Это может также говорить о вмешательстве в сознание бредовых идей или о нарушениях восприятия.

Обстоятельная речь. Нарушение речи, проявляющееся замедлением ее темпа, явлениями брадилогии⁶, излишней обстоятельностью, вязкостью, застреванием на незначительных по смыслу обстоятельствах. Цель высказывания, речевая задача при этом сохраняются, но путь к ним значительно замедляется. Характерна для эпилепсии, хотя иногда в излишнюю обстоятельность могут впасть люди с высокоразвитым интеллектом (например, ученые). В конце концов они выражают свою мысль, но делают это не так прямо и понятно, как можно было бы. Обстоятельная речь также может быть признаком сопротивления клиента или выражением параноидального мышления (а может просто означать, что профессор не подготовился к лекции).

Фонетические ассоциации. Сочетание не связанных по смыслу слов только на основе сходного звучания, проявляется через бессмысленную аллитерацию или рифмы, например: “Я такой мерзкий, дерзкий, зверский, акушерский” или “Когда я думаю о своем папе, лапе, сапе, капе, тапе”. У некоторых клиентов с фонетическими ассоциациями наблюдается также повторяемость (см. ниже). Конечно, фонетические ассоциации не всегда говорят о психопатологии. Это поведение может поощряться конкретной ситуацией или субкультурой, и в таком случае оно не считается аномальным (например, фонетические ассоциации у рэперов — вполне нормальное явление).

Скачка идей. Продолжительная и сверхпродуктивная речь с одновременной фрагментированностью идей. Обычно мысль вызывается предыдущей мыслью либо внешним раздражителем, но связь между мыслями и событием может быть слабой. В отличие от ослабленных ассоциаций (см. ниже) мышление клиента все-таки обладает какой-то степенью связности. Однако в отличие от случая обстоятельной речи клиент так и не останавливается на главной мысли или не отвечает на поставленный вопрос. Клиенты часто могут казаться излишне возбужденными или сверхэнергичными (в маниакальном или гипоманиакальном состоянии). Кроме того, многие нормальные люди, включая одного из авторов этой книги, демонстрируют скачку идей после приема повышенной дозы кофеина.

Ослабленные ассоциации. Недостаток или отсутствие логических связей между мыслями. Иногда интервьюер может уловить определенную связь между фразами клиента, но связь эта будет довольно опосредованной, и интервьюер должен приложить к этому значительные усилия, например: “Я люблю вас. Хлеб дает жизнь. Я вас раньше не встречал в церкви? Инцест — это ужасно”. В этом примере клиент думает о симпатии и любви, затем о любви Бога к людям, выраженной через жертву Иисуса Христа, тело которого претворяется в хлеб в таинстве церковного причастия, затем клиент думает о церкви и вспоминает об обличении греха кровосмешения во время проповеди. Ассоциации довольно слабые, совершенно отвлеченные. Такое поведение может свидетельствовать о шизотипических расстройствах личности, шизофрении или других предпсихотических или постпсихотических расстройствах.

⁶ *Брадилогия (от греч. bradis — медленный, logos — слово, речь, разум) — затруднение и замедление течения ассоциативных процессов (мышления, речи). Термин предложил А. Куссмаул (Kussmaul, 1876). — Прим. ред.*

Конечно, у некоторых людей с нестандартным, творческим мышлением ослабление ассоциаций наблюдается регулярно, однако большинство находят способ выразить свои идеи в социально приемлемой форме.

Немота. Практически полное отсутствие самовыражения. Могут наблюдаться какие-то признаки контакта с окружающими, но, как правило, весьма ограниченного. Немота может говорить об аутизме или кататонической шизофрении.

Неологизмы. Изобретенные клиентом слова. Неологизмы следует отличать от оговорок. Они создаются в речи спонтанно, т.е. не являются продуктом творческого мышления. Мы, например, слышали от своих клиентов такие слова, как “нырбьба” и “утконосица”. Очень важно выяснить у клиента значение и происхождение слова. Это могут быть незнакомые клиническому интервьюеру слова или слова, почерпнутые из песен, книг, фильмов и других источников. Обычно неологизмы создаются непроизвольно и свидетельствуют о психотических расстройствах.

Персеверации. Невольное повторение слова, фразы или действия. Персеверации могут затрагивать как речь, так и моторику. Часто свидетельствуют о повреждениях головного мозга или психотических расстройствах. Подобную форму поведения часто проявляют подростки, когда им отказывают в их просьбах и желаниях; хотя нормальные подростки скорее просто настойчивы — если их должным образом мотивировать, они могут сознательно остановиться.

Отвлеченная речь. Напоминает обстоятельную речь, но клиент так и не возвращается к основной мысли и не отвечает на заданный ему вопрос. Отвлеченная речь свидетельствует о более серьезных расстройствах, чем обстоятельная, но выражает меньшую степень расстройства, чем ослабленные ассоциации. Отвлеченную речь не следует путать со скачкой идей, поскольку последнее явление характеризуется более высокой степенью продуктивности.

“Словесный винегрет”. Последовательность логически совершенно не связанных между собой слов. Представляет, вероятно, высшую степень расстройства мышления. Клиенты не в состоянии соблюдать последовательность мыслей (см. в качестве примера вторую половину письма клиента к интервьюеру).

бредовые представления, навязчивые состояния, суицидальные или гомицидальные мысли, фобии или сильные и длительные эмоции, особенно чувство вины (выявление суицидальных тенденций рассматривается в главе 9). Оставшаяся часть этого раздела посвящена диагностике бредовых представлений и навязчивых состояний.

Бред — глубокие заблуждения клиента, свидетельствующие об утрате контакта с реальностью; они не основаны на фактах или реальных событиях. Можно считать бредом убеждения клиента, которые не могут объясняться его культурой, религией или образованием. Интервьюерам полезно фиксировать бредовые представления, дословно записывая выражения клиента. Не следует прямо переубеждать клиентов в ошибочности их бредовых представлений. Вместо этого можно задавать вопросы, которые помогут вам лучше разобраться в бреде клиента, например: “Откуда вы знаете, что вы действительно [описание бредовой идеи]?” (*Morrison, 1993, p. 119*).

Клиенты могут демонстрировать разные типы бреда. *Бред величия* проявляется в преувеличении собственных возможностей или положения. Чаще всего клиенты с бредом величия считают, что они обладают сверхъестественными интеллектуальными способностями, физической силой или сексуальным потенциалом. Обычно их не смущает несоответствие между их представлениями и реальным положением вещей. В отдельных случаях клиенты с бредом величия считают себя выдающимися деятелями прошлого или настоящего (чаще всего это Наполеон, Иисус Христос или Жанна д'Арк).

Клиенты с *бредом преследования, или паранойяльным бредом*, ошибочно считают, что другие люди “преследуют” их или следят за ними. Такие клиенты могут безосновательно бояться, что их телефон прослушивается или что их соседи — агенты ФБР, которые установили за ними слежку. У паранойяльных клиентов часто возникают идеи отношения, при которых они полагают, что обыденные события и явления предназначены исключительно для них и заключают в себе особый смысл. Например, многие параноики считают, что телевидение, радио и газеты обращены непосредственно к ним или говорят о них. Один пациент психиатрической больницы жаловался своему клиническому интервьюеру, которого посещал дважды в неделю, что в выпуске телевизионных новостей регулярно рассказывают о его жизни, унижая его перед соседями по палате и другими людьми, которые его знают.

Чувство или представление о том, что человек находится под контролем или влиянием какой-то внешней силы, говорит о *бреде воздействия*. Симптомы обычно включают отрицание свободы собственной воли и личной ответственности. Клиенты чувствуют себя пассивными марионетками, неспособными проявлять свою волю. В годы “холодной войны” в США была популярна идея контроля со стороны русских или коммунистов, в последние годы чаще жалуются на похищение инопланетянами, контроль сверхъестественных злых сил.

Под *ипохондрическим бредом* обычно подразумевают бредовые представления клиентов о том, что они страдают определенной болезнью — раком, пороком сердца, непроходимостью кишечника. Неудивительно, что в последние годы популярной разновидностью ипохондрического бреда стал СПИД. Клиенты, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, часто считают себя носителями СПИДа, несмотря на то что им никогда не делали внутривенных инъекций и они не имели сексуальных контактов (Nash, 1996). Подобным образом женщины могут считать себя беременными, несмотря на то что не вступали в половую близость с мужчинами. Клиенты,

страдающие психической анорексией⁷, могут думать, что они имеют избыточный вес, хотя фактически умирают от истощения. Ипохондрический бред, как и другие, иногда принимает самые фантастические формы. Например, нам довелось работать с клиенткой, которая считала, что внутри нее развивается плод, причем не в матке, а в черепной коробке.

У клиентов, страдающих депрессией, часто наблюдается *бред самообвинения*. Они верят, что “хуже их никого нет”, или сильно умаляют свои возможности и способности. Обычные темы жалоб таких клиентов включают греховность, безобразность и глупость. В некоторых случаях наблюдаются мысли или поведение, которые ведут к негативному восприятию себя.

Всегда очень важно искать фактические доказательства, подтверждающие, что клиент действительно страдает бредом, особенно при подозрении на ипохондрический бред. Клиенты с ипохондрическим бредом должны пройти медицинский осмотр, чтобы подтвердить или опровергнуть возможность физической болезни или недостаточности. Исследование ипохондрического бреда также может способствовать вашему пониманию мыслительных процессов и субъективных впечатлений клиента. Клиентка, которая утверждает, что вселившиеся в нее “похитители тел” заставляют ее выкрикивать ругательства в адрес своих родителей, может таким образом протестовать против излишне жесткого (по ее мнению) контроля с их стороны. Кроме того, она может испытывать по отношению к ним сильный гнев и снимать с себя ответственность, приписывая свои действия сверхъестественным злым силам. Бред величия может быть следствием чувства отверженности и никчемности. Паранойяльные клиенты не могут доверять людям, поэтому проецируют свои чувства на окружающих, полагая, что другие постоянно за ними следят. (Согласно З. Фрейду, симптомы имеют символическое значение. — *Прим. ред.*)

С другой стороны, мы не должны пренебрегать возможностью того, что бредовые идеи клиента коренятся в реальной действительности или обусловлены внешними факторами, а не особенностями его психологической динамики. Например, девушка, выкрикивающая непристойности в лицо

⁷ *Психическая анорексия (от греч. а — отсутствие, ogexis — желание есть, аппетит) — упорный отказ от еды, чаще наблюдаемый в пубертатном возрасте и скрывающийся от окружающих. Иногда является отражением дисморфофобических (дисморфоманических) переживаний. Наблюдается чаще всего при шизофрении подросткового и юношеского возраста и эндокреативных психозах пубертатного периода. Термин предложил Ш. Ласе (Lasegue, 1873).* — Прим. ред.

своим родителям, может страдать синдромом Жиля де ла Туретта⁸, а паранойальный клиент может иметь реальные основания для своих мыслей (например, за ним действительно следят).

Навязчивые состояния

Навязчивые состояния — это повторяющиеся и устойчивые идеи, мысли и образы. Действительные навязчивые состояния всегда не зависят от воли человека и обычно воспринимаются как бессмысленные или иррациональные *даже теми, кто их испытывает*. Можно по своей воле долго размышлять о разных вещах, но если индивид теряет контроль над определенными мыслями, говорят о навязчивом состоянии. Один наш бывший клиент с неврозом навязчивых состояний, или обсессивно-компульсивным расстройством, жаловался на то, что на нем “кишат бактерии и глисты” (Sommers, 1986). Он рассказал, что однажды, проезжая на велосипеде мимо мусорных баков, внезапно подумал, что каким-то образом он “вымазал в мусоре губы”. Сильные навязчивые состояния часто сопровождаются болезненным влечением (компульсиями). Тот же клиент почувствовал непреодолимое желание ездить туда-сюда по улице, чтобы выяснить, мог ли он все-таки каким-то образом коснуться губами мусора, находящегося на противоположной стороне дороги. Этот пример демонстрирует иррациональный и почти бредовый характер навязчивых состояний.

Девочка, с которой мы работали, рассказала о навязчивом желании спасти от смерти свою больную бабушку. Она верила, что если будет постоянно думать о бабушке и каждый день исполнять определенные ритуалы, развитие раковой опухоли прекратится. Придуманнные ею ритуалы, конечно же, свидетельствовали о *навязчивом состоянии*. Кроме того, девочка стала расцарапывать себе щеку, чтобы боль напоминала ей о больной бабушке, что также было квалифицировано как компульсия. Лихорадочные, назойливые мысли девочки и ее убеждение в том, что она способна предотвратить смерть бабушки, указывали на несомненное навязчивое состояние.

Большинство клиентов, страдающих компульсиями, обычно демонстрируют одну из двух моделей поведения: они либо моют, либо проверяют.

⁸ Синдром Жиля де ла Туретта — симптомокомплекс, характеризующийся полиморфными гиперкинезами, миоклоноподобными движениями с постепенным присоединением вокализации, эхолалиями (непроизвольное и лишнее повторение больным обращенной к нему речи) и копролалиями (непреодолимое влечение больного к произнесению непристойностей и брани). Типичны тики, особенно мышцы лица и верхней части туловища (вращение глазных яблок, сморщивание носа, круговые движения головой, щелкание, покашливание, выплевывание, подергивание плечами и т.д.). Впервые описал Ж. де ла Туретт (Tourett, 1885). — Прим. ред.

Клиенты либо чувствуют потребность мыть или чистить руки, одежду, предметы, либо постоянно проверяют, заперт ли дом, не проник ли в их спальню злоумышленник, и т.д. Клинически значимые компульсии практически всегда предваряются клинически значимыми навязчивыми мыслями. Навязчивые состояния характеризуются прежде всего чувством сомнения. Чаще всего у клиентов с обсессивно-компульсивным расстройством постоянно возникают следующие мысли.

Чистые ли у меня руки?

Не заразился ли я какой-то инфекцией?

Не забыл ли я запереть входную дверь?

Точно ли я выключил газ (свет, воду и т.д.)?

Не спрятался ли кто-то под моей кроватью?

Каждый человек порой испытывает навязчивые мысли; разница состоит в том, что такие мысли могут быть клинически либо диагностически значимыми или не значимыми. Информация считается *клинически* значимой, если она способствует терапевтическому процессу; информация, которая помогает диагностике, будет *диагностически* значимой. Очень важно диагностировать навязчивые тенденции во время исследования психического статуса — это позволяет интервьюеру узнать, чем заняты мысли клиента. Эта информация может быть клинически значимой — она повысит эмпатию и облегчит планирование терапии. Одни и те же навязчивые состояния могут быть диагностически значимыми или не значимыми. Например, если клиенты говорят о возникающих время от времени навязчивых мыслях, которые не мешают им нормально функционировать дома, на работе или в школе, такие мысли не обязательно диагностически значимы.

Перцептивные расстройства

Есть две основные разновидности перцептивных расстройств: галлюцинации и иллюзии. *Галлюцинациями* называют ложные сенсорные впечатления или восприятие, возникающие без соответствующих внешних раздражителей. *Иллюзии* понимаются как перцептивные искажения, при которых наблюдается ложное восприятие реальных объектов.

Галлюцинации могут быть любой сенсорной модальности: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и осязательные. Чаще всего клиенты сообщают о слуховых галлюцинациях. Клиенты, которые слышат нечто (обычно голоса), недоступное другим людям, обычно страдают либо аффективным расстройством, либо шизофренией. Однако в некоторых случаях слуховые галлюцинации могут быть вызваны химической интоксикацией

или острым травматическим стрессом. Другие клиенты могут сообщать о сверхъестественно остром слухе или способности слышать свой “внутренний голос”. Хотя такие утверждения стоит проанализировать, сами по себе они не считаются признаками перцептивного расстройства. Кроме того, некоторые люди сообщают о необычных сенсорных впечатлениях, напоминающих галлюцинации, которые наблюдаются во время засыпания или при пробуждении. Такие явления нормальны — они наблюдаются в гипнагогическом⁹ и гипнопомпическом¹⁰ состояниях и представляют собой индивидуальные особенности сна (*Rosenthal, Zorick, & Merlotti, 1990*). Поэтому при анализе галлюцинаций клинический интервьюер всегда должен учитывать, *когда именно* они имеют место. Если подобные состояния связаны исключительно с засыпанием или пробуждением, они диагностически менее значимы.

Учитывая психотический характер бреда и галлюцинаций, а также причудливые формы некоторых симптомов обсессивно-компульсивного расстройства, интервьюеры должны проводить опрос клиентов особенно мягко и ненавязчиво. Следующий фрагмент диалога показывает, как интервьюер может помочь клиенту рассказать о своих необычных ощущениях.

Интервьюер: Я собираюсь расспросить вас об ощущениях, которые, возможно, вам приходилось испытывать. Некоторые из моих вопросов могут показаться странными или необычными, а другие могут соответствовать вашему опыту, о котором вы еще не упоминали.

Клиент: Хорошо.

Интервьюер: Иногда может казаться, что радиопередачи или выпуски телевизионных новостей касаются непосредственно вас, словно диктор беседует именно с вами. Думали ли вы когда-нибудь, что определенная передача рассказывала о вас или была обращена к вам лично?

Клиент: Та передача, позавчера, там говорили о моей жизни. Обо мне и о Синди Кроуфорд.

Интервьюер: Вы знакомы с Синди Кроуфорд?

Клиент: А как же, она моя любовница.

Интервьюер: Как вы с ней познакомились?

Клиент: Я был режиссером пяти или шести фильмов, в которых она снималась.

⁹ *Гипнагогическое состояние* — состояние сознания, возникающее при переходе от бодрствования ко сну. Может сопровождаться визуальными и слуховыми галлюцинациями. — Прим. ред.

¹⁰ *Гипнопомпическое состояние* — состояние сознания, возникающее при переходе от сна к бодрствованию. Может сопровождаться визуальными и слуховыми галлюцинациями. — Прим. ред.

Следующий фрагмент касается диагностики перцептивных расстройств.

Интервьюер: Я заметил, что вы очень чувствительны. У вас хороший слух?

Клиент: Да, вообще-то слух у меня развит лучше, чем у других людей.

Интервьюер: Правда? Как это проявляется?

Клиент: Я слышу через стену — слышу разговор других людей в соседней комнате.

Интервьюер: Прямо сейчас?

Клиент: Ага.

Интервьюер: О чем же они говорят?

Клиент: Они обсуждают меня и Синди... наши сексуальные отношения.

Интервьюер: А как у вас со зрением? Оно тоже очень острое? Можете ли вы видеть то, что другие не могут?

Ниже приводится пример диалога, направленного на диагностику наличия навязчивого состояния.

Интервьюер: Знаете, иногда бывает, что в голове вертится какая-то песенка или мелодия, от которой вы никак не можете избавиться. С вами такое бывало?

Клиент: Конечно, это со всеми случается, разве не так?

Интервьюер: Да, это правда. Мне интересно, не было ли у вас назойливых мыслей вроде этих песенок, от которых вы хотели бы избавиться, но не могли?

Клиент: Ну, может, иногда, но это не имеет значения.

Интервьюер: А как насчет зрительных образов? Нет ли каких-нибудь зрительных образов, которые постоянно мелькают у вас перед глазами и от которых вы не можете избавиться?

Заметьте, в каждом из этих примеров клинический интервьюер говорит о патологии как о чем-то обыденном (“вы очень чувствительны”, “иногда бывает, что в голове вертится какая-то песенка или мелодия”), а потом уже спрашивает о симптомах.

Зрительные или осязательные галлюцинации часто связаны с органическими расстройствами. Эти расстройства могут включать наркотическую интоксикацию или уход в себя, травмы или заболевания головного мозга. Клиенты в состоянии острого бреда могут снимать с себя воображаемые предметы или существ (например, насекомых) и отмахиваться от них, полагая их реально воспринимаемыми. Или же такие клиенты могут обращаться к несуществующим или не присутствующим в данном месте людям. Само собой разумеется, что если клиенты сообщают о таких состояниях или вы становитесь свидетелем подобного поведения, это свидетельствует об очень серьезных отклонениях. В таких случаях оправдана срочная медицинская диагностика и вмешательство.

Ориентация и сознание

При исследовании психического статуса обычно диагностируется, ориентируются ли клиенты в той ситуации, в которой они находятся (т.е. осознают ли клиенты, где они, кто они и т.д.). Выяснение ориентации подразумевает диагностику основных когнитивных функций. Интервьюер задает клиенту три простых вопроса.

- Как вас зовут?
- Где вы находитесь (т.е. в каком городе, в каком месте)?
- Какое сегодня число (месяц, год)?

Если клиент отвечает на все вопросы правильно, интервьюер может сделать в своих записях пометку “О×3” (тройная ориентация). Этим он указывает, что клиент ориентируется в том, кто он, где находится и какая сейчас дата. Оценка ориентации клиента помогает диагностировать степень его *дезориентации*. Клиенты с серьезными расстройствами могут быть неспособны правильно ответить на один или больше из этих простых вопросов. Соппротивление (или отказ) отвечать на вопросы по ориентации также может говорить о дезориентации. В следующем примере пациенту стационара с травмой головы задают вопросы по ориентации.

Интервьюер: Я собираюсь задать вам несколько вопросов, которые могут показаться вам немного странными. Постарайтесь на них ответить. Скажите мне, пожалуйста, какой сегодня день недели?

Клиент: Мне сказали, что я ехал на велосипеде и у меня не было защитного шлема.

Интервьюер: Так оно и есть. И все-таки, какой сегодня день недели?

Клиент: Можно стакан воды?

Спустя несколько минут стало ясно, что клиент избегает вопросов об ориентации во времени. Заметьте, что интервьюер начал с простого вопроса по ориентации (о дне недели, а не о числе, месяце и годе). Если клиенты не хотят отвечать на вопросы по ориентации, можно сделать предварительный вывод, что они страдают определенным расстройством, особенно если есть дополнительные свидетельства дезориентации.

Можно проверить ориентацию на более глубоком или поверхностном уровне. Например, можно спросить клиента, кто губернатор или мэр его города, какие местные газеты он читает. Кроме того, можно спросить клиента, узнает ли он обслуживающих его медработников, друзей и родных. Однако ответы на эти дополнительные вопросы могут быть ограничены такими факторами, как уровень интеллекта клиента, социальная компетентность или

культурная среда, поэтому они не всегда могут считаться точными индикаторами ориентации.

Дезориентация может быть вызвана разными причинами. Самые распространенные из них — наркотическая интоксикация, недавние травмы головного мозга или болезнь Альцгеймера¹¹. В обязанности интервьюера входит не определение причин дезориентации клиента, а точная и лаконичная формулировка в документации отсутствия или наличия дезориентации.

В состоянии делирия у клиентов с острой дезориентацией может наблюдаться постепенное прояснение сознания. При дезориентации клиенты обычно сначала утрачивают ощущение времени, затем места и, наконец, личности. Восстанавливается ориентация в обратном порядке (сначала личность, затем место, потом время).

Вопросы по ориентации могут восприниматься клиентами с нормальной ориентацией как оскорбительные. Самые простые вопросы по ориентации могут их унижить. С другой стороны, клиенты с ослабленными когнитивными функциями иногда негодующе воспринимают какие-либо вопросы вообще, что объясняется частично защитной реакцией, частично неспособностью вспомнить правильный ответ. Поэтому к определению ориентации клиента следует подходить с деликатностью. Хорошо действует предупреждение о том, что вопросы по ориентации выступают частью обычной процедуры. Способность клиента ориентироваться в личности, т.е. понимание клиентом, кто он такой, следует проверять в начале интервью. Приведенные ниже вопросы можно использовать в сочетании с более неформальными и общими вопросами и утверждениями.

Личность

Как вас зовут? Откуда вы родом?

Где вы живете в настоящее время?

Чем вы занимаетесь в свободное время?

Вы работаете? Если да, то кем?

Вы женаты (замужем)? Как зовут вашего супруга (вашу супругу)?

У вас есть дети?

¹¹ *Болезнь Альцгеймера — заболевание из группы пресенильных деменций. От клиники старческого слабоумия отличается более выраженной очаговостью психопатологической симптоматики. Вначале характерны изменения личности по сенильному типу, прогрессирующее ослабление памяти. Очаговые расстройства речи, гнозиса, праксиса, счета, письма. Типична динамика афатических расстройств: амнестическая, затем сенсорная афазия с последующим присоединением моторной. Наблюдается логоклония (ритмичное повторение слогов в устной или письменной речи).* — Прим. ред.

Место

В последние несколько дней (часов) вы многое пережили. Интересно, вы можете описать, где вы сейчас находитесь?

Вы помните, как называется этот город?

Как называется здание, в котором мы сейчас находимся?

Вы знаете, в каком отделении больницы мы находимся?

Время

Вы следите за ходом времени?

Вы можете назвать сегодняшнюю дату? (Если клиент говорит, что точно не помнит, попросите назвать хотя бы приблизительную дату, это поможет установить степень дезориентации.)

Вы помните, какой сегодня день недели?

Какой сейчас месяц (год)?

Сколько вы здесь находитесь?

Сознание обычно диагностируется в диапазоне от ясного до коматозного. Клинические интервьюеры отдельно диагностируют уровень сознания и степень ориентации, поскольку эти две характеристики хоть и взаимосвязаны, но не тождественны. Наблюдая за поведением и реакциями клиента во время интервью, клиницист подбирает адекватное описание состояния сознания. Эти описания могут быть следующими:

- ясное;
- спутанное;
- сумеречное;
- ступорозное;
- бессознательное;
- коматозное.

После заключения об относительно неповрежденных когнитивных функциях интервьюер может отметить в отчете: “Клиент находился в ясном сознании и ориентировался во времени, пространстве и личности”. И наоборот, клиент с острым расстройством сознания может быть описан следующим образом: “Сознание клиента было сумеречным, он ориентировался в своей личности (O×1), но неверно назвал год (“1993”) и был не в состоянии назвать город, в котором проходило интервью”.

Память и интеллектуальные способности

Исследование психического статуса включает также краткую диагностику более сложных когнитивных функций клиента, таких как память и интеллектуальные способности.

Память

Исследование психического статуса может включать и краткую диагностику мнемической сферы клиента, но последняя не дает определенного ответа о наличии или отсутствии специфического мнемического нарушения. Для того, чтобы выяснить характер и степень мнемических нарушений, требуется проведение формального нейропсихологического исследования.

Память в широком смысле понимают как способность вспоминать прошлое. При исследовании психического статуса обычно осуществляют диагностику трех видов памяти: долговременной памяти, памяти на недавние события и кратковременной памяти. *Долговременная память* относится к воспоминанию событий и персоналий из отдаленного прошлого. *Память на недавние события* относится к воспоминаниям о событиях, которые имели место в пределах недели. *Кратковременная память* относится к информации, которая поступила к клиенту не более минуты назад.

Воспоминания событий отдаленного прошлого включают обзор хронологической информации из личной истории клиента. Некоторые клиницисты просто включают диагностику долговременной памяти в ту часть интервью, которая посвящена личной истории. Этот тип диагностики подразумевает вопросы о дате и месте рождения, названиях школ, дате замужества или женитьбы, разнице в возрасте между клиентом и его братьями и сестрами и т.д. Проблема адекватной диагностики долговременной памяти состоит в том, что интервьюер не может определить, насколько точна информация о прошлой истории клиента, предоставляемая им самим. Здесь проявляется основная дилемма диагностики нарушений долговременной памяти: возможность конфабуляций.

Термин *конфабуляция* означает спонтанную фальсификацию или искажение воспоминаний. Такое явление нередко наблюдается при воспоминании. В каком-то смысле некоторая степень конфабуляции считается нормальной (*Loftus, 2001*). Мы даже обнаружили, что у некоторых супружеских пар (авторов это не касается) возникают серьезные разногласия, если воспоминания о ключевых событиях у мужа и жены не совпадают. Ясно, что человеческая память несовершенна, и по прошествии времени интерпретация событий может меняться. Это особенно касается тех ситуаций, когда клиента заставляют вспоминать прошлое. Клиент может рассказать о каких-то отрывочных воспоминаниях, но при оказании на него давления с целью развертывания или уточнения деталей могут иметь место конфабуляции. Ниже приводится пример искажения воспоминаний при проведении простого теста на долговременную память.

Интервьюер: Так, сейчас я задам вам несколько вопросов, чтобы проверить вашу память. Готовы?

Клиент: Наверное, да.

Интервьюер: Назовите пятерых президентов США после 1950 года.

Клиент: Ладно. Был... э-э-э, Трумэн... и Рональд Рейган... да, и еще... э-э-э, Буш и опять Буш. Я сейчас вспомню еще одного... вертится в голове.

Интервьюер: У вас все отлично получается. Все, что от вас требуется, — вспомнить еще одну фамилию.

Клиент: Да, знаю. Я вспомню.

Интервьюер: Не спешите.

Клиент: Джефферсон. Точно, Уильям Джефферсон¹².

Последний пример касается памяти клиента относительно исторических фактов. Если же вы расспрашиваете клиента о его личной истории, вы, в зависимости от вопроса, можете быть не в состоянии подтвердить или опровергнуть аутентичность данных. Например, если клиент утверждает, что в детстве его “похитили”, у интервьюера может не быть возможности проверить эту информацию.

В целом, когда клиенты отвечают на вопросы интервьюера относительно их прошлого, некоторая степень неточности или конфабуляций неизбежна. В обязанности интервьюера входит установление точности данных по личной истории клиента. Установление истины может быть нелегкой задачей.

Если есть подозрение на конфабуляции или мнемические нарушения, полезно спрашивать клиентов о фактических событиях, которые произошли в то время, когда клиент был ребенком или подростком. Обычно это важные социальные и политические события (например: “Кто был президентом во время вашего детства?”, “Какие страны участвовали во Второй мировой войне?”, “Какие развлечения были самыми популярными, когда вы учились в школе?”). Конечно, использование социально-политической тематики может создавать неблагоприятные условия для некоторых категорий клиентов, например национальных и культурных меньшинств, поэтому данную стратегию следует использовать с осторожностью.

Если достоверность воспоминаний клиента о своей личной истории вызывает сомнения, полезно (или даже необходимо) связаться с друзьями или родственниками клиента для выяснения его личной истории. Такая процедура может оказаться весьма затруднительной, поскольку на это требуется юридическое согласие как родственников и знакомых, так и самого клиента.

¹² Джефферсон, Томас (1743–1826) — американский просветитель, идеолог демократического направления во время войны за независимость 1775–1783 годов; автор проекта Декларации независимости, третий президент США (1801–1809). — Прим. ред.

К тому же друзья и родственники клиента могут быть неискренни, или же их воспоминания также будут искажены. Поэтому, хотя верификация личной истории клиента в некоторых случаях необходима, она может быть сопряжена со многими трудностями.

Клиенты могут прямо признавать проблемы с памятью. Однако такое признание не обязательно будет свидетельствовать о действительных ее нарушениях. Кроме того, подобное признание совсем не говорит о неврологическом или органическом характере нарушения. Клиенты с повреждениями мозга иногда более склонны отрицать мнемические нарушения и маскировать их конфабуляциями. Клиенты с депрессией, наоборот, часто преувеличивают степень ослабления когнитивных способностей, жалуясь на аномальную деятельность мозга (*Othmer & Othmer, 1994*).

Когнитивные способности клиентов, страдающих депрессией, иногда действительно ослаблены. Это явление получило название *псевдодеменции* (*de Rosiers, 1992; Robinson, 1997*). Другими словами, клиенты с депрессией могут не иметь никаких органических дефектов или дисфункций, но тем не менее страдать мнемическими нарушениями на эмоциональной почве. Часто при излечении депрессии проблемы с памятью также исчезают.

Диагностировать память на недавние события и кратковременную память клиентов проще, чем долговременную, потому что события последних дней легче проверить. Например, если клиент находится в больнице, можно расспросить его о причинах госпитализации, лечении, медицинском персонале, с которым он контактировал. Можно спрашивать клиента о том, что он ел на завтрак, во что был одет вчера, какая была погода на этой неделе.

Кратковременная память требует длительного внимания, способности сосредоточиться на входящей информации. Есть несколько методик диагностики кратковременной памяти. Самые распространенные — обратный отсчет от ста по семь, пересказ коротких историй и запоминание цифр (*Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Wechsler & Stone, 1945*).

Обратный отсчет от ста по семь (100, 93, 86, 79...) применяется для диагностики когнитивных способностей (*Folstein et al., 1975, p. 197*). Клиенты, которые могут поддерживать концентрацию внимания (и которые обладают адекватными когнитивными способностями) без труда справятся с этим заданием. Труднее может быть клиентам с расстройством в виде тревожности, а также испытывающим трудности с решением математических задач или заданий на основе анализа выполняемых операций — это мешает им сосредоточиться и ухудшает результаты. Клиенты из других культур также испытывают трудности при выполнении этого задания, отчасти из-за языковых проблем и отсутствия опыта подобной деятельности

(Paniagua, 2001). Кроме того, научное обоснование использования методики обратного счета для диагностики когнитивного функционирования остается довольно слабым (Hughes, 1993). Таким образом, при использовании данной методики для диагностики памяти клиентов следует учитывать уровень тревожности, культурную среду и уровень образованности, рассеянность и потенциальное несовершенство процедуры.

Запоминание цифрового ряда применяется с той же целью, что и обратный отсчет. Интервьюер говорит: “Я собираюсь назвать несколько цифр. Когда я закончу, повторите их в том же порядке”. Затем клинический интервьюер отчетливо произносит несколько цифр с промежутком примерно в одну секунду. Он начинает с короткого ряда, который не должен вызвать у клиента трудностей, затем постепенно удлиняет его. Например.

Интервьюер: Я хочу провести простой тест, чтобы проверить вашу способность концентрировать внимание. Сначала я произнесу несколько цифр. Затем, когда я закончу, вы повторите их. Договорились?

Клиент: Договорились.

Интервьюер: Первая группа цифр: 6–1–7–4.

Клиент: 6...1...7...4.

Интервьюер: Хорошо. А сейчас такой ряд: 8–5–9–3–7.

Клиент: Э-э-э... 8...5...9...7...3.

Интервьюер: Хорошо, следующий ряд: 2–6–1–3–9”. (Заметьте, что интервьюер не указывает на ошибку клиента, а просто дает еще одну группу из пяти цифр, чтобы он получил еще один шанс на правильный ответ. Обычно если клиент успешно справляется со второй попыткой, можно переходить на следующий уровень — до тех пор, пока клиент не ошибется в обеих попытках).

После этого можно попросить клиента назвать цифры в обратном порядке.

Интервьюер: А сейчас мы немного изменим правила. Я снова буду называть вам небольшие группы цифр, но в этот раз я хотел бы, чтобы вы произнесли эти цифры в обратном порядке. Например, если бы я сказал: 7–2–8, как бы вы ответили?

Клиент: Э-э-э... 8...2...7. Это очень трудно. Пусть это будут короткие ряды.

Интервьюер: Вы все правильно ответили. Попробуйте запомнить этот ряд: 4–2–5–8.

Клиенты иногда очень чувствительны к результатам выполнения когнитивных тестов. Их реакция может варьироваться от показной уверенности в себе (клиенты считают, что в этих тестах нет необходимости, или отказываются признавать страх плохих результатов) до уверток (“Сегодня я не в лучшей

форме, давайте отложим!”) и открытого признания своего беспокойства (“Боюсь, я забыл и эти цифры тоже. Это просто кошмар какой-то!”). Особенности реакции клиентов на когнитивные тесты могут нести ценную клиническую информацию — например, неспособность признавать свои слабости, склонность к рационализации, привычку находить внешние оправдания своим плохим результатам, тенденцию к негативному восприятию себя.

Когда клиентов направляют к психотерапевту по поводу именно мнемических нарушений, начальное исследование психического статуса уместно, но за ним всегда должно следовать дальнейшее клиническое обследование. В частности, очень важно, особенно на первых стадиях диагностики памяти, поговорить с осведомленными членами семьи, чтобы подтвердить дефицит памяти, о котором сообщает пациент и который отмечен в отчете об исследовании психического статуса. Среди прочего клинический интервьюер должен задавать членам семьи конкретные вопросы относительно “начала, продолжительности и степени мнемических нарушений” (*Steffens & Morgenlander, 1999, p. 72*).

Интеллектуальные способности

Диагностика интеллектуального функционирования традиционно вызывает много споров, особенно ее проведение во время короткого клинического интервью (*Flanagan, Genshaft, & Harrison, 1997*). Несмотря на потенциальную возможность злоупотреблений, в ходе исследования психического статуса все-таки формулируются общие утверждения об интеллектуальном функционировании клиента. Однако мы хотели бы подчеркнуть, что при вынесении суждений об интеллектуальных способностях клиента после того короткого и ограниченного контакта, который типичен для исследования психического статуса, важно соблюдать осторожность. Утверждения по поводу интеллектуального функционирования не должны быть категоричными, особенно если они основываются на коротком клиническом интервью.

Не существует общепринятого, универсального определения понятия *интеллект*. Д. Векслер определил интеллект как “общую способность... целесообразно действовать, рационально мыслить и эффективно взаимодействовать со своим окружением” (*Wechsler, 1958, p. 35*). Хотя это довольно общее определение, оно до сих пор не утратило своей значимости. Если преобразовать его в формат вопроса, оно будет звучать следующим образом: “Существуют ли доказательства того, что клиент проявляет находчивость и действует адекватно в различных сферах жизни?” или “Совершает ли клиент в своей жизни ошибки, обусловленные скорее ограниченными интеллектуальными способностями, чем клинической психопатологией?”

Хотя это трудные вопросы, вы должны постараться найти на них ответы к концу клинического интервью.

Исследования показывают, что интеллект, возможно, следует рассматривать как совокупность нескольких частных способностей, а не общую способность к адаптации (*Sternberg, 1985; Sternberg & Wagner, 1986*). Используя такой подход, интеллектуальные способности индивида можно определить как хорошие в одной сфере и недостаточные в другой.

Р. Штернберг и Р. Вагнер предлагают теорию тройной иерархии интеллекта. Они выделяют следующие формы интеллекта:

- академическое решение задач;
- практический интеллект;
- творческий интеллект.

Используя эту концепцию, интервьюер может, например, сделать вывод о прекрасных практических и творческих интеллектуальных способностях клиента, что подтверждается социальной компетентностью, умением выживать в условиях современного мегаполиса и способностью находить творческие решения проблем. Однако тому же индивиду может не хватать формального образования, так что исключительно с точки зрения академического решения задач его интеллектуальные способности будут выглядеть слабыми.

Теория множественного интеллекта Г. Гарднера (*Gardner, 1983, 1999*) утверждает, что существует семь или восемь видов интеллекта, проявляющихся в разных сферах¹³. Такой подход, хотя и чрезвычайно популярный в педагогике, еще не имеет достаточного эмпирического обоснования (*Klein, 1997; Morgan, 1996*). Если говорить с позиции клинического интервьюера, теории Гарднера (*Gardner, 1999*) и Штернберга (*Sternberg, 1985*) акцентируют внимание на том, что люди могут проявлять свои интеллектуальные способности по-разному. Напоминание об этом должно предостеречь нас от преждевременных или неадекватных выводов о слабых интеллектуальных способностях национальных и культурных меньшинств или клиентов с более низким социоэкономическим статусом на основании диагностики лишь одного аспекта интеллекта (например, использования слов).

При определении интеллектуальных способностей клиента во время исследования психического статуса используются несколько методов. Во-первых, по уровню образованности клиента интервьюер судит о его врожденном интеллекте. Понятно, что при этом особый упор делается на академическом

¹³ На русском языке книга Г. Гарднера "Структура разума. Теория множественного интеллекта" выйдет в Издательском доме "Вильямс" в 2006 году.

интеллекте (*Gould, 1981*). Во-вторых, диагностируются способности клиента в понимании и использовании речи (словарный запас или понимание слов). Доказано, что характеристики словарного запаса могут служить единственным надежным показателем потенциального коэффициента интеллекта (*Sattler, 1992*). Опять-таки, этот метод создает более благоприятные условия для людей с формальным академическим образованием (*Elliott, 1988*). В-третьих, об интеллекте судят по ответам клиента на вопросы, призванные выявить запас его знаний. И снова та же проблема — запас знаний часто может быть продуктом образования, к тому же такие вопросы в основном ориентированы на определенную культуру. В-четвертых, об интеллекте судят по ответам на вопросы, предназначенные для диагностики абстрактного мышления. В-пятых, для диагностики интеллектуального функционирования используются вопросы, предназначенные для диагностики рассудительности. (Примерные вопросы для тестирования запаса знаний, абстрактного мышления и рассудительности приводятся в табл. 8.3.) В-шестых, уровень интеллектуальных способностей устанавливается на основании ответов клиента на вопросы по выяснению ориентации, сознания и памяти. Утверждения об интеллекте клиента, сделанные на основе этих процедур, не должны быть категоричными, особенно если они относятся к представителям национальных и культурных меньшинств.

Надежность, рассудительность и понимание клиентом своих проблем

Надежность

Надежность клиента зависит от того, насколько ему можно верить, заслуживает ли доверия предоставленная им информация. Надежный информант — это клиент, который старается описать свою личную историю и нынешнюю ситуацию правдиво и точно. Некоторые клиенты крайне ненадежны, по той или иной причине они искажают, фальсифицируют либо откровенно перевирают свою личную историю или нынешнюю ситуацию.

Часто очень трудно определить, насколько клиент правдив в ходе интервью. Даже опытные интервьюеры могут попасть впросак (*Yalom, 1995*). Например, один страдающий глубокой депрессией мужчина, с которым нам довелось работать, был направлен для лечения в психиатрическую больницу. Когда клиента спросили, не хочет ли он принять участие в развлекательном мероприятии, он ответил: “Я настолько подавлен, что не могу пошевелиться”. На следующий день, во время проведения мероприятия, клиент нашел в себе достаточно сил, чтобы сбежать из больницы. Информация клиента об упадке сил была крайне ненадежной.

Таблица 8.3. Примерные вопросы для диагностики интеллектуальных способностей

Многие вопросы для диагностики интеллектуальных способностей при исследовании психического статуса можно взять из стандартизированных тестов или других материалов, поэтому нет смысла приводить их здесь. Следующие примеры по содержанию похожи на типичные вопросы, используемые при исследовании психического статуса.

Запас знаний

Назовите шесть крупных городов США.

В каком направлении вы двигаетесь, когда летите из Нью-Йорка в Рим?

Кто был президентом США во время войны во Вьетнаме?

При каком президенте отменили рабство?

Какое ядовитое химическое вещество содержится в выхлопах двигателей внутреннего сгорания?

Кто такой Стиви Уандер?

Абстрактное мышление

Что общего у карандаша и пишущей машинки?

Что общего у кита и дельфина?

Что означает пословица: “Не плюй в колодец”?

Что означает пословица: “Лучше синица в руке, чем журавль в небе”?

Рассудительность

Как бы вы поступили, если бы нашли под кустом в парке пистолет?

Если бы вы выиграли миллион долларов, как бы им распорядились?

Каково, по вашему мнению, расстояние от Лос-Анджелеса до Чикаго?

Если бы вам пришлось провести сутки в пустыне, что бы вы предприняли, чтобы выжить?

Что бы вы сделали, если бы обнаружили, что у вашего лучшего друга роман с женой вашего босса?

Примечание. Эти вопросы приводятся в качестве примера. Для формальной диагностики интеллектуальных способностей клиническим интервьюерам следует обращаться к официально опубликованным материалам стандартизированных тестов. Нельзя приходить к окончательному решению относительно интеллектуальных способностей клиента на основании ответов на всего лишь несколько вопросов.

Надежность может быть установлена исходя из ряда внешне наблюдаемых факторов. Клиенты, способные внимательно относиться к деталям и спонтанно развивать вопросы интервьюера, будут, вероятно, надежными информантами. И наоборот, клиенты, которые уклончиво отвечают на вопросы или проявляют сопротивление, скорее всего, окажутся ненадежными информантами. В некоторых случаях будет явно видно, что клиенты намеренно скрывают или преуменьшают определенные моменты своей личной истории.

При подозрении на ненадежность стоит связаться с родственниками, работодателями или другими лицами, которые могут подтвердить сведения клиента. Эта процедура может быть сопряжена с трудностями, но часто без нее не обойтись. Если нет никого, с кем можно было бы обсудить жизненную историю клиента, желательно осторожно относиться к предоставляемой им информации, внимательно наблюдая за его поведением. Вы должны упомянуть о ваших сомнениях в надежности клиента, если таковые имеются, в своем отчете об исследовании психического статуса.

Рассудительность

Рассудительные люди способны принимать конструктивные и адаптивные решения, которые позитивно отражаются на их жизни. В клиническом контексте рассудительность клиентов может быть диагностирована во время проведения приемного интервью через исследование их деятельности, отношений и профессионального выбора. Можно, например, спросить клиента, вовлечен ли он в какую-либо незаконную деятельность или состоит ли он в связях, которые можно считать вредными. Любит ли клиент “щекотать себе нервы”, занимаясь опасной для жизни деятельностью? Разумеется, последовательное участие в незаконной или опасной для жизни деятельности и поддержание деструктивных связей будет свидетельством того, что индивид не проявляет рассудительности в выборе рода деятельности или связей.

Многие молодые клиенты страдают нерассудительностью. Например, 17-летний клиент, с которым мы работали, бросил работу в дорогом ресторане только потому, что не захотел работать с ленивым и неприятным напарником. Шесть месяцев спустя, по-прежнему жалуясь на нехватку денег и не находя работы, этот подросток все еще отстаивал правильность своего импульсивного поступка. Он не признавал, что это был явный пример близорукости и нерассудительности.

Некоторые клиенты, особенно импульсивные подростки или взрослые в маниакальном состоянии, могут высказывать абсолютно ложные суждения. Они могут в значительной степени переоценивать или недооценивать свои физические, умственные и социальные достижения. Например, маниакальные пациенты могут проявлять крайнюю нерассудительность в финансовых вопросах, растрачивая состояния на сомнительные деловые начинания или азартные игры. Вождение автомобиля в состоянии опьянения, беспорядочный секс без предохранения и участие в преступных действиях также считаются моделями поведения, свидетельствующими о нерассудительности.

Кроме информации об определенных моделях поведения, полученных от клиента, о рассудительности можно судить по ответам клиентов на вопросы об их действиях в гипотетических ситуациях. Модели ситуаций представлены в табл. 8.3.

Понимание клиентом своих проблем

Рассмотрим пример мужчины с депрессией, который описывал симптомы истощения. В ходе интервью его спросили, приходится ли ему испытывать тревогу и напряженность. Несмотря на частое дыхание, прилившую к голове кровь и сжатые кулаки, клиент настаивал, что он не бывает напряжен, поэтому обучение релаксации ему ни к чему. На дальнейший вопрос о том, нет ли какой-нибудь связи между хронически высоким уровнем напряженности и истощением, на которое он жаловался, клиент коротко ответил: “Нет. И вообще, я уже сказал, что у меня нет никаких проблем с напряженностью”. Клиент явно не понимал очевидной проблемы.

Ближе к окончанию исследования психического статуса полезно попросить клиента подумать о причине или причинах его симптомов. Ответы некоторых клиентов демонстрируют глубокое понимание своей проблемы, другие начинают перечислять физические болезни, от которых, по их мнению, они могут страдать (“Не знаю. Может, у меня опухоль головного мозга?”), или просто не знают, что может быть причиной. Клиенты с высоким уровнем понимания обычно могут обсуждать возможные эмоциональные или психосоциальные факторы, обуславливающие их симптомы; по крайней мере, они способны учитывать и рассматривать небиологические факторы. И наоборот, клиенты с низким уровнем понимания выражают недовольство, когда им указывают на возможные психосоциальные или эмоциональные объяснения причин их состояния; во многих случаях клиенты упорно отрицают наличие каких-либо проблем вообще.

Для описания степени понимания клиентом своей проблемы интервьюеры обычно используют один из четырех дескрипторов.

Отсутствует. Клиенты, которым приписывают отсутствие понимания, обычно не признают, что у них есть проблема. Они могут винить других людей в том, что их направили к специалисту или госпитализировали. Очевидно, что такие клиенты не выказывают никаких признаков понимания разумных объяснений, поскольку отрицают наличие психосоциальных проблем.

Плохое. Клиенты признают мелкие проблемы или симптомы, но прибегают исключительно к физическим, медицинским или ситуативным факторам для их объяснения. Они не хотят признавать тот факт, что состояние здоровья может определяться эмоциональным состоянием. Такие

клиенты не признают никакой личной ответственности за свои психосоциальные проблемы или определяющей роли в них нефизических факторов. Если они и признают наличие проблемы, то, как правило, видят ее решение лишь в медикаментозном или хирургическом лечении либо в изоляции от тех людей, которые якобы ответственны за эту проблему.

Частичное. Клиенты, которые чаще признают наличие проблемы и возможную необходимость терапии, чем отрицают, обладают частичным пониманием. Однако такая позиция может смениться непониманием и непризнанием своей проблемы, в результате чего возможно преждевременное прекращение лечения. Иногда клиенты этого типа могут высказывать свое понимание того, какую роль в их проблеме играют эмоциональные и ситуативные факторы, а также их собственное поведение. Они неохотно останавливаются на обсуждении этих факторов, но мягкие напоминания помогают им вернуться к небиологическому формату терапии.

Хорошее. Клиенты с готовностью признают наличие проблемы, для решения которой необходима адекватная форма лечения. Если это уместно, такие клиенты принимают на себя ответственность за изменение своей жизненной ситуации. Они могут сформулировать и пользоваться небиологическими подходами к терапии с минимальной помощью со стороны терапевта. Эти клиенты даже способны проявлять значительную изобретательность при обсуждении немедицинских способов терапии своих расстройств.

КОГДА СЛЕДУЕТ ПРИБЕГАТЬ К ИССЛЕДОВАНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Не всем клиентам обязательно проходить формальное исследование психического статуса. Основное правило следующее: необходимость исследования психического статуса повышается по мере возможного обострения психопатологии клиента. Если клиент демонстрирует адаптивное поведение и вы работаете не в условиях стационара, проведение полного исследования психического статуса вряд ли понадобится. Однако если вы не уверены в диагнозе клиента или наличии психопатологии и при этом работаете в стационаре, формальное исследование психического статуса станет в таком случае стандартной процедурой. Р. Розенталь и Г. Акискал утверждают следующее.

О некоторых индивидах, проходящих амбулаторную психотерапию или консультирование, можно сказать, что у них “проблемы с жизнью”. В таких случаях адекватная информация о психическом статусе может быть в основном собрана через умело проведенное приемное интервью или выяснение личной истории... С другой стороны, если пациент страдает серьезным расстройством эмоций, восприятия, мышления или памяти, показано формальное исследование психического статуса (*Rosenthal & Akiskal, 1985, p. 25*).

Главным исключением в той ситуации, которую описывают Розенталь и Акискал, может быть представитель культурного меньшинства. Некоторые клиницисты указывают, что использование традиционной процедуры исследования психического статуса представителей культурных меньшинств почти во всех случаях неуместно (*Paniagua, 1998, 2001*). В разделе “Индивидуальное и культурное 8.1” говорится об ошибках, которые могут допустить клинические интервьюеры при исследовании психического статуса представителей других культур.

Все диагностические процедуры, включая исследование психического статуса, в той или иной степени опираются на определенную культуру. Соответственно, интервьюеры должны быть очень осторожны, применяя описанные выше процедуры к представителям других культур. Прежде чем применять общие диагностические принципы и критерии психического статуса к представителям меньшинств, интервьюер должен подумать о возможных культурных объяснениях необычного поведения клиентов. Как и в случае всех остальных процедур интервьюирования, выводы интервьюера всегда должны определяться уважением к индивидуальности и культурному происхождению клиента. Интервьюеру важно помнить об этом, особенно при проведении объективных диагностических процедур.

РЕЗЮМЕ

Исследование психического статуса — это метод систематизации клинических наблюдений для наиболее эффективной диагностики актуального психического функционирования клиентов. Проведение исследования психического статуса типично для контекста медицинских учреждений. Хотя исследование психического статуса дает важную диагностическую информацию, его нельзя считать приоритетно диагностической процедурой.

Полное исследование психического статуса требует наблюдения и получения от клиентов информации по девяти основным категориям: внешность; поведение, или психомоторная активность; установки по отношению к интервьюеру; аффект и настроение; речь и мышление; перцептивные расстройства; ориентация и сознание; память и интеллектуальные способности; надежность, рассудительность и понимание клиентом своих проблем. Обоснованность клинических наблюдений при исследовании психического статуса ставится под сомнение, если выражено влияние индивидуальных или культурных факторов.

Внешность включает такие физические и демографические характеристики, как пол, возраст, расовая и этническая принадлежность. *Поведение, или*

психомоторная активность, означает физические движения, производимые клиентом во время интервью. Движения могут быть избыточными, скупыми, странными или вообще могут отсутствовать. Описание психомоторной активности клиента во время интервью — важная информация, способная подтвердить выводы интервьюера относительно психического статуса клиента.

Установки клиента по отношению к интервьюеру диагностируются прежде всего как поведение клиента в отношении интервьюера или интервью. Мнение интервьюера об установках клиента по отношению к нему может определяться эмоциональными реакциями интервьюера, поэтому, формулируя подобные выводы, следует соблюдать осторожность.

Аффектом называют доминирующий эмоциональный тон клиента, наблюдаемый интервьюером; *настроение* относится к восприятию клиентом своего эмоционального состояния. Аффект может быть описан через следующие категории: содержание или тип; диапазон и продолжительность (или изменчивость и продолжительность); адекватность; глубина или интенсивность. Настроение, в отличие от аффекта, определяется только ответом клиента на вопрос “Как вы себя сегодня чувствуете?”

Речь, мышление и перцептивные расстройства — взаимосвязанные аспекты функционирования клиента, которые подлежат диагностике при исследовании психического статуса. Наблюдение и диагностика мышления осуществляются по двум категориям: мыслительный процесс и содержание мыслей. *Мыслительный процесс* относится к тому, как клиенты мыслят, и включает следующие характеристики: обстоятельность мышления, скачка идей, ослабленные ассоциации и пр. *Содержание мыслей* относится к тому, что думает клиент, и предполагает выявление бредовых идей и навязчивых состояний. При исследовании психического статуса клинический интервьюер обращает внимание также на суицидальные или гомоцидальные мысли. Перцептивные расстройства включают галлюцинации и иллюзии. *Галлюцинациями* называют ложные сенсорные впечатления или восприятие, возникающие без соответствующих внешних раздражителей. *Иллюзии* понимаются как перцептивные искажения, при которых наблюдается ложное восприятие реальных объектов.

Ориентация клиента, сознание, память и интеллект — когнитивные функции, которые также диагностируются при исследовании психического статуса. Диагностика интеллектуальных способностей и памяти подразумевает лишь поверхностную проверку; более формализованная процедура показана, если обнаружены потенциальные проблемы. При диагностике интеллектуальных способностей и памяти клинические интервьюеры должны делать поправку на культурные факторы.

В ходе исследования психического статуса диагностике подлежат и функции более высокого уровня — надежность, рассудительность и понимание клиентом своих проблем. *Надежность* клиента зависит от того, насколько ему можно верить, заслуживает ли доверия предоставленная им информация. *Рассудительность* клиента зависит от наличия или отсутствия импульсивных действий и способности или неспособности принимать верные решения. *Понимание своих проблем* определяется степенью осознания клиентами эмоциональной или психологической природы своих расстройств. Для диагностики надежности, рассудительности и понимания клиентами своих проблем используются различные процедуры.

Исследование психического статуса проводится обычно в том случае, если есть подозрение на психопатологию. Если клиенты амбулаторно проходят психотерапию или консультирование по поводу проблем, связанных с повседневной жизнью, исследование психического статуса не столь важно. Как и в случае всех остальных диагностических процедур, в отчете должна учитываться и упоминаться культурная принадлежность клиента.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Folstein, M. E., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method of grading the cognitive state of patients for clinician. Journal of Psychiatric Research, 12, 189–198. В статье “Мини-исследование психического статуса: практический метод диагностики когнитивного состояния пациентов для клинициста” описывается быстрый метод исследования психического статуса клиента. Мини-исследование психического статуса — популярная техника в психиатрии и гериатрии.

Morrison, J. (1994). The first interview: A guide for clinicians (vol. 2, revised for the DSM-IV). New York: Guilford Press. Книга “Первое интервью: руководство для клиницистов” включает две главы, посвященные исследованию психического статуса. Особенно полезны советы относительно диагностических формулировок, связанных с определенными психопатологическими симптомами.

Othmer, E., & Othmer, S. C. (1994). The clinical interview using DSM-IV-R (vol. 1, Fundamentals). Washington, DC: American Psychiatric Press. Мы настоятельно рекомендуем прочитать главу 4 книги “Клиническое интервью с использованием DSM-IV-R”. Она называется “Три метода исследования психического статуса”.

Paniagua, F. A. (2001). Diagnosis in a multicultural context. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. “Диагноз в контексте многообразия культур”.

Polanski, P. J., & Hinkle, J. S. (2000). The mental status examination: Its use by professional counselors. Journal of Counseling and Development, 78, 357–364. Статья “Исследование психического статуса профессиональными консультантами”, опубликованная в одном из крупнейших научных изданий, иллюстрирует важную роль исследования психического статуса во всех сферах охраны психического здоровья.

Robinson, D. J. (2001). Brain calipers: Descriptive psychopathology and the psychiatric mental status examination (2nd ed.). Port-Huron, MI: Rapid Psychler Press. Книга “Мозговые протезы: дескриптивная психопатология и исследование психического статуса” представляет собой обзор проблемы исследования психического статуса и включает иллюстративный материал, примерные вопросы и обсуждение значимости конкретных результатов. Книга написана живым языком, содержит рисунки, юмор, мнемонические подсказки и итоговые диаграммы. Одна из глав содержит полезную информацию по мини-исследованию психического статуса.

Strub, R. L., & Black, W. (1999). The mental status examination in neurology (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis. “Исследование психического статуса в неврологии” — весьма популярный классический учебник для медиков. Рассказывает о точных практических методах определения психического статуса, а также о некоторых нормативах для оценки выполнения когнитивных тестов.

Zuckerman, E. L. (2000). Clinician's thesaurus: The guidebook for writing psychological reports (5th ed.). New York: Guilford Press. Книга “Тезаурус клинициста: руководство по составлению психологических отчетов” включает практикум по исследованию психического статуса и составлению отчета. Также содержит образцы документации.

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ

Ответа нет. Дверь маяка приоткрыта. Они толкнули ее, вошли в сумрак башни. В глубине комнаты сводчатый выход на лестницу, ведущую в верхние этажи. Высоко за аркой там виднеются две покачивающиеся ступни.

*Олдос Хаксли, "О дивный новый мир".
Перев. с англ. О. Сороки, В. Бабкова*

Существуют две основные, хотя и противоречивые истины относительно суицида: а) самоубийство никогда не совершается, когда человек подавлен (либо, наоборот, находится в неуравновешенном состоянии); б) почти за каждым случаем суицида стоят причины, имеющие смысл для человека, который его совершает.

Э. Шнейдман, Aphorisms of Suicide and Some Implications for Psychotherapy

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Самоубийство — такая тема, о которой большинство людей предпочитают не говорить и не думать. Хорошо это или плохо, но беседы и размышления о суициде составляют важную часть профессионального интервьюирования. В этой главе мы расскажем об основных принципах проведения клинического интервью для всесторонней диагностики суицидальности и дадим некоторые практические рекомендации. Прочитав эту главу, вы узнаете:

- о важности исследования вашего личного отношения к самоубийству;
- статистику самоубийств, распространенные мифы и правду о самоубийстве;
- о факторах суицидального риска, а также о процедурах его диагностики;
- о том, как проводить интервью по всесторонней диагностике степени суицидального риска, включая диагностику депрессивности, суицидальных мыслей, суицидальных планов, самоконтроля клиента и суицидальных намерений;
- о методах кризисного вмешательства, включая эмпатические стратегии и стратегии отношений с суицидальными клиентами, определение альтернатив самоубийству, отделение психической боли от "Я", антисуицидальный договор, переход к директивным методам, а также принятие решения относительно госпитализации и направления к другим специалистам;

- о самых важных профессиональных методах работы с суицидальными клиентами, включая самоанализ, консультирование, ведение документации, а также действия интервьюера в случае гибели клиента в результате завершённого суицида.

Интервьюирование суицидальных или гомицидальных клиентов представляет собой одну из самых стрессовых ситуаций, с которыми приходится сталкиваться психологам и психиатрам (*Kleepsies, 1993*). Не требуется особого воображения, чтобы представить себе то психическое напряжение, которое испытывает при этом клинический интервьюер. Сценарий может быть кратким, но полным трагизма: *новый клиент рассказывает вам о своем намерении покончить с собой... и через несколько дней приводит этот план в исполнение*. Такая последовательность событий может нанести вам психическую травму и разрушить вашу профессиональную карьеру. Это одна из причин того, почему большинство психологов и психиатров избегают работать с суицидальными клиентами.

По мере того как вы будете читать эту главу и осознавать возможную необходимость интервьюирования суицидальных клиентов, вам может понадобиться пересмотреть свои личные установки и научиться преодолевать страх (*Herron, Ticehurst, Appleby, Perry, & Cordingley, 2001*), потому что у психологов и психиатров, не имеющих опыта предотвращения самоубийств, иногда наблюдаются негативные установки по отношению к суицидальным клиентам. Нет никакой гарантии, что вам никогда не придется работать с этой категорией клиентов. Иногда клиенты даже не осознают силы своих суицидальных импульсов до тех пор, пока не окажутся в кабинете интервьюера. Избегать интервьюирования суицидальных клиентов было бы даже неэтично.

Если интервьюер обнаружил, что поведение клиента представляет собой угрозу для самого клиента или окружающих, он без колебаний должен нарушить принцип конфиденциальности. Наша профессиональная обязанность — всеми силами пытаться сохранить жизнь клиента. Если клиент сообщает интервьюеру о своих намерениях совершить самоубийство или убийство, интервьюер несет юридическую ответственность за защиту клиента и/или его потенциальных жертв (*Costa & Altekruze, 1994; Tarasoff v. Regents of the University of California, 1974*). Само собой разумеется, что ответственность за подобного рода порывы других людей одновременно приводит к стрессам и отпугивает психологов и психиатров.

Так как невозможно заранее узнать о суицидальных наклонностях клиента, даже интервьюеры-практиканты должны подготовить себя к возможной

встрече с депрессивным суицидальным или агрессивным гомицидальным клиентом (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1995a*). Подготовка к встрече с подобными клиентами должна стать основной составляющей каждой тренинговой программы в сфере работы с людьми (*Bongar & Harmatz, 1989; Isaacs, 1997*). В этой главе мы рассматриваем профессиональные и личные проблемы, с которыми вы можете столкнуться при интервьюировании суицидальных клиентов. Мы расскажем о специфических современных подходах к интервьюированию и диагностике суицидальных клиентов, которые должен освоить каждый будущий терапевт.

ЛИЧНОЕ ОТНОШЕНИЕ К САМОУБИЙСТВУ

Суицид, как понятие и как действие, вызывает у многих людей весьма сильную эмоциональную реакцию. Даже если счеты с жизнью сводит не родственник и не личный знакомый, это может оказать настолько сильное влияние на других людей, что число самоубийств в данной стране или даже в мире возрастает — как это было в случае известных (благодаря СМИ) самоубийств Винса Фостера, Мэрилин Монро и Курта Кобейна (*Knickmeyer, 1996; Mersky, 1996*). Точно так же взгляды и действия д-ра Джека Кеворкяна в поддержку эвтаназии вызвали волну философской и моральной полемики в США. По мере того как вы будете читать эту главу и практиковать предложенные нами стратегии клинического интервьюирования, вы можете обнаружить изменения в своем эмоциональном состоянии. Это особенно вероятно в том случае, если кто-то из ваших близких или знакомых пытался покончить или покончил с собой либо если вы сами, подобно многим другим людям, в какой-то момент своей жизни думали о самоубийстве. Мы рекомендуем при изучении этой главы обратить внимание на собственные эмоциональные реакции, а также обсудить их с коллегами и супервизором. В конце главы мы снова вернемся к обсуждению самоубийства и эмоциональному воздействию на интервьюера при работе с суицидальными клиентами.

СТАТИСТИКА САМОУБИЙСТВ

Центры контроля заболеваний сообщают, что в 1991 году покончили с собой 30 810 американцев. С тех пор ежегодное число самоубийств меняется лишь в незначительной степени — с самым высоким показателем (31 284 жертвы) в 1995 году и самым низким показателем (29 199 жертв) в 1999 году (*Anderson, 2001*). Однако, принимая во внимание прогрессирующий рост населения США с 1991 по 1999 год (статистические данные по последнему году

появились во время публикации этой книги), можно сказать, что уровень самоубийств существенно снизился. В 1991 году коэффициент суицида составлял 12,2 смерти на 100 тыс. населения по сравнению с 11,91 в 1995-м и менее чем 10 смертями на 100 тыс. населения в 1999 году. Среди причин смертности населения в США суицид сейчас занимает 11-е место (эта цифра была взята из последнего статистического отчета; в 1995 году самоубийство занимало девятое место среди других причин смертности в США).

Хотя попытки самоубийства со смертельным исходом сравнительно редки и труднопрогнозируемы, диагностика суицидальности при проведении клинического интервью оправдана по многим причинам. Во-первых, случаи самоубийства среди людей с клиническими проблемами происходят гораздо чаще, чем среди остальных людей (т.е. клиенты, страдающие депрессией, фобиями, алкоголизмом и шизофренией, больше рискуют стать жертвами суицидальных импульсов; *Moscicki, 1997; Rossau & Mortensen, 1997*). Во-вторых, попытки самоубийства со смертельным исходом составляют примерно одну двадцатую от общего числа попыток (около 1900 американцев пытаются покончить с собой каждый день; *Anderson, Kochanek, & Murphy, 1997*). Задача клинического интервьюера — попытаться снизить не только число смертельных исходов, но попыток самоубийства вообще (особенно серьезных суицидальных попыток, которые, по всей видимости, связаны с теми же факторами, что и заверченный суицид; *Beautrais, 2001*). Наконец, с клинической, этической и юридической точек зрения, лучше ошибиться и сделать допущение о наличии суицидальных наклонностей, а затем провести полную диагностику, чем ошибиться, признав отсутствие суицидальных тенденций у суицидального клиента.

Несмотря на трудности прогнозирования суицида, психиатры наделены этическими и юридическими полномочиями для проведения всестороннего диагностирования с целью выяснения степени суицидального риска у тех клиентов, которые проявляют соответствующие наклонности (*Ellison, 2001; Simon, 2000*). Более того, точная диагностика представляет собой один из первых шагов по предотвращению самоубийств. Чем меньше усилий прилагается для прогнозирования самоубийств, тем труднее их предотвратить.

МИФЫ О САМОУБИЙСТВЕ

Существует множество ни на чем не основанных мнений о суициде. Согласно самому, возможно, опасному мифу, вопросы о суицидальных намерениях могут побудить человека совершить самоубийство. Р. Пайпс и Д. Давенпорт опровергают это мнение.

Вы можете найти утешение в том факте, что, насколько нам известно, среди опытных психотерапевтов существует согласие — вопросы о суицидальных наклонностях не вызывают суицидальных наклонностей. Вполне возможно, что если вы не спросите у клиента, думал ли он о самоубийстве, вы утратите возможность предотвратить самоубийство (*Pipes & Davenport, 1999, p. 113*).

Поэтому, если у вас есть причины полагать, что клиент хочет покончить с собой, общее правило — не сомневайтесь, спросите его об этом.

Прежде чем читать о других мифах о суициде, остановитесь и спросите себя, что вы знаете о самоубийстве и каковы источники этих знаний. Если кто-то угрожает покончить с собой, используя заведомо безвредное средство (например, шесть таблеток аспирина), значит ли это, что такой человек просто играет на публику? Можно ли считать суицид, по большому счету, манипулятивным выражением гнева? Правда ли, что женщины для совершения самоубийства предпочитают яды и снотворные препараты огнестрельному оружию? Какие категории населения составляют группы суицидального риска: пожилые люди, подростки, люди определенной этнической принадлежности или члены определенных религиозных организаций? Если вы еще не думали об этом, предлагаем своеобразный тест, который поможет вам осознать собственные взгляды на суицид (см. врезку “От теории к практике 9.1”).

С суицидом связано множество заблуждений и страхов. Мы не будем составлять полный список мифов о суициде и заниматься их последовательным опровержением. Вместо этого в следующем разделе мы сосредоточимся на факторах суицидального риска, которые были определены в результате научных исследований.

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Хотя с самоубийством связано множество специфических факторов риска, не существует единого универсального предиктора суицидального поведения. Р. Литман утверждает следующее.

В настоящее время невозможно точно предсказать самоубийство какого-либо человека. Сложные статистические модели... и основанные на опыте клинические суждения одинаково безуспешны. Когда меня спрашивают, почему один депрессивный и суицидальный пациент совершает самоубийство, а девять других, столь же депрессивных и суицидальных, не совершают, я отвечаю: “Не знаю” (*Litman, 1995, p. 135*).

Когда вы будете читать о факторах суицидального риска, помните о том, что *отсутствие этих факторов у того или иного клиента не гарантирует отсутствия суицидальных импульсов*. Как правило, при диагностике суицидальных на

От теории к практике 9.1

Что вы знаете о суициде?

Вы можете проверить истинность или ложность своих представлений о суициде, подтверждая или опровергая следующие утверждения.

1. От 25 до 50% людей, которые заканчивают жизнь самоубийством, уже пытались сделать это ранее.
2. Люди, которые говорят о самоубийстве, не будут пытаться покончить с собой.
3. Самоубийство совершается без предупреждения.
4. Если один из родителей ребенка, не достигшего пятилетнего возраста, совершает самоубийство, вероятность совершения этим ребенком самоубийства в зрелом возрасте намного выше, чем для ребенка, не имеющего подобного опыта.
5. Люди с суицидальными наклонностями более склонны к злоупотреблению алкоголем и приему наркотических веществ в течение 24 часов перед госпитализацией, чем другие категории клиентов.
6. Пациенты под присмотром врача не рискуют стать жертвами суицидальных импульсов.
7. Стрессовые ситуации — 100-процентный индикатор суицидальных наклонностей.
8. Среди самоубийц больше мужчин, чем женщин.
9. В США среди самоубийц больше протестантов, чем католиков.
10. Человек, страдающий тяжелым заболеванием, возможно, неизлечимым, не склонен к самоубийству.
11. Если в состоянии суицидального пациента наблюдаются улучшения, это свидетельствует о том, что опасность миновала.
12. Региональные различия в уровне самоубийств могут объясняться климатическими факторами — температурой и количеством осадков.
13. Повышение жизненного уровня приводит к росту числа самоубийств и уменьшению числа убийств.
14. Появление кометы Галлея связано с возрастанием числа самоубийств.
15. Самое распространенное средство совершения самоубийств среди женщин — огнестрельное оружие.

клонностей не следует исключать возможности самоубийства, какой бы отдаленной она ни казалась. Внимание к упомянутым ниже основным факторам суицидального риска поможет вам обнаружить предикторы суицидальных наклонностей, если клиент прямо не сообщает о таковых во время интервью.

Депрессия

Существует множество доказательств того, что между депрессией и суицидальным поведением существует взаимосвязь (*Coppen, 1994; Roy, 1989*). Некоторые специалисты полагают, что депрессия, предвещающая суицидальное поведение, — явление универсальное (*Silverman, 1968*). Такое мнение подтверждается, в частности, исследованием Дж. Вестфельда и С. Фарра (*Westefeld & Furr, 1987*). Каждый из тех студентов, которые при опросе подтвердили попытки самоубийства, упомянул о том, что испытывал хоть какие-то симптомы депрессии. Такая тесная взаимосвязь привела к тому, что некоторые исследователи объявили депрессию смертельным заболеванием (*Coppen, 1994*).

Суицидальный риск у депрессивных людей намного выше. По приблизительной оценке от 5 до 10% всех клинически депрессивных индивидов пытаются совершить самоубийство (*Litman, 1995*). Если говорить конкретнее, суицидальность депрессивных индивидов напрямую связана скорее с глубиной депрессии. Среди пациентов с более мягкой формой депрессии, проходящих амбулаторное или стационарное психиатрическое лечение, процент самоубийц намного ниже — около 2% (*Bostwick & Pankratz, 2000*).

Хотя не все люди, страдающие депрессией, склонны к самоубийству, депрессия, по всей видимости, выступает одним из основных суицидальных предикторов. Кроме того, этот предиктор поддается оценке в ходе клинического интервью (*Hamilton, 1967*). Стратегии клинического интервьюирования, предназначенные для диагностики депрессии, обсуждаются ниже в этой главе.

Исследования помогли выделить шесть предикторов суицидального поведения депрессивных клиентов (*Fawcett et al., 1990*).

1. Выраженное психическое беспокойство (проявляемое в мыслях и чувстве тревожности).
2. Панические реакции (характерные состояния беспокойства, включая физические симптомы страха).
3. Агедония (равнодушие к тем видам деятельности, которые обычно доставляли удовольствие).
4. Злоупотребление алкоголем (прием повышенных доз алкоголя в период депрессии).

5. Сниженная способность к концентрации внимания (повышенная отвлекаемость).
6. Нарушения сна (трудное засыпание, периодические пробуждения в течение ночи и преждевременное утреннее пробуждение).

Недавнее исследование 100 пациентов, предпринявших серьезные попытки покончить жизнь самоубийством, дало похожие результаты. Самыми характерными предикторами суицидального поведения оказались: а) выраженное психическое беспокойство; б) панические реакции; в) плохое настроение; г) диагностируемая депрессия; д) недавний разрыв межличностных отношений; е) недавние факты злоупотребления алкоголем или употребления наркотических веществ в сочетании с чувством безнадежности, беспомощности, собственной никчемности; ж) агедония; з) неспособность работать на одном месте в течение долгого времени; и) недавние проявления импульсивного поведения (Hall, Platt & Hall, 1999). Исследование показало, что упомянутые выше предикторы, которые согласуются с предикторами, определенными Дж. Фосеттом (Fawcett et al., 1990), с большей вероятностью указывали на возможность суицидального поведения, чем конкретные планы или предупреждающие записки о самоубийстве.

В целом можно сказать, что общий тяжелый дистресс — некоторые авторы называют это состояние *психической болью* (Schneidman, 1996) и часто отождествляют с депрессией — весьма надежный предиктор суицидального поведения. Кроме того, специфические когнитивные индикаторы негативной самооценки и неудовлетворенности своей жизнью — такие, например, как чувство *безнадежности* и *беспомощности* — важные предикторы возможности суицида среди как депрессивных, так и недепрессивных клиентов (Beck, Brown, & Steer, 1989).

Возраст

Уровень самоубийств варьируется в разных возрастных группах. Статистические данные центров контроля заболеваний (Anderson et al., 1997) показывают, что самый высокий уровень самоубийств наблюдается среди людей 70 лет и старше. Среди молодых людей от 20 до 24 лет уровень самоубийств немного выше среднего. Напротив, случаи самоубийства нетипичны для детей 10–14 лет и редки среди детей в возрасте до 10 лет. В целом возраст как таковой нельзя считать серьезным предиктором суицидальных тенденций. Однако несколько возрастных категорий традиционно рассматриваются как группы повышенного суицидального риска — подростки, студенты и пожилые люди.

За последние несколько десятилетий резко возрос уровень самоубийств среди подростков и молодых людей от 15 до 19 лет (от 200 до 300%). Показательно, что после такого скачка уровень самоубийств среди подростков (который ранее был гораздо ниже среднего общенационального) приблизился к среднему общенациональному уровню суицида (*Berman & Jobes, 1996*). Самоубийство занимает третье место среди основных причин смерти молодых людей и подростков от 15 до 24 лет после “несчастных случаев и неблагоприятных событий” и “убийства и правового вмешательства” (*Anderson, 2001, p. 26*). Кроме того, весьма вероятно, что многие несчастные случаи со смертельным исходом на самом деле были самоубийствами. Часто друзья, родственники и врачи выдают факт суицида за несчастный случай, чтобы спасти погибшего от клейма самоубийцы.

Уровень самоубийств среди американских студентов примерно на 50% выше, чем среди населения США в целом (*McIntosh, 1991*). Повышенный суицидальный риск в этой социальной группе объясняют влиянием алкоголя, депрессией, академической неуспеваемостью и проблемами межличностных отношений. Некоторые авторы полагают, что повышенный уровень самоубийств среди студентов связан с попыткой вырваться из трудной ситуации, избавиться от давления (*Dean, Range, & Goggin, 1996*).

Пожилые американцы составляют группу самого высокого суицидального риска среди прочих возрастных категорий США. Как правило, пожилые американцы чаще используют огнестрельное оружие, и случаи завершенного суицида в этой возрастной группе более многочисленны, чем среди молодежи. Кроме того, они реже рассказывают о своих суицидальных намерениях другим людям. В целом суицидальный риск повышается после 45 лет для мужчин и 55 лет для женщин (*Florio et al., 1997*). Однако среди североамериканских индейцев и коренных жителей Аляски уровень самоубийств с возрастом снижается.

Пол

Статистика показывает, что суицидальные попытки совершаются женщинами в три раза чаще, чем мужчинами, однако среди погибших в результате самоубийства мужчин в четыре раза больше (*Anderson et al., 1997*). С возрастом эти различия становятся еще более выраженными.

Такая разница часто объясняется тем, что мужчины выбирают более опасные методы и средства для совершения самоубийства — например, огнестрельное оружие, в то время как женщины склонны использовать менее смертельные средства — например, яды и медикаменты. Примерно

73% мужчин и 31% женщин используют огнестрельное оружие, что делает его самым “популярным” средством для обоих полов. Очевидно, смертность огнестрельного оружия непосредственно связана с летальным исходом попыток самоубийства, что частично объясняет больший процент смертей среди мужчин-самоубийц (*Evans & Farberow, 1988; Moscicki, 1997*). В целом мужчины вообще и пожилые белые мужчины в частности гораздо больше рискуют погибнуть в результате самоубийства, чем женщины (*Anderson, 2001*).

Расовая и этническая принадлежность

Белые в гораздо большей степени склонны к самоубийству, чем афроамериканцы или выходцы из латиноамериканских стран. Уровень самоубийств растет пропорционально возрасту только среди белых мужчин.

Уровень самоубийств среди американских индейцев и коренных обитателей Аляски, живущих в резервациях или возле них, с 1979 по 1992 год систематически изучался центрами контроля заболеваний. Результаты этих исследований были опубликованы в отчете *Violence Surveillance Summary Series* (“Сводки по изучению насилия”) (*Kachur, Potter, James, & Powell, 1995*). Во время этого 14-летнего периода число самоубийств среди коренных жителей Северной Америки было примерно в полтора раза выше, чем среди населения США в целом. Самый высокий уровень самоубийств наблюдался среди коренного населения юго-западных штатов, северных районов Скалистых гор и Великих равнин, а также на Аляске. Было также отмечено, что модели и уровень суицида в значительной мере варьировались в зависимости от географического региона и что корреляция числа самоубийств и возрастных категорий среди коренных жителей Северной Америки значительно отличается от соответствующих показателей населения США в целом (т.е. индейцы и эскимосы чаще совершают самоубийства в молодом возрасте, чем в пожилом).

Уровень самоубийств среди афроамериканцев долгое время составлял 60–70% по сравнению с уровнем самоубийств среди белого населения США. Самые низкие показатели — у афроамериканских женщин (*Anderson, 2001; Gibbs, 1997*). Такие существенные различия в суицидальном поведении разных этнических групп говорят о том, что интервьюер должен выбирать методику диагностики суицидальных наклонностей, исходя из культурной и этнической принадлежности клиента (см. врезку “Индивидуальное и культурное 9.1”).

Индивидуальное и культурное 9.1

Диагностика степени суицидального риска клиентов из различных культурных групп

Если вы работаете с потенциально суицидальными клиентами из разных культурных групп, вы должны понимать, что некоторые общие факторы риска и стратегии интервьюирования не могут быть универсальными. Ниже приводятся некоторые нюансы, которые вам следует проанализировать и учитывать при диагностике суицидальных наклонностей.

- Среди североамериканских индейцев суицидальный риск в целом не повышается с возрастом; напротив — самый высокий уровень самоубийств характерен для подростков и молодежи.
- Клиенты, относящиеся к национальным и культурным меньшинствам, менее склонны признаваться в суицидальных мыслях. Это значит, что вам нужно ориентироваться в основном на оценку факторов суицидального риска.
- Афроамериканцы по сравнению с белыми клиентами более склонны к неприятию самоубийства и обоснованию необходимости жить. Это может быть одной из причин того, что афроамериканцы менее склонны к самоубийству, чем белые.
- В одном из недавних сравнительных исследований афроамериканцев и белых было отмечено, что потенциальное суицидальное поведение у белых коррелирует с более широким диапазоном предикторов, в то время как для афроамериканцев только обращение к психиатру классифицируется как показательный фактор риска.

Религия

Что касается корреляции между количеством самоубийств и вероисповеданием, в США уровень суицида среди католиков исторически был немного ниже, чем среди протестантов и иудеев. Однако можно сказать, что не принадлежность к определенной конфессии, а скорее степень религиозности или религиозной ортодоксальности играет решающую роль в определении степени индивидуального суицидального риска (*Neeleman, Wessely, & Lewis, 1998; Resnik, 1980*). Более глубокая религиозность, по-видимому, определяет более низкий уровень самоубийств, хотя, конечно, есть множество исключений из этого правила. В целом, нет таких научных данных, которые доказывали бы роль религии как основного фактора, определяющего степень риска суицидального поведения индивида (*Lester, 1996*), хотя неко-

торые исследователи полагают, что возрастание уровня самоубийств среди молодых белых американцев и афроамериканцев может быть связано с “быстрой секуляризацией молодежи в США” (*Neeleman et al., 1998, p. 12*).

Семейное положение

Разведенные люди, вдовы, а также те, которых оставили их партнеры, составляют группу повышенного суицидального риска (*Anderson et al., 1997; Lambert & Fowler, 1997*). Одиноким людям, никогда не состоявшим в браке, совершают самоубийства почти в два раза чаще, чем женатые мужчины и замужние женщины. Что касается разведенных, мужчины, особенно белые, образуют группу более высокого суицидального риска по сравнению с женщинами. Брак представляет собой, по-видимому, своеобразный анти-суицидальный буфер, особенно если у супругов есть дети. Однако, как уже отмечалось, суицидальный риск увеличивается пропорционально возрасту, и эта закономерность распространяется также и на семейных людей. Одиночество может увеличивать степень суицидального риска неженатых мужчин старше 70 лет. Это отчасти объясняет самый высокий уровень самоубийств в данной социальной группе. Представляет интерес тот факт, что среди вдов уровень самоубийств не повышается (*Brockington, 2001*).

Профессиональная занятость

Безработные и пенсионеры составляют группу более высокого суицидального риска, чем работающие люди (*Krosowa, 2001*). Потеря работы может вызвать эмоциональное потрясение у людей любого возраста, пола или этнической принадлежности. Эмоциональное потрясение как фактор, способствующий суицидальному поведению, тесно связано со злоупотреблением алкоголем и депрессией (*Overholser, Freiheit, & DiFilippo, 1997*). Люди, которые уходят на пенсию, иногда переживают кризис идентичности, теряют смысл жизни и чувство собственного достоинства, что может способствовать повышению уровня самоубийств в возрастной категории от 60 лет и старше.

Социально-экономический статус

Повышенный уровень самоубийств ассоциируется с предельно низким и предельно высоким социально-экономическим статусом. Для среднего класса характерен более низкий уровень суицида. В прошлом нищета или экономические трудности ассоциировались с более высоким уровнем самоубийств (*Winslow, 1895*); однако в настоящее время низкий экономический уровень характеризуется более высоким уровнем смертности в результате

убийств, а повышенный уровень самоубийств чаще связан с высоким экономическим статусом. Судя по всему, те представители высшей социально-экономической страты, которые проявляют суицидальное поведение, также страдают серьезными психическими расстройствами (*Agerbo, Mortensen, Eriksson, Qin, & Westergaard-Nielsen, 2001; Timonen et al., 2001*).

Физическое здоровье

Большая часть исследований уровня самоубийств среди стационарных пациентов связана с психиатрическими больными; тем не менее самоубийства имеют место и среди пациентов других медицинских учреждений. Исследователи обнаружили корреляцию между повышенным суицидальным риском и следующими факторами: частые серьезные операции, депрессия вследствие хронических болей и нарушенных физиологических функций, страх смерти и страданий, потеря трудоспособности, физическая травма, ревматоидный артрит, потеря социальной поддержки. Пациенты, которым назначается гемодиализ¹, и ВИЧ-инфицированные составляют особую группу риска. В целом, серьезность соматического заболевания, физические боли, а также их угроза способствуют суицидальному поведению независимо от конкретного диагноза (*Bellini & Bruschi, 1996*). Подобно недавно описанным из больницы психиатрическим больным, пациенты других медицинских учреждений более склонны к суицидальному поведению сразу после окончания курса лечения (*McKenzie & Wurr, 2001*).

Одна из трудностей исследования корреляции между соматическими болезнями и суицидом состоит в частичном совпадении симптомов депрессии и соматических заболеваний. Исследования, которые проводили Дж. Браун, П. Хентелефф, С. Баракат и К. Роу (*Brown, Henteleff, Barakat, & Rowe, 1986*), показывают, что суицидальные мысли и желание смерти связаны исключительно с симптомами депрессии. Авторы считают, что врачи могут проглядеть симптомы депрессии и не принять своевременных мер для ее лечения, что опять-таки свидетельствует о значимости депрессии как фактора суицида. Дополнительные исследования показывают, что соматические заболевания как таковые могут усугублять или не усугублять суицидальный риск, в то время как социальная изоляция и депрессия, связанные с соматическим заболеванием, значительно повышают риск суицидального поведения (*Kishi, Robinson, & Kosier, 2001*).

¹ Гемодиализ — метод прижизненного очищения крови больного посредством избирательной диффузии с помощью искусственной почки. — Прим. ред.

Социальные и личностные факторы

Не следует недооценивать роль социальных и личностных факторов, влияющих на суицидальное поведение. Эти факторы включают: а) наличие и качество пищи, жилья, одежды и средств передвижения; б) качество медицинского обслуживания; в) физическое и психическое здоровье; г) возможность заниматься продуктивной и осмысленной деятельностью; д) значимые и полезные отношения с другими людьми. Чем больше этих ресурсов первой необходимости доступно для индивида, тем ниже суицидальный риск (*Lambert & Fowler, 1997*).

Одиночество, как правило, повышает степень суицидального риска. Однако чувство одиночества и изолированности могут испытывать даже люди, которые живут в семье, а одинокие, наоборот, могут пользоваться эффективной системой социальной поддержки. Чувство изолированности и социальной отчужденности имеет большее значение, чем условия жизни человека, но при диагностике суицидальности, конечно же, следует оценивать оба этих фактора.

Индивидов, которые недавно перенесли тяжелую утрату, следует отнести к группе повышенного суицидального риска (*Hall et al., 1999*). Такая утрата может выражаться в различных формах: а) потеря работы; б) утрата положения (общественного, семейного и т.д.); в) утрата любимого человека; г) потеря физического здоровья или способности самостоятельно передвигаться. Даже смерть любимого домашнего животного может повысить суицидальный риск для некоторых индивидов.

Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков

Исследователи единодушно относят алкоголиков и наркоманов к категории высокого суицидального риска (*Fawcett et al., 1990; Hall et al., 1999; Murphy & Wetzel, 1990; Ohberg, Vuori, Ojanpera, & Loengvist, 1996*). Суицид, алкоголизм и наркомания тесно взаимосвязаны. Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков повышает степень суицидального риска для индивидов, особенно на фоне депрессии, социальной изоляции и других факторов, способствующих суициду.

Одна из причин того, что злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков повышают степень суицидального риска, — снижение процессов торможения, или ингибиции. В результате химических изменений в организме люди ведут себя импульсивнее, а суицид обычно квалифицируется как импульсивное действие. Большинство ученых считают, что независимо от того, насколько тщательно планировался акт суицида, в тот момент, когда самоубийца глотает яд, нажимает на спусковой крючок или

вскрывает себе вены, имеет место определенная форма дезингибиции, т.е. освобождения сдерживаемых импульсов (*Schneidman, 1996*). Алкоголь и наркотики могут дать людям, которые все еще боятся совершить самоубийство, ту долю храбрости (или безрассудства), которой им не хватает для приведения своих планов в действие.

Психические расстройства и психиатрическое лечение

Как правило, большинству актов суицида соответствует относительно небольшой процент психических расстройств или аномальных состояний. Пациенты с аффективными расстройствами (такими как депрессия или биполярное расстройство) или шизофренией относятся к группе повышенного суицидального риска (*Rossau & Mortensen, 1997; Roy, 1989*). Расстройства мышления, такие как паранойяльный бред или слуховые галлюцинации, когда больной слышит приказ покончить с собой или убить другого человека, особенно в комбинации с подавленным настроением, повышают степень суицидального риска (*Resnik, 1980*). Индивиды с психотическими депрессивными реакциями составляют группу самого высокого суицидального риска.

С другой стороны, законченные акты суицида (со смертельным исходом) реже предпринимаются людьми с истерическим или антисоциальным типами личности и различными парафилиями², хотя суицидальные попытки в этой группе — явление нередкое (*Robins, 1985*). Даже в том случае, если суицидальное поведение используется как средство манипулирования другими людьми, как это часто бывает у людей с расстройствами личности, к такому поведению следует относиться серьезно. К сожалению, даже мнимые суицидальные попытки могут закончиться трагически.

Что касается пациентов психиатрических больниц, наиболее высокий суицидальный риск для них несет период непосредственно после выписки. Это правило распространяется на тех индивидов, которые также:

- уже пытались совершить самоубийство;
- страдают хроническим расстройством психики;
- были недавно приняты на стационарное лечение;
- живут одни;
- не работают;

² *Парафилия* (от греч. *para* — рядом, *vbliizi*, *отклонение от чего-либо*; *philia* — любовь, склонность) — патологическое нарушение направленности полового влечения или его удовлетворения. К парафилиям относят аутоэротизм, гомосексуализм, педофилию, геронтофилию, инцестофилию, зоофилию, некрофилию, пигмалионизм и др. — Примеч. ред.

- неженаты или не замужем;
- подвержены депрессии (Roy, 1989).

Более того, масштабное исследование пациентов с шизофренией показало, что суицидальный риск особенно высок в первые пять дней после выписки (Rossau & Mortensen, 1997).

В научной литературе встречаются сведения о том, что прием взрослыми несуицидальными клиентами ингибиторов, вызывающих повышение уровня серотонина в синаптической щели нейрона (например, флюоксетина (Prozac), сертралина (Zoloff)), может привести к дезингибции и возбуждению, в результате чего повышается суицидальность (Healy, 2000; King et al., 1991; Teicher, Glod, & Cole, 1990). Хотя эта закономерность требует дополнительной проверки, в психиатрической практике необходимо тщательное наблюдение за пациентами, принимающими упомянутые ингибиторы, влияющие на уровень серотонина, чтобы обеспечить выявление и документальное подтверждение процессов дезингибции, возбуждения и усиленных суицидальных импульсов, если таковые имеют место (Journal for the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001).

Сексуальная ориентация

Вопрос о том, подвержены ли молодые гомосексуалисты и лесбиянки более высокому суицидальному риску по сравнению с гетеросексуальной молодежью, долгое время был источником научной полемики (Gibson, 1994; Muehrer, 1995). Как бы там ни было, исследования показывают, что молодые люди, испытывающие трудности с установлением сексуальной идентичности, должны быть причислены к категории повышенного суицидального риска (McDaniel, Percell, & D'Augelli, 2001; Russell & Joyner, 2001). Среди гомосексуалистов и лесбиянок, равно как и среди других категорий населения, суицидальный риск возрастает при злоупотреблении алкоголем, наркотической зависимости и наличии психопатологии (McDaniel et al., 2001).

Психические травмы и сексуальное насилие

Последние исследования доказывают прочную связь между сексуальным насилием над детьми, психическими травмами и суицидальностью. Анализ медицинских карточек 200 амбулаторных пациентов показал, что сексуальное насилие в детстве можно считать более надежным предиктором суицидального поведения, чем депрессию (Read, Agar, Barker-Collo, Davis, & Moskovitz, 2001). Данные национального отчета по сочетанным болезням показывают,

что вероятность совершения самоубийств женщинами, которые в детском возрасте стали жертвами изнасилования, в два–четыре раза превышает средний показатель, а мужчинами — соответственно в 4–11 раз (*Molnar, Berkman, & Buka, 2001*). Недавний случай физического или сексуального насилия также может усилить суицидальные импульсы жертвы (*Thompson et al., 1999*).

Суицидальность и интеграция факторов риска

Нет прямой зависимости между вероятностью суицидального поведения и количеством факторов риска. Незначительное количество факторов риска не гарантирует отсутствия суицидальных импульсов, так же как наличие большого количества факторов суицидального риска — не повод к немедленной госпитализации. Прототипический образ потенциальной самоубийцы, согласно описанию многочисленных исследователей, — депрессивный, социально изолированный пожилой белый мужчина, злоупотребляющий алкоголем, с плохим физическим здоровьем, имеющий доступ к огнестрельному оружию (*Florio et al., 1997; Lambert & Fowler, 1997*). Однако прототипы едва ли существуют в реальной жизни, и, как мы уже упоминали, выявление суицидальных импульсов никогда не бывает легким. Во врезке “От теории к практике 9.2” дается полный контрольный лист для диагностики суицидальности.

ВСЕСТОРОННЯЯ ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ

Почти каждый человек в определенный момент своей жизни думал о самоубийстве. Для одних это была просто мимолетная мысль, вытесненная позитивными мыслями о ценности жизни, однако для других самоубийство — предмет самых серьезных размышлений³. Для некоторых людей эта мысль становится навязчивой. В одних случаях повторяющиеся попытки самоубийства — скорее крик о помощи или способ привлечь к себе внимание, чем реализация желания умереть. В других случаях все как раз наоборот: жизнь настолько переполнена неудовлетворенностью, разочарованиями, болью, что смерть воспринимается как желанное избавление. Обязанность клинического интервьюера — определить степень серьезности суицидальных мыслей и отделить мимолетные мысли о самоубийстве от навязчивой суицидальности. Несмотря на то что существует определенный набор стандартизированных методик диагностики суицидальности, в оставшейся части главы мы поговорим об использовании для этой цели клинического интервью.

³ См. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. — М., 2003.

От теории к практике 9.2

Контрольный лист для диагностики суицидальности

После того как вы хорошо разобрались с факторами суицидального риска, вы можете использовать приведенный ниже контрольный лист в ходе учебной практики и для ролевой игры. Он поможет вам проводить все-стороннюю диагностику суицидальности почти в любом контексте. Очень важно практиковаться в получении информации от разных типов клиентов в реальных условиях, поскольку окружающая обстановка, временные ограничения и другие факторы делают эту задачу довольно сложной.

Вместе с коллегами или товарищами проведите клиническое интервью по диагностике суицидальности в форме ролевой игры. Используя приведенный ниже контрольный лист, постарайтесь определить, какие факторы суицидального риска подходят к вашему “клиенту”. Будет полезно, если вы постараетесь не заглядывать в контрольный лист, чтобы проверить свою память.

Факторы риска для общей диагностики суицидальности.

1. Клиент относится к группе риска ввиду своих возрастных характеристик или половой принадлежности.
2. Клиент уже предпринимал попытки самоубийства.
3. Клиент злоупотребляет алкоголем или употребляет наркотики.
4. Клиент проявляет симптомы определенного психического расстройства, соответствующие диагностическим критериям *DSM-IV*.
5. Клиент безработный.
6. Клиент неженат, одинок или социально изолирован.
7. Клиент имеет проблемы с физическим здоровьем.
8. Клиент недавно перенес значительную личную утрату (возможностей, предметов, людей).
9. Клиент — подросток, испытывающий трудности сексуального характера.
10. Клиент стал жертвой сексуального насилия в детстве или является жертвой физического или сексуального насилия в настоящее время.
11. Поведение клиента соответствует диагностическим критериям депрессии.
12. Если клиент страдает депрессией, также имеют место один или несколько из следующих симптомов:
 - панические реакции;
 - генерализованная тревога;
 - потеря интереса к видам деятельности, которые обычно приносят удовольствие (агедония);

повышенное употребление алкоголя во время периодов депрессии;
ослабленная способность к концентрации внимания;
бессонница.

13. Клиент сообщает о сильных чувствах безнадежности, беспомощности или чрезмерной вины.
14. Клиент сообщает о суицидальных мыслях.
15. Обратите внимание на:
частоту суицидальных мыслей (как часто возникают подобные мысли?);
продолжительность суицидальных мыслей (если подобные мысли возникают, в течение какого времени они сохраняются?);
интенсивность суицидальных мыслей (насколько убедительны такие мысли, по 10-балльной шкале?).
16. Клиент сообщает о наличии суицидального плана.
17. Клиент сообщает о наличии конкретного плана суицидальных действий.
18. Клиент сообщает о суицидальном плане летального или особо летального характера.
19. Клиент сообщает об имеющемся доступе к средствам реализации суицидального плана.
20. Клиент не располагает доступной социальной поддержкой.
21. Клиент сообщает о недостаточном самоконтроле.
22. Клиент демонстрировал импульсивное поведение в прошлом.
23. Поведение клиента характеризовалось чрезмерным контролем, клиент выглядит эмоционально скованным.
24. Клиент сообщает о намерении (от умеренного до сильного) покончить с собой (либо уже совершал серьезные суицидальные попытки в прошлом).
25. Клиент недавно был выписан из психиатрической больницы ввиду явного улучшения состояния.
26. Клиенту недавно назначили курс ингибиторов, вызывающих повышение уровня серотонина в синаптической щели нейрона, и у него проявляется побочное возбуждение или дизингибиция.

Примечание. Адаптировано из: J. Sommers-Flanagan & R. Sommers-Flanagan (1995), *Intake Interviewing With Suicidal Patients: A Systematic Approach. Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 41–47. Адаптировано с разрешения авторов.

Кроме выявления релевантных факторов риска (которые обсуждаются выше), всесторонняя диагностика суицидальности включает глубокую проработку пяти основных вопросов: а) диагностика степени депрессивности; б) присутствие суицидальных мыслей; в) изучение суицидальных планов; г) оценка самоконтроля клиента; д) установление наличия суицидальных *намерений*.

Диагностика депрессивности клиента

Интервью с целью полной диагностики суицидальности включает также основательную диагностику степени депрессивности клиента. Депрессия — одновременно значимый суицидальный предиктор и индикатор наличия других факторов суицидального риска (например, алкоголизма или неудовлетворительного состояния здоровья).

Согласно *DSM-IV-TR*, существуют две основные разновидности депрессии:

- глубокая депрессия (более острая и тяжелая форма);
- дистимическое расстройство (хроническая и обычно более умеренная форма депрессии).

Чтобы определить ту или иную форму депрессии, необходимо использовать специфические критерии диагностики. В этой работе мы уделяем внимание не столько диагностическим критериям, сколько общим симптомам, обычно указывающим на наличие депрессии.

В целом *DSM* включает описание трех основных категорий симптомов депрессии плюс одну родственную категорию, относящуюся к нашей дискуссии:

- симптомы, относящиеся к настроению;
- физические или вегетативные симптомы;
- когнитивные симптомы;
- социальные или межличностные симптомы.

Симптомы, относящиеся к настроению

Поскольку в *DSM-IV-TR* депрессия классифицируется как расстройство настроения, уместно начать клиническое интервью для диагностики степени депрессивности вопросами, применяемыми для исследования психического статуса. Например, хорошим началом будут следующие вопросы: “Как вы себя чувствуете в последнее время?”, “Как бы вы определили свое настроение?”. Предложите клиенту описать свое настроение. Затем используйте перефразирование, чтобы проверить правильность вашего восприятия (например: “Похоже, сейчас вы чувствуете довольно сильную печаль и безнадежность”).

Клиенты не знают, что в *DSM-IV-TR* депрессивное настроение определяется как “депрессивное настроение на протяжении большей части дня, почти каждый день, на которое указывает либо субъективная оценка (например, чувства печали или опустошенности), либо наблюдения других людей (например, унылый вид). *Примечание:* также, возможно, раздражительное настроение для детей и подростков” (*American Psychiatric Association, 2000, p. 327*). Соответственно, вместо того чтобы говорить о “печали, опустошенности или раздражительности (для детей и подростков)”, клиент может сказать что-то вроде: “Что-то я себя в последнее время хреново чувствую”. В таком случае сначала используйте в перефразировании формулировки клиента (а не формулировки *DSM*). Позже вы можете перейти к использованию лексики *DSM*.

После того как вы получили представление о *качестве* настроения клиента, можете перейти к оценке *количественных* характеристик его настроения. Полезной может быть оценка настроения по определенной шкале. Например.

Интервьюер: Вы сказали, что последнее время чувствовали себя “хреново”. А теперь я хотел бы узнать, насколько “хреново” или плохо вы себя чувствуете сейчас, как вы обычно себя чувствуете и насколько плохо вам может быть. Итак, если использовать 10-балльную шкалу, где единица означает самое тяжелое состояние, а 10 — абсолютное счастье, на сколько баллов вы себя чувствуете в данный момент?

Клиент: Даже не знаю. Наверное, около трех.

Интервьюер: Хорошо. Если взять последние две недели, как бы вы оценили по той же шкале самое худшее состояние?

Клиент: Думаю, в прошлые выходные я чувствовал себя где-то на два балла. Так плохо мне еще никогда не было.

Интервьюер: Какой ужас. А ваше обычное настроение, когда вы не чувствуете подавленности, — во сколько баллов вы оценили бы свое нормальное настроение?

Клиент: Обычно я чувствую себя довольно счастливым человеком. Я думаю, мое обычное настроение — это 6-7 баллов.

В ходе беседы интервьюер получил важную диагностическую информацию. Используя количественные методы, интервьюер выяснил субъективный рейтинг настроения клиента. Хотя данный уровень статистического анализа не подходит для научных отчетов или диссертаций, он вполне годится для оценки субъективного состояния клиентов.

Согласно *DSM*, глубокие депрессии у взрослых могут определяться одним из двух основных симптомов настроения. Один из них, как уже отмечалось, — печаль или подавленность. Однако даже при отсутствии грустного или подавленного настроения взрослых клиентов можно квалифицировать

как депрессивных, если имеет место второй симптом — потеря интереса к тем видам деятельности, которые обычно доставляют удовольствие.

Если клиент перестает (иногда внезапно) чувствовать радость, интерес или удовольствие, неудивительно, что жизнь может показаться не такой уж ценной. Это явление, известное как агедония, часто выступает специфическим симптомом депрессии, свидетельствующим о повышенном суицидальном потенциале. Соответственно, при диагностике суицидальности интервьюер всегда должен проверить, получает ли клиент удовлетворение от его обычной социальной деятельности, развлечений, секса и других видов деятельности, которые обычно приносят удовольствие. Низкая реактивность настроения — еще один симптом, помогающий дифференцировать виды депрессии. Хотя этот симптом напоминает агедонию, между ними все-таки имеются некоторые различия, и оценивается он обычно путем непосредственного наблюдения, а не опроса. При интервьюировании депрессивных клиентов проверьте их реакцию на обсуждение позитивных впечатлений. Если вы говорите о надежде или других позитивных факторах, клиенты с недостаточной реактивностью настроения не улыбаются и никак не проявляют улучшения настроения.

Вина и безнадежность — эмоциональные состояния, которые также ассоциируются с депрессией. Мы поговорим об этом позже — в разделе, посвященном когнитивным симптомам, так как данные эмоциональные состояния часто порождаются или сдерживаются специфическими мощными когнициями (см. ниже).

Физические или вегетативные симптомы

Депрессивные клиенты зачастую испытывают особые физические симптомы, которые становятся одним из проявлений депрессии. Психиатры часто квалифицируют эти симптомы как вегетативные или нейровегетативные симптомы и считают их характерными признаками настоящей биологической депрессии (*Morrison, 1993*). Наверное, самое удивительное в этих симптомах или признаках то, что в большинстве своем они амбивалентны, — другими словами, у клиентов могут наблюдаться прямо противоположные физиологические процессы. Например, страдающие депрессией клиенты часто жалуются на:

- значительную и ненамеренную потерю веса — *или* набор веса;
- почти ежедневное повышение аппетита — *или* снижение;
- почти хроническую бессонницу — *или* сонливость;
- симптомы психомоторного возбуждения (излишние или ненужные движения) — *или* психомоторного торможения.

Наличие первых трех категорий этих физических симптомов можно установить с помощью прямого опроса клиентов относительно их веса, аппетита и сна. Хотя прямой опрос по поводу психомоторной активности тоже возможен, как уже упоминалось в главе, посвященной исследованию психического статуса, эти симптомы также оцениваются путем непосредственного наблюдения за поведением клиента.

Еще один важный физический симптом депрессии — усталость. Депрессивные клиенты обычно чувствуют упадок сил, иногда весь день не встают с постели из-за чувства общей усталости. Этот симптом, опять-таки, обычно диагностируется посредством прямого опроса. Особое внимание уделяется снижению энергии по сравнению с предыдущим состоянием клиента. С данным симптомом связано также ослабление сексуального влечения — одно из проявлений агедонии, которое может обуславливаться или усугубляться общим упадком сил.

Когнитивные симптомы

В состоянии депрессии у клиентов часто наблюдаются различные мысли негативного содержания. Хотя одни авторы считают негативные мысли клиента причиной депрессии, другие исследователи подчеркивают, что мысли клиента следует считать побочным продуктом или вторичным свойством депрессии. Когда дело касается точного диагностирования депрессивных расстройств, определение того или иного явления как первичного или вторичного не имеет особого значения, поскольку все исследователи, включая составителей *DSM*, признают, что присутствие определенных когнитивных факторов может сигнализировать о наличии депрессии.

Наиболее характерные когнитивные факторы, ассоциирующиеся с депрессией, включают чувства никчемности, вины и безнадежности. Наличие чувства собственной никчемности или убеждение клиента в своей неадекватности следует устанавливать с помощью прямого опроса. Приведем некоторые полезные формулировки.

- Довольны ли вы собой?
- Расскажите, когда в последний раз вы были особенно довольны собой?
- Много ли вы думаете о своих личных недостатках или неполноценности в последнее время?

Ключевое понятие, связанное с когнитивными признаками депрессии, — *озабоченность* определенными мыслями. Депрессивные клиенты часто бывают сосредоточены на негативных мыслях. Это, конечно же,

относится к мнению о собственной никчемности, но в первую очередь касается чувства вины или раскаяния. Некоторым депрессивным клиентам трудно думать о чем-либо, кроме своей вины. При интервьюировании таких клиентов вы увидите, что чувство вины становится почти осязаемым, — клиенты смотрят в пол, снова и снова переживая свои поступки, которые расстроили их самих или огорчили дорогих для них людей.

“Нормальная”, т.е. проходящая печаль, едва ли может ассоциироваться с крайними, устойчивыми или возвращающимися мыслями, чувством своей никчемности или вины. И наоборот, клиенты с умеренной или тяжелой формой депрессии могут сообщать о чувстве своей недостойности или же чувствовать бремя вины, вызванной какими-либо реальными, преувеличенными либо надуманными проступками или прегрешениями. В зависимости от вашей приверженности к конкретным цифрам и готовности клиента к количественной оценке (как, например, при диагностике симптомов, относящихся к настроению), для диагностики суицидальности вам могут понадобиться некоторые дополнительные данные. Один из самых важных когнитивных симптомов, часто ассоциирующихся с суицидальностью, — чувство безнадежности. Вы можете попросить клиента еще раз оценить свои чувства по 10-балльной шкале:

“Как бы вы оценили свои перспективы, используя ту же самую шкалу от 1 до 10 баллов, о которой мы уже говорили, если на этот раз единица означает отсутствие всякой надежды на то, что жизнь нормализуется, а 10 означает, что вы полны надежды на улучшение жизни и надеетесь, что будете чувствовать себя лучше?”

Для интервьюера очень важно сформировать адекватное представление о наличии у клиента чувства безнадежности — уверенность клиента в том, что будущее не сулит ему ничего хорошего, может быть более точным индикатором суицидального риска, чем степень депрессии в целом (*Beck et al., 1989*). Суицид менее вероятен, если клиент верит в будущее. Когда клиенту небезразличны его долго- и краткосрочные жизненные планы, он меньше рискует стать жертвой суицида, чем клиенты, у которых, по их словам, мало увлекательных идей, планов или представлений о будущем.

Безнадежность может выражаться в самых разных утверждениях, например: “Я не верю, что что-нибудь когда-нибудь изменится” или “Сколько я себя помню, столько я себя так и чувствую. Наверное, это на всю жизнь”. И наоборот, способность клиента думать о будущем и строить конструктивные или приятные планы — важный показатель оптимизма, он более характерен для клиентов, не страдающих тяжелой формой депрессии. При оценке оптимизма клиента адекватны вопросы о планах на будущее.

- Что вы собираетесь делать завтра?
- Чем, по вашему мнению, вы будете заниматься в этот день через пять лет?
- Как вы думаете, ваше состояние скоро (когда-нибудь) улучшится?

Еще один важный признак депрессивного сознания — беспомощность. Она может выражаться в чувстве или представлении клиентов о том, что они не способны своими силами добиться перемен, которые помогут им вернуть нормальное самочувствие. Констатация клиентом своего бессилия может представлять собой скрытый призыв к интервьюеру о помощи. Клиент может считать, что хотя сам он и не в состоянии изменить свою жизнь к лучшему, вы сможете это сделать за него.

Депрессивные клиенты, кроме того, проявляют некоторые другие когнитивные симптомы, включая: а) трудности с концентрацией внимания; б) возвращающиеся мысли о смерти или самоубийстве; в) трудности в принятии решений или решении проблем; г) сужение сознания, т.е. неспособность видеть альтернативные решения.

Социальные или межличностные симптомы

Наиболее общее проявление депрессии в межличностном плане — самоизоляция от друзей, родственников и прекращение обычной социальной активности. Следует внимательно присмотреться к подобным проявлениям эмоционального отчуждения, поскольку иногда страдающие депрессией люди не осознают своей изолированности. Если у вас есть основания полагать, что полученные от клиента сведения не дают полной картины его социальной активности, вам, возможно, придется обратиться к другим людям, которые знают клиента. Возможно, эти люди опишут клиента как изменившегося, отчужденного, унылого, невероятно обидчивого или раздражительного.

Исследование суицидальных мыслей

После того как вы диагностировали факторы суицидального риска и степень депрессии и если есть опасность совершения суицида, прямо и спокойно спросите клиента о наличии или отсутствии суицидальных мыслей. Это нелегкая задача. Начинающие интервьюеры часто говорят, что труднее всего спрашивать клиентов о суицидальных мыслях и сексуальной жизни. Чтобы научиться задавать трудные вопросы в предупредительной, сочувственной, спокойной и профессиональной манере, большинству людей требуется практика (так что начните практиковаться сейчас, употребляя слова “секс”

и “самоубийство” в разговорах с коллегами). Вам будет полезно знать, что исследование, которое провели У. Хан и Л. Маркс (*Hahn & Marks, 1996*), показало: 97% клиентов, совершавших суицидальные попытки, нормально воспринимали либо были нейтральны к их обсуждению во время приемного интервью.

Один из способов преодоления чувства неловкости, связанного с вопросами о суицидальных мыслях, — выработать стандартный вопрос, используя удобные и комфортные для вас слова. Мы рекомендуем вопрос, включающий эмпатическое перефразирование, например: “Да, Джейн, вам сейчас очень нелегко. И вы уже не ощущаете в себе такой энергии, как прежде, а иногда вообще теряете надежду. Не было ли у вас мыслей о самоубийстве?” Распространено предубеждение, что прямой вопрос о самоубийстве направит мысли человека именно в это русло. Однако нет никаких клинических фактов, подтверждающих такое мнение (*Pipes & Davenport, 1999*). Наоборот, большинство клиентов испытывают психологическое облегчение оттого, что у них появляется возможность рассказать о своих суицидальных мыслях (*Hahn & Marks, 1996*). Кроме того, предложение поделиться своими суицидальными мыслями убеждает клиента в том, что вы хорошо осведомлены в этом вопросе, контролируете ситуацию и можете решить его проблемы.

Большинство суицидальных клиентов, хотя и не все, с готовностью признаются в том, что думали о самоубийстве, если их об этом спросить. Некоторые отрицают наличие суицидальных мыслей, таким образом, возможно, стараясь доказать, что они не утратили самоконтроль. Однако если клиент отрицает присутствие суицидальных мыслей, это вовсе не значит, что вы можете с облегчением вздохнуть и забыть об этой проблеме. Попытайтесь создать для клиента такие условия, чтобы ему было легче признать себя в суицидальных мыслях. Дж. Воллерсгейм приводит следующий пример.

Я задавал этот вопрос, потому что почти все люди в тот или иной момент своей жизни думали о самоубийстве. Эта мысль совершенно нормальна. Фактически, нет ничего необычного в том, что человек чувствует такое глубокое уныние. Сама по себе эта мысль не несет никакого вреда. Однако если мы замечаем, что думаем о самоубийстве очень сосредоточенно или слишком часто, это говорит о том, что с нами не все в порядке и нам следует приложить усилия, чтобы сделать жизнь более удовлетворительной (*Wollersheim, 1974, p. 223*).

Если клиент признает наличие суицидальных мыслей, следует изучить особенности их возникновения, частотность, предшествующие им обстоятельства, интенсивность и продолжительность. Изучение суицидальных мыслей всегда должно приводить к выводу о наличии или отсутствии суицидального плана.

Диагностика суицидального плана

Как только контакт с интервьюером установлен, большинство клиентов делятся по меньшей мере отдельными деталями своего суицидального плана. Полезно начать выяснение наличия или отсутствия суицидального плана с рефразирования и вопроса, например:

“Вы говорили, что иногда вам кажется, будто всем было бы лучше, если бы вы умерли. Вы не думали, каким образом покончите с собой, если решитесь на самоубийство?”

В ответ многие клиенты начинают уверять интервьюера, что на самом деле они не собираются действовать согласно своим суицидальным мыслям. Они могут говорить о религии, страхе, детях и других причинах, которые не дадут им совершить самоубийство. Обычно клиенты отвечают: “Да, я иногда думаю о самоубийстве, но никогда бы на это не пошел”. Выслушав приведенное клиентом обоснование необходимости жить, вы можете счесть его вполне адекватным и решить, что нет дальнейшей необходимости в диагностике суицидального намерения. Однако если клиент говорит о потенциальном суицидальном плане, дальнейший анализ этого плана имеет очень большое значение.

При изучении суицидального плана клиента вам следует обратить внимание на четыре следующих аспекта (*Miller, 1985*): а) разработанность плана; б) летальность выбранного метода; в) доступность выбранного средства; г) близость помощи или наличие социальных ресурсов.

Разработанность суицидального плана

Разработанность относится к степени конкретности и проработке деталей суицидального плана. Обдумал ли клиент детали действий, необходимых для реализации плана? Как правило, чем детальнее разработан план, тем выше суицидальный риск. Некоторые клиенты рассказывают о выбранном методе самоубийства, другие уходят от ответа, третьи говорят: “Ну, я думаю, что моя смерть была бы для всех облегчением, но у меня нет определенного плана”. На этом этапе интервью только ваше клиническое суждение поможет вам решить, насколько настойчиво следует выяснять разработанность суицидального плана. Опять-таки мы рекомендуем следовать совету Дж. Воллерсгейма — нормализовать обстановку и предоставить клиенту возможность рассказать о своем суицидальном плане, если таковой имеется.

“Знаете, большинство людей, которые думали о самоубийстве, хотя бы на некоторое время задумывались, как именно они могли бы осуществить его. Думали ли вы, каким способом совершили бы самоубийство, если бы решили покончить с собой?” (*Wollersheim, 1974, p. 223*).

Такая формула помогает достичь двух очень важных целей. Во-первых, интервьюер заверяет клиента, что в обдумывании суицидального плана нет ничего необычного. Во-вторых, интервьюер допускает, что клиент мог планировать самоубийство, и осведомляется о его намерениях.

Летальность выбранного метода

Летальность определяется тем, насколько быстро наступит смерть жертвы в случае применения суицидального плана. Чем выше летальность, тем выше суицидальный риск. Летальность может варьироваться в зависимости от того, как применяется определенный способ. Если вы считаете, что суицидальный риск для определенного клиента очень высок, вы должны узнать у клиента не только о том, какое средство самоубийства он выбрал (например, огнестрельное оружие, токсичное вещество, бритва), но и о способе его применения. Например, куда собирается стрелять клиент, если он выбрал огнестрельное оружие: в живот, в висок, в рот? Какое именно токсичное вещество собирается использовать клиент, аспирин или цианид? Что он собирается перерезать бритвой, запястья или горло? В каждом из этих примеров последний вариант, конечно же, более летален.

Доступность выбранного средства

Доступность подразумевает легкость осуществления суицидального плана. Имеет ли клиент непосредственный доступ к соответствующим средствам для немедленной реализации суицидального плана? Если, например, клиент собирается принять большую дозу определенного вещества, проверьте, есть ли у него это вещество. (Чтобы немного вас подбодрить, напомним: большинство людей держат в домашней аптечке столько медикаментов, что вполне хватит на несколько самоубийств.) Естественно, клиент, который планирует покончить с собой, на полном ходу съехав с горной дороги, но при этом не имеет ни автомобиля, ни возможности добраться до ближайшей горной дороги, меньше рискует стать жертвой суицидальных импульсов, чем, к примеру, человек, который планирует застрелиться и хранит дома заряженное оружие.

Близость помощи или наличие социальных ресурсов

Близость помощи относится к возможности получения социальной поддержки. Есть ли рядом с суицидальным клиентом кто-нибудь, кто может помочь? Имеется ли человек, который может вовремя вмешаться и предотвратить суицидальную попытку, если таковая будет предпринята? Живет ли клиент с членами семьи или соседями по комнате? Или живет один, и рядом

с ним нет ни друзей, ни соседей? Проводит ли клиент большую часть времени на людях или в одиночестве? Как правило, чем удаленнее социальные ресурсы, тем выше суицидальный риск.

Если вы собираетесь работать с клиентом в течение довольно длительного времени, периодически выясняйте, не изменился ли его суицидальный план. Суицидальные планы могут претерпевать изменения; отслеживание этих изменений поможет вам контролировать степень суицидального риска и динамику состояния клиента.

Оценка самоконтроля клиента, его суицидальных попыток в прошлом и суицидальности родственников

При диагностике суицидального риска следует также оценивать мнение клиента о своей способности к самоконтролю. Индивиды, которые боятся утратить самоконтроль и совершить самоубийство, относятся к группе высокого суицидального риска. Прямой опрос клиента относительно его чувства самоконтроля имеет очень большое значение. Вы можете спросить, например: “Вы когда-нибудь опасались, что можете потерять контроль над собой и предпринять попытку самоубийства, даже если сейчас вы не хотите покончить с собой?” Можно также узнать у клиента об общем уровне его самоконтроля и поинтересоваться, не произошло ли каких-либо изменений в этой сфере за последнее время. Если клиент признается, что боится потерять контроль над собой, суицидальный риск повышен. В таком случае следует подумать о госпитализации или других средствах установления внешнего контроля до тех пор, пока не будет восстановлено чувство достаточного внутреннего контроля.

Анализировать самоконтроль клиента следует очень тщательно. Если в прошлом клиента посещали суицидальные мысли, спросите его, что помогло сохранить самоконтроль и удержаться от суицидальной попытки. Эта информация может иметь важное терапевтическое значение. Если это сработало в прошлом, может сработать и сейчас. Например, клиент может говорить следующее.

Клиент: Да, часто поздно ночью я боюсь потерять над собой контроль.

Интервьюер: Похоже, ночь для вас — самое трудное время.

Клиент: Больше всего не люблю полночь.

Интервьюер: Итак, поздно ночью, особенно около полуночи, вы иногда опасаетесь, что можете утратить самоконтроль и покончить с собой. Однако до сих пор что-то вас все-таки сдерживало.

Клиент: Да. Я думаю о том, что было бы с детьми, если бы я не проснулся утром. Когда я это себе представляю, мне выть хочется. Только это мешает мне наложить на себя руки.

Подобный короткий диалог ни в коем случае не может быть достаточным основанием считать, что клиент вне опасности *или же* что он нуждается в госпитализации. Однако влиятельные антисуицидальные факторы, такие как любовь клиента к своим детям, будут способствовать сохранению самоконтроля.

Выяснение того, испытывал ли клиент трудности с самоконтролем в прошлом, поможет вам оценить вероятность потери им контроля над собой и суицидальной попытки. Например, если клиент склонен к импульсивным вербальным или физическим проявлениям агрессии, это может указывать на проблемы с самоконтролем и повышенный суицидальный риск. Кроме того, клиенты с повышенным эмоциональным самоконтролем, но способные к *полной* утрате контроля над своим поведением, подвержены еще большему суицидальному риску. Поскольку необходимость выносить решение о достаточном или недостаточном самоконтроле создает стрессовую ситуацию, при появлении клиента, боящегося утратить самоконтроль, вам следует немедленно обратиться за помощью или консультацией к супервизору либо другому компетентному специалисту.

Наконец, всегда спрашивайте у клиентов о том, не угрожали ли они самоубийством или не предпринимали ли соответствующих попыток в прошлом, не пытались ли покончить с собой их близкие друзья или родственники. Почти три четверти самоубийц предпринимали неоднократные попытки суицида (*Resnik, 1980*). Чем выше летальность предыдущих попыток, тем выше риск совершения суицида в будущем. Кроме того, существует некая сложная закономерность между суицидальным поведением близких друзей и родственников клиента, риском утраты им самоконтроля и его суицидальностью.

Диагностика суицидального намерения

Еще одна составляющая диагностики суицидальности — определение суицидального намерения клиента. Намерение совершить самоубийство может быть установлено благодаря сообщению самого клиента, информации, полученной от его знакомых или родственников, или путем наблюдений за поведением клиента. Суть диагностики суицидального намерения заключается в установлении факта вербального и невербального поведения, указывающего на замысел клиента покончить с собой.

Некоторые клиенты проявляют чрезвычайную настойчивость и изобретательность в своих попытках покончить жизнь самоубийством. Мы знаем людей, которые глотали иглы, бритвенные лезвия, различные токсичные вещества, которые были под рукой. Некоторые обнаженными выбегали на проезжую часть с оживленным движением или прыгали с моста, чтобы утонуть. Другие

умудрялись повеситься на наволочке или вскрыть себе вены куском пивной банки. Возможно, эти люди не имели тщательно разработанных планов самоубийства, однако для достижения своей цели они использовали любые подручные средства. Сказать, что у таких индивидов есть *намерение* покончить с собой, будет преуменьшением. Они отчаянно ищут смерти.

Суицидальное намерение можно оценить как отсутствующее, слабое, умеренное или сильное. Однако в отличие от субъективного рейтинга настроения, о котором мы упоминали выше, предлагать клиентам оценить свое суицидальное намерение обычно бесполезно. Если у них сильное намерение, они, скорее всего, не станут в этом признаваться, чтобы избежать госпитализации. Суицидальное намерение диагностируется на основе анализа суицидального плана, суицидальных попыток в прошлом и поведения в целом. Чем сильнее намерение, тем выше суицидальный риск (см. табл. 9.1, в которой характеризуются суицидальные намерения различных уровней, а также врезку “От теории к практике 9.2” с контрольной таблицей всесторонней диагностики суицидальности).

Таблица 9.1. Диагностика суицидального намерения клиента

Отсутствует. Суицидальных мыслей или планов нет.

Слабое. Возникают суицидальные мысли, однако нет конкретных суицидальных планов. Наблюдаются отдельные факторы риска.

Умеренное. Присутствуют суицидальные мысли, есть общий суицидальный план. Самоконтроль не нарушен; клиент может назвать несколько “причин, по которым стоит жить” и не “намерен” покончить с собой. Имеется несколько факторов риска.

Сильное. Суицидальные мысли появляются часто и носят интенсивный характер. Суицидальный план продуман детально и в случае реализации приведет к летальному исходу. Средства выполнения плана доступны, а ресурсов помощи недостаточно. Самоконтроль под вопросом, однако клиент не имеет “желания” покончить с собой; намерение кажется невыраженным. Могут присутствовать многочисленные факторы риска.

Чрезвычайное. Те же характеристики, что и в предыдущем пункте, за исключением того, что клиент явно выражает намерение покончить с собой при первой же возможности. Обычно присутствуют многочисленные факторы риска.

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ РАБОТЕ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ КЛИЕНТАМИ

Упомянутые ниже принципы хотя и не гарантируют 100-процентного успеха, но дают основное представление о том, как интервьюер должен вести себя и обращаться с клиентом в случае суицидального кризиса. Эти принципы

согласуются с рекомендацией Э. Шнейдмана терапевтам, работающим с суицидальными клиентами: “Ослабьте боль, уберите шоры, снимите напряжение, — все три пункта, хоть в какой-то мере” (*Shneidman, 1996, p. 139*).

Слушание и эмпатия

Первое правило терапевтического подхода к суицидальным клиентам — внимательно прислушиваться к их мыслям и чувствам. Часто суицидальные клиенты чувствуют себя одинокими, поэтому крайне необходимо установить с ними эмоциональный контакт. Возможно, никогда прежде они открыто не обсуждали свои депрессивные или суицидальные мысли с другими людьми. Поэтому вам нужно дать суицидальным клиентам понять, что вы действительно понимаете их отчаяние и боль (*Shneidman, 1980, 1996*).

Разумеется, при сообщении клиента о своих суицидальных наклонностях вам следует удерживаться от выражения шока или удивления. Это легче сказать, чем сделать, но вы должны говорить о мыслях и чувствах клиента в деловой манере. Это покажет клиентам, что вы уже сталкивались с подобными проблемами, и поможет им успокоиться, — они поймут, что и другие люди переживают подобное. Некоторые ситуации, возможно, требуют от вас открытой поддержки и утешения, и даже уверений в том, что суицидальные импульсы могут быть естественной реакцией. Можно, например, сказать следующее:

“Вы рассказали о некоторых трудностях, которые в последнее время испытываете: вы расстались с женой, потеряли работу, стали болеть. Нет ничего странного в том, что вы стали задумываться о самоубийстве. Многие люди в подобной ситуации задумались бы о том, стоит ли жить такой жизнью”.

Установление терапевтических отношений

Кроме демонстрации своей эмпатии вам следует также работать над установлением терапевтических отношений. Оберегать жизнь — ваша профессиональная обязанность. Не ослабляя эмпатии, объясните клиенту свою позицию.

“Сейчас вам, вероятно, кажется, что в жизни нет ничего хорошего, но хочу вас заверить, что положение вещей может измениться и, вероятно, обязательно изменится к лучшему. То, что почти все люди, заболевшие депрессией, выздоравливают и чувствуют себя намного лучше, — факт. И вы можете ускорить процесс выздоровления, выполняя рекомендации терапевта”.

Исследования показывают, что людям в состоянии депрессии, психологического или эмоционального дискомфорта трудно вспоминать о пози-

тивных событиях или эмоциях (*Blaney, 1986; Clark & Teasdale, 1982; Eich, 1989*). Вы можете помочь клиентам сосредоточиться на приятных, радостных событиях или позитивном эмоциональном опыте прошлого, не забывая об эмпатии и учитывая тот факт, что большинству депрессивных и суицидальных клиентов трудно вспомнить что-либо хорошее.

С другой стороны, при работе с депрессивными и суицидальными клиентами многие интервьюеры слишком часто закикливаются на негативе, обращают внимание прежде всего на проблемы (*Sommers-Flanagan, Rothman, & Schwenkler, 2000*). Это говорит о том, как важно во время интервьюирования суицидальных клиентов упоминать об имеющихся ресурсах, сильных сторонах клиентов, причинах, по которым стоит выбрать жизнь. Самое меньшее, чего вы сможете этим добиться, — возможность дальнейшей диагностики уровня суицидальности и глубины депрессии. Они проявятся в реакции клиента на ваши попытки задать положительный тон интервью.

Наконец, суицидальным клиентам может быть трудно сосредоточиться на том, что вы говорите. Работая с депрессивными и суицидальными клиентами, говорите неторопливо и четко, время от времени повторяя ключевые фразы.

Определение альтернатив суициду

Основное психическое расстройство при суициде заключается в патологическом сужении поля сознания, называемом констрикцией, которое проявляется в видении только двух возможностей: либо чего-то болезненно неудовлетворительного, либо прекращения жизни (*Shneidman, 1984, p. 320-321*).

Суицид — это фактически альтернатива жизни. Бесплезно рассуждать с клиентами о философской приемлемости суицида как поступка. (Мы лично в этом убедились.) Вместо того чтобы спорить с клиентами о том, следует или не следует совершать самоубийство, помогите им определить *другие* альтернативы.

Подведите клиента к вопросу: “Стоит ли совершать самоубийство именно сейчас?” Убедите его, что нет необходимости торопиться. Можно вернуться к варианту самоубийства позже, когда будут исчерпаны другие жизненные резервы. Поскольку суицид ведет к необратимому прекращению жизни и не оставляет возможности прибегнуть к другим средствам после его совершения, сначала нужно испробовать все прочие средства. Самое главное в этом методе то, что если вы заставите клиента вновь обрести интерес к жизни, естественные положительные следствия этой перемены ослабят желание покончить с собой.

Обычно для суицидальных клиентов характерна психическая констрикция. Они не могут найти альтернативу суициду. Как считает Э. Шнейдман

(*Shneidman, 1984, p. 310*), следует помочь клиенту расширить “поле зрения” жизненных альтернатив. Клиенты должны избавиться от психических “шор” и увидеть, что суицид — не единственный выход из трудной ситуации, в которой они оказались.

Э. Шнейдман (*Shneidman, 1980*) описывает случай, когда он обсуждал список возможных действий с беременной девушкой-подростком, чтобы снять ее “психические шоры”. Это пример практического подхода, который поможет укрепить терапевтические отношения с клиентом и в то же время расширить его сознание. Возьмите карандаш, бумагу и подумайте над возможными действиями, которые можно предпринять в случае конкретной жизненной дилеммы. Помогите клиенту внести свой вклад в составление списка, но будьте готовы выступить с достаточным количеством своих предложений. После того как в список внесены все возможные варианты, попросите клиента расположить их в зависимости от предпочтительности. Всегда остается возможность того, что клиент все-таки остановится на самоубийстве как лучшей альтернативе (что дает вам чрезвычайно важную диагностическую информацию). С другой стороны, поистине удивительно, как часто суицидальные клиенты находят другие, более предпочтительные варианты с помощью метода Шнейдмана.

Отделение психической боли от “Я”

Дж. Розенберг (*Rosenberg, 1999, 2000*) описала эффективный метод когнитивного рефрейминга для использования при работе с суицидальными клиентами. Она утверждает: “Психотерапевт может помочь клиенту понять, что то, чего он на самом деле хочет, это уничтожение ощущения невыносимой боли, а не уничтожение себя” (*Rosenberg, 1999, p. 86*). Эта техника может помочь суицидальным клиентам, поскольку обеспечивает долгожданное сочувствие к их психическим страданиям и в то же время помогает им понять, что они желают прекратить боль, а не жизнь.

Дж. Розенберг рекомендует психотерапевтам помогать клиентам, переосмысливая значение фразы “суицидальное состояние”. Она говорит, что клиентам полезно воспринимать свои суицидальные мысли и импульсы как сообщения об интенсивности их чувств, а не “действительное намерение предпринять какие-либо действия” (*ibid.*). Опять-таки, такой метод вмешательства при работе с суицидальными клиентами может снизить потребность клиента реализовать суицидальные импульсы — отчасти благодаря изящному рефреймингу, отчасти благодаря эмпатии терапевта.

Заключение антисуицидального договора

Многие теоретики и клиницисты рекомендуют заключать с клиентами антисуицидальные договоры (*Davidson, Wagner, & Range, 1995; Drye, Goulding, & Goulding, 1973*). Хотя большинство знакомых нам клиницистов заключают устные антисуицидальные договоры, можно использовать и письменную форму. Типичный договор представляет собой устное соглашение между терапевтом и клиентом, иногда скрепляемое рукопожатием. Заключение договора может происходить следующим образом.

Интервьюер: Вы сказали, что иногда ощущаете побуждение убить себя. Возможность того, что в особо трудный момент жизни вы можете покончить с собой, беспокоит меня. Вы в состоянии пообещать мне, что если у вас появится сильное желание совершить самоубийство и вы будете чувствовать, что можете потерять над собой контроль, вы сначала позвоните мне? Мы можем поговорить, и тогда, я думаю, ваш самоконтроль восстановится.

Клиент: Хорошо. Да, я могу вам позвонить, если замечу, что теряю контроль над собой.

Интервьюер: Отлично. А теперь давайте договоримся о следующей встрече.

Прежде чем читать дальше, остановитесь и еще раз перечитайте диалог. Подумайте, какую ошибку допускает терапевт, когда просит клиента “сначала позвонить” ему в случае сильных суицидальных импульсов. Во-первых, хотя, возможно, чувство профессионального долга стоит у вас на первом месте, вы можете быть не готовы принимать антикризисные меры в любое время дня или ночи. Однако именно такая потребность у клиента может возникнуть после того, как терапевт сделал ему соответствующее предложение. Во-вторых, терапевт не всегда может немедленно отреагировать на призыв о помощи. Например, вас не будет дома. Или же вы будете дома, но у вас будет собственный микрокризис. Поэтому, если вы заключаете антисуицидальный контракт, подобный описанному выше, обязательно дайте клиенту телефонные номера альтернативных источников помощи (например, телефона доверия) на тот случай, если во время суицидального кризиса клиент не сможет вас найти. В-третьих, что если клиент позвонит вам просто для того, чтобы попрощаться? Например.

“Док, я звоню, потому что вы попросили меня позвонить, если я буду терять контроль над собой. Ну, я просто хотел попрощаться, как я и обещал. Не корите себя. Вы хороший психотерапевт, но я должен сделать то, что задумал. Другого выхода у меня нет. Прощайте”.

Вместо традиционного договора “позвоните, если вам будет плохо” М. Махони (*Mahoney, 1990*) рекомендует договариваться с клиентами о личной встрече в случае сильных суицидальных импульсов. Хотя такая

направленность договора имеет некоторые преимущества, клиентам с высоким уровнем суицидальности может быть трудно выполнить свое обещание. Чтобы при заключении договора клиенты не чувствовали давления с вашей стороны, предоставьте им возможность отказаться от вашего предложения (например: “Я хочу, чтобы вы согласились заключить этот договор только в том случае, если вы действительно считаете, что можете его выполнить”). Кроме того, при заключении соглашения обязательно предупредите клиента, что вы не сможете все время сидеть и ждать его звонка.

Антисуицидальные договоры (даже те, которые говорят исключительно о телефонных контактах), по-видимому, в большинстве случаев снижают суицидальный риск, поскольку представляют собой “страховочный трос”, связывающий клиента и интервьюера. Таким образом, для достижения максимальной эффективности перед заключением антисуицидального договора вам следует установить прочные терапевтические отношения. Во многих случаях для того, чтобы наладить такие отношения, достаточно даже одного клинического интервью. Если с определенным клиентом вы не можете установить такие отношения, которые были бы достаточным основанием для заключения антисуицидального договора, это может свидетельствовать о высокой суицидальности клиента и необходимости более радикального вмешательства.

Антисуицидальные договоры также помогают диагностировать самоконтроль и суицидальное намерение клиента. Если клиенты идут на заключение антисуицидального договора, у них, вероятно, все же сохраняется какой-то самоконтроль, а их суицидальное намерение, скорее всего, слабое или умеренное. Клиенты со слабым самоконтролем или сильным суицидальным намерением часто не соглашаются заключать такой договор. Однако, как подчеркивает Р. Саймон (*Simon, 1999, 2000*), антисуицидальный договор не может быть полноценным заменителем всесторонней диагностики суицидальности.

Переход к директивности и принятие ответственности за клиентов

Если клиенты представляют опасность для себя, то, согласно существующим в США законам, ответственность за терапевтическую интервенцию и защиту жизни клиентов возлагается на интервьюера. Для многих консультантов и психотерапевтов это означает большую, чем обычно, директивность при работе с клиентами. Возможно, вам придется давать клиенту прямые указания относительно того, что он должен делать, куда идти, с кем связаться и т.д. Это может также означать “рецептурную” терапевтическую интервенцию — настойчивые убеждения заняться физическими упражнениями, систематически уделять время развлечениям, служению

церковной общине или другим превентивным видам деятельности в зависимости от потребностей клиента.

Клиенты с сильным или чрезвычайным суицидальным намерением (см. табл. 9.1) могут нуждаться в госпитализации. Если вы работаете именно с таким клиентом, прямо и в позитивной манере объясните потребность в госпитализации и ее потенциальные преимущества. Возможно, у клиентов сложились неправильные стереотипы относительно стационарного психиатрического лечения. Приведем примеры формул, которые помогут вам начать разговор о госпитализации.

“Как вы относитесь к (или что вы думаете о) возможности провести некоторое время в больнице, пока вы не станете чувствовать себя увереннее и к вам не вернется самоконтроль?”

“Я думаю, то, что вам сейчас нужно, — полежать в больнице. Вы сможете отдохнуть и прийти в себя. Медицинский персонал в больнице относится к пациентам очень хорошо. Вы сможете поговорить с ними, если вам захочется, а если нет — они дадут вам возможность побыть в одиночестве”.

“Некоторые люди неохотно ложатся в больницу. Я думаю, вам следует попробовать и посмотреть — возможно, это поможет. Если нет, через несколько дней или через неделю вы сможете вернуться домой. Я думаю, что ваша жизнь наладится, но для этого вам нужно предпринять какие-то меры. В частности, лечь в больницу. Больница будет для вас надежным убежищем, где вы сможете сосредоточиться на себе, на своем выздоровлении”.

М. Лайнен (*Linehan, 1993, 1999*)⁴ пишет о директивных методах ослабления суицидальности, основанных на ее опыте применения диалектической поведенческой терапии при работе с хронически парасуицидальными клиентами в пограничных состояниях. Например, Лайнен рекомендует:

- эмпатический призыв к клиенту не совершать самоубийство;
- часто напоминать клиенту о том, что суицид — не лучший выход и что можно найти другую альтернативу;
- давать рекомендации и советовать клиенту, что делать, когда его психика скована и он не может разработать план конструктивных действий.

Решение о госпитализации и направлении клиента к другим специалистам

При использовании методов клинического интервьюирования для диагностики суицидальности большинство специалистов следуют процедурам,

⁴ На русском языке в Издательском доме “Вильямс” выйдет книга Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничных личностных расстройств.

описанным в этой главе. Однако когда диагностика закончена, встает вопрос о дальнейшей форме работы с клиентом.

Во-первых, нужно решить, насколько высока суицидальность клиента. Степень суицидальности может колебаться от нулевой до чрезвычайной. Клиенты с суицидальным потенциалом от легкого до умеренного обычно не нуждаются в госпитализации. Очевидно, что чем чаще и интенсивнее суицидальные мысли и чем тщательнее разработан суицидальный план, тем более пристального контроля требует клиент. Мы рекомендуем заключение антисуицидальных договоров при суицидальном потенциале от легкого до умеренного. Мы также советуем рассматривать суицид как одну из многих возможных альтернатив. Однако клиенты с тяжелой или чрезвычайной суицидальностью требуют большей директивности и ответственности.

Если умеренно суицидальных клиентов можно отнести к тем или иным категориям высокого суицидального риска, мы иногда работаем с ними как с тяжело-суицидальными. Представьте себе, к примеру, 55-летнего мужчину с последовательными суицидальными мыслями и расплывчатым суицидальным планом. Мужчина социально изолирован, со времени начала депрессии злоупотребляет алкоголем. В зависимости от некоторых клинических факторов клиент может быть подходящей кандидатурой для психиатрической госпитализации (мера, которая обычно применяется к тяжело- или чрезвычайно суицидальным индивидам). Это особенно актуально, если ранее он уже предпринимал суицидальные попытки.

Тяжело- и чрезвычайно суицидальные клиенты требуют быстрого и директивного вмешательства. Если это возможно, такие клиенты не должны оставаться одни до тех пор, пока вы не определитесь с методами терапевтической интервенции. С участием, но в директивной манере предупредите клиентов этой категории, что ваши профессиональные обязанности требуют обеспечить их безопасность. Возможно, вам потребуется связаться с полицией или персоналом местной психиатрической больницы. Если только вы не прошли специального обучения или если того не требует политика вашего учреждения, вам *ни в коем случае* нельзя самостоятельно доставлять тяжело- или чрезвычайно суицидального клиента в психиатрическую больницу. Случалось, что суицидальные клиенты, чтобы избежать госпитализации и достичь своей цели, на ходу выскакивали из автомобиля, прыгали с моста в реку, бросались под поезд. Независимо от того, насколько успешна такая попытка, сама по себе она может вызвать психическую травму как у клиента, так и у интервьюера.

Существует несколько причин того, почему госпитализация может быть далеко не лучшим вариантом при работе с тяжело- или чрезвычайно де-

прессивными клиентами (по всей вероятности, для чрезвычайно суицидальных клиентов госпитализация в любом случае будет самым лучшим вариантом). Для некоторых клиентов госпитализация как таковая может стать травматическим опытом. Их самооценка падает, они могут регрессировать в своем функционировании, оказавшись отрезанными от социально более приемлемых средств поддержки. Тяжелосуицидальным клиентам, которые работают и имеют возможность получить адекватную социальную поддержку, в некоторых случаях большую пользу принесет амбулаторное лечение. В таких ситуациях вы можете усилить контакт с клиентом, возможно, даже устраивать короткие встречи в будние дни.

Независимо от того, насколько суицидальным кажется клиент в тот или иной период, интервьюеры и терапевты должны периодически проводить его диагностику, чтобы установить какие-либо изменения суицидального статуса. Вчерашний легкосуицидальный клиент вполне может стать сегодня тяжелосуицидальным пациентом.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ КЛИЕНТАМИ

Работать с суицидальными клиентами может компетентный и внимательный специалист, выполняющий профессиональные требования к психиатрической практике. Соответствие профессиональным стандартам делает вашу практику более эффективной и дает вам юридическую защиту в случае, если кто-нибудь из ваших клиентов все-таки совершает законченный суицид (*Moris, 1990; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1995a*).

Диагностика суицидальности связана со многими аспектами. Одни эти аспекты относятся к личному плану, другие — к профессиональному или юридическому. Иногда очень непросто отделить личное от профессионального и юридического. Эти аспекты обсуждаются в следующем разделе.

Можете ли вы работать с суицидальными клиентами?

Некоторые интервьюеры не подходят для работы с суицидальными клиентами. Депрессивные и суицидальные клиенты часто враждебно и агрессивно относятся к тем, кто пытается им помочь. Однако на вашей ответственности остается установление контакта и сохранение спокойствия даже при работе с враждебно настроенными клиентами. Не следует принимать высказывания рассерженных или суицидальных клиентов в ваш адрес близко к сердцу.

Если вы сами склонны к депрессии и суицидальным мыслям, вам лучше воздержаться от регулярной работы с суицидальными клиентами. Контакт

с суицидальными индивидами может вызвать у вас депрессивные мысли и усилить вашу склонность к депрессии и суицидальности.

Устойчивые ценности, связанные с суицидом, также могут играть важную роль в нашей профессии. Некоторые твердо убеждены в том, что человек имеет право уйти из жизни и не следует препятствовать клиенту в совершении самоубийства, если он действительно того хочет.

Все это говорит о желательности присвоения суициду статуса основного права человека (в определенном, политико-философском смысле). Я не хочу сказать, что самоубийство всегда хорошо или похвально; я только хочу сказать, что власть государства не должна юридически осуществляться или использоваться для того, чтобы воспрепятствовать человеку покончить с собой (*Szasz, 1986, p. 811*).

С другой стороны, Э. Шнейдман полагает, что свойственное суицидальным людям психологическое и эмоциональное состояние не позволяет считать самоубийство правом человека: “Суицид является *правом* не более, чем *право на отрывку*. Если индивид не в силах сопротивляться этому, он это сделает” (*Shneidman, 1981, p. 322*).

Если у вас есть сильные философские или религиозные убеждения как за, так и против самоубийства, они могут помешать вашей объективности и эффективности работы с суицидальными клиентами. Вероятно, вы еще сможете проводить первичные интервью и в таком случае должны стремиться делать это профессионально и с пользой для клиента. Однако если ваши убеждения вызывают у вас негативное предубеждение по отношению к клиенту, подумайте о том, не лучше ли направить его к другому специалисту, который занимает более нейтральную позицию и может работать с суицидальными клиентами эффективнее. Если вы не хотите или не можете работать с некоторыми категориями клиентов или проблемами, это не говорит о вашей профессиональной несостоятельности. Но если такие категории или проблемы существуют, а вы их не осознаете или не видите того ущерба, который из-за них наносите клиентам, то это *будет* профессиональной несостоятельностью.

Консультации у коллег

Как специалисты в области психического здоровья и преподаватели, мы считаем, что консультации у коллег очень важны для компетентной, этической практики. Консультации у коллег и супервизоров преследуют двоякую цель. Во-первых, они обеспечивают интервьюеру крайне необходимую ему профессиональную поддержку; работа с суицидальными клиентами трудна и приводит к стрессам, и помощь других профессионалов приходится очень кстати. Как мы говорили в другой нашей книге: “Ради их собственного здоровья и сохранения

рассудка, психиатрам, занимающимся диагностикой суицидальности, не следует работать в изоляции” (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997, p. 12*).

Во-вторых, консультации также обеспечивают обратную связь относительно адекватных критериев профессиональной практики в каждом индивидуальном случае. Если во время постсуицидального судебного расследования возникнет потребность обоснования ваших профессиональных действий (или отсутствия таковых) и вам нужно будет доказать, что вы действовали согласно профессиональным стандартам, то полученные вами у коллег консультации могут стать одним из источников оценки вашей профессиональной компетентности.

Документация

Профессиональным интервьюерам всегда следует документировать свои контакты с клиентами (*Soisson, VandeCreek, & Knapp, 1987; Wiger, 1999*). Документально фиксировать обоснование ваших клинических решений особенно важно при работе с суицидальными клиентами (*Bonger, 1991; Jobs & Berman, 1993*). Например, если вы работаете с тяжело- или чрезвычайно суицидальным клиентом и решаете не прибегать к госпитализации, объясните причины вашего решения в письменной форме. Отказ от госпитализации может быть оправдан, если вы заключили с клиентом антисуицидальный договор и если клиент располагает достаточными ресурсами социальной поддержки (например, у него есть семья или он работает в коллективе).

При работе с суицидальными клиентами вы должны хранить документы, подтверждающие следующие ваши действия.

1. Проведение всесторонней диагностики суицидальности.
2. Получение адекватной информации об истории клиента.
3. Получение документов по поводу лечения пациента в прошлом.
4. Прямой опрос клиента относительно суицидальных мыслей и импульсов.
5. Консультации с другими специалистами.
6. Обсуждение пределов конфиденциальности.
7. Антисуицидальная интервенция.
8. Предоставление пациенту ресурсов поддержки (например, телефонных номеров и т.п.).

Помните основной юридический принцип относительно документации: если событие не подтверждено документально, его не было (дополнительную информацию вы найдете во врезке “От теории к практике 9.3”; также см. *Wiger, 1999*).

Действия интервьюера в случае завершённого суицида клиента

Если случилось самое худшее и клиент погибает в результате совершенного самоубийства (завершённый суицид), вам следует уделить внимание некоторым личным и юридическим вопросам. Во-первых, вам нужно обратиться за личной и профессиональной поддержкой. Иногда сами терапевсты нуждаются в психотерапии или консультировании, чтобы справиться с чувствами скорби и вины. В других случаях достаточно обсуждения случившегося с доброжелательно настроенными коллегами. Некоторые профессионалы проводят “психологическую аутопсию”, чтобы выявить способствовавшие суициду факторы (*Conwell, 1996*). Использование психологической аутопсии особенно полезно тем, кто постоянно работает с суицидальными клиентами. Этот метод поможет предотвратить самоубийство в будущем (*Kaye & Soreff, 1991*).

Во-вторых, немедленно проконсультируйтесь с адвокатом. Вы должны понимать природу юридической ситуации, в которой оказались, а также знать, как лучше всего защитить себя (*Jobes & Berman, 1993*).

Если только ваш адвокат категорически не запрещает вам, можете встретиться с родственниками погибшего, по их желанию. Возможно, они захотят встретиться с вами лично или просто поговорят с вами по телефону. Если рассуждать с юридической точки зрения, отказ от встречи с родственниками погибшего может вызвать их гнев, а разгневанные родственники скорее подадут на терапевта в суд, чем те, которые убедились в вашей честности и прямоте (*Moris, 1990*). Вы должны понимать, что все, что вы скажете родственникам погибшего клиента, может быть использовано против вас в суде. Поэтому не забудьте проконсультироваться с вашим адвокатом относительно того, о чем можно говорить с родственниками погибшего. Ваше отношение к семье погибшего может иметь большее значение, чем информация о лечении. Поэтому не стоит говорить: “Мой адвокат не советовал мне отвечать на подобные вопросы”. Постарайтесь не скрывать вашу собственную скорбь, но ни в коем случае не говорите о своей вине (например, лучше не говорить: “Ну почему я не настоял на госпитализации во время последней встречи!”). С терапевтической точки зрения, беседа с родственниками самоубийцы может иметь важное значение и для них, и для вас. В большинстве случаев они будут воспринимать вас как специалиста,

От теории к практике 9.3

Оценка ваших диагностических процедур: принципы ведения документации

Чтобы выполнить это задание, вам потребуются два смелых добровольца. Они должны разыграть перед группой сцену интервьюирования суицидального клиента с использованием описанных ранее методов. Участники группы будут наблюдать и оценивать интервью, включая приведенные ниже аспекты.

Контрольная таблица ведения документации

Удостоверьтесь, что документация соответствует профессиональным стандартам и фиксирует следующие ваши действия.

1. Объяснение клиенту пределов конфиденциальности и принципа информированного согласия.
2. Проведение всесторонней диагностики суицидальности, включая:
 - диагностику факторов суицидального риска;
 - использование опросников или других методик диагностики суицидальности;
 - диагностику суицидальных мыслей и планов, самоконтроля клиента, а также суицидального намерения.
3. От клиента была получена релевантная информация об истории суицидального поведения (например, суицидальное поведение родственников, предыдущие суицидальные попытки клиента, летальность предыдущих попыток и т.д.).
4. Были запрошены и получены материалы по предыдущему лечению клиента.
5. Был установлен контакт с одним или несколькими лицензированными психиатрами для получения консультации.
6. Был заключен адекватный антисуицидальный договор.
7. Пациенту была предоставлена информация о ресурсах помощи в случае непредвиденных обстоятельств или кризисной ситуации.
8. В случае высокого суицидального риска был установлен контакт с соответствующими представителями власти (например, полицией) и/или членами семьи.

Примечание. Взято из: *Tough Kids, Cool Counseling: User-Friendly Approaches with Challenging Youth*, by J. Sommers-Flanagan & R. Sommers-Flanagan, 1997, p. 200. Alexandria, VA: American Counseling Association. Адаптировано с разрешения авторов.

который старался помочь любимому ими человеку. Они смогут оценить все, что вы сделали, и в какой-то степени будут ожидать от вас понимания и сочувствия. Могут возникнуть самые разные ситуации, но постарайтесь, чтобы юридические опасения не подавляли вашего профессионального долга и человечности.

Заключительные комментарии

Суицид — обычная тема приемного интервью и последующей терапии. Даже начинающие интервьюеры не должны работать с клиентом, если не умеют проводить компетентную диагностику суицидальности. Интервьюирование суицидальных клиентов без адекватной подготовки не только оказывает неблагоприятное психологическое воздействие, но также считается рискованным и непрофессиональным. Это же касается и гомицидальных или склонных к насилию клиентов: хотя они встречаются намного реже, мы рекомендуем интервьюерам, особенно начинающим, проработать материал из врезки “От теории к практике 9.4”. Это поможет вам лучше понять, как оценивается склонность к насилию.

Для эффективного интервьюирования клиентов с целью диагностики суицидальности прежде всего необходима непосредственная практика. Практический опыт повышает компетентность оценки и защищает клинического интервьюера от излишних стрессов.

Мы также советуем периодически контролировать свои знания о факторах риска и других аспектах интервьюирования суицидальных клиентов, рассмотренных в этой главе. Если вам нужно работать с суицидальными клиентами, сразу напомните себе о ключевых моментах: факторы риска, депрессия, суицидальные мысли, суицидальный план, самоконтроль клиента, серьезность намерения, терапевтическая интервенция, консультация, документация. В этой главе приводятся несколько контрольных таблиц, которые помогут вам лучше запомнить эти основные составляющие интервьюирования суицидальных клиентов. Мы также настоятельно рекомендуем обратиться к дополнительным источникам информации, приведенным в конце главы, — они расширят ваши знания о суицидальности и ее диагностике. Тщательная подготовка и осторожность, супервизия опытных специалистов, регулярные консультации с коллегами, документирование факторов, обуславливающих ваши клинические решения, — вот основные правила интервьюирования суицидальных клиентов.

Наконец, нужно сказать, что в этой главе мы сосредоточились исключительно на диагностике суицидальности посредством клинического интервью.

От теории к практике 9.4

Оценка и прогнозирование потенциальной опасности клиента

Прежде чем читать дальше, подумайте, по каким признакам вы могли бы узнать, что клиент собирается предпринять насильственные или опасные действия. Этические и юридические принципы психиатрической практики в этой ситуации вполне определены: если у вас есть веское основание считать, что клиент собирается причинить вред другому человеку, вы должны заявить об этом в полицию и предостеречь потенциальную жертву. Не столь очевиден ответ на следующий вопрос: как удостовериться в том, что клиент действительно собирается прибегнуть к насилию или совершить другие опасные действия?

С юридической точки зрения, вы имеете основания для заявления о готовящемся акте насилия, если услышали (или прочли) определенную угрозу в адрес определенного человека или объекта. Поэтому первый и самый основной критерий при оценке потенциальной опасности клиента прост: высказал ли клиент конкретную угрозу? Если да и если вы считаете эту угрозу серьезной, вы обязаны собрать информацию, необходимую для предостережения потенциальной жертвы.

На практическом занятии или с коллегой обсудите следующие вопросы, относящиеся к диагностике степени потенциального насилия со стороны клиента. Подумайте, как можно найти ответы на эти вопросы в ходе клинического интервью.

1. Имеются ли прецеденты или тенденции насильственных действий либо опасного поведения в прошлом?
2. Имеет ли место сходство между нынешней ситуацией и предыдущими инцидентами, нынешним и тогдашним психическим состоянием клиента?
3. Переживает ли клиент серьезный семейный или межличностный конфликт или дисгармонию?
4. Не был ли клиент жертвой насилия или жестокого обращения в прошлом?
5. Не злоупотребляет ли клиент алкоголем, не употребляет ли наркотики?
6. Какой пол вашего клиента? (Около 89% преступлений с применением насилия совершается мужчинами.)

В своей книге *The Gift of Fear* Гевин де Беккер (*de Becker, 1997*) подчеркивает особую роль интуиции для определения потенциальной опасности клиента. Обсудите достоинства и недостатки интуиции как метода определения потенциальной опасности клиента.

От теории к практике 9.5

Ответы на вопросы теста (см. врезку “От теории к практике 9.1”) и их объяснение

1. *От 25 до 50% людей, заканчивающих жизнь самоубийством, уже пытались сделать это ранее.* Верно. Предыдущие попытки суицида составляют один из самых надежных предикторов дальнейшего суицидального поведения и возможного летального исхода.
2. *Люди, которые говорят о самоубийстве, не будут пытаться покончить с собой.* Неверно. Индивиды, которые заканчивают жизнь самоубийством, до акта суицида часто разными способами пытаются сообщить другим людям о своем отчаянии. Любая фраза, хоть в какой-то мере наводящая на мысль о самоубийстве или смерти (например: “Жизнь для меня стала бессмысленной” или “Хоть бы скорее умереть”) считается попыткой сообщить об отчаянии.
3. *Самоубийство совершается без предупреждения.* Неверно. Суицидальные люди обычно подают знаки или предупреждают о своих намерениях, вербально или невербально. Например, депрессивное состояние или апатия — потенциальный индикатор суицидальных мыслей.
4. *Если один из родителей ребенка, не достигшего пятилетнего возраста, совершает самоубийство, вероятность совершения этим ребенком самоубийства в зрелом возрасте намного выше, чем для ребенка, не имеющего подобного опыта.* Верно. Результаты исследования показывают, что вероятность совершения этими людьми самоубийства в зрелом возрасте в девять раз выше (Birchnell, 1973).
5. *Люди с суицидальными наклонностями более склонны к злоупотреблению алкоголем и приему наркотических веществ в течение 24 часов перед госпитализацией, чем другие категории клиентов.* Верно. Прием растормаживающих веществ помогает людям “набраться храбрости” для совершения суицидальной попытки. Совершение заключительного акта самоубийства, даже при предварительном тщательном планировании, требует сильных импульсов (возникновение которых более вероятно после приема алкоголя или наркотиков).
6. *Пациенты под присмотром врача не рискуют стать жертвами суицидальных импульсов.* Неверно. Часто пациенты стационара страдают депрессией, вызванной физической болью или пугающим диагнозом. Они могут думать, что им лучше уйти из жизни.
7. *Стрессовые ситуации — 100-процентный индикатор суицидальных наклонностей.* Неверно. Неверно по двум причинам. Во-первых, не существует “100-процентных” предикторов суицида. Во-вторых, многие люди, испытывающие значительные стрессы, совсем не суицидальны.
8. *Среди самоубийц больше мужчин, чем женщин.* Верно. Статистика показывает, что вероятность совершения самоубийств мужчинами в четыре раза больше, чем женщинами.

9. *В США среди самоубийц больше протестантов, чем католиков.* Верно. Существуют факты, доказывающие, что в некоторых католических государствах, например в Испании и Италии, уровень самоубийств ниже, чем в протестантских. Однако существующих данных недостаточно, чтобы говорить о странах с неоднородным конфессиональным составом.
10. *Человек, страдающий тяжелым заболеванием, возможно, неизлечимым, не склонен к самоубийству.* Неверно. Многие неизлечимо больные люди решают покончить жизнь самоубийством.
11. *Если в состоянии суицидального пациента наблюдаются улучшения, это свидетельствует о том, что опасность миновала.* Неверно. Иногда, особенно если речь идет о депрессивных пациентах, фаза видимого улучшения составляет период наибольшей опасности. Депрессивные пациенты могут принять решение о самоубийстве и “успокоиться”. Другие депрессивные клиенты могут использовать физические улучшения для совершения самоубийства.
12. *Региональные различия в уровне самоубийств могут объясняться климатическими факторами — температурой и количеством осадков.* Неверно. Многие считают, что уровень самоубийств в туманных и дождливых регионах должен быть намного выше, однако нет никаких фактов, подтверждающих такое мнение. Наоборот, самый высокий уровень самоубийств в США — в сухом и солнечном штате Невада. Нет также убедительных эмпирических доказательств связи между уровнем самоубийств и лунной активностью. Даже если прослеживается определенная корреляция между погодными условиями, фазами Луны и уровнем суицида, всегда присутствуют и другие факторы, влияющие на уровень самоубийств.
13. *Повышение жизненного уровня приводит к росту числа самоубийств и уменьшению числа убийств.* Верно. Все говорит о том, что среди врачей, юристов и детей из богатых семей, живущих в условиях высокого материального достатка, уровень самоубийств превышает уровень убийств, в то время как обратная закономерность характерна для людей с низким социально-экономическим статусом (*Kushner, 1991*).
14. *Появление кометы Галлея связано с возрастанием числа самоубийств.* Верно. Странно, но это действительно так. Сама по себе комета не вызывает суицидальных импульсов, но эти два явления взаимосвязаны.
15. *Самое распространенное средство совершения самоубийств среди женщин — огнестрельное оружие.* Верно. Вопреки распространенному мнению, около 31% женщин-самоубийц используют огнестрельное оружие, и только около 25% — таблетки.

В дополнительной литературе вы найдете множество стандартизированных методик диагностики депрессивности и суицидальных импульсов. Кроме того, исследования показали, что многие клиенты охотнее сообщают о суицидальных мыслях в письменной форме, а не в личной беседе с интервьюером (*Kaplan et al., 1994*). По этой причине мы рекомендуем соответствующим учреждениям и частнопрактикующим психиатрам включить раздел о суицидальных мыслях в приемные анкеты.

А сейчас предлагаем вам оценить свои знания о суициде и сравнить свои ответы с фактами статистики (“От теории к практике 9.5”).

РЕЗЮМЕ

Суицид — острая социальная проблема и, теоретически, предотвращаемая причина смерти. Суицид окружен многочисленными мифами; отчасти это объясняется тем, что суицидальное поведение связано со многими факторами риска. К самым заметным из них относятся: депрессия, утрата надежды, определенные возрастные, половые и этнические характеристики, семейное положение, профессиональная занятость, состояние здоровья, употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем, прецеденты суицидальных попыток, наличие психического заболевания.

Диагностика суицидального риска включает несколько важных стадий. Во-первых, вы должны выяснить наличие факторов риска, связанных с самоубийством. Во-вторых, вам следует установить тяжесть депрессии. В-третьих, нужно определить частоту, продолжительность и интенсивность суицидальных мыслей клиента. В-четвертых, узнайте, есть ли у клиента суицидальный план. В-пятых, если это необходимо, оцените суицидальный план клиента с точки зрения летальности, доступности средств самоубийства и близости ресурсов социальной поддержки. В-шестых, нужно оценить самоконтроль клиента — с помощью прямого опроса, выясняя причины, обуславливающие необходимость жить, и историю импульсивного поведения клиента. В-седьмых, выясните у клиента, намеревается ли он покончить с собой.

При работе с суицидальными клиентами важно установить эмоциональный контакт и терапевтические отношения с помощью эффективных стратегий слушания. Решающее значение имеют эмпатия и поддержка клиента. Возможно, суицидальные клиенты ни с кем еще не делились своими суицидальными мыслями и желаниями. Дайте им понять, что вы видите их боль и страдания, и в то же время помогите им осознать, что есть основания надеяться на лучшее — большинство депрессивных и суицидальных клиентов выздоравливают и вновь обретают смысл жизни.

Не следует спорить с клиентом, доказывая ему, что суицид — не самый лучший способ уйти от трудностей. Вместо этого постарайтесь расширить представление клиента о возможных альтернативах. Сделайте особый упор на том, что суицид — лишь один из многих возможных вариантов выхода из трудной ситуации. Помогите клиенту понять, что суицид не оставляет возможности использования других вариантов, поэтому сначала следует попробовать все остальные альтернативы. Постарайтесь возродить в клиенте интерес к жизни, вовлекая его в способствующие этому виды деятельности.

Многие интервьюеры заключают со своими клиентами антисуицидальные договоры. М. Махони (*Mahoney, 1990*) рекомендует заручиться обещанием клиента лично встретиться с интервьюером, прежде чем совершить самоубийство. Готовность клиента к заключению антисуицидального договора говорит об адекватном самоконтроле и слабом суицидальном намерении. Иногда при работе с суицидальными клиентами интервьюерам следует быть очень директивными и принимать радикальные меры.

Принять решение о необходимости госпитализации определенного клиента или об отсутствии таковой — нелегкая задача. Для того чтобы облегчить ее, можно диагностировать степень суицидального риска клиента, но нет какой-либо надежной формулы, гарантирующей верное решение в любой клинической ситуации. Степень суицидальности может определяться как нулевая, легкая, умеренная, тяжелая или чрезвычайная. Клиенты с легкой или умеренной суицидальностью обычно могут проходить амбулаторное лечение. Клиенты с тяжелой или чрезвычайной суицидальностью, как правило, требуют госпитализации.

При работе с суицидальными клиентами интервьюеры обязаны знать и соблюдать соответствующие профессиональные стандарты. Если это возможно, интервьюеры должны консультироваться с другими специалистами по поводу определенных клинических ситуаций. Необходимо четко документировать все свои профессиональные решения. Если случится самое худшее — клиент погибнет в результате самоубийства (завершенный суицид) — интервьюеру следует принять определенные меры.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА И ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ

Специальная литература

Bennett, B. E., Bryant, B. K., VandenBos, G. R., & Greenwood, A. (1990). Professional liability and risk management. Washington, DC: American Psychological Association. В книге “Профессиональная ответственность и управление риском” даются прекрасные советы тем психотерапевтам, которые в наш век судебных тяжб хотят избежать обвинений в преступной халатности.

Ellison, J. M. (2001). Treatment of suicidal patients in managed care. Washington, DC: American Psychiatric Press. В книге “Лечение суицидальных пациентов в условиях современной системы здравоохранения” дается информация о краткосрочной госпитализации, альтернативах госпитализации, фармакотерапии, а также о методах определения суицидального риска.

Healy, D. (2000). Antidepressant induced suicidality. Primary Care in Psychiatry, 6, 23–28. Статья “Суицидальность вследствие приема антидепрессантов” посвящена возможной зависимости повышенного суицидального потенциала от медикаментозных ингибиторов, вызывающих повышение уровня серотонина в синаптической щели нейрона.

Jacobs, D. G. (1999). The Harvard Medical School guide to suicide assessment & intervention. San-Francisco: Jossey-Bass. Книга “Руководство Гарвардской медицинской школы по суицидальной диагностике и интервенции” представляет собой объемный труд (более 700 страниц), где подробно рассказывается об особой психиатрической точке зрения на диагностику суицидальности и терапевтической интервенции.

Jobes, D. A., & Berman, A. L. (1993). Suicide & malpractice liability: Assessing and revising policies, procedures and practice in outpatient setting. Professional Psychology: Research and Practice, 24, 91–99. Статья “Суицид и ответственность врача за преступную халатность: оценка и пересмотр принципов, процедур и практики в условиях амбулаторного лечения” имеет практическую направленность и содержит полезные советы для учреждений или клиник, работающих с потенциально суицидальными клиентами. В приложении приводятся образцы административной документации.

Juhnke, G. A. (1996). The adapted-SAD PERSONS: A suicide-assessment scale designed for use with children. Elementary School Guidance & Counseling, 30, 252–258. В статье “Адаптированная SAD PERSONS: шкала диагностики суицидальности при работе с детьми” обсуждается адаптированная шкала У. Паттерсона и соавторов (см. следующий пункт) SAD PERSONS, позво-

ляющая диагностировать суицидальность детей школьного возраста. Удобная методика для психотерапевтов, которые хотели бы работать с детьми.

Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. Psychosomatics, 24, 343–349. “Оценка суицидальных пациентов — шкала SAD PERSONS” — полезная статья, рассказывающая о суицидальных предикторах, которые легче запоминаются с помощью сокращения SAD⁵ PERSONS.

Shea, S. C. (1999). The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors. New York: John Wiley & Sons. Книга “Практическое искусство диагностики суицидальности: руководство для специалистов в сфере психического здоровья и консультантов по проблеме субстанциональной зависимости” полностью посвящена методам выявления суицидальных мыслей и суицидального намерения в ходе клинического интервью.

Shneiman, E. S. (1996). The suicidal mind. New York: Oxford University Press. В книге “Суицидальный разум” самый известный суицидолог мира описывает три случая из клинической практики, чтобы дать читателю представление о психологических страданиях, связанных с суицидальными импульсами. Книгу обязательно следует прочесть тем, кто работает с социальными группами повышенного суицидального риска.

Szasz, T. S. (1986). The case against suicide prevention. American Psychologist, 41, 806–812. В статье “Довод против предупреждения суицида” выдвигается спорное утверждение о том, что принудительное предотвращение самоубийства нарушает права человека.

Wollersheime, J. P. (1974). The assessment of suicide potential via interview methods. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 11, 222–225. Статья “Диагностика суицидального потенциала с помощью методов интервьюирования” посвящена диагностике суицидальности исключительно с помощью процедур клинического интервьюирования.

Самопомощь суицидальным людям и предотвращение насилия

De Becker, G. (1997). The Gift of Fear. Boston: Little, Brown & Co. Автор книги “Дар страха” вырос в семье, где применялось насилие, работал консультантом многих правительственных агентств, трижды назначался на должности президента США. Этот опыт дает Г. де Беккеру уникальное видение и способность предвидеть насилие. Основная идея его работы ясна: часто наша интуиция сообщает нам о потенциальной опасности уже тогда, когда рациональное сознание пытается найти определенное объяснение чувству страха.

⁵ Sad — печальный (англ.). — Прим. ред.

Ellis, T. E., & Newman, C. F. (1996). Choosing to live: How to defeat suicide through cognitive therapy. Oakland, CA: New Harbinger. Основывающаяся на принципах когнитивной терапии, книга “Выбор в пользу жизни: как победить суицид с помощью когнитивной терапии” должна помочь суицидальным людям справиться с психологической болью, депрессией и выбрать жизнь.

Heckler, R. A. (1996). Waking up alive: The descent, the suicide attempt, and the return to life. New York: Ballentine. В книге “Проснуться живым: упадок, попытка самоубийства и возвращение к жизни” автор рассматривает состояние депрессии, попытки самоубийства и выживание. Содержит личные свидетельства 50 человек, которые пытались покончить с собой и остались живы.

Организации США по предупреждению суицида

American Foundation for Suicide Prevention, 120 Wall Street, 22nd floor, New York, NY 10005. Phone: 888-333-AFSP or 212-363-3500. www.afsp.org

American Association for Suicidology, Alan L. Berman, Ph.D., Executive Director, 4201 Connecticut Avenue, N.W., Suite 310, Washington, DC 20008. Phone: 202-237-2280. www.suicidology.org

National Crisis Hotline: 888-284-2433, или 888-suicide.

National Youth Crisis Hotline: 888-999-9999.

National Organization for People of Color Against Suicide, P.O. Box 125, San Marcos, TX 78667. Phone: 830-625-3576. E-mail: db31@swt.edu

Suicide Prevent Triangle: SuicidePreventTriangle.org. Предоставляет информацию о группах поддержки, процедурах самостоятельной диагностики суицидальности, программное обеспечение, образовательные ресурсы, связанные с проблемой суицида.

Видеоресурсы и фильмы

American Foundation for Suicide Prevention. (1997). Fatal Mistakes: Families Shattered by Suicide (“Роковые ошибки: семьи, разрушенные суицидом”). Недорогая видеокассета для профессиональных групп, работающих с суицидальными клиентами. Можно заказать через Американский фонд предотвращения суицида (см. выше).

Темы суицида и деструктивного поведения поднимаются в некоторых художественных фильмах. Вот три интересных и наводящих на размышления фильма: *Ordinary People* (“Обычные люди”), *Leaving Las Vegas* (“Покидая Лас-Вегас”), *Dead Poets Society* (“Общество мертвых поэтов”).

ДИАГНОСТИКА И ПЛАНИРОВАНИЕ ТЕРАПИИ

Мы предлагаем объединять тех, кто проходит психотерапию, в пять основных категорий: психотические, невротические, длительно возбужденные, перенесшие психическое потрясение, проявляющие аномальное поведение.

Дж. Френк и Дж. Френк, Persuasion and Healing

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

С точки зрения медицинской модели, первостепенная (и порой единственная) цель клинического интервью — правильно установить диагноз и разработать адекватный случаю клиента терапевтический план. В этой главе мы рассмотрим философские и практические стороны диагностирования; мы также рассмотрим несколько подходов к разработке терапевтического плана для тех клиентов, которые начинают курс психологического консультирования или психотерапии. Прочитав главу, вы узнаете:

- об основных принципах психиатрической диагностики, включая определение психиатрических расстройств в формулировке *DSM-IV-TR* (*American Psychiatric Association, 2000*);
- о самых распространенных трудностях оценки и диагностирования;
- о методах и процедурах диагностической оценки;
- о сбалансированном подходе к проведению диагностического интервью;
- об интегрированном, или биопсихосоциальном, подходе к планированию терапии;
- о том, как выявить проблемы клиента, определить соответствующие терапевтические цели и разработать терапевтический план как основу терапевтического процесса;
- о необходимости нахождения адекватного подхода к клинической терапии, соответствующего ресурсам клиента.

ПРИНЦИПЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Существуют многочисленные традиционные и нетрадиционные системы, которые позволяют классифицировать проблемы клиентов, нуждающихся в психиатрической помощи. Эти системы могут быть как простыми и интуитивными (наподобие той, которая упоминается во вступительной цитате), так и сложными, как, например, *DSM-IV-TR* (*American Psychiatric Association, 2000*), которая включает описание более 300 психических заболеваний на 943 страницах. *DSM* — авторитетное диагностическое руководство для консультантов и психотерапевтов североамериканского континента. Первое издание было опубликовано в 1952 году; второе — в 1968-м; третье — в 1980-м, четвертое — в 1994-м. В 2000 году вышло пересмотренное и исправленное издание *DSM-IV* (*DSM-IV-TR*). Несмотря на несколько переизданий и масштабный охват информации, точное психиатрическое диагностирование, как утверждают Т. Видигер и Л. Кларк, остается весьма проблематичной задачей: “Фактически, в *DSM-IV* не может быть ни одного предложения, в котором руководствующиеся лучшими побуждениями клиницисты, теоретики и исследователи не смогли бы найти повода для критики” (*Widiger & Clark, 2000, p. 946*).

Полемика, окружающая психиатрическую диагностику и само понятие психического расстройства, настолько остра, что *DSM-IV-TR* включает короткий, но информативный раздел под названием *Definition of Mental Disorder* (“Определение психического расстройства”). В этом разделе авторы *DSM* прямо заявляют, что они составили пособие для диагностики явления, которое не имеет адекватного операционального определения.

...хотя это пособие дает классификацию психических расстройств, нужно признать, что нет дефиниции, адекватно определяющей границы понятия “психическое расстройство”. Понятие психического расстройства, подобно многим другим понятиям в медицине и науке, не имеет состоятельного операционального определения, предусматривающего все ситуации (*American Psychiatric Association, 2000, p. xxx*).

Таким образом, по мере знакомства со стратегиями диагностики в этой главе, помните о том, что вы вступаете на территорию, на карте которой еще много белых пятен. Тем не менее мы считаем, что для ученого, для специалиста это станет увлекательным путешествием — полным приключений, загадок; чем-то большим, чем просто какой-то неразрешенный спор.

Определение психических расстройств

Как вы, вероятно, уже знаете из собственного опыта, часто трудно провести четкую границу между заболеванием физическим и психическим. Иногда очевидно, что причиной физической болезни стал сильный стресс или аномальное психическое состояние. С другой стороны, когда человек испытывает эмоциональные или психические страдания, его физическое состояние (например, телесная боль или заболевание) может усугубить (иногда очень сильно) аномальное эмоциональное состояние и нарушения мыслительного процесса (*Witvliet, Ludwig, & Vander Laan, 2001*). Трудность различения психических и физических расстройств признают и авторы *DSM*.

Неоспоримые факты, зафиксированные в специальной литературе, подтверждают, что в “психических” расстройствах много “физического”, а в “физических” расстройствах много “психического”. Проблема, связанная с термином “психические расстройства”, гораздо четче очерчена, чем ее решение, но, к сожалению, этот термин остается в названии *DSM-IV*, поскольку мы не нашли подходящего заменителя (*American Psychiatric Association, 2000, p. xxx*).

Несмотря на все затруднения, связанные с тем, что именно подразумевается под психическими заболеваниями и что выступает первоисточником подобных расстройств, тело или душа, можно с уверенностью сказать, что авторы *DSM-IV-TR* и другие ученые выявили многочисленные и значимые когнитивные, эмоциональные и поведенческие проблемы или отклонения, проявляющиеся у самых разных людей во всем мире. Эти психические состояния или расстройства приводят к безмерным страданиям, многочисленным конфликтам и потрясениям в жизни миллионов людей. Без сомнения, и независимо от того, как мы будем их называть, психические расстройства во многих случаях поддаются идентификации и оказывают характерное негативное воздействие на индивидов, семьи и сообщества.

Во вступительной части *DSM-IV-TR* предлагается общее определение *психического расстройства* с использованием следующих критериев:

1. клинически значимый поведенческий или психологический синдром или паттерн,
2. который наблюдается у индивида
3. и который связан с
 - а) нынешним дистрессом (например, болезненным симптомом), либо
 - б) нетрудоспособностью (т.е. нарушениями в одной или более области функционирования), либо

- в) значительно возросшим риском смерти, боли, потери трудоспособности, либо
- г) значимой потерей свободы.

Предлагаются особые критерии, призванные помочь специалистам в области психического здоровья исключить определенные симптомы или состояния как явления, которые не являются психическими расстройствами. *DSM-IV-TR* дает примеры и критерии определения синдромов и паттернов, которые *не следует* считать психическими расстройствами.

...такой синдром или паттерн должен быть не просто предсказуемой и культурно санкционированной реакцией на определенное событие, например смерть близкого человека. В чем бы ни была его первоначальная причина, в данный момент его следует считать проявлением поведенческой, психологической или биологической дисфункции индивида. Ни девиантное поведение (например, политическое, религиозное или сексуальное), ни конфликты, в первую очередь между индивидом и обществом, не являются психическим расстройством, если только эта девиантность или конфликт не выступают симптомом дисфункции индивида... (*American Psychiatric Association, 2000, p. xxxi*).

Неудивительно, что общее определение *психического расстройства* в формулировке *DSM-IV-TR* страдает расплывчатостью. Можно по-разному толковать сущность “клинически значимого поведенческого или психологического синдрома или паттерна”. Далее пособие признает, что психическим расстройством не могут быть “культурно санкционированные” поведенческие реакции, тут же делая оговорку, что девиантные или культурно несанкционированные модели поведения как таковые сами по себе также не могут считаться психическим расстройством. Такая расплывчатость и субъективность при определении психических расстройств — еще один недостаток, за который *DSM-IV-TR* подверглась критике (*Halling & Goldfarb, 1996; Szasz, 1961; Wakefield, 1997*). Например, Т. Заз пишет следующее.

Какие именно разновидности социальной девиантности рассматриваются как психические болезни? Ответ: те, которые влекут за собой личное поведение, не соответствующее психиатрически одобренным и обязательным правилам психического здоровья. Если неупотребление наркотиков является правилом психического здоровья, то их прием будет признаком психического заболевания; если уравновешенность — правило психического здоровья, то депрессия и эйфория будут признаками психической болезни, и т.д. (*Szasz, 1970, p. xxvi*).

Т. Заз очень точно передал суть проблемы. Учитывая все, что было сказано выше, можно считать, что общее определение психического расстройства

и критерии индивидуального психического расстройства в формулировке *DSM-IV-TR* состоят из тщательно изученных и четко сформулированных субъективных суждений.

Зачем диагностировать?

Подобно Т. Зазу (*Szasz, 1970*), многие наши студенты вообще отвергают понятие диагноза. Они критически и цинично относятся к *DSM-IV-TR* или же считают, что формулировка определенного диагноза — это нарушение человеческого достоинства клиентов, навешивание ярлыков и игнорирование их индивидуальных качеств, — то, что Дж. Моррисон называет *сортировкой* (*Morrison, 1993, p. 200*). Каковы бы ни были аргументы противников, наша позиция по отношению к постановке диагноза остается неизменной. Мы выражаем студентам свое сочувствие, заверяем, что нам известны проблемы, связанные с диагностированием уникальных индивидов, а затем начинаем рассказывать им о диагностических стратегиях и процедурах, опираясь как на философские, так и на практические аргументы.

Философские аргументы

Независимо от того, как мы их называем, психические расстройства существуют. Насколько нам известно, эмоциональная боль, психические страдания, патологии характера и суицидальное поведение существуют с незапамятных времен. Психиатрический диагноз призван помочь классифицировать или категоризировать психические расстройства на основе их значимых характеристик. Знания о психических расстройствах, сходстве и различиях между ними, закономерностях протекания и прогнозирования, эпидемиологии и т.д. помогут нам обеспечить более адекватную и эффективную терапию. Такие знания придают сил и уверенности тем специалистам, которые хотят помочь своим клиентам. Кроме того, эти знания помогут в профилактике психических заболеваний.

Практические аргументы

Точный диагноз связан со многими практическими преимуществами. *Диагноз* — это консолидированное, организованное описание симптомов или страданий, испытываемых клиентами. Однако чтобы добиться такого описания, требуется тщательное наблюдение и изучение. После того как достигнута наиболее удачная формулировка диагноза, специалист может связаться с другими специалистами, страховыми компаниями и прочими заинтересованными сторонами.

В самом лучшем случае диагноз — это только рабочая гипотеза. Он требует от интервьюера восстановления единой картины по отдельным разрозненным

фрагментам, а также выявления возможных связей между различными симптомами и проблемами. Затем диагноз предлагает общий курс действий, который должен привести к некоторым предсказуемым результатам. Диагноз закладывает фундамент для плановой терапевтической интервенции и применения теории и практических техник по отношению к информированному клиенту.

Кроме обеспечения профессиональной коммуникации и проверки гипотез, позитивное практическое значение диагностики заключается в следующем: иногда диагностический “ярлык” становится огромным облегчением для клиента. Клиенты приходят к специалисту, ожидая помощи в распутывании сложного клубка пугающих трудностей, переживаний и симптомов. Они могут чувствовать себя одинокими в своих проблемах. Они могут думать, что ни один человек в мире не испытывал подобных страданий, не был таким беспомощным, таким дезориентированным. Поэтому прохождение психиатрической *диагностики*, т.е. выявление, классификация и определение проблем, может принести настоящее облегчение. Они начинают чувствовать себя лучше, узнав, что другие — многие и многие другие — люди реагируют на травматические события подобным образом, испытывая схожие симптомы депрессии или применяя такие же неадаптивные копинг-стратегии (наподобие иррациональных мыслей и компульсий компенсаторного характера). Они понимают, что облегчение может прийти только в результате сотрудничества с врачом при постановке диагноза и проведении терапии (*Frank & Franke, 1991*).

Специальные диагностические критерии

По контрасту с принятием удовлетворительного определения психических расстройств, установление *DSM*-диагноза по отношению к определенному клиенту с первого взгляда может показаться довольно простым и прямолинейным процессом. В конце концов, точный диагноз основан на установлении наличия или отсутствия различных симптоматических кластеров или паттернов (т.е. синдромов). В большинстве случаев *DSM-IV-TR* дает конкретные, в какой-то мере поддающиеся измерению критерии диагностики. Как правило, *DSM*-диагноз характеризуется списком симптомов для установления определенного состояния, включающим некоторые дополнительные факторы. Наличие этих факторов помогает снять вопрос о наличии данного состояния. Например, для постановки диагноза генерализованного тревожного расстройства в формате *DSM* индивиды должны соответствовать критериям, указанным в табл. 10.1.

Таблица 10.1. Диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства (DSM-IV-TR: 300.02)

-
- А. Необоснованная и избыточная тревожность и беспокойство (ожидание, связанное с предчувствием недоброго), часто проявляющиеся в течение по меньшей мере шести месяцев в связи с определенными событиями или видами деятельности (такими, например, как учеба в школе или профессиональная деятельность).
- Б. Человеку трудно контролировать свое беспокойство.
- В. Тревога и беспокойство ассоциируются с тремя (или более) из приведенных ниже шести симптомов (при частом проявлении некоторых из данных симптомов за последние полгода). *Примечание:* если клиент — ребенок, достаточно наличия одного симптома.
1. Беспокойство или взвинченность.
 2. Повышенная утомляемость.
 3. Трудности с концентрацией внимания или затрудненное мышление.
 4. Повышенная раздражительность.
 5. Мышечное напряжение.
 6. Нарушения сна (клиенту трудно заснуть, он просыпается ночью или же не высыпается из-за того, что сон недостаточно глубокий).
- Г. Если имеет место другое расстройство Оси I, фокус тревожности и беспокойства, обозначенный в А, не связан с ним (например, тревожность и беспокойство не связаны со страхом перед приступами паники, как в случае расстройства в виде панических реакций), со страхом оказаться в неловком положении в общественном месте (как в случае социальных фобий), с боязнью испачкаться (как в случае обсессивно-компульсивного расстройства) или с прибавкой массы тела (как в случае нервной анорексии).
- Д. Тревога, беспокойство или физические симптомы становятся причиной клинически значимого дистресса или нарушений в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования.
- Е. Данное расстройство не вызывается непосредственным воздействием химических веществ (например, наркотиков, алкоголя, медикаментов) или физических заболеваний (например, гипертиреозом¹) и не проявляется исключительно при расстройствах настроения, психотических расстройствах или специфических расстройствах развития.
-

Примечание: диагностические критерии DSM-IV-TR приводятся с разрешения Американской психиатрической ассоциации.

Приведенные в таблице критерии генерализованного тревожного расстройства дают представление о задачах, связанных с постановкой правильного диагноза. Во-первых, на основании критерия А диагност должен установить,

¹ *Гипертиреоз (от греч. hyper — над, сверх; и лат. (glandula) thyreoides — щитовидная железа) — повышение функции щитовидной железы при токсическом диффузном зобе, а также при других патологических и физиологических (напр., беременность) состояниях. Проявления: повышенная возбудимость, учащение пульса, потливость, повышение основного обмена веществ, похудание и др. — Прим. ред.*

испытывает ли данный клиент “чрезмерную” тревогу и беспокойство, насколько часто он ощущает тревогу, как долго длится это состояние и какое количество событий или видов деятельности вызывают у индивида это состояние. Эта информация (вспомните главу 6 и наши описания того, как измеряются частота, продолжительность и интенсивность симптомов) опирается как на способность интервьюера собирать адекватные симптоматические данные, так и на способность клиента предоставлять осмысленные симптоматические сведения. Кроме того, получение информации по критерию А учитывает субъективизм интервьюера и клиента (т.е. определение того, что подразумевается под “чрезмерностью”).

Во-вторых, в рамках критерия Б интервьюер должен оценить, насколько трудно клиенту контролировать беспокойство. Для сбора данных интервьюер должен оценить навыки клиента по совладанию со стрессом с помощью вопросов о том, что тот делал для преодоления тревоги и насколько успешными были эти попытки в прошлом.

В-третьих (вероятно, это основная диагностическая задача), интервьюеру необходимо установить наличие или отсутствие специфических симптомов тревоги (критерий В). К сожалению, даже эта, на первый взгляд, несложная задача сопряжена со многими затруднениями, особенно в тех ситуациях, когда клиенты мотивированы либо преувеличивать (аггравация), либо преуменьшать свои симптомы. Например, клиенты, которые в связи с генерализованным тревожным расстройством желают получить пенсию по инвалидности, склонны преувеличивать свои симптомы, а клиенты, которые боятся потерять работу, могут их минимизировать. Соответственно, при опросе клиентов по поводу специфических симптомов тревоги интервьюер должен трезво оценивать достоверность сообщаемых ими симптоматических сведений (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1998*).

В-четвертых, чтобы сделать заключение о том, что индивид страдает *генерализованным тревожным расстройством*, интервьюер должен основательно знать другие диагностические критерии *DSM*. Восемь других диагнозов, которые, возможно, будет необходимо исключить, охватываются диагностическим критерием Г. Интервьюеру необходимо обладать активным знанием диагностических критериев, связанных с посттравматическим стрессовым расстройством, соматоформным расстройством, обсессивно-компульсивным расстройством и т.д. Безусловно, это нелегкая задача; для ее успешного выполнения требуется длительное обучение, тренинг и супервизия опытного наставника.

В-пятых, в рамках критерия Д интервьюеру требуется определить, вызывают ли сообщаемые клиентом симптомы тревоги “клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных

сферах функционирования”. Критерий Д — это критерий дистресса и нарушений функционирования (*Widiger, 1997*). Хотя этот критерий имеет важное значение для постановки диагноза, ему также присущ внутренний субъективизм: “...ни в одном месте *DSM-IV* не дается определения клинически значимого нарушения, даже в том разделе пособия, который называется *Клинически значимые критерии* (р. б).

В-шестых, на основании критерия Е интервьюер перед установлением определенного диагноза должен выяснить, не является ли возможной причиной возникновения симптомов тревоги прием или воздействие алкоголя или наркотических веществ, или же общее состояние организма. Заметьте, что воздействие алкогольных и наркотических веществ, а также непсихические заболевания следует исключать как причинные факторы буквально в каждой диагностической категории *DSM-IV-TR*.

Рассмотренный пример с диагнозом “генерализованное тревожное расстройство” показывает диапазон задач и проблем, с которыми должен справиться диагност. К сожалению, когда дело касается развития диагностической интуиции, актуально звучит фраза, которую мы часто повторяем начинающим интервьюерам: изучать процедуры диагностического интервьюирования — это хорошо, но прежде чем вы сможете поставить правильный диагноз, вам не раз придется попасть пальцем в небо.

Проблемные аспекты оценки и диагностики

Чтобы компетентно установить соответствие состояния клиента диагностическим критериям генерализованного тревожного расстройства, интервьюеру необходимо определить посредством сбора диагностической информации наличие трех из шести симптомов, перечисленных в критерии В. Поэтому вполне достаточно (и уместно) задать клиенту несколько специальных вопросов, рекомендуемых *DSM-IV-TR*. Например, нужно спросить клиента о следующем.

1. Не было ли у вас преобладающего чувства беспокойства, взвинченности, нетерпения в течение последних шести или более месяцев?
2. Не было ли у вас более или менее устойчивого ощущения усталости в течение последних шести месяцев?
3. Приходилось ли вам замечать в течение последних шести месяцев, что вам чаще обычного трудно сосредоточиться или что ваши мысли рассеиваются?
4. Приходилось ли вам в течение последних шести месяцев испытывать более или менее устойчивое чувство раздражения?

5. Беспокоило ли вас в течение последних шести месяцев необычное мышечное напряжение?
6. Хорошо ли вы засыпали, глубокий ли был сон, высыпались ли вы в течение последних шести месяцев?

Использование этого простого и прямого метода диагностики может в некоторых ситуациях обеспечить правильный диагноз. Однако, как правило, точная диагностическая оценка значительно сложнее. Об этом мы писали в другой работе.

Подобно многим психическим расстройствам, описанным в *DSM-IV*, точное выявление... не настолько просто, как может показаться после беглого ознакомления с... симптоматическими моделями поведения... Получить точную информацию, необходимую для выяснения того, отвечает ли состояние определенного... клиента соответствующим диагностическим критериям, может быть необычайно трудно (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1998, p. 189*).

Более того, во вступительной части *DSM-IV-TR* авторы подчеркивают, что диагностические критерии не должны использоваться чисто механически и неподготовленными людьми: “Специальные диагностические критерии, входящие в *DSM-IV*, должны служить общими принципами, конкретизируемыми клиническим суждением, а не использоваться подобно рецептам поваренной книги” (*American Psychiatric Association, 2000, p. XXXII*).

Перед тем как перейти к подробному описанию стратегий и процедур диагностической оценки, следует упомянуть некоторые дополнительные трудности, связанные с установлением точного диагноза для каждого отдельного клиента.

Обман или предоставление клиентом ложной информации. Клиенты могут не быть честными или откровенными при описании своих симптомов (*Noshpitz, 1994*). Даже в том случае, если они готовы говорить правду, им может быть трудно точно описать свои симптомы в соответствии с формулировкой *DSM*-критериев. Кроме того, если клиент — не единственный источник информации (например, вы опрашиваете учителей, родителей, друга или подругу), по многим не зависящим от вас причинам вы можете получить неверные данные. Исследования показывают, что когда дети, родители, учителя и другие люди оценивают одного и того же человека, в их отзывах обычно наблюдаются значительные расхождения (*Kazdin, 1995*). Несмотря на это, диагностическая информация родителей и других доступных информантов, особенно при работе с детьми и подростками, очень важна.

Контрперенос интервьюера. Интервьюер может утратить объективность и/или исказить информацию, полученную от клиента. Частично это может обуславливаться контрпереносом (*Sarles, 1994*). Например, если клиент вызывает у вас антипатию, вы можете испытать побуждение “наказать” его, “наклеив ярлык” более серьезного диагноза. Точно так же

интервьюер может преуменьшать психопатологию и облегчать диагностическую формулировку, если клиент вызывает у него симпатию.

Множественный диагноз. Очень часто состояние клиента соответствует нескольким *DSM*-диагнозам. Фактически, множественный диагноз — нормальное явление при работе с детьми (*Harrington, 1993*). Это явление делает задачу выбора адекватной диагностической формулировки еще более сложной.

Дифференциальный диагноз. Если некоторые клиенты сообщают о симптомах, соответствующих нескольким диагнозам, то другие клиенты описывают сложные кластеры симптомов, диагностическая классификация которых требует масштабного опроса. Очень сложно, хотя и необходимо, провести четкую границу между разными диагнозами (например, расстройством настроения с психотическими признаками, шизофренией и бредовым расстройством; *American Psychiatric Association, 2000; Sheitman, Lee, Strauss, & Lieberman, 1997; Weiner, 1966/1997*). Несмотря на трудность дифференциации различных расстройств, диагностическая определенность очень важна, поскольку диагноз определяет дальнейшую терапию (используемые терапевтические средства, подход к терапии, необходимость госпитализации или отсутствие таковой, прогноз течения болезни).

Культурные или ситуативные факторы, затрудняющие диагностику. В *DSM-IV-TR* указывается, что определенные диагнозы следует применять только в тех случаях, "...когда соответствующее поведение служит симптомом стоящей за ним дисфункции индивида, а не просто реакцией на непосредственный социальный контекст" (*American Psychiatric Association, 2000, p. 96*). Соответственно, в обязанности диагноста входит учет индивидуального социального, культурного и ситуационного контекста клиента при установлении диагноза, а это задача не из легких (*North, Smith, & Spitznagel, 1993*).

Учитывая наличие этих трудностей при получении точной диагностической информации, многие терапевты и исследователи, включая авторов этой книги, рекомендуют использовать то, что называют "полиметодными, полиинформантными, поликонтекстными процедурами оценки" (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1998, p. 191*). Это означает, что в идеальных условиях диагност собирает диагностическую информацию широкого спектра, используя: а) различные методы диагностики (например, клиническое интервью, шкалы оценки поведения, проективные методики); б) данные различных информантов (например, родителей, учителей, врачей и/или романтических партнеров); в) различные ситуации (например, дом, школа, кабинет клинициста, рабочее место клиента).

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА: МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ

Возможно, после краткого знакомства с проблемами и задачами диагностического интервьюирования вы почувствовали некоторую растерянность. Изучение оценочных процедур диагностического интервьюирования —

чрезвычайно трудная задача. Однако, как это ни удивительно, многие психиатры целенаправленно и даже с легкостью осваивают все 943 страницы *DSM-IV-TR*. В определенном смысле освоение *DSM-IV-TR* напоминает изучение иностранного языка. Нужно последовательно продвигаться от простого к более сложному.

Существует много методов сбора диагностической информации, включая диагностическое интервью, социальную историю (историю развития), анкеты и оценочные шкалы, физический осмотр, наблюдение за поведением, проективные методики, тесты способностей. Поскольку эта книга посвящена клиническому интервьюированию, мы ограничимся в основном диагностическим интервью.

Диагностическое интервью

Структурированные и слабоструктурированные диагностические интервью состоят из серий особых вопросов, направленных на оценку диагностически значимых моделей поведения, мыслей и чувств. Многие процедуры диагностического интервьюирования описаны в научной литературе, большинство из них основано на диагностических критериях *DSM-III-R* или *DSM-IV*. Определение адекватной диагностической формулы — основная или единственная цель этих процедур. Диагностическое интервьюирование может использоваться консультантами, работниками социальной сферы, психологами, врачами или даже специалистами без высшего образования, которые прошли специальную подготовку для проведения определенного вида интервью (Rogers, 2001; Vacc & Juhnke, 1997). В некоторых случаях определенную разновидность диагностического интервью проводят в виде тренинга, что занимает достаточно много времени (Kronenberg & Meyer, 1996). Специальные диагностические интервью обычно предназначены для работы либо со взрослыми клиентами, либо с детьми.

Диагностическое интервьюирование взрослых

Существует множество схем диагностического интервьюирования взрослых. Некоторые из них характеризуются широким спектром действия, охватывая многие категории расстройств по классификации *DSM-IV-TR* (например, *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders* (“Структурированное клиническое интервью для расстройств *DSM-IV* по Оси I”); First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995). Другие схемы отличаются большей специализацией и ограниченностью поставленных целей. Например, некоторые структурированные и слабоструктурированные схемы интервью рассчитаны на диагностику расстройств, связанных с алкоголизмом и наркоманией

(*Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (“Психиатрическое исследовательское интервью для субстанциональных и психических расстройств”); *Hasin et al., 1998*), тревожных расстройств (*Anxiety Disorders Interview Schedule* (“Схема интервью для тревожных расстройств”); *Brown, Atony, & Barlow, 1995*), депрессивных расстройств (*Diagnostic Interview for Depressive Personality* (“Диагностическое интервью для депрессивной личности”); *Gunderson, Phillips, Triebwaser, & Hirschfeld, 1994*) и других расстройств. Общие диагностические интервью для взрослых клиентов описали Н. Вакк и Г. Юнке (*Vacc & Juhnke, 1997*), У. Кроненберг и Р. Мейер (*Kronenberg & Meyer, 1996*), а также Р. Роджерс (*Rogers, 2001*).

Диагностическое интервьюирование детей

Существуют многочисленные схемы диагностических интервью для детей. Опять-таки, среди них есть схемы широкого спектра (например, *The Child Assessment Schedule* (“Схема детской диагностики”); *Hodges, 1985*) и ограниченного (например, *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children* (“Схема интервью для выявления тревожных расстройств у детей”); *Silverman, 1987*). Общие диагностические интервью для детей и подростков также рассматриваются и кратко описываются в недавних публикациях (*Kronenberg & Meyer, 1996; Rogers, 2001; Vacc & Juhnke, 1997*).

Преимущества структурированного диагностического интервью

Структурированное диагностическое интервью характеризуется следующими преимуществами.

1. Схемы структурированных диагностических интервью стандартизованы и достаточно просты в применении. Даже люди, не имеющие высшего образования, могут задавать клиентам диагностические вопросы.
2. Схемы диагностических интервью обычно рассчитаны на получение диагноза в формате *DSM-III-R* или *DSM-IV-TR*, таким образом избавляя клинициста от необходимости субъективного отбора одной из многих диагностических формул.
3. При пользовании схемами диагностического интервью обычно бывает меньше расхождений, чем без них. Это означает, что два клинициста, пользующиеся одним и тем же протоколом структурированного интервью, чаще будут приходить к одинаковому диагнозу при интервьюировании одного и того же клиента, чем интервьюеры, опирающиеся на менее структурированные процедуры.

4. Диагностические интервью хорошо подходят для научных исследований. Правильный диагноз очень важен для эффективного изучения природы и протекания заболеваний и действенности терапии определенных расстройств.

Недостатки диагностического интервью

Структурированное диагностическое интервью также имеет множество недостатков.

1. Применение многих видов диагностических интервью требует значительных затрат времени. Например, для проведения *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (“Схема для аффективных расстройств и шизофрении у детей школьного возраста”, *Kiddie-SADS* или *K-SADS*; *Puig-Antich, Chambers, & Tabrizi, 1983*) требуется от одного до четырех часов в зависимости от того, интервьюируют одного ребенка или также его родителей. Применение большинства разновидностей диагностических интервью требует от терапевтов специальной подготовки, что еще больше повышает затраты времени.
2. Диагностические интервью не позволяют опытным диагностам сокращать процедуры. Это очень обременительно, поскольку хорошему специалисту требуется гораздо меньше времени для установления точного диагноза, чем начинающему интервьюеру (*Schmidt, Norman, & Boshuizen, 1990*).
3. Некоторые клиницисты жалуются, что диагностические интервью обладают слишком жесткой структурой, что они недооценивают роль установления эмоционального контакта и базовой межличностной коммуникации между клиентом и терапевтом (*Bögels, 1994*). Слишком жесткая структурированность может быть неприемлемой для тех клиницистов, которые при выборе терапевтических процедур предпочитают руководствоваться своей интуицией и ориентироваться на личные отношения с клиентом.
4. Хотя структурированные диагностические интервью подтвердили свою надежность в применении, некоторые клиницисты сомневаются в их валидности. Например, не существует такой схемы диагностического интервью, которая учитывает все диагностические формулы *DSM-IV-TR*. Диагностические интервью не учитывают многие важные сведения о личной истории клиента, типе личности и т.д. (*ibid., 1994*). Поэтому критики утверждают, что два разных интервьюера могут пользоваться одной и той же схемой интервью и приходить к одинаковому неверному или неадекватному диагнозу.

Учитывая упомянутые недостатки, формальные процедуры диагностического интервью редко применяются в условиях реальной клинической практики (*Kronenberg & Meyer, 1996*). Принимая во внимание их интенсивность в сочетании с необходимостью результативной оценки и терапии, неудивительно, что процедуры диагностического интервью мало или вовсе не используются клиницистами, а применяются почти исключительно исследователями для изучения распространенности, протекания, прогноза и терапии психических расстройств.

НАДЕЖНОСТЬ И ВАЛИДНОСТЬ ДИАГНОЗА

Как мы уже упоминали в главе 6, клиническое интервью — краеугольный камень диагностической оценки. Проще говоря, ни один уважающий себя (или имеющий этические принципы) специалист не будет ставить диагноз без проведения клинического интервью. Тем не менее остается актуальным вопрос: дает ли диагностическое интервью надежную и валидную информацию и, соответственно, приводит к таким же выводам?

Что касается характеристики психометрических качеств определенной процедуры, *надежность* относится к воспроизводимости и устойчивости. Если определенная процедура (например, диагностическое интервью) надежна, она постоянно дает одни и те же результаты. Двое интервьюеров, работая с одним и тем же клиентом, получают одинаковые клинические данные и, соответственно, один и тот же диагноз. С точки зрения статистики, аксиоматичен тот факт, что метод или процедура должны быть надежными (давать воспроизводимые результаты), чтобы иметь шанс на валидность (способность давать правильные или правдивые результаты). Процедура диагностического интервьюирования вполне может быть очень надежной, но невалидной, как, например, в случае, когда два или больше интервьюера приходят к одинаковому заключению о диагнозе клиента, но это неправильный диагноз.

В 1980 году после публикации *DSM-III* многие специалисты в сфере психического здоровья, особенно психиатры, вздохнули с облегчением. Наконец-то, после 30 лет полнейшей субъективности диагностики, появилась всеобъемлющая и не страдающая излишней теоретизацией система для объективного установления факта наличия или отсутствия психического расстройства. Что еще важнее, появилась ясная система, снабженная конкретными диагностическими критериями для точного определения разновидности психического расстройства, которым страдает индивид. Незадолго до и сразу после этой публикации *DSM-III* стала предметом всеобщего восхваления. Проблеме надежности (которая проявлялась в том, что два психиатра,

работавшие с одним и тем же пациентом в течение короткого периода времени, часто приходили к разным диагнозам) наконец-то уделили должное внимание; а в представлении некоторых специалистов, эта проблема была окончательно разрешена (*Klerman, 1984; Matarazzo, 1983; Spitzer, Forman, & Nee, 1979*).

К сожалению, как оказалось, проблема диагностической надежности *DSM* далека от разрешения. Остро критикуя современную диагностику, Х. Катчинс и С. Кирк пишут следующее.

Сегодня, по прошествии 20 лет с того времени, как проблема надежности оказалась в центре внимания *DSM*, по-прежнему нет ни одной работы, показывающей, что *DSM* (любая версия) регулярно с высокой степенью надежности используется рядовыми психиатрами. Нет также никаких убедительных доказательств того, что любая из версий пособия стала намного надежнее предыдущей. Революционная надежность *DSM* стала революцией в риторике, а не в практике (*Kutchins & Kirk, 1997, p. 53*).

Конечно, позиция, на которой стоят Катчинс и Кирк, несколько радикальна. Но даже отбрасывая эти утверждения как злобствования оппозиционеров, мы по-прежнему остаемся перед фактом, что большинство традиционных и консервативных исследователей постоянно ставят под сомнение надежность и валидность системы *DSM*. Например, в своем обзоре исследований, посвященных надежности *DSM*, Д. Сигал (*Segal, 1997*) упоминает некоторые исследования, которые демонстрируют одновременно и приемлемую, и сомнительную надежность. Следует иметь в виду, что эти исследования были задуманы и проводились с единственной целью — показать диагностическую надежность нескольких различных процедур интервьюирования (едва ли какие-нибудь из них действительно применяются практикующими клиницистами). В конце работы Сигал все-таки утверждает, что “коэффициенты надежности” диагностических интервью стали “сейчас более приемлемыми” (*Segal, 1997, p. 52*). Однако он замечает также, “что в настоящее время нет никакой пилюли, чтобы облегчить наши острые нынешние проблемы с валидностью” и “...для валидности структурированные интервью привязаны к конкретным диагностическим критериям. К сожалению, эти интервью не дают оценки того, насколько эти критерии действительно хороши, и ни один инструмент диагностической оценки не может компенсировать плохие критерии” (*Segal, 1997, p. 28-29*).

В качестве вывода можем предложить вам следующие научно обоснованные положения.

- В целом диагностические критерии *DSM-IV* обладают большим потенциалом и во многих случаях продемонстрировали более высокий уровень надежности, чем предыдущие диагностические системы.

- Чем последовательнее вы придерживаетесь диагностических критериев *DSM-IV*, тем больше вероятность надежного диагноза, но даже при соблюдении этого условия надежность в условиях клинической практики будет в лучшем случае только умеренной.
- Чем более серьезную формальную подготовку для использования конкретных диагностических процедур вы получили, тем выше вероятность надежного диагноза.

К сожалению, в науке нет “золотого стандарта” для подтверждения валидности определенного диагноза.

СБАЛАНСИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

Наше отношение к процедурам диагностического интервью не будет для вас сюрпризом. Мы отстаиваем золотую середину, понимая, что авторы некоторых работ по проблеме интервьюирования и практикующие клиницисты предпочитают игнорировать или минимизировать вопрос диагноза как такового (*Martin & Moore, 1995*), в то время как другие провозглашают диагностическое интервью “основным инструментом оценки в сфере психического здоровья” (*Bögels, 1994*). Многочисленные авторы и исследователи пришли к заключению, что базовое освоение навыков диагностирования — составляющая стандартного обучения консультантов, психологов и психиатров (*Kronrnberger & Meyer, 1996; Mead, Hohenshil, & Singh, 1997; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1998*). С другой стороны, слишком пристальное внимание к диагнозу сопряжено с игнорированием уникальных человеческих качеств отдельного клиента. Сбалансированное диагностическое интервью содержит следующие компоненты.

1. Вступительная часть, которая характеризуется эмпатическим отношением интервьюера, введением в роль и активным слушанием. На этой стадии возможен обзор стандартных анкет, заполненных клиентом, информации, собранной во время приемного интервью, и информации из направления клиента, если он пришел по рекомендации другого специалиста.
2. Экстенсивный обзор проблем клиента и соответствующих целей, подробный анализ главной проблемы и главной цели клиента. Сюда же должен входить опрос клиента по поводу его симптомов на основе *DSM-IV-TR*.

3. Краткое обсуждение личной истории клиента, связанной с основной его проблемой. Оно должно затрагивать историю сообщаемой клиентом проблемы, если она не была изучена.
4. Краткое исследование психического статуса.
5. Обзор актуальной ситуации клиента, включая систему его социальной поддержки, навыки совладания со стрессом, состояние физического здоровья и сильные стороны его личности.

Вступительная часть и введение в роль

Всех клиентов следует принимать доброжелательно, с участием. То, что наша задача заключается в установлении диагноза и разработке терапевтического плана, не означает, что можно игнорировать уникальность личности клиента.

После объяснения границ конфиденциальности умелый интервьюер объясняет клиенту сущность диагностического интервью, используя, например, следующие выражения.

“Сегодня мы вместе постараемся выяснить, что именно вас беспокоит. Это значит, что вы можете рассказывать мне все, что пожелаете; но это означает также, что я буду задавать вам много вопросов, чтобы выяснить как можно точнее, что вы чувствуете. Чем точнее мы сможем определить ваши основные проблемы, тем легче нам будет разработать план для их решения. Вы со мной согласны?”

Такая формулировка фокусирует внимание клиента на сотрудничестве и снимает акцент с патологии. Выражение “основные проблемы” и подобные ему — щадящие термины для обозначения диагностических аспектов. Информация, предоставленная интервьюером, обеспечивает введение клиента в роль — клиент узнает о своих обязанностях во время диагностического интервью. Когда клиенты понимают, чего от них хотят, они с большей готовностью сотрудничают с интервьюером, помогая ему достичь своей цели. Кроме того, вопрос “Вы со мной согласны?” помогает вовлечь клиента в процесс интервьюирования. Очень редко случается, что в ответ на этот располагающий к доверию вопрос звучит: “Нет! Не согласен”. А если интервьюер слышит подобный ответ, это дает ему ценную диагностическую информацию.

На протяжении всего интервью не забывайте об использовании навыков активного слушания. Как заметили С. Шей и Дж. Меццих (*Shea & Mezzich, 1988*), интервьюеры-практиканты часто придерживаются слишком жесткой структуры, тем самым почти полностью исключая спонтанность клиента; или, наоборот, вовсе забывают о структуре, позволяя клиенту говорить ни о чем. Не забывайте сочетать слушание и диагностический опрос на протяжении всего процесса диагностического интервью.

Обзор проблем клиента

Хотя мы обсуждали концептуальные проблемы клиентов в главе 7, нам хотелось бы вспомнить несколько основных положений в контексте диагностического интервьюирования. Как минимум, диагностическое интервью должно включать экстенсивный обзор проблем клиента (и вопросов относительно имеющихся у него симптомов на основе диагностических критериев *DSM*), соответствующих им задач и подробный анализ главной проблемы и главной цели клиента. При обсуждении этих вопросов с клиентом следует придерживаться некоторых принципов.

Не следует автоматически признавать валидность высказанного клиентом диагноза

Многие клиенты сообщают о своих симптомах в форме готовой диагностической формулы. Например.

“Последние три месяца у меня была страшная депрессия. Эта депрессия меня совсем измучила”.

“Когда начинается это навязчивое поведение, я просто не могу остановиться. Я не в состоянии себя контролировать”.

“Вообще-то, моя главная проблема — паника. Когда я оказываюсь на людях, меня парализует”.

Некоторые диагностические термины стали настолько популярными, что утратили конкретность. Особенно это относится к термину *депрессия*. Многие люди в настоящее время пользуются этим словом, чтобы описать любое чувство подавленности или печали. Компетентный диагност понимает, что депрессия — синдром, а не настроение. Если брать первый из трех примеров, для заключения о наличии депрессивного синдрома необходим дальнейший опрос клиента относительно нарушений сна, пищевого поведения, способности к концентрации внимания и т.п.

Подобным образом непрофессионалы злоупотребляют терминами *навязчивость* и *паника*. Для профессионального клинициста навязчивое поведение обычно ассоциируется с неврозом навязчивых состояний или обсессивно-компульсивным расстройством личности. Однако многие клиенты, страдающие расстройствами пищевого поведения, алкоголизмом и наркоманией, характеризуют свое поведение как *навязчивое*. Для выяснения того, действительно ли клиент страдает компульсиями, необходим дополнительный опрос. Наконец, синдром панических реакций — очень специфический синдром, которому в *DSM-IV-TR* отводится особое место. Тем не менее многие индивиды, которые страдают социальными фобиями, агорафобией или боятся

выступать перед публикой, говорят о том, что они парализованы паникой. Таким образом, хотя слово “паника” и должно обращать внимание интервьюера на возможность тревожного расстройства, это совсем не означает, что клиент действительно страдает расстройством в виде панических реакций.

Держите наготове список диагностических критериев

Расспрашивая клиентов о их проблемах, очень важно постоянно помнить диагностические критерии *DSM-IV-TR*. К сожалению, лишь немногие из нас обладают памятью, позволяющей сразу же вспомнить необходимые диагностические критерии. Мы рекомендуем составлять таблицы, которые помогут вам вспомнить конкретные диагностические критерии *DSM-IV-TR*. Использование собственноручно составленных контрольных таблиц поможет вам хорошо освоить ключевые диагностические критерии, не перегружая память. Этот простой прием избавит вас от обременительной необходимости заучивать 943 страницы диагностической информации.

Смиритесь с фактом, что одного интервью может быть недостаточно для установления точного диагноза

Иногда высокий уровень ожиданий и грандиозные цели полезны. Однако, как показали когнитивная теория и когнитивная терапия, неоправданно высокие ожидания могут стать причиной разочарования и неудовлетворенности (Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow, & Pitkonis, 1998; Norman, Davies, Nicholson, Cortese, & Malla, 1998). Задача проводящего диагностику интервьюера — сделать все возможное, чтобы подобрать адекватную диагностическую формулу. Вам будет легче достичь этой цели, если вы будете тщательно и последовательно выяснять и анализировать релевантные симптомы клиента. Однако во многих случаях, отчасти из-за вашей неопытности как клинического интервьюера, отчасти из-за сложности диагноза, вы не сможете установить точный диагноз после одного интервью. Фактически, первое диагностическое интервью может сбить вас с толку, а не прояснить ситуацию. Не бойтесь этого. *DSM-IV-TR* обеспечивает практикующих клиницистов процедурами, позволяющими справиться с диагностической неопределенностью (American Psychiatric Association, 2000, p. 4-5). Эти процедуры включают следующее.

V-коды. *DSM-IV-TR* предусматривает возможность кодирования ситуации, когда клиницист не располагает достаточной информацией для установления психического расстройства, или же возникающей тогда, когда терапия фокусируется на проблеме, не отвечающей диагностическим критериям психического расстройства. В качестве примеров можно назвать *V61.20* (проблемы в отношениях между родителями и детьми) и *V62.82* (тяжелая утрата).

Код 799.9. Этот код может использоваться как на Оси I, так и на Оси II, и носит название *Отсроченный диагноз или состояние*. Он используется в случае, если имеющаяся информация не позволяет сделать вывод о диагнозе или состоянии клиента.

Код 300.9. Этот код относится к *Точно не установленному психическому расстройству (непсихотическому)*. Применяется, если диагност считает, что присутствует непсихотическое психическое расстройство, но не располагает достаточной информацией, чтобы поставить более определенный диагноз.

Предварительный диагноз. Если клиницист указывает, что сформулированный им диагноз *предварительный*, это говорит о некоторой степени неуверенности. Предварительный диагноз — это операциональная формулировка, указывающая на то, что дополнительная информация может привести к изменению диагноза.

Личная история клиента

Для установления точного диагноза необходим хотя бы минимум информации о социальной истории клиента или истории развития. Возьмем, к примеру, оценку клинической депрессии. В настоящее время *DSM-IV-TR* приводит список многочисленных расстройств, включающих депрессивные симптомы в качестве основных признаков, в их числе: а) расстройства настроения; б) генерализованная депрессия; в) адаптивное расстройство со смешанными тревогой и депрессией; г) адаптивное расстройство с депрессивным настроением; д) биполярное расстройство I; е) биполярное расстройство II; ж) циклотимическое расстройство. Кроме того, упоминается ряд расстройств вне категории генерализованных расстройств настроения, которые включают депрессивноподобные симптомы или часто сочетаются с одним из перечисленных выше расстройств. К ним относятся (список далеко не полон): а) посттравматическое стрессовое расстройство; б) генерализованное тревожное расстройство; в) невротическая анорексия; г) булимия; д) расстройства характера. Как вы, возможно, уже поняли из этого устрашающего списка, вопрос не обязательно в том, проявляются ли депрессивные симптомы у отдельного клиента, а в том, какие именно депрессивные симптомы проявляются, в каком контексте и как долго. Не обладая адекватной информацией о личной истории клиента, интервьюеры запутаются в разнообразных депрессивных симптомах и сочетанных состояниях.

Тематические аспекты социальной истории и истории развития приводятся в табл. 7.2 (глава 7). Сам интервьюер должен решать, какие темы выбрать из этого довольно длинного списка. Клиенты сообщают о разных проблемах, и опрос должен проводиться прежде всего в рамках тех тем, которые относятся к упомянутым проблемам. Некоторые клиницисты

предлагают своим клиентам или их родителям заполнить анкеты по истории развития перед первой встречей или во время нее.

Зачастую бывает очень трудно выбрать релевантную информацию из предоставленных клиентом данных о своей личной истории. Определение того, какие именно данные имеют значение и какие именно вопросы следует задавать клиенту, — чрезвычайно трудная задача. Во врезке “От теории к практике 10.1” вы найдете информацию об анализе клинических случаев, которая поможет вам установить релевантность данных о клиенте для дальнейшей терапии.

Исследование психического статуса

Как подчеркивается в главе 8, исследование психического статуса — это далеко не то же самое, что диагностическое интервью, и по сути его нельзя считать диагностической процедурой. Однако изучение актуального психического состояния клиента дает информацию, крайне необходимую для установления точного диагноза. В частности, информация, полученная в ходе исследования психического статуса, поможет вам определить, обусловлено ли сознание и функционирование клиента в настоящий момент воздействием алкоголя или наркотиков. Исследование психического статуса также сообщает интервьюеру об особенностях процессов мышления и восприятия клиента, которые могут ассоциироваться с определенным диагнозом.

Актуальная ситуация клиента

Как уже упоминалось в главе 7, получение информации об актуальном функционировании клиента представляет собой обычный аспект приемного интервью. В контексте диагностического интервьюирования необходимо вспомнить и подчеркнуть несколько важных вопросов.

Детальное изучение актуальной ситуации вашего клиента включает оценку доступной ему системы социальной поддержки, навыков совладания со стрессом, состояния физического здоровья (если эта информация не была получена при выяснении медицинской истории клиента) и сильных сторон его личности. Каждая из этих тем может стать источником информации, чрезвычайно важной для диагностического процесса.

Система социальной поддержки клиента

Иногда, особенно при интервьюировании детей и подростков, очень важно получить диагностическую информацию не от самого клиента, а от других людей. В таких случаях интервью с родителями клиента — одна из составляющих

От теории к практике 10.1

Анализ клинических случаев и теоретическая ориентация

Один из основных мотивов, определяющих ценность информации для интервьюеров и консультантов, — их теоретическая ориентация. Хотя вполне может быть, что вы еще не определились со своей теоретической ориентацией, вы, возможно, уже осознали, что у вас есть определенные предпочтения. Приведенные ниже вопросы предназначены для того, чтобы помочь вам понять свою теоретическую ориентацию и в то же время сделать вашу диагностическую оценку и планирование терапии более четкими. Отвечая на вопросы, вспоминайте случаи из вашей клинической практики или случаи, которые обсуждались в учебных аудиториях.

1. Как бы вы определили свою концепцию психотерапии? Другими словами, какие, по-вашему, процессы должны иметь место, чтобы человек изменился? Когда вы вспоминаете случай из клинической практики, подумайте над тем, как бы ваша концепция терапевтического воздействия повлияла на вас при опросе клиента, какую именно информацию вам потребовалось бы получить от клиента.
2. Учитывая ваш ответ на предыдущий вопрос, какова ваша концепция этиологии расстройств? Другими словами, что вызывает личные проблемы индивида или что им способствует? Опять-таки, как это повлияет на ваши информационные предпочтения при интервьюировании клиента?
3. Какие факторы, по вашему мнению, играют важную роль в поддержании симптомов? Какую именно информацию вам необходимо получить от клиента, чтобы понять причины сохранения симптомов?
4. Принимая во внимание вашу теоретическую ориентацию, каковы ваши обычные задачи и терапевтические планы для конкретного клиента?
5. Какие интуитивные реакции вы у себя замечаете, когда представляете себя в данной ситуации? Насколько вы позволили бы вашей интуиции направлять вашу диагностическую оценку и терапевтический план или влиять на них?

диагностического процесса (подробнее об интервьюировании детей, подростков и их родителей говорится в главе 11). Однако даже при интервьюировании взрослых может возникнуть необходимость получить внешнюю диагностическую информацию для обоснования диагностических впечатлений. Опирайтесь исключительно на одно клиническое интервью клиента при установлении диагноза может быть неуместно и непрофессионально. Вот что заявил Дж. Моррисон.

Взрослые тоже могут быть не в курсе своей семейной истории или подробностей своего развития. Психотические пациенты или пациенты с расстройствами личности могут не обладать достаточным пониманием для адекватного суждения о многих из своих симптомов. В любой из этих ситуаций история, которую вы получаете от людей, хорошо знающих вашего пациента, может в значительной мере повлиять на ваш диагноз (*Morrison, 1993, p. 203*).

Сведения, полученные не непосредственно от клиента, а от других информантов, часто называют *информацией из дополнительных источников*.

Оценка навыков совладания со стрессом

Оценка навыков совладания со стрессом (копинга) дает прекрасную возможность выяснить, какие подходы применял клиент, чтобы справиться со своими личными проблемами. Например, клиенты с тревожными расстройствами часто используют стратегии уклонения для снижения тревоги (так, клиенты с агорафобией не выходят из дома; люди с клаустрофобией избегают тесных помещений). Наоборот, клиенты с диссоциативными расстройствами склонны полностью блокировать свой болезненный эмоциональный опыт. Очень важно выяснить, пытаются ли клиенты совладать со своими проблемами, учатся ли они контролировать себя или же просто не реагируют на свои проблемы, тем самым усугубляя свои симптомы и/или изолируя себя от нормальной социальной деятельности.

Навыки совладания со стрессом могут также оцениваться с помощью проективных методик или наблюдений за поведением клиента. При использовании проективных методик клиенты должны представить себя в чрезвычайно стрессовой ситуации (этот процесс также называется симуляцией). Наблюдение за поведением клиента может проводиться как в кабинете интервьюера, так и вне его (например, в школе, дома, на рабочем месте клиента). Как уже упоминалось, дополнительные информанты могут давать важные сведения относительно того, насколько успешно клиент может справиться со своими проблемами вне вашего кабинета.

Физическое здоровье клиента

Буквально в каждом случае окончательный психиатрический диагноз невозможен без хотя бы минимальной информации об общем физическом состоянии клиента. Работая с новым клиентом, интервьюер обязательно должен выяснить результаты последнего медосмотра. Некоторые интервьюеры включают соответствующие вопросы в приемную анкету.

Физическое и психическое состояния часто оказывают друг на друга мощное воздействие. Планируя диагностическое интервью, учитывайте следующие действия.

1. Получение информации о результатах медицинского осмотра.
2. Консультация с лечащим врачом клиента.
3. Направление клиента для общемедицинского освидетельствования.

Наша профессиональная обязанность — сделать все возможное, чтобы надлежащим образом изучить потенциальные медицинские и физические причины или факторы, обуславливающие психические расстройства.

Сильные стороны клиента

Клиенты, которые обращаются за профессиональной психолого-психиатрической помощью, часто перестают замечать сильные стороны и позитивные качества своей личности. Более того, после 50-минутного диагностического интервью клиенты могут почувствовать себя подавленными или деморализованными. Во время интервью, и особенно к концу оценочно-диагностического процесса, очень важно попросить клиента определить свои позитивные личностные качества и прокомментировать их. Например:

“Сегодня мы говорили в основном о ваших проблемах и симптомах. Конечно, в этой беседе я многое узнал о ваших страданиях, но мне ничего не известно о ваших сильных сторонах. Так что прежде чем мы сегодня закончим, расскажите о ваших хороших качествах... о том, что вам в себе нравится”.

Изучение сильных сторон личности клиента дает интервьюеру важную диагностическую информацию. Чем больше подавлены и деморализованы клиенты, тем труднее им определить свои сильные стороны и ответить на этот вопрос. Обязательно обеспечьте поддержку, сочувствие и позитивную обратную связь. Кроме того, как подчеркивают приверженцы подхода, ориентированного на решение проблем, не следует забывать, что диагностические и оценочные процедуры могут (и должны) иметь позитивную ориентацию. Например, Б. Бертолино и Б. О’Хэнлон утверждают следующее.

Формальные диагностические процедуры часто рассматриваются исключительно как средство выявления дефектов и отклонений у клиентов, как в их личности, так и в жизни. Однако, как мы узнали, они могут помочь выявить способности, силы и ресурсы клиента, а также помочь в поиске особенностей и отличий (*Bertolino & O’Hanlon, 2002, p. 79*).

Эффективное диагностическое интервью заключается не обязательно и не только в обезличенном процессе поиска фактов. На протяжении всего интервью умелый диагност демонстрирует свою поддержку и сочувствие

человеку, который попал в беду (*Othmer & Othmer, 1994*). Цель диагностического интервью выходит за рамки простого установления диагноза или нахождения подходящего “ярлыка”. Это первый шаг в разработке индивидуального терапевтического плана для нуждающегося в помощи человека.

ПЛАНИРОВАНИЕ ТЕРАПИИ

Планированием терапии называют процедуру описания терапевтических методов и процессов в приложении к конкретному клиенту. Разработка терапевтического плана включает выбор методик для достижения комплекса определенных задач и целей. Неудивительно, что по мере распространения системы современного здравоохранения и усиления ответственности терапевтов за терапевтические результаты тщательное планирование и определение проблем все прочнее утверждается в качестве основного компонента психотерапевтического и психолого-консультативного процесса (*Jongsma & Peterson, 1995*).

Цель этого раздела — ознакомить начинающих интервьюеров с разными подходами к разработке терапевтических планов. Прежде чем приступить к проведению клинических интервью или начинать терапевтическую интервенцию, постарайтесь разобраться в моделях и методах планирования психотерапии. Ваша теоретическая ориентация и личные предпочтения в области планирования вместе с потребностями и проблемами вашего клиента очень сильно повлияют на первый контакт с ним.

Лечение проблемы или лечение диагноза?

Хотя существует множество подходов к разработке и формулированию терапевтического плана, нужно прежде всего разобраться в двух противоположных моделях.

Психосоциальное планирование терапии

Первый подход базируется на выявлении проблем или симптомов клиента и вытекающей отсюда разработке терапевтических стратегий, направленных на помощь клиентам в разрешении данных проблем. Чтобы выполнить эту задачу, терапевты проводят приемное интервью, ориентированное на выяснение проблем. Приемное интервью строится по модели, описанной в главе 7. Интервьюер и клиент вступают в сотрудничество для совместного выяснения и изучения: а) причин, которые заставили клиента обратиться за профессиональной психолого-психиатрической помощью (предъявляемой проблемы и первоначальных задач); б) особенностей личности клиента и его личной истории; в) обстоятельств жизни клиента на данном этапе (актуальной ситуации). После изучения этих фундаментальных вопро-

сов совместными усилиями намечаются цели терапии, а также разрабатывается план для их достижения. Данный подход характеризуется более сильным акцентом на совместном определении проблем клиента и менее выраженным — на установлении конкретного психиатрического диагноза. Мы называем этот подход *психосоциальной моделью планирования терапии*. Данная модель также может быть видоизменена для преимущественной ориентации на решение и цели, а не проблемы (McNeilly, 2000).

Медицинское планирование терапии

Медицинский (или психиатрический) подход к определению проблем клиента и разработке терапевтического плана в последние годы становится все более популярным (Eagen, 1994; Kramer, 1993; Sanua, 1996). Данный подход подразумевает диагностическую оценку и последующую рекомендацию той или иной формы терапевтической интервенции в зависимости от результатов диагностики. В рамках этого подхода интервьюер выступает в качестве эксперта, который владеет диагностическими критериями *DSM-IV-TR* и релевантными научными данными и адекватно применяет свои знания. Такой подход во главу угла ставит верную и точную диагностическую формулировку, основное назначение которой — облегчить определение возможных терапевтических средств. Учитывая выраженный акцент на биологических и медицинских аспектах, мы называем данный подход *медицинской моделью планирования терапии* (Zuckerman, 2000).

В большинстве своем психотерапевты понимают полезность интеграции психосоциальной и биологической моделей в клинической практике и в какой-то мере осуществляют ее. Однако многие клиницисты отдают предпочтение какому-то одному подходу. Существенное различие между ними состоит в том, чем в первую очередь обуславливается планирование терапии — проблемами, определяемыми клиентом, или диагнозом, который устанавливается терапевтом. Любой из этих подходов может быть приемлемым в зависимости от контекста применения. Как заметили А. Джонгсма и Л. Питерсон (Jongsma & Peterson, 1995), порой для учреждений, включенных в систему современного здравоохранения, выявление поведенческих проблем предпочтительнее, чем установление диагноза. Однако при сотрудничестве со страховыми компаниями и организациями, работающими в системе современного здравоохранения, терапевтические планы с акцентом на психосоциальные проблемы и задачи должны также включать конкретные диагнозы. Последний литературный обзор подтверждает, что большинство консультантов считают установление диагноза особенно важным как для страховой отчетности, так и для планирования терапии (Mead et al., 1997).

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ (БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ) ПОДХОД К ПЛАНИРОВАНИЮ ТЕРАПИИ

Описанный ниже подход представляет собой интегрированную, или биопсихосоциальную, модель планирования терапии. Данная модель исходит из учета реальных условий и полезности диагноза и в то же время отдает дань уникальным личностным особенностям каждого клиента. Модель включает элементы предыдущих разработок и результатов исследований в области планирования терапии (например, *Jongsma & Peterson, 1995; Jongsma, Peterson, & McInnis, 1996; Seligman, 1996*).

Определение адекватной терапии

Процесс определения адекватной терапии требует от клинического интервьюера учета следующих аспектов.

Проблема клиента и эмпирическое исследование. В зависимости от рода проблемы клиента и диагноза, по завершении терапии могут быть опубликованы результаты, описывающие эффективные подходы к терапии. К сожалению, в большинстве случаев исследователи не дают четких указаний, какой именно терапевтический подход эффективнее всего устраняет конкретные проблемы клиента (*Castonguay, 2000; Seligman & Levant, 1998*). Хотя и можно найти определенные рекомендации (например, когнитивная терапия для лечения булимии и расстройства в виде панических реакций; поведенческая и медикаментозная терапия для агорафобии; межличностная, когнитивно-поведенческая и медикаментозная терапия для униполярной депрессии), четкие эмпирические основания для терапии большинства психических расстройств еще не были предложены.

Проблема клиента и специальная литература. Солидные научные журналы и пособия по клинической психологии, клинической практике в социальной сфере, консультированию и психиатрии несут очень полезную информацию в форме анализа клинических случаев, сжатых отчетов, анализа результатов терапии, аргументированных теоретических выкладок относительно выбора терапевтических стратегий и средств.

Компетентность и навыки терапевта. Терапевтический план должен основываться на таком подходе, который учитывает образование терапевта, его профессиональную подготовку, опыт использования соответствующих терапевтических методов и супервизию под руководством опытного специалиста. Например, если клиницист не владеет определенной терапевтической техникой (скажем, гипнозом), она не должна включаться в план.

Теоретические предпочтения терапевта. Специалисты различаются своей теоретической ориентацией. Некоторые отдают предпочтение психоаналитической парадигме, другие тяготеют к поведенческим методам. Порой клиенты вынуждены довольствоваться тем терапевтическим подходом, который предпочитает данный терапевт, хотя он может быть и неуместным.

Предпочтения клиента. Если у них есть выбор, клиенты могут отдавать предпочтение одной форме терапии перед остальными. Например, некоторые клиенты, страдающие от неадаптивных привычек, предпочитают интенсивную, целенаправленную поведенческую терапию, позволяющую за короткое время избавиться от них. Другие хотят проникнуть в суть проблемы, понять, отчего возникла данная привычка. Третьи предпочитают медикаментозную терапию. Предпочтения клиента могут сильно влиять на его отношение к терапии, сотрудничеству или поддержке терапевта.

Разработка терапевтического плана

Вслед за проведением адекватно глубокой диагностической оценки интервьюеры должны выработать на основе полученных диагностических данных индивидуальный терапевтический план клиента. Как заметили А. Джонгсма и Л. Питерсон, оценочная информация становится основой терапевтических планов: “В основе любого эффективного терапевтического плана лежит информация, собранная в результате тщательной биопсихосоциальной диагностики” (*Jongsma & Peterson, 1995, p. 3*). Вряд ли кто-нибудь попытается оспорить это утверждение. После того как собрано большое количество оценочных данных, встает нелегкий вопрос: “На какие именно диагностические данные должен опираться наш терапевтический план?”

На этот вопрос существует множество ответов. Как мы уже упоминали, Арнольд Лазарус (*Lazarus, 1976*) мог бы предложить свою полимодальную модель *BASIC ID*. Линда Селигман (*Seligman, 1996*) предложила аббревиатуру *DO A CLIENT MAP*, образованную из начальных букв слов, которые представляют ее понимание составляющих адекватного терапевтического плана (см. табл. 10.2). Третий подход к планированию терапии описывают А. Джонгсма и Л. Питерсон (*Jongsma & Peterson, 1995*) в своем пособии по планированию психотерапии взрослых. Они предлагают следующие этапы планирования терапии.

Выделение проблемы. Очень важно совместно с клиентом выбрать определенную проблему или, возможно, две-три проблемы для дальнейшей работы с ними в процессе консультирования. Хотя в начале консультирования может присутствовать множество проблем, нужно четко определиться с направленностью терапии. Хороший терапевтический план всегда содержит ясно очерченную проблему.

Определение проблемы. А. Джонгсма и Л. Питерсон (*ibid.*) в своем пособии приводят множество бихевиористских определений для 34 различных проблем. Их подход подчеркивает необходимость выработки операционального (или динамического) определения для каждой проблемы, упоминающейся в терапевтическом плане. Операциональные определения, особенно в сочетании с диагностическими критериями *DSM-IV-TR*, используются для того, чтобы направить терапию к определенному и измеримому результату.

Формулировка цели. В рамках этого подхода долгосрочные цели фактически могут быть описаниями положительного исхода терапии. Так, А. Джонсма и Л. Питерсон (*ibid.*) упоминают проблему (скажем, расстройство контроля над своими импульсами), дают ее определение (например, “паттерн импульсивного выдергивания волос, ведущий к их значительной потере”; *ibid.*, p. 72), затем определяют долгосрочную цель (например, “развить способность эффективного отвода импульсов”, *ibid.*, p. 73).

Постановка конкретных задач. Имеются в виду краткосрочные задачи, выраженные терминами поведенческого плана. Если взять предыдущий пример, задания могут звучать следующим образом: “Снизить общую частоту импульсивных действий” или “Повысить самоконтроль” (*ibid.*). Учреждения, включенные в систему современного здравоохранения, а также страховые агентства, требуют конкретных задач, чтобы на их основании судить о необходимости продолжения или возможности прекращения терапии.

Определение стратегий терапевтической интервенции. Авторы рекомендуют подбирать минимум одну стратегию терапевтической интервенции для каждого задания. Терапевтическая интервенция, обусловленная упомянутой выше общей задачей и частными задачами, может включать использование клиентом стратегий самонаблюдения и контроля для прослеживания импульсов и регулярной отработки более адаптивного поведения.

Установление диагноза. Что касается диагноза, пособие тяготеет к упомянутой выше психосоциальной модели. Диагноз рассматривается как важный этап планирования, однако менее влиятельный, чем выбор и определение проблем. В обсуждаемом нами примере адекватной диагностической формулой будет: 312.39, трихотилломания, Ось I *DSM-IV-TR*.

Таблица 10.2. Модель планирования терапии DO A CLIENT MAP

Диагноз (*Diagnosis*).

Цели (*Objectives*) терапии.

Необходимая диагностика (*Assessment*) (нейрологические или личностные тесты).

Характеристики клинициста (*Clinician*), имеющие терапевтическое значение.

Локализация (*Location*) терапии (амбулаторное или стационарное лечение).

Планируемое вмешательство (*Interventions*).

Направленность (*Emphasis*) терапии (уровень директивности, уровень поддержки, когнитивная, поведенческая или аффективная ориентация).

Природа (*Nature*) терапии (индивидуальная, терапия пар, семейная, групповая).

Временные (*Timing*) характеристики (частота, продолжительность и т.п.).

Медикаменты (*Medications*), которые могут потребоваться.

Дополнительные (*Adjunct*) ресурсы, которые могут потребоваться (группы поддержки, советы, обучение и т.п.).

Прогнозирование (*Prognosis*).

Примечание. *Взято из:* L. Seligman (1996), *Diagnosis and Treatment Planning in Counseling* (2nd ed.), New York: Plenum Press. *С разрешения автора.*

Большинство подходов к планированию терапии полезны, поскольку обеспечивают организующую структуру для того материала, который вы вместе с вашим клиентом должны учесть при разработке направления совместных действий. Кроме того, пособие *The Complete Psychotherapy Treatment Planner* (“Полное планирование психотерапии”) (*Jongsma & Peterson, 1995*), из которого взяты приведенные выше этапы планирования, поможет вам сделать все возможное, чтобы удовлетворить основные требования учреждений, входящих в систему современного здравоохранения. Это распространяется и на те случаи, когда реальный терапевтический план включает компоненты, которые не упоминаются в указанной выше работе. Данная модель обладает важными преимуществами: она проста, прямолинейна, и ее легко освоить. Во врезке “От теории к практике 10.2” рассматривается клинический случай, который поможет вам попрактиковаться в планировании терапии.

Предлагаем собственный “сплав” из всего лучшего, что могут предложить разные подходы к планированию терапии.

1. Постарайтесь добиться, с учетом лимита времени, как можно лучшего понимания проблем(ы) клиента, его экспрессивных способностей и осознания им своей проблемы. Используйте модель А. Лазаруса (*Lazarus, 1976*) *BASIC ID* или другую модель, чтобы не забывать о комплексном подходе к клиенту. Часто мы пользуемся моделью, которая рассматривает: а) социальные; б) когнитивные; в) эмоциональные; г) физические; д) поведенческие; е) культурные аспекты функционирования индивида.
2. Добейтесь максимального, насколько это возможно, понимания целей вашего клиента. Спросите клиента, как бы выглядела его жизнь, если бы его состояние улучшилось. Какие изменения можно считать более или менее приемлемыми? Какие изменения будут наилучшими? Иногда проективные вопросы, такие, например, как “чудесный вопрос” С. де Шазера (*de Shazer, 1985*), помогают клиентам сформулировать свои цели (“Представьте, что сегодня ночью, пока вы спите, случится чудо, и ваша проблема разрешится. Что произойдет на следующий день и как вы узнаете о том, что проблема разрешилась?”).
3. Выполнение домашнего задания, часть I. Повторите то, что вам известно о вашем клиенте и его проблеме. Спросите себя, что вам еще необходимо выяснить, чтобы заполнить пробелы, и сделайте все возможное, чтобы получить эту информацию. Если вы ограничены во времени и должны подготовить терапевтический план к определенному сроку (например, к следующему интервью), вам, возможно, придется

От теории к практике 10.2

Планирование терапии: попробуйте сами

Вам предстоит работать с Майклом, 26-летним афроамериканцем. Он холост, имеет степень бакалавра по управлению торгово-промышленной деятельностью и работает начальником отдела в магазине бытовых приборов. Он жалуется на гипертензию (высокое давление), которая хорошо поддается медикаментозной терапии. Во время клинического интервью Майкл сетует, что хотя ему удастся эффективно работать с коллективом своих подчиненных, регулярно выполнять индивидуальный и коллективный план продаж, он давно страдает гетеросексуальной социальной тревожностью (т.е. чувствует себя некомфортно с лицами противоположного пола). Когда Майкла спросили, чего он хотел бы добиться с помощью консультирования, он ответил: “Я хотел бы встречаться с девушками хотя бы дважды в месяц, и мне хочется научиться приглашать их на свидание, не чувствуя себя так, словно у меня вот-вот будет инфаркт”. Майкл также сообщает о периодической бессоннице, мышечном напряжении, повышенной раздражительности, которые еще больше усугубились после смерти его матери девять месяцев назад. Разработайте для Майкла терапевтический план, используя модель, которую предлагают А. Джонсма и Л. Питерсон (*Jongsma & Peterson, 1995*). *Примечание:* можете заняться одной или несколькими проблемами.

1. Выделение проблемы:
2. Определение проблемы:
3. Формулировка цели:
4. Постановка конкретных задач:
5. Определение стратегий интервенции:
6. Установление диагноза:

попросить клиента задержаться на несколько минут, пока вы просматриваете предоставленную им информацию. Затем, вновь возвращаясь к режиму сотрудничества, резюмируйте свои соображения относительно первостепенных и второстепенных проблем и сформируйте предварительный терапевтический план.

4. Выполнение домашнего задания, часть II. После интервью подумайте над списком вероятных вариантов терапии с учетом теоретической концептуализации проблемы и видения клиентом своих целей. Если вы не можете четко определиться с адекватными стратегиями терапевтической интервенции, обратитесь к дополнительной литературе,

проконсультируйтесь с коллегами, если необходимо, свяжитесь со своим супервизором. На этом этапе вы можете разработать некую иерархию альтернатив терапевтической интервенции и предложить ее клиенту во время второй встречи.

5. Разработайте осмысленные задачи, которые помогут вам понять, насколько вы приблизились к поставленной цели (целям). Работайте над этим совместно с клиентом.
6. Постоянно следите за прогрессом терапии. Даже если одна из ваших основных задач заключается в налаживании прочного рабочего альянса, узнавайте у клиентов, как они воспринимают вашу совместную работу. Клиентам придает сил то, что их просят оценить ход терапии — соответствуют ли промежуточные результаты их представлениям, надеждам и потребностям. Результаты исследований подтверждают важность действенного рабочего альянса для успеха терапии (*Gaston, 1990; Hubble et al., 1999; Raue et al., 1997*).
7. Планируйте окончание терапии в ее начале. Если вы можете провести лишь определенное количество встреч с клиентом, сделайте из этого конструктивные выводы и используйте их на всех этапах вашей совместной терапевтической деятельности. Исследования показали, что временные ограничения иногда помогают клиентам достичь своих терапевтических целей (*Barkham et al., 1996; Steenbarger, 1994*). Как бы там ни было, окончание терапии — важный аспект, о котором необходимо помнить на всех этапах терапевтических отношений.
8. При завершении терапии пользуйтесь адекватной моделью (принципы окончания терапевтического процесса можно найти в: *Barnett, 1998; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997*).

Планирование терапии в формате “ресурсы и отношения”

В большинстве стандартных моделей отсутствуют два очень важных измерения, которые следует учитывать этически настроенным (т.е. сознательным) психиатрам и психологам-консультантам при формировании терапевтических планов. Имеются в виду *ресурсы и отношения*.

На первый взгляд, *ресурсы* представляют собой очевидный факт в современной медицинской и социальной политике и практике. Он может стать очень деликатным вопросом в некоторых ситуациях, а в других случаях иметь этическую подоплеку, но при этом достаточно легко поддается оценке. Элемент *отношения* очень трудно измерить, проконтролировать и определить, и все же он имеет чрезвычайно важное значение для планирования и результатов терапии.

Ресурсы

Психологическое консультирование, психотерапия, психоанализ и лечение у психиатра стоят довольно дорого. У одних людей есть страховка, другие становятся клиентами в контексте системы современного здравоохранения, третьи обращаются к государственным программам бесплатной или льготной медицинской помощи и т.п. Каждая из этих программ обладает определенными преимуществами и определенными ограничениями. Предусмотренная программой общая сумма рисков по договору страхования и ресурсы, доступные после того, как эта сумма будет израсходована, представляют собой важные практические этические аспекты разработки терапевтического плана.

Некоторые утверждают, что самый быстрый способ устранения симптомов будет самым лучшим и оправданным с этической точки зрения вариантом терапии независимо от ресурсов клиента. Однако — и это касается всех остальных аспектов охраны психического здоровья — все не так просто, как кажется на первый взгляд. Исследования эффективности и исследования потребителя ясно показывают, что психотерапия — в большинстве случаев очень полезная вещь (*Seligman, 1995; Smith et al., 1980*). Психотерапия может помочь в решении простых жизненных проблем, она может справиться и с проблемой более глубоких, более укоренившихся, более неприятных моделей поведения. Если не считать клиентов, которые были направлены на психотерапию в принудительном порядке, большинство людей положительно отзываются о ее результатах (*Herman, 1998; Seligman, 1995; Yu & Watkins, 1996*). Можно с уверенностью утверждать, что по крайней мере некоторые, а возможно, многие клиенты получили бы большую пользу от консультирования, если бы оно продолжалось дольше, чем позволяют их финансовые ресурсы или страховка (*Seligman, 1995*). Поэтому нельзя забывать о ресурсах и нельзя не учитывать их при выделении проблем и постановке задач.

К сожалению, учет доступных ресурсов не означает просто выбор той проблемы, которая покрывается страховой суммой или средствами клиента. Конечно, крайне важно уточнить первостепенные и второстепенные проблемы (*Jongsma & Peterson, 1995*) и понять, что очень часто проблема не вписывается в определенную страховую сумму продолжительности терапии. С этической точки зрения, консультант обязан выбрать эффективную терапию и привести клиента к определенному завершению или качественно новому уровню функционирования (*American Counseling Association, 1995; American Psychological Association, 2000*). Поэтому, останавливаясь на определенном терапевтическом плане, вы должны оценить и собственные ресурсы, включая работоспособность, возможность снижения расценок за ваши услуги, возможность направления клиента к другим специалистам, адекватную супервизию и доступ к сопутствующим специалистам (адвокатам, медикам и т.п.).

При планировании терапии принимаются во внимание не только страховые и льготные ресурсы, но также ресурсы личности и практики специалиста. Учитывается мотивация клиента, сила «Я», психологическая готовность клиента. В ваши обязанности входит оценка (формальная или неформальная) способности клиента стать активным участником терапевтического процесса.

Случай из практики

Опал, 63-летняя женщина кавказского происхождения, была направлена своим семейным врачом на консультирование по поводу повторяющихся приступов паники. Ее личная история была разнообразной и необычной во многих отношениях. Самым большим потрясением, по словам Опал, для нее стала смерть дочери от рака груди, которая произошла за два года до этого. Покойная дочь, Эмили, была сильной женщиной, феминисткой, сделавшей успешную карьеру. Она часто критиковала мать за «старомодные, рабские привычки». Опал жила со своим третьим мужем, фермером Джеффом. Джефф — вполне зажиточный человек, с очень консервативным отношением к браку. Обязанностями Опал были уборка в доме, приготовление пищи (которая должна была устраивать мужа) и «поддержание собственной привлекательности». Панические реакции начались примерно за шесть месяцев до того, как она была направлена на психологическое консультирование. Поначалу они случались только возле продовольственных магазинов, когда Опал делала запасы продуктов на неделю. Опал вынуждена была обратиться к соседке и попросить ее покупать продукты, потому что Джефф считал для себя неподобающим появляться в бакалейном магазине.

После трех встреч, посвященных прежде всего оценке и предварительному психиатрическому «ликбезу» для обуздания панических реакций, психолог-консультант установил с клиенткой достаточно плодотворные отношения, чтобы сделать определенные выводы. Он решил, что глубинная работа для выяснения причин ее горя, ее ролевого конфликта и других вопросов подобного рода не под силу Опал. Однако консультант считал, что очень важно привлечь Опал к планированию терапии. Он предложил ей два варианта терапии: а) продолжать психологический тренинг для обуздания приступов паники с помощью когнитивных техник и воображения или же использовать медикаменты с той же целью; б) начать более глубинную работу, выясняя причины приступов паники, их возможную связь с ролевыми конфликтами, и, возможно, даже провести анализ глубокого и по большей части скрытого горя и гнева Опал, связанных с потерей дочери. Не колеблясь, Опал заявила, что лучше не проводить глубинного анализа, если только в нем нет крайней необходимости.

Терапевтический план, таким образом, строился на когнитивно-поведенческих принципах. После восьми сеансов Опал снова стала хо-

дить за продуктами. Она закончила терапию с чувством достигнутого результата и завершенности. Опал заверила консультанта, что вернется, “если что-то будет не в порядке”.

Этот пример показывает, что психические проблемы, расстройства и нарушения функционирования сложны и многоаспектны. У разных клиентов разный потенциал и разные уровни мотивации, которые определяют их предпочтения по отношению к глубине психологического анализа. При планировании терапии эти соображения следует принимать во внимание.

Наконец, что касается ресурсов, желание добиться быстрого и результативного разрешения проблем должно уравниваться заинтересованностью в благополучии клиента и профессиональной этикой. Иногда предъявляемая клиентом проблема на первый взгляд требует непосредственных мер, которые, однако, при их применении мешают увидеть “настоящую” проблему.

Случай из практики

Джейн пришла на консультирование, потому что очень боялась за свою трехлетнюю дочь Кейт. Примерно за месяц до этого, когда Джейн забрала Кейт из яслей, девочка пожаловалась: “Мамочка, мне так плохо, когда мне в ротик засовывают всякую каку”. Джейн очень испугалась, что девочку могли изнасиловать или растлить. Она стала расспрашивать Кейт о том, что случилось. Кейт, по всей видимости, напуганная реакцией матери, отказалась рассказывать, что произошло в яслях. После этого разговора Джейн стали мучить самые ужасные подозрения. Она уже не могла отдавать Кейт в ясли и подыскала ей постоянную няню. Это сказалось на семейном бюджете. Кроме того, Джейн запретила Кейт играть со своими двоюродными братьями и старшим сводным братом. Такое поведение Джейн вызвало напряжение в отношениях с мужем. Наконец, дело дошло до того, что Джейн не позволяла Кейт отходить от нее ни на шаг, и это, по словам Джейн, “всех бесит”.

Возможными терапевтическими мерами в этой ситуации были следующие: заняться непосредственно поведением Джейн, обратив ее внимание на иррациональную природу ее страхов, и убедить Джейн составить график, который поможет ей снимать контроль над Кейт на все более продолжительные периоды времени, а также вознаграждать себя за выполнение графика. Кроме того, эти меры вполне могли изменить сложившуюся ситуацию. Однако, как многие проницательные читатели уже догадываются, внезапное и чрезвычайное внимание Джейн к своей дочери и неадекватная реакция указывали на пережитую Джейн травму. В возрасте четырех

лет она стала жертвой сексуальных домогательств со стороны дяди. Джейн помнит, как дядя гладил ее и целовал, часто проникая своим языком в ее рот, однако никому об этом не рассказывала, даже своему мужу.

Джейн направили в общественную группу поддержки для взрослых, которые подверглись сексуальному насилию в детском возрасте. Она использовала эту возможность и старательно исследовала свою привычку игнорировать боль и носить маску жесткой, готовой постоять за себя женщины. Работа над внешней проблемой Джейн (чрезмерным вниманием к дочери) могла бы на некоторое время облегчить состояние клиентки, однако при этом без внимания остались бы более насущные потребности Джейн.

Два этих примера из клинической практики иллюстрируют трудности оценки ресурсов и предпочтений клиента при планировании терапии. Такая оценка должна основываться на информации, которую дает рабочий альянс, или терапевтические отношения заинтересованных людей. Этот важный факт приводит нас ко второму компоненту — отношениям. Во врезке “Индивидуальное и культурное 10.1” приводится случай из клинической практики, связанный с культурными переменными.

Отношения

Компонент *C* в мнемонической аббревиатуре Л. Селигман (*Seligman, 1996*) *DO A CLIENT MAP* (табл. 10.2) означает “характеристики клинициста, имеющие терапевтическое значение”. Такое внимание к терапевсту наблюдается и в большинстве других моделей планирования терапии. В своей книге *Selecting Effective Treatments* (“Выбор эффективного лечения”) (*Seligman, 1998*) Селигман постоянно ссылается на профессиональные и личностные качества клинициста, которые необходимы для успешного терапевтического плана. Только личность терапевта делает планирование терапии полным и законченным. Например, если в качестве дополнительного терапевтического средства вы рекомендуете библиотерапию, это предполагает, что вы сами прочли и одобряете, как человек и как специалист, те книги, которые предлагаете клиенту. Кроме того, методики, которыми вы пользуетесь, должны производить впечатление аутентичных и полезных, а не запутанных или примитивных. Домашние задания, которые вы предлагаете клиенту, должны быть такими, чтобы вы сами смогли и хотели их выполнить, если бы столкнулись с подобной ситуацией. Если вы просто подгоняете набор определенных терапевтических методов под комплекс определенных проблем, вы игнорируете не только уникальность личности клиента, но и уникальность

Индивидуальное и культурное 10.1

**Культурные переменные в планировании терапии:
случай из практики**

Часто при разработке терапевтической политики на первый план выходят культурные факторы. Приведенный ниже пример заимствован (в адаптированном и сокращенном виде) из статьи *The Case of Dolores* (“История болезни Долорес”) (*Sommers-Flanagan, 2001, in Paniagua, 2001*).

Долорес, 43-летняя американская индианка, пришла на консультирование из-за чувства тоски, неспособности сосредоточиться, бессонницы и агедонии. Эти депрессивные симптомы были связаны с двумя тяжелыми обстоятельствами в ее жизни. Во-первых, Долорес очень переживала из-за своего мужа, Гейба, который всерьез пристрастился к азартным играм, однако отказывался обращаться за профессиональной психологической помощью. Во-вторых, Долорес боялась, что из-за своих психологических проблем и расточительства мужа она может утратить право на содержание приемной дочери Сейдж.

Даже в той минимальной информации, которая дается в этом примере, сразу заметны культурные факторы. В частности, поскольку основные проблемы Долорес привязаны к обстановке в семье, очень важно изучить появление и продолжительность симптомов именно в семейном контексте. В конце концов симптомы Долорес могут относиться скорее к ее семейной идентичности, чем к ее “Я”. Кроме того, вполне возможно, что необходимость обратиться к консультанту вызвала такой же стресс, как и семейные проблемы. У некоторых индейских племен Северной Америки считается недопустимым жаловаться на своих родственников. Соответственно, отношение Долорес к клиническому интервьюированию и ее мнение о сохранении (или потере) своей этнической идентичности могло быть основным терапевтическим направлением, особенно если она воспринимает консультанта как представителя доминирующей культуры.

Страх Долорес перед возможностью потерять приемную дочь также приводит к культурным факторам. В данном случае удочерение было неформальным актом на уровне племенной общины. Возможно, Долорес придется объяснить свои опасения по поводу вероятности потери приемной дочери своим соплеменникам, а также проконсультроваться с юристами, чтобы узаконить акт удочерения. Вполне вероятно, что правительство США подтвердит законность удочерения согласно Акту о социальном обеспечении индейских детей (*O'Brien, 1989*). Поэтому поддержка племени для Долорес важнее, чем контакты с системой юриспруденции США. Наконец, хотя многим консультантам тревога Долорес из-за возможности потерять приемную дочь покажется преувеличенной, разлука с детьми часто становилась причиной интергенерационных психических травм американских индейцев. Поэтому прежде

чем бороться с тревогой, нужно оценить отношение Долорес к этим историческим фактам и ее личный опыт.

В заключение можно сказать, что при работе с североамериканскими индейцами и другими культурными и национальными меньшинствами планирование терапии должно быть культурно обусловленным и культурно корректным. Например, в ситуации с Долорес можно внести следующие коррективы в процесс планирования.

- Выяснить отношение Долорес к продолжению психологического консультирования.
- Выяснить, что думает и чувствует Долорес, когда критикует членов своей семьи.
- Рассказать Долорес об Акте социального обеспечения индейских детей.
- Поддержать Долорес в ее желании поделиться своими опасениями с соплеменниками или, если возможно, с юристом племени.
- Обсудить страх Долорес по поводу возможности потерять приемную дочь в контексте исторических фактов разлуки индейцев с детьми.

собственной личности. Точно так же, как терапевтический план должен по возможности уделять внимание всем значимым сторонам клиента, он должен опираться на заинтересованного, компетентного специалиста. Если данное условие не соблюдается, клиент чувствует это, и рабочий альянс никогда не достигнет необходимого уровня развития.

Если вы еще не определились со своими предпочтениями и ценностями, подумайте над такой мыслью: даже учитывая необходимость постановки диагноза и планирования терапии, работа в сфере охраны психического здоровья связана прежде всего с человеческими отношениями. Потеряв в процессе диагностики, планирования или постановки задач контакт с клиентом как с уникальным человеческим существом, мы рискуем забыть о его истинных нуждах и нанести ему вред. Если при этом клиницист утрачивает контакт с самим собой как с уникальным человеческим существом, он работает не в полную силу и не использует весь потенциал своей профессии.

РЕЗЮМЕ

Данная глава посвящена основам диагностики психических расстройств. Этот процесс сопряжен со многими противоречиями, однако существуют очень важные причины для того, чтобы каждый специалист осваивал навыки диагностики. Диагноз может выполнять организующую функцию, тем самым

способствуя планированию терапии и терапевтическому процессу. Диагноз можно считать рабочей гипотезой, он также способен приносить облегчение клиентам, которые понимают, что и другие люди подвержены таким же реакциям, проблемам и симптомам.

Терапевты должны применять сбалансированный подход к проведению диагностических интервью, обеспечивая: а) эмпатическое введение клиента в процесс диагностики с объяснением того, что ожидает клиента; б) экстенсивный анализ проблем клиента и релевантных целей; в) краткий обзор личной истории клиента, включая опыт, который тесно связан с его первостепенной проблемой; г) краткое исследование психического статуса клиента; д) анализ актуальной ситуации клиента, включая доступную систему социальной поддержки, навыки совладания со стрессом, состояние физического здоровья и сильные стороны его личности. В контексте диагностического интервью невозможно держать в памяти все диагностические параметры. Клиническому интервьюеру следует заимствовать или разрабатывать краткие диагностические таблицы, которые помогут ему адекватно изучить необходимые параметры определенной диагностической сферы.

Планирование терапии вытекает непосредственно из диагноза или анализа проблем. Специалисты могут использовать психологический подход к планированию терапии, при котором комплекс проблем обуславливает цели и конкретные терапевтические задачи; или же они могут руководствоваться медицинской (биологической) моделью, согласно которой клинический интервьюер должен категоризировать симптомы в диагноз, а последний диктует выбор терапевтической стратегии. Возможна и комбинация двух этих подходов в виде биопсихосоциальной модели, которая включает диагноз, но также уделяет внимание конкретным симптомам и проблемам на основании полученной от клиента информации.

Планирование терапии включает определение адекватных целей, которые должны быть достигнуты в ее процессе. Выбор эффективных терапевтических стратегий включает анализ нескольких переменных, относящихся как к клиенту, так и к интервьюеру, в том числе личностные ресурсы и общие факторы отношений.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Существуют многочисленные публикации, ориентированные на обучение клиницистов использованию *DSM-IV* в качестве диагностического руководства, а также руководства по психотерапии. Есть также много работ, посвященных планированию терапии. Приведенный список не содержит

всех доступных работ по данной теме, но помогает сориентироваться в выборе научной литературы для дальнейшего изучения проблемы.

Frances, A., & Ross, R. (1996). DSM-IV case studies: A clinical guide to differential diagnosis. Washington, DC: American Psychiatric Association. Зачастую диагносты совершенствуют профессиональные навыки, разбирая трудные или запутанные клинические случаи. В работе “Случаи из практики (DSM-IV): клиническое руководство по дифференциальному диагнозу” приводятся многочисленные подобные случаи.

Jongsma, A. E. (2001). The adult psychotherapy progress notes planner. New York: John Wiley & Sons. Работа “Заметки по планированию психотерапии для взрослых” дает советы и образцы для составления промежуточных отчетов о терапевтическом прогрессе.

Jongsma, A. E., & Peterson, L. (2000). The complete adolescent psychotherapy treatment planner. New York: John Wiley & Sons. “Комплексное планирование в подростковой психотерапии” — одно из руководств по планированию терапии, которые написали А. Джонгсма и Л. Питерсон. Оно рассчитано на то, чтобы помочь клиницистам в составлении терапевтических планов для особых социальных групп.

Jongsma, A. E., & Peterson, L. (1999). The complete adult psychotherapy treatment planner. New York: John Wiley & Sons. Книга “Комплексное планирование в психотерапии взрослых” — одна из последних работ по планированию психотерапии, ориентированная на работу со взрослыми клиентами. Книги этих авторов очень содержательны, к ним часто прибегают практикующие клиницисты при составлении терапевтических планов.

Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1997). Making us crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: Free Press. В книге “Делая нас сумасшедшими: DSM: билль психиатрии и создание психических расстройств” авторы дают глубокий анализ развития системы DSM как метода категоризации психических расстройств. Главы, посвященные гомосексуализму и расизму, особенно полезны для будущих интервьюеров.

Leahy, R. L., & Holland, S. J. (2000). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford. Книга и компакт-диск “Терапевтические планы и интервенции для депрессии и тревожных расстройств” посвящены эмпирически подтвержденным когнитивно-поведенческим терапевтическим стратегиям семи распространенных типов депрессивных и тревожных расстройств. Образовательный пакет включает раздаточный материал, разработки для домашних заданий, диагностические схемы и таблицы, а также описание часто используемых в психиатрии медикаментов.

McLean, P. D., & Woody, S. R. (2001). Anxiety disorders in adults: An evidence-based approach to psychological treatment. London: Oxford University Press. Выступая за эмпирически подтвержденные терапевтические методы, авторы книги “Тревожные расстройства у взрослых: основанный на доказательствах подход к психологическому лечению” проводят обзор доказавших свою эффективность терапевтических стратегий, а также анализируют параметры психиатрической и психологической практики. Книга посвящена исключительно терапии расстройств в виде тревожности.

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (1998). A guide to treatments that work. New York: Oxford University Press. Авторы “Действенного руководства по лечению” проводят обзор научных работ, посвященных изучению терапевтических результатов и клинических навыков, чтобы дать читателю представление о наиболее эффективных современных методах медикаментозной и психотерапии.

Rapoport, J., & Ismond, D. R. (1996). DSM-IV training guide for diagnosis of childhood disorders. New York: Brunner/Mazel. “Руководство по DSM-IV для диагностики детских расстройств” предлагает советы клиницистам, которые используют DSM-IV для диагностики аномальных психических состояний, обычно наблюдаемых в детском и подростковом возрасте. Для демонстрации возможностей применения диагностических критериев и принципов DSM-IV используются примеры из клинической практики.

Reid, W. H., & Wise, M. G. (1995). DSM-IV training guide. Washington, DC: American Psychiatric Association. “Учебное руководство по DSM-IV” задумано как приложение к DSM-IV.

Rogers, R. (2001). Handbook of diagnostic and structured interviewing. New York: Guilford. Работа “Учебник по диагностическому и структурированному интервью” включает анализ и прогнозы по различным подходам к диагностическому и структурированному интервью для клиентов с психическими расстройствами.

Roth, A., & Fonagy, P. (1996). What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford. Работа “Что действительно и для кого? Критический обзор психотерапевтических исследований” содержит комплексный анализ статуса психотерапевтических исследований. Включает оценку многих терапевтических интервенций.

ЧАСТЬ IV

**Клиническое интервьюирование
отдельных категорий клиентов**

КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ

Мистер Квимби вытер тарелку и поставил ее в буфет. “Я изучаю живопись, потому что хочу обучать живописи. И я изучаю развитие детей...”

Рамона перебила: “Что такое развитие детей?”

“Как растут дети”, — ответил отец.

Рамона удивлялась: зачем люди ходят на занятия и учатся таким вещам? Всю жизнь ей говорили: чтобы вырасти, нужно есть здоровую пищу (обычно ту пищу, которая ей не нравилась) и вовремя ложиться спать (обычно именно тогда, когда у нее были гораздо более интересные занятия).

Беверли Клири, Ramona Quimby, Age 8

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Как нам периодически напоминают наши юные клиенты, не нужно быть семи пядей во лбу, чтобы понять: работа с детьми¹ зачастую кардинально отличается от работы со взрослыми. В этой главе мы даем практические рекомендации по клиническому интервьюированию детей и молодежи. Прочитав главу, вы узнаете:

- особые соображения по поводу работы с детьми;
- о том, как нужно вести себя (и одеваться), чтобы произвести благоприятное первое впечатление на юных клиентов;
- как обсуждать с детьми вопросы конфиденциальности, информированного согласия, а также информацию, содержащуюся в направлении клиента, диагностические и терапевтические методы;
- о специальной методике обсуждения терапевтических целей с детьми;
- об удобных и простых в применении стратегиях диагностики и сбора информации;
- о том, как можно успокоить, поддержать и стимулировать ребенка;
- о важных вопросах, которые нужно решать при завершении клинического интервью с детьми.

¹ Согласно определению “Конвенции ООН о правах ребенка”, ребенком считается “каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста”. При необходимости уточнения возраста мы применяем термин “подросток”. — Прим. ред.

До этого момента мы в основном говорили об интервьюировании, диагностике и планировании терапии взрослых клиентов. Однако работа с детьми выдвигает особые требования и сопряжена с особыми трудностями. В этой главе мы рассмотрим очень важные принципы и стратегии клинического интервьюирования, которые необходимы для успешной работы с детьми. Мы также опишем затруднения, которые могут возникать при клиническом интервьюировании детей, и предложим способы их преодоления.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ

Работая с детьми, клиническому интервьюеру трудно сохранять уравновешенность и объективность. Так, у взрослых есть плохая привычка делить всех детей на “хороших” и “плохих”. Если клинический интервьюер поддастся этой тенденции, он может закончить тем, что будет бояться прихода “плохих” детей и радоваться “хорошим”.

Многие клинические интервьюеры, учителя и другие взрослые склонны либо недостаточно, либо чересчур отождествлять себя с детьми. Некоторые взрослые абсолютно уверены в том, что у них не может быть никаких проблем с пониманием внутреннего мира ребенка: “Я сам был ребенком, так что я знаю, что к чему”. Взрослым, страдающим подобной самоуверенностью, может не удастся установить рамки и ограничения, когда это будет необходимо, они могут проецировать на детей свои собственные нерешенные детские конфликты и/или не смогут оценить уникальные качества детей, с которыми работают. Другая категория взрослых — те, которые не способны в достаточной мере отождествить себя с детьми, могут относиться к детям как к враждебным существам, почти как к пришельцам из космоса. Такие взрослые могут говорить о сидящем рядом с ними ребенке так, словно он находится совершенно в другом месте. Они также могут становиться чересчур снисходительными, строгими, быть далекими от проблем ребенка и/или терять чувство реальности в своих опасениях или ожиданиях.

Дети просто *не такие*, как мы, и они не такие, какими мы были в детстве. Однако хотя они и отличаются от взрослых, они и не настолько загадочные существа, какими их иногда считают. Дети где-то посередине между двумя крайностями — они быстро развиваются, они вполне люди и они заслуживают уважения и адекватных их возрасту общения и информации.

Для эффективной работы с детьми необходимо придерживаться требований как к образованию интервьюера, так и к его установкам. Мы советуем специалистам в сфере охраны психического здоровья относиться к работе с детьми как к разновидности межкультурного консультирования (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997). Вам нужно ознакомиться

с основными теориями когнитивного, социального и эмоционального развития и получить непосредственное представление о практических аспектах развития детей (т.е. вы должны провести некоторое время с детьми, либо ухаживая за ними, либо поддерживая с ними эмоциональный контакт).

Кроме того, компетентные интервьюеры, работающие с детьми, в определенной степени искренне привязаны к своим клиентам. Если дети пугают, отталкивают или раздражают вас, вам, возможно, потребуется психологическая консультация, чтобы разобраться в своих реакциях, прежде чем вы сможете приступить к непосредственной работе с маленькими клиентами. Еще один тревожный знак, предостерегающий от работы с детьми, — устойчивая тенденция к чрезмерной эмоциональной вовлеченности в судьбу ребенка. Чрезмерная эмоциональная вовлеченность может проявляться в продолжительных фантазиях об усыновлении или удочерении ребенка, находящегося в трудной ситуации, или же неординарных практических действиях, выходящих за рамки профессиональных отношений с клиентами. Прежде чем приступать к терапевтической работе с детьми, склонные к чрезмерному вовлечению люди должны осознать в себе эту тенденцию и найти другие возможности для удовлетворения своей потребности в спасении и заботе.

Здоровый профессиональный и психологический баланс особенно необходим при работе с детьми. Дети обладают особенной способностью находить наши чувствительные места, выводить нас из равновесия, активировать в нас бессознательные конфликты. Установление требуемого равновесия тем более важно, что дети особенно уязвимы. Взрослые клиенты отличаются большей зрелостью, больше знают, обладают большим жизненным опытом и лучше понимают себя. Обычно им лучше удается отстоять свою позицию и защитить свои интересы. У взрослых больше ресурсов, они гораздо автономнее детей. Большинство взрослых способны прервать неэффективные или манипулятивные отношения с психиатрами или консультантами, а дети в большинстве своем не могут. Большинство взрослых клиентов могут выразить свою неудовлетворенность и свои потребности в такой форме, которая понятна консультанту. Дети часто не могут или не хотят прямо сообщить о своих проблемах, а когда они это делают, их часто игнорируют. Учитывая все сказанное выше, мы должны уделить особое внимание навыкам, профессиональной подготовке и установкам, необходимым для эффективной работы с детьми.

Глава построена на модели поэтапного деления клинического интервью, которую предложил С. Шей (*Shea, 1998*) (см. главу 6). Поскольку интервьюирование детей обычно подразумевает и беседу с родителями или другими ответственными за ребенка взрослыми, структура клинического

интервью несколько усложняется. Очень важно правильно распределить время. Для приемного интервью вам, возможно, придется выделить дополнительное время, чтобы ребенок имел надлежащую возможность для самовыражения, а его родителям уделили достаточно внимания.

В этой главе лишь поверхностно затронуты самые общие принципы работы с детьми. Начинаям клиническим интервьюерам, которые хотят работать с молодежью и детьми, необходимо получить более серьезное образование и пройти специальную подготовку. Как обычно, в конце главы приводится список рекомендуемой специальной литературы.

ВСТУПИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Многие (если не все) дети сознательно *не* ищут профессиональной психиатрической помощи (*DiGiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996; Richardson, 2001*). Маловероятно, что они первыми позвонят консультанту или психиатру, чтобы договориться о встрече. Обычно детей направляют к психологу их родители, опекуны или администрация школы. Дети могут не иметь ясного представления о том, с кем они будут встречаться и какова цель этой встречи. В некоторых случаях они не замечают своих проблем или, что еще хуже, их могут не предупредить заранее о визите к консультанту, и он будет для них полной неожиданностью. В других ситуациях дети могут очень ясно осознавать свои проблемы или те неприятности, которые они причиняют другим людям.

При работе с детьми роль взрослых, несущих ответственность за ребенка (родителей, бабушек и дедушек, отчима, мачехи, старших братьев и сестер и т.п.), становится ключевой в клиническом интервью и требует особого внимания. Некоторые взрослые хотят присутствовать на протяжении всего клинического интервью, другие, наоборот, считают, что их присутствие излишне. В большинстве случаев решение должно основываться прежде всего на суждении интервьюера о том, что лучше для ребенка (с учетом предъявляемой проблемы, возраста ребенка и политики учреждения или клиники, в которой работает интервьюер). Опытные клинические интервьюеры часто предпочитают встретиться сначала с ребенком и взрослым, но оставляют некоторое время для общения с ребенком с глазу на глаз. В зависимости от теоретической ориентации клинического интервьюера и возраста ребенка некоторые консультанты беседуют только с родителями или другими взрослыми.

Условия проведения приемного интервью могут дать ребенку очень важную информацию. Клинический интервьюер, который встречается только со взрослыми, может восприниматься как их доверенное лицо (или альтернативный представитель власти). Это особенно касается подростков.

С другой стороны, могут возникнуть проблемы, если клинический интервьюер решит не беседовать отдельно со взрослыми (*Kelly, 1997*). Иногда нужно получить такую информацию о родителях или ситуации в семье, которую ребенку лучше не знать. Также предпочтительнее встречаться с враждебно настроенными, агрессивными родителями без ребенка, чтобы не подставлять его под шквал негативизма. Однако если ребенок — ваш основной клиент, он заслуживает того, чтобы узнать, хотя бы в общих чертах, что о нем говорят. Объяснение родителям или опекунам ребенка того, что вы будете обобщать информацию и делиться ею с ребенком, поможет определиться с формой клинического интервью. Если же вы работаете непосредственно с ребенком, то отвечаете перед ним как перед своим клиентом за конфиденциальность предоставленной вам информации.

Случай из практики

Сэнди Смит, 13-летняя девочка-мулатка, была удочерена супружеской парой, которая позже развелась. Сэнди была одаренной скрипачкой и спортсменкой, но попала в “плохую компанию”. Ее отец и мачеха настаивали на необходимости психологического консультирования. Мать и отчим были настроены не столь решительно, но чувствовали, что нужно принять какие-то меры в связи со все усиливающимся неповиновением девочки. Все четыре родителя, Сэнди и ее трехлетний сводный брат пришли в приемную психолога-консультанта. Поскольку оплачивать консультирование собирался родной отец Сэнди, мистер Смит, ему явно хотелось до интервью поговорить с психологом-консультантом наедине.

Психолог-консультант тепло улыбнулась мистеру Смиту, но сначала подошла к Сэнди, приветствуя ее: “Здравствуй. Ты, должно быть, Сэнди. Похоже, у тебя целая команда болельщиков”.

Сэнди пожала плечами и пробормотала: “Привет”.

Психолог-консультант продолжала: “Давайте на несколько минут зайдем в кабинет, чтобы я могла пообщаться со всеми вами”.

Отец Сэнди с нажимом спросил: “Можно вас на пару слов?”

Психолог-консультант снова улыбнулась ему и сказала: “Знаете, было бы лучше, если бы все мы зашли в кабинет и я объяснила всем вам, как я работаю с юными клиентами (выразительная улыбка в сторону Сэнди). Думаю, мистер Смит, вы сразу услышите ответы на ваши вопросы. А в том случае, если не услышите, мы придумаем, как это исправить. Вас это устраивает?”

Мистер Смит кивнул, несколько неохотно, и вся компания прошла в кабинет психолога-консультанта.

В этом примере клинический интервьюер явно заранее четко определилась с планом действий, и ей удалось сразу же поставить доминирующего (и, возможно, авторитарного) отца в определенные рамки. Интервьюеры, не имеющие четкого плана и не проявляющие ассертивного² поведения, часто заканчивают тем, что доминирующий родственник юного клиента начинает контролировать интервью и даже терапевтический план. Хотя подобное поведение старших членов семьи может нести ценную информацию, будет лучше, если терапевтический план все-таки будет разработан профессионалом.

Родители и опекуны ребенка могут обладать многочисленными юридическими и моральными правами, однако очень важно, чтобы ребенок — ваш клиент — понял, что вы прежде всего преданы ему. Это понимание может быть серьезно затруднено чрезмерным вниманием к интересам и проблемам взрослых и недостаточным вниманием к ребенку. Поэтому важно заранее, возможно даже при назначении встречи, определиться с ролью родителей и других заинтересованных взрослых в предстоящем интервью. Например, телефонный разговор с женщиной, которая хочет договориться о консультации для своего 12-летнего сына, может проходить в таком духе.

Интервьюер: Здравствуйте, меня зовут Максин Браун. Я звоню по поводу вашей заявки в Риверсайдский консультационный центр.

Женщина: Да-да, я звонила вчера. Я хотела бы договориться о встрече для моего 12-летнего сына. Он растет без отца, и я потеряла с ним контакт. Последнее время он такой агрессивный. С ним невозможно справиться. Когда мне можно его привести?

Интервьюер: Я провожу прием в следующий понедельник, в час дня и в три часа дня.

Женщина: Чудесно. Мы придем в три.

Интервьюер: Договорились. (Консультант объясняет принципы оплаты, рассказывает об анкетах, которые нужно заполнить, объясняет, как добраться до консультационного центра.) Кроме того, хочу вам сказать, что сначала мне нужно будет поговорить с вами обоими. Я объясню вам и вашему сыну некоторые организационные вопросы, задачи консультирования и мои принципы работы с детьми. Вы не возражаете?

Женщина: Да нет. То есть вы хотите, чтобы я тоже сидела у вас в кабинете? Я думала, что просто привезу сына и уеду обратно на работу.

Интервьюер: Вообще-то, для меня очень важно встретиться с вами обоими и обсудить задачи психологического консультирования. Это займет около 20 минут. Затем я хочу пообщаться с вашим сыном и лучше с ним познакомиться, чтобы мы могли сотрудничать. Пока я буду с ним говорить,

² Ассертивное поведение (от англ. *assert* — утверждать, отстаивать) — последовательное поведение, направленное на отстаивание собственных интересов. При этом характеризуется отказом от агрессивности и учетом интересов противоположной стороны. — Прим. ред.

вы можете или вернуться на работу, или заполнить необходимые бумаги в приемной. Согласны?

Женщина: Хорошо.

Интервьюер: Прекрасно. Итак, жду вас обоих в понедельник.

Либо в предварительной телефонной беседе (как в последнем примере), либо до начала клинического интервью (как в первом примере) очень важно взять под контроль вовлечение заинтересованных взрослых в терапевтический процесс. Каждая ситуация неповторима, однако четкое определение вашей политики и принципов, или политики и принципов вашего учреждения, позволит избежать возможной путаницы и наладить рабочий альянс с ребенком (и заинтересованными взрослыми).

НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП

Все дети в нашем городе любят миссис Пиггль-Виггль, потому что миссис Пиггль-Виггль любит их. Миссис Пиггль-Виггль любит их, ей нравится с ними общаться, а самое главное — они ее не раздражают.

Б. Макдональд, *Mrs. Piggie-Wiggle*

В этом разделе описываются эффективные стратегии знакомства с детьми. Интервьюирование детей включает две задачи общего характера. Во-первых, вы должны как можно больше узнать о ребенке (*Greenspan & Greenspan, 1991*). Во-вторых, в процессе знакомства с ребенком вам необходимо установить с ним теплые, уважительные отношения. Поскольку дети, как правило, не знакомы с процедурами клинического интервьюирования, они могут стесняться, сопротивляться или замыкаться в себе, и тогда процесс установления отношений может быть сопряжен с особыми трудностями. Вы лучше справитесь с этими затруднениями, если последуете примеру миссис Пиггль-Виггль: дети очень хорошо чувствуют отношение взрослого к себе и отзываются на любовь. Точно так же сразу заметны страх или раздражение клинического интервьюера, вызванные установками и поведением детей. Когда дети считают, что их не уважают или не любят, они вряд ли станут слушать клинического интервьюера, доверяться ему или продолжать терапию, если у них будет выбор (*Hanna, Hanna, & Keys, 1999; Lambert, 1989; Ricks, 1974; Stern, 1993*).

Первое впечатление

Первое впечатление имеет очень большое значение. Психологи-консультанты должны быть дружелюбными, активными, интересными и оптимистичными. Первое впечатление обычно начинает складываться во время

первой встречи в приемной психолога-консультанта. Хотя для клинического интервьюера может быть заманчиво сначала завязать разговор со взрослыми, это может затруднить налаживание контакта с ребенком. При первой встрече в приемной старайтесь в первую очередь устанавливать контакт с юными клиентами. Удачное начало — помахать ребенку рукой (или пожать руку), дружески обратиться к нему: “Привет. Должно быть, ты Уитни”, затем продолжить с помощью обычных кратких формул приветствия, например: “Приятно познакомиться”, “Как дела?”, “Классная сегодня погода, правда?” Этим вы даете ребенку понять, что ждали его прихода и хотите с ним общаться. Не помешает и переброситься парой слов со взрослыми, если только это не мешает контакту с ребенком.

После того как вы перешли из приемной в кабинет, не ослабляйте внимания к ребенку. Дети, даже когда они открыты и не прочь пообщаться с интервьюером, все-таки с полным основанием считаются немотивированными клиентами, поскольку приходят на терапию не по собственной воле. Как и другим немотивированным клиентам, полезно предложить ребенку творческий выбор в рамках интервью. Например, вы можете сказать следующее.

1. “Привет, Бобби. Пока мы с тобой будем общаться, твои мама и папа собираются заполнить какие-то скучные бумаги. У меня в кладовке есть игрушки. Ты можешь выбрать любые две и взять с собой в кабинет”.
2. “А сейчас, Сара, мне нужно объяснить тебе три важные вещи. Одна из них касается того, как мы вместе будем проводить время. Вторая касается понятия *конфиденциальность*. А третья — почему у меня в кабинете такой беспорядок. С чего мы начнем?”

Еще одна возможность предоставить детям творческий выбор — предложить им вкусную еду или напитки. В зависимости от ваших предпочтений, средств и контекста вы можете угостить детей молоком, какао, соком, лимонадом. Из лакомств можно предложить пряники, чипсы, свежие фрукты, конфеты, йогурт. Кормить или не кормить — мы не будем вдаваться в подробное обсуждение этого вопроса. Достаточно сказать, что угощение детей помогает наладить взаимоотношения с ними. Голодные дети не могут думать ни о чем, кроме пищи. К тому же наблюдение за пищевым поведением юных клиентов может служить источником важной терапевтической информации. Пища может стать особенно действенным терапевтическим средством, если дети приходят на интервью сразу после занятий в школе. Хотя лично мы стараемся не предлагать детям напитки с высоким содержанием кофеина и очень сладкие продукты, другие знакомые нам терапевты используют их с разрешения родителей.

Интерьер и личностные установки

Физическое окружение может влиять на состояние детей. Перед интервьюированием детей поместите в поле зрения юного клиента несколько “классных” вещей. В зависимости от возраста клиента полезно иметь в офисе такие предметы, как открытки с гоночными машинами, красиво оформленные книги сказок, игральные карты, альбомы для рисования, пластилин, маски. Модные игрушки в кабинете клинического интервьюера — признак его современности, но коль скоро вы решили стать на эту стезю, вам придется все время следить за модой. Когда мы писали эту книгу, в моде были книги о Гарри Поттере и Спайдермене. Тамагочи уже устарел. Сейчас, когда вы читаете эту книгу, вам самим придется узнавать, какие игрушки в моде. Независимо от модных тенденций такие вещи, как куклы и мягкие игрушки, помогут ребенку успокоиться и почувствовать себя комфортнее. Некоторые подростки могут язвительно отзываться об игрушках в вашем кабинете, поскольку они ассоциируются с детьми младшего возраста. Однако подобные комментарии, скорее всего, выступают лишь маской, скрывающей потребности в комфорте и зависимости (*Brems, 1993*). В общем, кабинет интервьюера должен быть интересным и нравиться детям, насколько это возможно.

Вместо того чтобы обращать внимание детей на определенные вещи в вашем кабинете, дайте им возможность самим сделать выбор. Естественная для этого периода тяга к исследованию окружения поможет детям адаптироваться к непривычной обстановке. Кроме того, их реакция на окружение несет ценную диагностическую информацию. Например, некоторые дети обращают внимание на спортивные открытки и прикидывают, сколько будет стоить ваша коллекция. Другие начинают обнимать плюшевого мишку или декоративную подушечку. Третьи вообще ни на что не обращают внимания, сидят нахохлившись и закатывают глаза, когда вы пытаетесь их разговорить. Некоторым детям нужно постоянно что-нибудь вертеть в руках. Если предметы начинают отвлекать внимание юных клиентов, их лучше спрятать. Но если ребенку некуда деть руки, пусть лучше возьмет какую-нибудь вещь, пока вы с ним беседуете. Возможность мять в руках игрушку часто помогает ребенку успокоиться (*Hanna et al., 1999*).

Юные клиенты, особенно подростки, лучше реагируют на тех интервьюеров, которые даже с помощью одежды дают понять, что они свои в мире молодежи. Это не значит, что вам нужно одеваться в самых дорогих магазинах молодежной моды. Хотя должны заметить, что одной из самых успешных терапевтов, которые нам известны, удается налаживать и сохранять отношения с трудными девочками-подростками отчасти именно потому,

что у нее соответствующий “прикид”. Если вам непонятно, откуда нам может быть это известно, объясним. Подростки часто обмениваются отзывами о своих терапевтах, а также часто рассказывают клиническим интервьюерам об успехах своих друзей, которые посещают других психологов-консультантов. Подобные комментарии могут быть весьма информативными.

И наоборот, некоторые стили одежды считаются “отстоем”. Так, традиционный консервативный наряд (пиджак, галстук) может восприниматься подростками (особенно теми, которые склонны к оппозиционному и вызывающему поведению) как отличительный знак представителя власти. Делинквентные подростки проявляют сильные трансферные реакции по отношению к представителям власти. Подобная реакция может препятствовать установлению контакта (*Spiegel, 1989*).

Как правило, при работе с детьми рекомендуется неформальный стиль одежды. Это не значит, что отношение молодых клиентов к интервьюеру целиком и полностью зависит от его одежды или не может меняться. Однако при работе с детьми важно устранить, насколько это возможно, любые потенциальные препятствия, которые могут помешать установлению контакта. Хотя внешний вид интервьюера должен отвечать его социальному и профессиональному положению, не стоит полностью игнорировать и молодежную субкультуру.

Обсуждение конфиденциальности и информированного согласия

Многие подростки очень чувствительны к вопросу конфиденциальности. Поэтому данный вопрос нужно поднимать *в начале* приемного интервью. Кроме того, молодые люди порой считают клинического интервьюера тайным агентом своих родителей или других заинтересованных взрослых. Они могут опасаться, что сказанное ими клиническому интервьюеру с глаза на глаз будет передаваться их родственникам или представителям власти. Если бумаги по информированному согласию зачитываются и подписываются до приемного интервью, то вопрос конфиденциальности следует затрагивать сразу же после того, как ребенок и его родители разместились в вашем кабинете и подписали необходимые документы (*Gustafson, McNamara, & Jensen, 1994; Handelsman & Glavin, 1988; Plotkin, 1981*). Для работы с детьми мы рекомендуем следующий подход.

“Возможно, Вилли, ты и твоя мама уже читали о конфиденциальности в тех бумагах, которые вам давали в приемной, или вы слышали это слово раньше. Но я хочу еще несколько минут об этом поговорить. Конфиденциальность — это сохранение тайны. Это значит, что никто не будет знать, о чем мы с тобой говорили. Конечно, у меня есть начальник, и у меня есть твоя карточка. Но мой начальник тоже сохраняет конфиденциальность, а твоя карточка надежно спрятана”.

“Я буду держать в тайне все, что ты мне расскажешь... Я никому не стану рассказывать то, что от тебя услышу. Но есть такие вещи, которые я не буду держать в секрете. Например, если кто-то из вас может причинить вред себе или другим, я не буду держать это в тайне. И если я узнаю, что к ребенку применяют насилие или не заботятся о нем, я тоже не буду об этом молчать. Это вовсе не значит, что я вас в чем-то подозреваю. Просто я обязан объяснить вам границы конфиденциальности перед тем, как мы начнем беседовать. У вас есть по этому поводу какие-нибудь вопросы?”

“Итак (интервьюер смотрит на ребенка), очень шекотливый вопрос — стану ли я сообщать твоим родителям о том, что ты мне говоришь. Давай я расскажу, как я работаю, а ты подумаешь, устраивает это тебя или нет. (Интервьюер обращается к родителям.) Я думаю, что ваш ребенок должен мне доверять. Поэтому я хотел бы, чтобы вы поняли — я ограничусь только отчетами об успехах терапии. Другими словами, я буду в общих чертах рассказывать, как идут дела, но не стану передавать того, о чем сообщит ваш ребенок. Конечно, могут быть некоторые исключения — если, например, ребенок задумал что-нибудь опасное для себя или других. В таком случае я скажу вашему ребенку (интервьюер поворачивается к последнему), что его планы опасны, а потом приглашу всех вас (снова смотрит на родителей), чтобы мы вместе могли это обсудить. Это всех устраивает?”

Подросткам нужно рассказывать о сохранении и защите конфиденциальности. Большинство родителей сознают потребность своих детей в откровенной беседе с человеком вне семейного круга. При проведении диагностического интервью, когда результаты должны сообщаться направившему ребенка лицу либо учреждению, следует уведомлять об этом юного клиента. В тех редких случаях, когда родители настаивают на своем постоянном присутствии во время клинического интервью или на подробных отчетах, более уместной будет семейная терапия или система семейного интервьюирования и интервенции.

Психиатры и школьные психологи должны четко уяснить те затруднения, которые их положение и система, в которой они работают, вызывают у детей. Дети часто считают, что после откровенной беседы с клиническим интервьюером их жизнь станет для всех открытой книгой. Гарантия конфиденциальности и вразумительное объяснение ее пределов поможет детям почувствовать себя полноправными участниками взаимоотношений.

В США принципы конфиденциальности при работе с детьми различны в разных штатах. Все специалисты и практиканты должны оформлять документацию и действовать по отношению к клиенту согласно требованиям их учреждения и того штата, в котором они находятся.

Подростки могут лучше реагировать на видеоизмененный вариант объяснения конфиденциальности. Можно приводить более конкретные и юмористические примеры. Например, обращаясь к подростку, консультант говорит:

“Итак, если ты планируешь совершить что-нибудь ужасное — скажем, похитить почтальона и потребовать за него выкуп, — мне придется встретиться с твоими родителями и поговорить об этом. И по закону я буду обязан предупредить вашего почтальона о том, что его собираются похитить. Но что касается обычных вещей, о которых ты хочешь поговорить, которые тебя беспокоят (даже если это касается твоих родителей или учителей), — об этом я никому не скажу”.

Установление границ конфиденциальности сопряжено со многими противоречиями и спорными моментами. Тем не менее каждый клинический интервьюер должен (желательно заранее) определить, в каких ситуациях, когда и как он может сообщать родителям подростка о его опасном поведении (*Gustafson, McNamara, & Jensen, 1994*). Если вы используете письменные документы, объясняющие принципы конфиденциальности и информированного согласия, подросток и его родители должны подписать их, тем самым выражая свое понимание обозначенных принципов и согласие с ними.

Мы рекомендуем вам обсуждать границы конфиденциальности с детьми любого возраста. Конфиденциальность — уникальный аспект развития терапевтических отношений. Например, Р. Лив утверждает следующее.

Есть еще один аспект терапевтических отношений, который кажется детям очень необычным. Дети не часто слышат, что все, сказанное ими взрослому, будет храниться в строгом секрете и никогда не будет передано другим взрослым. Принятие принципа конфиденциальности означает, что психотерапевт относится к ребенку с таким уважением, которого тот никогда прежде не видел, и это знак того, что мысли и действия ребенка важны, возможно, даже настолько, как ему прежде и не снилось. В итоге дети чувствуют, что психотерапия — опыт, который очень отличается от других взаимоотношений со взрослыми, и что он станет чрезвычайно важным в их жизни (*Leve, 1995, p. 245*).

Вы, как интервьюер, должны развить свой собственный стиль общения с подростками и их родителями на тему конфиденциальности. Изучение различных подходов к обсуждению этой важной темы с клиентом поможет вам в этом (см. врезку “Индивидуальное и культурное 11.1”).

Анкетные данные и информация, содержащаяся в направлении

Учителя, члены семьи или другие люди, обеспокоенные поведением определенного ребенка, часто направляют его на психотерапию или на диагностическое интервью. В большинстве случаев клиническому интервьюеру следует сообщать ребенку, по какому поводу его направили. Умолчание может помешать налаживанию рабочего альянса. Помните о том, что направившее ребенка лицо, независимо от того, насколько оно обеспокоено, не является вашим клиентом.

Индивидуальное и культурное 11.1

Индивидуальный подход к клиентам на вводном этапе

В этой главе мы предлагаем примерные формулы для приветствия юных клиентов и знакомства с ними, а также для ознакомления клиентов с основными принципами интервьюирования и консультирования. Они помогут положить хорошее начало, но вы можете придумать что-нибудь получше. Все, что вы будете говорить в течение первых нескольких минут, должно быть вам близко и соответствовать вашему типу личности. Если вы используете стандартные формулы, которые вызывают у вас какой-то дискомфорт, дети заметят эту фальшь. Поэтому вам нужно потренироваться в составлении собственных вводных формул, которые подходили бы вашему личному стилю. Конечно, при этом необходимо оставаться в рамках приличия и не обидеть клиента. Эти формулы должны включать следующие элементы.

1. Знакомство с ребенком и его родными.
2. Описание конфиденциальности и ее границ для юного клиента и его родителей.
3. Рассказ о существенных аспектах клинического интервьюирования и психологического консультирования (например, о психодиагностике).

А сейчас подумайте несколько минут над тем, какие слова вы использовали бы для формулировки каждого из этих трех пунктов. Затем подумайте, как могут варьироваться ваши вступительные фразы в зависимости от этнической или культурной принадлежности юного клиента. Как изменились бы ваши формулировки, если бы вы работали с маленькими и взрослыми североамериканскими индейцами, афроамериканцами, американцами латинского и азиатского происхождения? Какие, по вашему мнению, вопросы вышли бы при этом на первый план и потребовали ваших комментариев? Если вы сами принадлежите к одному из упомянутых выше типов культурной или этнической среды, подумайте, чем отличалась бы работа с детьми вашего этноса и работа с белым ребенком. Обсудите эти вопросы с коллегами, затроньте их на практическом занятии.

Притом что молодежная среда как таковая должна считаться отдельной субкультурой, многим детям и молодым людям в США приходится приспосабливаться сразу к нескольким типам культурной среды: дома, в школе, на улице.

Каждый пятый ребенок, живущий в США, — из семьи иммигрантов (Wax, 2007). Стресс и напряжение, вызванные потребностью приспособиться к новой культурной среде, подчас усугубляются тем, что родители и родственники говорят не на том языке и исповедуют не те ценности, с которыми ребенок сталкивается вне дома. Клинические интервьюеры должны воздерживаться от шаблонных суждений о семьях

и детях иммигрантов. Нельзя забывать о возможном вреде, который может нанести трансгенерационный (т.е. передающийся из поколения в поколение) стресс, связанный со статусом иммигранта. Вредно также полагать, что семья иммигрантов непременно страдает из-за культурных несовпадений, с которыми ей приходится сталкиваться. Культурные различия могут сделать жизнь семьи как интересной и приятной, так и мучительно трудной. Мудрый клинический интервьюер находит возможность определить это. Вы можете наблюдать за клиентом и родственниками и предлагать мягкие, располагающие к беседе вопросы. Например.

“Я вижу, ты одета в джинсы и футболку, а твоя мама носит сари. Ты тоже иногда носишь сари?”

“Я заметил, что у твоих родителей очень интересный акцент. А на каком языке вы говорите дома, на русском или на английском?”

Несколько нейтральных или умеренно позитивных замечаний и последующий вопрос о культурных традициях семьи показывает ребенку, что вы готовы слушать о трудностях и победах, связанных с жизнью в разных культурах.

Например, к школьному психологу может обратиться учитель, который на перемене видел, как один из его учеников вырвал в туалете. По просьбе учителя психолог может пригласить ученика к себе на беседу. Мы считаем, что не упоминать причину приглашения будет ошибкой. Безусловно, вы должны четко объяснить эти принципы лицу, направляющему ребенка. В некоторых случаях человек, предоставивший информацию, должен остаться анонимным, но сама информация в большинстве случаев должна тактично, участливо и честно сообщаться клиенту.

После обсуждения конфиденциальности и информированного согласия переходят к выяснению причин, которые привели клиента к специалисту. Приведем самые распространенные причины, касающиеся дошкольников и детей, у которых еще не начался процесс полового созревания.

- Капризность, раздражительность или агрессивное поведение.
- Поведение, которое воспринимается заинтересованными взрослыми как аномальное или невыносимое для окружающих.
- Необычные страхи или тенденция избегать присущих данному возрасту игровых видов деятельности.
- Необычное или преждевременное сексуальное поведение.

- Травматические или сложные жизненные обстоятельства, например развод или смерть родителей, сексуальное насилие и жестокое обращение.
- Гиперактивность или дефицит внимания (преимущественно у мальчиков).
- Энурез или энкопрез.
- Юридическая тяжба родителей за право попечения.

Этот список далеко не полон. Он рассчитан на то, чтобы дать вам представление о некоторых причинах направления детей младшего возраста к психологу-консультанту. Подобно детям младшего возраста, подростки, как правило, не выступают инициаторами психотерапии. Вот обычные причины направления подростков на психологическое консультирование.

- Депрессивные симптомы (по оценке заинтересованных взрослых).
- Оппозиционное или вызывающее поведение (согласно оценке представителей власти).
- Неконтролируемый гнев.
- Нарушения пищевого поведения или проблемы с весом.
- Травматический опыт (изнасилование, сексуальные домогательства, развод и смерть родителей).
- Суицидальные мысли или действия.
- Решение суда по делам несовершеннолетних.
- Употребление алкоголя или наркотических веществ (обычно подростка уличают в употреблении этих веществ или действиях под их влиянием).

Хотя очень важно иметь общее представление о детской психопатологии и типичных проблемах этого возраста, каждая ситуация уникальна и требует индивидуального подхода. Каждого ребенка следует спрашивать о том, как он понимает смысл своего прихода к психологу-консультанту. Однако юные клиенты нередко дают сбивчивый или необычный ответ.

“Мама хочет с вами поговорить, потому что я плохой”.

“Не знаю... Я понятия не имел о том, что меня сюда приведут”.

“Потому что я ненавижу свою учительницу и не хочу делать домашние задания”.

“Я согласился сюда прийти, потому что за это мама обещала купить мне новую компьютерную игру”.

“Потому что мои родители идиоты. Это им *кажется*, что у меня проблемы”.

Некоторые дети, когда их спрашивают о причинах прихода к специалисту, просто молчат и ничего не отвечают. Вполне возможно, что они а) не понимают, о чем их спрашивают; б) не могут сформулировать ответ; в) боятся или не желают говорить о своих истинных мыслях или чувствах в присутствии своих родителей; г) боятся или не желают говорить о своих истинных мыслях или чувствах незнакомому человеку; д) не осознают своих проблем или упорно не желают в них признаваться.

Спротивляющиеся или не отвечающие дети ставят интервьюера перед сложной проблемой. Как вы предполагаете собирать информацию или налаживать рабочий альянс с ребенком, если он не то что не хочет рассказывать о своих проблемах, а вообще отказывается с вами говорить? Акцент на желаниях и целях — об этом говорится в следующем разделе — поможет преодолеть сопротивление и установить с юным клиентом рабочий альянс через его вовлечение в позитивное взаимодействие.

Желания и цели

Чтобы выяснить основные проблемы ребенка посредством стратегии желаний и целей, в присутствии заинтересованных взрослых и ребенка (если ему уже исполнилось шесть лет, в противном случае вы будете говорить только с родителями) сделайте сообщение, подобное приведенному ниже.

“Мне интересно знать, почему вы здесь, поэтому я спрошу вас о цели прихода. Как правило, даже если родители (взгляд в сторону родителей) хорошо понимают цель обращения к психотерапевту, я начинаю с самого юного клиента. Ну, Рене (интервьюер смотрит на ребенка), поскольку ты здесь самая младшая, я спрошу тебя. Если бы ты некоторое время ко мне ходила и твоя жизнь стала бы от этого лучше, в чем бы это улучшение выразалось? Другими словами, что именно ты хотела бы изменить к лучшему в своей жизни?”

Некоторые дети хорошо понимают смысл этого вопроса и прямо отвечают на него. Однако могут возникнуть затруднения. Во-первых, ребенок может не понять вопроса. Во-вторых, ребенок может сопротивляться или не хотеть отвечать на вопрос в силу определенных процессов, происходящих в семье. В-третьих, ребенок может немедленно переключиться на проблемы своих родителей. В-четвертых, могут вмешаться родители, подбадривая ребенка и даже подсказывая ему, как отвечать. Как бы там ни было, помните о двух важных правилах: а) если ребенок или подросток не дает удовлетворительного ответа на поставленный вопрос, вопрос нужно трансформировать в плоскость желаний (см. ниже); б) в целях диагностики консультант должен письменно или устно взять на заметку особенности семейной динамики.

Желания

Выяснение желаний — полезный метод оценки проблем и определения терапевтических целей лечения юных клиентов, так как он выражается в наиболее приемлемой для детей форме (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1995b*). Например.

“Давай я спрошу по-другому. Если бы золотая рыбка взялась исполнить три любых твоих желания или у тебя была бы волшебная лампа, как в сказке про Аладдина, и ты могла изменить что-то в себе, в родителях или в школе, что бы ты пожелала?”

Этот вопрос помогает классифицировать цели по трем категориям — изменения в себе, изменения в семье, изменения в школе. Таким образом, ребенок имеет возможность определить личные цели (и стоящие за ними проблемы) в любой из этих трех категорий. В зависимости от характера ребенка и влияния родителей юный клиент может по-прежнему оказывать сопротивление и не определять свои цели в рамках одной или нескольких категорий. В таком случае можно расширить вопрос.

“У тебя нет никаких желаний, которые сделали бы твою жизнь лучше? Ух ты! Моя жизнь не такая счастливая, как у тебя. Может, нам поменяться местами? А как насчет твоих родителей? Неужели ты не стал бы ничего в них менять, ни капельки, если бы мог это сделать? (Пауза в ожидании ответа.) А как насчет тебя самого? Разве нет ничего такого, ну совсемничегошеньки, что тебе хотелось бы в себе изменить? (Еще одна пауза.) Но я точно знаю, что тебе хочется что-то поменять в твоей школе или в твоих учителях... не может быть, чтобы тебе все в них нравилось”.

Нервные или стеснительные дети могут продолжать сопротивление. В таком случае следует дать ребенку возможность отсрочить ответ.

“Ты не хочешь отвечать на этот вопрос сейчас? Тогда я спрошу твоих родителей, но если ты вспомнишь о каких-то своих желаниях, можешь рассказать о них позже, в любое время”.

Цель этой стратегии — с помощью шуточных “подначек” дать юному клиенту возможность поделиться своими надеждами на позитивные изменения. Эта процедура также может стать источником диагностической информации. Обычно юные клиенты с такими расстройствами, как дефицит внимания с гиперактивностью, оппозиционное и вызывающее поведение, расстройство характера, говорят, что у родителей и в школе есть недостатки, но едва ли признают существование проблем в них самих. И наоборот, клиенты с тревожными и депрессивными расстройствами (так сказать, “интерпретированными” расстройствами) обращают внимание на свои внутренние проблемы (например: “Я хотел бы быть счастливым”).

Выяснение целей у заинтересованных взрослых

После того как юный клиент определит хотя бы один недостаток своей жизни или если вы отсрочите вопрос, фокус беседы перемещается на взрослых. Непосредственное обсуждение и внимание к заботам заинтересованных взрослых принципиально важно для получения полной диагностической картины и для определения терапевтических принципов (т.е. если родители не поддерживают психотерапию или не могут регулярно и вовремя приводить ребенка к психологу-консультанту, терапия не состоится; а чтобы добиться от них поддержки терапии, нужно выслушать причины их озабоченности по поводу ребенка). Кроме того, детям полезно видеть, что клинический интервьюер становится серьезным при обсуждении важных тем с их родителями.

Работая с родителями, клинический интервьюер должен делать подробные записи — очень важно показать свое серьезное отношение к их мнению. Однако в равной мере (если не более) важно ограничить негативные и критические комментарии родителей о своем ребенке, особенно во время приемного интервью. Обычно достаточно объяснения трех или четырех проблем. Такой лимит должен оградить юного клиента от обиды или излишнего волнения, вызванного критикой родителей. Если родители хотят сообщить о дополнительных проблемах, можете попросить их сделать это в письменном виде и рассмотреть их позже. Другая стратегия — изменить ход беседы, попросив родителей назвать несколько достоинств ребенка. В некоторых случаях после установления контакта с юным клиентом можно (с разрешения ребенка) назначить специальную встречу с родителями, чтобы выслушать их надлежащим образом. Можно также попросить у юного клиента разрешения на то, чтобы родители могли составить список своих тревог по поводу ребенка. Если все участники понимают важность такой информации и если заложено основание взаимно доверительных отношений, применение этих методов сбора информации не должно вызывать серьезного сопротивления.

Психодиагностика родителей или других заинтересованных взрослых

Иногда у родителей или других взрослых, которые приводят ребенка на интервью, больше психологических проблем, чем у самого юного клиента. По некоторым причинам эта ситуация может представлять дополнительные трудности для клинических интервьюеров разного возраста и опыта. Однако особенно сложной она становится для тех, у кого нет достаточного опыта семейного интервьюирования и консультирования.

Если родители предъявляют чрезвычайные психологические проблемы или проявляют тревожные паттерны при общении со своими детьми, ваш профессиональный долг может вынудить вас к незамедлительным мерам. Эти

меры могут быть как умеренными, так и крайними, в зависимости от вашего восприятия проблемности отношений между родителями и ребенком. Например.

- Возможно, вам удастся проигнорировать нездоровые паттерны во время приемного интервью и отложить комментарии до тех пор, пока не будет установлен эмоциональный контакт.
- Возможно, вам придется сразу же мягко прокомментировать ситуацию.
- Возможно, вам придется собрать дополнительную диагностическую информацию, чтобы решить, представляет ли сложившаяся ситуация непосредственную угрозу для ребенка.
- Возможно, вам придется информировать родителей о своей обязанности уведомить надлежащие инстанции и сделать это.

В большинстве случаев лучше всего подождать, пока вы не проведете несколько встреч и не установите более надежный контакт, а затем уже предлагать родителям свои комментарии и советы относительно того, что им следует изменить. Однако в том случае, если нездоровое поведение носит умеренный характер, а родители кажутся открытыми для конструктивной критики, можно предложить свои отзывы непосредственно во время первой встречи. Или же вы можете дать родителям терапевтическое “домашнее задание” на тему их проблемного поведения.

Исследования показали, что есть три основных стиля родительского поведения: авторитарный, либеральный и авторитетный (*Baumrind, 1975; Coloroso, 1995*). Авторитарные родители правят железной рукой; выдвигаемые ими правила незыблемы, как гранит. Их слово в семье должно быть законом: “Или будет по-моему, или не будет никак” (*Coloroso, 1995*). Либеральным родителям трудно определять семейные правила и принципы и требовать их соблюдения. В таких семьях истинные хозяева — дети. Авторитетные родители, наоборот, устанавливают разумные правила, демократичны, прислушиваются к желаниям и потребностям своих детей, но остаются в семье последней инстанцией. К сожалению, многим родителям легче следовать двум крайним стилям — либеральному и авторитарному, однако у тех детей, родителям которых удается оставаться в рамках авторитетного стиля, показатели самоактуализации гораздо выше (*Domingues & Carton, 1997*). Интервьюеру полезно выяснить, какой стиль характерен для родителей его клиента — авторитарный, либеральный или авторитетный.

Для многих детей жизненной реальностью становится развод и повторный брак родителей, жизнь с неродными родителями и сводными братьями и сестрами. Оценка семейной системы и ее особых качеств очень важна

при работе с детьми. Если некоторые дети переживают развод очень болезненно, то для других он приносит облегчение. Точно так же повторный брак и новая семья могут стать для ребенка как раем, так и адом. Чтобы вы лучше поняли значение этих вопросов в жизни ребенка, рекомендуем литературу, в которой развод рассматривается с точки зрения ребенка (*Sommers-Flanagan, Elander, & Sommers-Flanagan, 2000*; см. также “Индивидуальное и культурное 11.2” и список специальной литературы в конце главы).

Как снять напряжение

При выяснении желаний может возникнуть напряжение, особенно если ребенка просят загадать желание о переменах в их родителях. Несмотря на опасность напряжения, выяснение желания об изменении родителей — принципиально важный элемент сбора информации и диагностического процесса. Кроме того, многим детям и подросткам идет на пользу, если они слышат от интервьюера: “Я думаю, что твои родители тоже не идеальны”. Акцент на поведении родителей в начале терапии может заложить основу для изменения этого поведения в ходе дальнейшей работы. Наконец, как мы уже говорили, отношения между родителями и ребенком в ходе определения целей порой могут рассказать много интересного о семейной динамике. Например, нам приходилось встречаться с детьми, которые, по-видимому, боялись критиковать поведение родителей (и родители не пытались их ободрить); мы видели также детей, которые довольно ядовито отзывались о своих родителях.

Если после ободрения, помощи, шуточных “подначек” клинического интервьюера, предложения отсрочить формулировку желания ребенок по-прежнему неспособен или не хочет определить личную цель прохождения терапии, вряд ли можно надеяться на ее успех.

Обсуждение диагностических и терапевтических процедур

После того как сформулированы первоначальные проблемы и цели, уместен краткий обзор или объяснение процедур клинического интервьюирования. В зависимости от ситуации вы можете принять решение отправить родителя в приемную, дав ему задание или опросник для заполнения (например, по истории развития ребенка или по проблемному поведению). Если необходим непосредственный опрос родителей, можно попросить юного клиента выполнить тесты в приемной. В большинстве случаев целесообразно сначала наедине пообщаться с подростком, а потом на 5–10 минут пригласить родителей, чтобы поговорить о последующей терапии или обсудить организационные вопросы (например, как часто встречаться, кто будет приходить на интервью, даже, если позволяет время, описывать отдельные терапевтические методы, — скажем, лечение депрессивных состояний).

Индивидуальное и культурное 11.2

Дети и культура развода

Данная “Декларация прав детей при разводе родителей” отражает позицию ребенка. Мы приводим ее текст, чтобы вы лучше поняли отношение ребенка к разводу.

Декларация прав детей при разводе родителей

Я ребенок разведенных родителей. Я рассматриваю следующие истины как самоочевидные.

Я имею право быть свободным от ваших конфликтов и вражды. Когда вы порочите друг друга в моем присутствии, мое сердце разрывается на части. Не прикрывайтесь мной и не старайтесь использовать меня друг против друга. И не навязывайте мне проблемы ваших отношений — это ваши проблемы, а не мои.

Я имею право на отношения с обоими родителями. Я люблю вас обоих. Я знаю, что иногда это будет вызывать у вас ревность, но вы должны с этим смириться, потому что вы взрослые, а я ребенок.

Я имею право на информацию, которая может повлиять на мою жизнь. Если вы планируете развестись, я имею право это знать, и чем быстрее, тем лучше. Точно так же, если вы собираетесь переезжать, второй раз жениться или выходить замуж либо каким-то другим важным образом менять нашу жизнь, я имею право знать об этом.

Точно так же, как я имею право на важную информацию о моей жизни, я имею право на защиту от неуместной информации. Это означает, что вы не должны рассказывать мне об изменах или других проступках друг друга. Вы также не должны извиняться передо мной *друг за друга*, потому что это показывает ваше негативное отношение друг к другу. Если вы хотите передо мной извиниться, извиняйтесь за себя.

У меня есть право на личное пространство в доме каждого из родителей. Это не значит, что я не могу жить в одной комнате с братом или сестрой, но это значит, что мне нужно выделить собственное место и время. Мне также нужны некоторые личные вещи... сюда же может относиться фотография одного из вас, так что не падайте из-за этого в обморок.

Я имею право на физическую безопасность и надлежащую опеку. Я знаю, что вы можете быть очень расстроенными, но это не означает, что вы можете пренебрегать моими потребностями в безопасности и опеке. Я не хочу сидеть в одиночестве каждый раз, когда вы идете на свидание.

Я имею право проводить время с обоими родителями, безо всяких помех. Мое право проводить время с каждым из вас не должно зависеть от того, кто из вас заплатил другому больше денег. Я не вещь, которую можно купить в магазине.

Я имею право на финансовую и моральную поддержку от каждого из вас независимо от того, сколько я провожу с вами времени. Это не значит, что мне нужно вдвое больше, чем другим детям, это просто говорит о том, что ни один из вас не должен злиться, что я получаю что-то от другого.

Я имею право на твердые ограничения, границы и разумные требования с вашей стороны. То, что я ребенок разведенных родителей, вовсе не означает, что я не могу помогать по дому, выполнять домашние поручения, нести другую обычную детскую ответственность. С другой стороны, вы должны помнить, что хотя у меня и может быть младший братишка или сестренка (возможно, сводные), я не обязан целыми днями их нянчить.

Я имею право на ваше терпение. Не я принимал решение о разводе, не я принимал решение о том, что мои родные родители будут жить в разных местах, переезжать в другой город, ходить на свидание с чужими людьми и вообще переворачивать мой мир вверх дном. Поэтому я не могу контролировать свою жизнь в большей мере, чем большинство других детей. Это означает, что мне потребуется ваша помощь и поддержка, чтобы справиться с проблемой контроля.

Наконец, у меня есть право на то, чтобы быть ребенком. Я не должен быть вашим шпионом, вашим доверенным лицом или вашей нянькой. Я не обязан быть вашим личным курьером только из-за того, что вы не можете лично поговорить друг с другом. Я существую, потому что вы меня создали. Поэтому я имею право на то, чтобы быть чем-то большим, чем ребенком разведенных родителей. Я имею право быть ребенком, родители которого любят меня больше, чем стали ненавидеть друг друга.

Примечание. Из: *Sommers-Flanagan, 2000, Counseling Today, p. 9.* С разрешения Американской ассоциации консультантов.

ОСНОВНОЙ ЭТАП

После того как вы выяснили видение проблем и возможных целей лечения как ребенком, так и взрослыми, переходите к основной части клинического интервью. В зависимости от уровня развития ребенка и его темперамента меняется вербальный стиль клинического интервьюера. Поэтому каждый интервьюер, который стремится к полноценному и эффективному общению с детьми, должен в совершенстве осваивать и развивать широкий спектр соответствующих навыков. Стратегиям диагностики и лечения детей отводится достаточно места в лекциях, на практических занятиях и в университетских учебниках. Компетентный клинический интервьюер, работающий с детьми, обладает гораздо более обширными и глубокими знаниями, чем может предложить эта небольшая глава (*Priestley & Pipe, 1997*).

Удобные стратегии оценки и сбора информации

Цель формальных диагностических процедур — получить информацию о функционировании клиента, которая может быть использована для того, чтобы установить диагноз, выработать терапевтический план или способствовать

лечению (*Peterson & Nisenholz, 1987*). Многие специалисты для клинического интервьюирования детей используют традиционные, формальные методы оценки (например, тесты для определения коэффициента интеллекта и выяснения типа личности, опросники), но многие от них отказываются. Последние зачастую негативно относятся к формальной диагностике или рассматривают ее как помеху для терапевтического процесса и понимания “жизни ребенка в целом”, они считают, что таким образом можно получить доступ лишь к ограниченным аспектам функционирования ребенка (*Gaylin, 1989; Goldman, 1972*).

Юные клиенты часто критически или скептически реагируют на традиционные тесты (“Полная фигня!”). Они могут выполнять тесты безо всякого старания или не доводить их до конца. К счастью, для получения диагностической информации есть альтернативные методы. Такие техники помогают интервьюеру собирать информацию, обеспечивая при этом заинтересованность и вовлеченность клиента. Так как эти методы способствуют эмоциональному контакту и доверию, обычно они повышают эффективность и валидность последующей традиционной формы сбора информации — самоотчета (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1995b; Shirk & Harter, 1996*). Использование этих качественных методов сбора информации может повысить активное участие юных клиентов в терапии и обеспечить интервьюера диагностическими данными. Они не заменяют формальных диагностических методов, однако становятся источником дополнительной информации и стимулируют терапевтические отношения с клиентом.

“Что ты видишь в себе хорошего (плохого)?”

Одна из диагностических процедур, способствующих установлению и развитию плодотворных взаимоотношений между юным клиентом и консультантом, представляет собой игру в вопросы и ответы на тему “Что ты видишь в себе хорошего?” Эта методика также дает ценную информацию о самооценке ребенка. Сначала интервьюер предлагает юному клиенту поиграть в игру и объясняет правила.

“Давай немного поиграем. Вот такая это будет игра: я буду десять раз задавать тебе один и тот же вопрос. Тут всего одно правило: каждый раз ты должен отвечать по-новому. Итак, я десять раз буду спрашивать одно и то же, а ты все время будешь отвечать по-другому”.

Когда игра начинается, интервьюер спрашивает ребенка: “Что ты видишь в себе хорошего?” (записывая ответы ребенка). После каждого ответа интервьюер говорит ребенку: “Спасибо!” — и улыбается ему. Если клиент говорит в ответ: “Не знаю”, интервьюер записывает это, но если такой (или любой другой) ответ повторяется, интервьюер мягко напоминает ребенку о правилах игры.

Игра “Что ты видишь в себе хорошего?” помогает интервьюеру понять самооценку и самовосприятие юных клиентов. Некоторым детям трудно вразумительно рассказать о своих талантах, умениях или положительных личных качествах. Иногда они говорят о материальных предметах, которые у них есть (например: “У меня классный велик”), или о людях, с которыми они знакомы (например: “У меня много хороших друзей”), вместо того чтобы говорить о своих качествах (например: “Я классно катаюсь на велике” или “Я очень общительный, поэтому у меня много хороших друзей”). Подобным образом они могут описывать свой успех в определенной роли (например: “Я хороший сын”), но не объясняют, какие качества их личности обеспечивают этот успех (например: “Я слушаюсь своих родителей, поэтому я хороший сын”). В этой ситуации способность ясно сформулировать свои позитивные личные качества, скорее всего, будет признаком более адекватной самооценки.

С помощью методики “Что ты видишь в себе хорошего?” можно получить и межличностные диагностические данные. Например, некоторые наши юные клиенты с ассертивным и агрессивным поведением просили или даже требовали поменяться ролями, чтобы они задавали вопрос, а мы отвечали. Мы всегда соглашались, так как это давало нам возможность продемонстрировать подросткам модель поведения, а клиентам — стимул для самостоятельных действий. Кроме того, о многом может сообщить и манера, в которой дети отвечают на предложение поиграть в эту игру. Дети, поведение которых соответствует диагностическим критериям расстройств в виде деструктивного поведения, иногда высмеивают игру или начинают кривляться; большинство других детей соглашаются и играют с удовольствием.

По желанию после завершения игры можно предложить ее модифицированный вариант — “Что ты видишь в себе плохого?” Хотя этот вопрос может показаться сомнительным и имеет более негативную направленность, иногда он приносит интересные результаты. Его следует задавать не десять, а только пять раз. Детям зачастую легче рассказать о своих отрицательных качествах, чем положительных. Кроме того, подчас они называют те же качества, которые прежде упоминались как позитивные.

Во время применения обеих процедур, “Что ты видишь в себе хорошего?” и “Что ты видишь в себе плохого?”, наблюдайте за тем, как юные клиенты описывают свои позитивные и негативные качества. Например, подростки часто используют уточняющие обстоятельства при упоминании своих положительных качеств: “Я хорошо играю в баскетбол, иногда”. Говоря о своих отрицательных качествах, подростки могут цитировать других (например, взрослого представителя власти) или делать крайне категоричные заявления: “Моя учительница говорит, что я *никогда в жизни* не буду внимательным на уроке”.

Вознаграждение

Одна из распространенных проблем при работе с трудными подростками — импульсивность и неуступчивость. Предложение вознаграждения в качестве диагностического инструмента позволяет интервьюеру выяснить, как клиент может отреагировать на поведенческие стимулы. Вопрос в том, может ли ожидание определенных стимулов мотивировать юных клиентов к снижению импульсивности и повышению уступчивости.

После того как родители покинут кабинет, спросите ребенка, не хотел бы он получить вознаграждение за хорошее поведение (не бить младшего брата или младшую сестру, не выходить без разрешения на улицу, выполнять домашние задания). Например:

“Если бы я заплатил тебе 10 долл. (или подарил какую-то вещь такой же стоимости), чтобы ты всю следующую неделю делал домашние задания и спрашивал у родителей разрешения, прежде чем идти на улицу, ты бы согласился?”

Эта процедура может включать как гипотетическое, так и реальное предложение вознаграждения.

Предложение вознаграждения используется минимум по четырем причинам. Во-первых, эта методика помогает определить оценку юными клиентами своих навыков самоконтроля. Если некоторые дети чересчур уверены в своей способности контролировать свое поведение, то другие проявляют недостаточную уверенность. Безусловно, интервьюеру полезно узнать, насколько ребенок реалистичен в понимании своего личностного потенциала и устремлений.

Во-вторых, предложение вознаграждения может быть источником диагностической информации. Дети с диагнозом “расстройство в виде дефицита внимания с гиперактивностью” (*ADHD; American Psychiatric Association, 2000*) мгновенно загораются, когда слышат о награде, но быстро остывают и перестают соблюдать условия договора. Иногда они нарушают соглашение еще до окончания клинического интервью (*Barkley, 1990*). И наоборот, дети с диагнозом “расстройство в виде оппозиционного и вызывающего поведения” (*ODD; APA, 2000*) часто принимают предложение интервьюера и зарабатывают деньги (если они к этому расположены). Наконец, дети с расстройствами характера (*CD; APA, 2000*) могут попробовать поторговаться с клиническим интервьюером или попросить об авансе (*Rutter & Rutter, 1993*).

В-третьих, эта методика показывает важность информирования родителей относительно терапевтической “домашней работы” (даже если ребенок считает, что родители ее не одобряют), а также необходимость присутствия объективного наблюдателя, который мог бы контролировать ее выполнение. Хотя обычно условия терапевтической “домашней работы” за вознаграждение обсуждаются наедине с юным клиентом, к концу интервью консультант говорит подростку:

“Мы должны рассказать о нашем договоре твоим родителям. Мы должны спросить у них разрешения и договориться, чтобы кто-нибудь следил за твоими успехами”.

Даже если консультант работает в той же школе, где учится клиент, и имеет возможность каждый день узнавать о его успехах, все же стоит попросить родителей или учителей контролировать поведенческие изменения у ребенка. “Объективная” третья сторона, которая обычно заинтересована в поведении ребенка, может стать источником дополнительной диагностической информации.

В-четвертых, родители или учителя могут понять потенциальную пользу нестандартных решений. Иногда родители выступают против того, чтобы, как они выражаются, “давать взятку” за послушание ребенка. Если родители возражают (или, возможно, прежде, чем они станут возражать), можно объяснить им, что *взятка* означает плату за что-то незаконное. Кроме того, вы можете обратить внимание родителей на то, что позитивная мотивация выступает гораздо более действенным модификатором поведения, чем наказание (*Maag, 2001*). Вы можете подкрепить это утверждение, поговорив с родителями о том, какие положительные стимулы получают они в обычной жизни.

Юных клиентов следует предупредить, что это только временный и разовый договор, в противном случае они будут ожидать от вас еженедельной платы. Кроме того, юные клиенты могут не уделить достаточного внимания правилам терапевтической “домашней работы”, поэтому следует четко расписать правила и попросить клиента повторить их. Наконец, консультант должен подумать о “поощрительной премии” за *усилия* тем детям, которые не способны контролировать свое поведение за будущую награду (т.е. не могут ждать одну-две недели).

Привязанность

Некоторые люди, если они берут на себя слишком много и если превышен предел их прочности, просто ломаются и сдаются. Есть и другие, хотя их и не много, которые по некоторым причинам никогда не сдаются. Их можно встретить во время войны, а также в мирное время. У них неукротимый дух, и ничто — ни боль, ни угроза смерти — не заставит их сдаться. Маленький Питер Уотсон был одним из них.

Роульд Даль, *The Swan*

На жизнь детей — их эмоциональное, интеллектуальное и физическое развитие, их установки и убеждения, возможности и препятствия — оказывают непосредственное и радикальное влияние действия со стороны взрослых, заботящихся о них в раннем возрасте, и стиль отношений привязанности (*Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969; Hughes, 1998*). В последнее время терапевсты обращают больше внимания на феномен привязанности у детей (*Bradford &*

Liddon, 1994). В результате появляются формальные методы изучения привязанности, которыми можно пользоваться в начале психотерапии или на других ее этапах. Однако подход, который мы вам предлагаем, опирается не на использование опросников, а на оценку терапевтом поведения привязанности на основе моделей привязанности К. Хейзена и П. Шейвера (*Hazan & Shaver, 1987*) и Дж. Боулби (*Bowlby, 1977*), переработанных К. Бартоломью (*Bartholomew, 1990*). Терапевт может отнести поведение привязанности клиента к одному из стилей привязанности, выделенных Бартоломью (*ibid., 1990*).

Уверенная привязанность. Клиенты чувствуют себя комфортно и открыто говорят с интервьюером или терапевтом. Они способны к эмоциональной близости с другими людьми. Они не испытывают значительных проблем в связи с тем, что им приходится на какое-то время расставаться с родителями или расставаться с психологом-консультантом после окончания клинического интервью.

Чрезмерная привязанность. Клиенты, по-видимому, нуждаются в чрезвычайной эмоциональной близости с терапевтом. Очевидно их желание (высказанное или невысказанное) проводить все больше времени с клиническим интервьюером. Иногда кажется, что после всего нескольких минут клинического интервьюирования эти дети с удовольствием пошли бы к терапевту домой и стали с ним жить.

Страх привязанности. Клиенты, по всей видимости, хотят эмоциональной близости, но боятся, что им причинят боль. Это часто случается с приемными детьми, потому что у них есть болезненный опыт неоднократного расставания с людьми, к которым они успевают привязаться. Эти клиенты склонны подвергать интервьюера проверке на доверие (*Fong & Cox, 1983*).

Отвергание привязанности. Клиенты, по-видимому, не нуждаются в эмоциональной близости. Им нравится чувствовать себя самодостаточными. Важно отличать эту категорию от боязливого типа клиентов — последние могут играть роль независимых, чтобы защитить себя от возможной эмоциональной травмы. Подобные клиенты могут быть более склонны к насилию и другим эмоционально отдаляющим моделям поведения.

Нельзя забывать, что хотя стили привязанности могут ассоциироваться с определенными психопатологиями, они не представляют собой диагностические критерии последних. Эти категории лишь помогают клиническим интервьюерам понять те имевшие место в раннем детстве процессы, которые влияют на способы взаимодействия ребенка с другими людьми в настоящее время.

В контексте изучения привязанности можно также обратить внимание на соотношение протективных факторов и факторов риска (*Rutter & Rutter, 1993*). Хотя приведенные выше стили привязанности описываются в категоричной манере, индивидуальные клиенты демонстрируют поведение привязанности, располагающееся в некоем континууме между уверенной привязанностью, чрезмерной привязанностью, страхом привязанности и отверганием

привязанности. Кроме того, как видно из высказывания Роульда Даля, приведенного в начале раздела, отдельные дети проявляют удивительную стойкость даже при наличии тяжелого и болезненного жизненного опыта.

Традиционная диагностика и обратная связь

Во многих ситуациях рекомендуется использовать традиционные методы диагностики детей. Сюда относятся опросники, оценочные шкалы для родителей и учителей, проективные тесты, тесты интеллекта и т.д. При использовании таких методов дети проявляют любопытство. Интервьюеру следует информировать юных клиентов о цели применения конкретных диагностических методик и комментировать их показатели после выполнения тестов. Подростки особенно склонны чувствовать беспокойство и недоверие к тем взрослым, которые их оценивают. Ваши объяснения и обратная связь обязательно должны соответствовать возрасту ребенка и уровню его понимания. Например, при использовании подростковой версии *ММПИ* (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory — Adolescent version; Archer, 1992*) при работе с клиентами (минимум со средним уровнем интеллектуальных способностей) интервьюер может сказать:

“Я хотел бы, чтобы ты, в рамках нашей совместной работы, заполнил опросник, который называется *ММПИ-А*. Этот опросник предлагался многим молодым людям. Он очень длинный и, наверное, очень скучный для тех, кто должен его заполнять. Я прошу тебя ответить на эти вопросы, потому что они могут дать нам полезную информацию о качествах твоей личности. Ты знаешь, что у одних людей определенные качества развиты очень сильно, у других — слабо, у третьих — как раз в меру. После того как ты ответишь на вопросы, я подсчитаю очки и мы вместе посмотрим на результаты. Потом я объясню тебе, что они означают. Если захочешь, после того как консультирование закончится, ты сможешь еще раз выполнить этот тест, и мы посмотрим, будут ли какие-нибудь изменения”.

Конечно же, мы не стали бы использовать *ММПИ-А*, если бы не преследовали определенную цель. Мы привели последний пример, так как многие интервьюеры не только неохотно объясняют цель применения *ММПИ-А* клиенту, но даже боятся прокомментировать результаты. Поскольку тест *ММПИ-А* предназначен для оценки патологии, при объяснении высоких результатов могут возникнуть трудности. С другой стороны, точно так же, как терапевту лучше не писать о своих клиентах того, чего им лучше не читать, ему лучше не применять тестов при работе с клиентами, если он не хочет устно или письменно комментировать результаты. Практически во всех случаях мы рекомендуем ознакомить клиентов с их результатами и объяснить значение и интерпре-

тацию каждой клинической шкалы *ММРІ-А*. Приведем образец письменного или устного объяснения клинической оценки по шкале 1 (ипохондрия).

“Шкала 1 называется *шкалой ипохондрии*. Такое вот длинное и непонятное слово. Сюда относятся вопросы, которые в основном связаны с физическим здоровьем и физическим дискомфортом. Как ты, наверное, знаешь, у одних людей здоровье лучше, чем у других, а некоторые люди больше волнуются о своем здоровье, чем остальные. Те люди, у которых выходит высокий результат (как, например, у тебя), либо имеют какие-то проблемы с физическим здоровьем, либо беспокоятся о том, что такие проблемы возникнут в будущем. Кроме того, такие люди, как ты, больше других чувствуют физический дискомфорт, когда очень волнуются и переживают. Это описание тебе подходит?”

Заметьте, что интервьюер комментирует результаты прямо и не акцентирует внимание на психопатологии. Кроме того, мы рекомендуем каждый раз спрашивать клиентов о том, согласны ли они с такой интерпретацией. Вот еще один пример.

“Шкала 6 называется *шкалой паранойи*. Это совсем не значит, что если человек показал высокие результаты по этой шкале, то у него паранойя. На самом деле шкала измеряет уровень восприимчивости. Люди с более высокими результатами чувствительнее реагируют на то, как ведут себя окружающие и что они могут планировать. Впечатлительные люди обращают внимание на такие подробности, которых другие вообще не замечают. Как видишь, твой результат по шкале 6 немного выше среднего. Поэтому я думаю, что ты многое подмечаешь и пытаешься понять, какое отношение поступки других людей имеют к тебе. Например, ты замечаешь, что кто-то смеется, и думаешь, что этот человек может смеяться над тобой. Кроме того, высокие результаты по шкале 6 говорят о высоком уровне интеллекта. Итак, твои результаты могут значить, что в лучшие дни ты восприимчив и наблюдателен, а в худшие дни, если ты находишься в состоянии стресса, ты можешь стать нервным и подозрительным. Это совпадает с твоим мнением о себе?”

Возможно, манера проведения тестов и комментирования имеет большее значение, чем конкретные результаты, полученные клиентами при выполнении тестов. Открытость по отношению к юным клиентам при объяснении цели применения и результатов стандартизированных тестов может способствовать доверию к интервьюеру. Поскольку психодиагностические процедуры в зависимости от *манеры* их применения могут либо препятствовать, либо способствовать установлению доверия, следует тщательно подбирать психодиагностический инструментарий, доходчиво и открыто объяснять его клиенту.

Понимание того, когда, зачем и как применять психодиагностические методики, должно формироваться в процессе обучения конструированию тестов и их применению. Что касается работы с детьми, здесь особенно важно отме-

тить, что результаты применения психодиагностических методик могут оказать существенное влияние на развитие терапевтических отношений, зачастую не давая при этом такого объема информации, на который вы рассчитывали.

Общие рекомендации по проведению основного этапа клинического интервью

Используя в работе с ребенком игру, вербальную или физическую, держите под контролем соблюдение ее основных правил (писанных и неписанных) и будьте готовы установить границы, которые будут соответствовать вашей теоретической ориентации. Придерживайтесь следующего правила: чем меньше правил, тем лучше, поскольку это дает ребенку свободу самовыражения. Однако дети часто пытаются нарушить границы. Они пробуют выйти из кабинета, начинают колотить по вашему столу, открывают окна, даже звонят по вашему телефону. Реже дети прибегают к умеренной форме агрессии по отношению к вам: колют вас булавкой, плюют жеваной бумагой, обзывают и прочее. Вместо того чтобы заранее объявлять перечень правил, запрещающих все виды нежелательного поведения, лучше пресекать их по мере необходимости. Представители одних школ предпочитают вообще не говорить о правилах, другие советуют огласить одно-два основных правила (*Landreth & Lobaugh, 1998; Priestley & Pipe, 1997*). Самое общее правило обычно преподносится следующим образом.

“Билли, ты можешь брать игрушки и играть ими. У нас тут не много правил, но ты должен усвоить самое главное правило: нельзя ничего ломать и причинять вред себе или другим людям”.

Уборка и наведение порядка в кабинете — также один из методов диагностики. Вовремя закончить игру, вовремя справиться с уборкой и перейти к заключительной стадии клинического интервью довольно непросто. Однако наблюдение за поведением ребенка в момент окончания игры дает клиническому интервьюеру ценную информацию. Может резко перемениться отношение к игре или игрушкам. Эмоции, спроецированные на игрушки, многое говорят о реакции ребенка на окончание игры. Кроме того, следует обратить внимание на поведение ребенка по отношению к вам. Ребенок отказывается вас слушаться? Или проявляет бурную деятельность, чтобы произвести на вас благоприятное впечатление? Несколько минут, посвященных наведению порядка перед окончанием клинического интервью, могут оказаться весьма информативными.

В разделе “Умелые руки” описываются занимательные виды деятельности и материалы, которые помогут в работе с детьми, а во врезке “От тео-

рии к практике 11.1” предлагается коллективное практическое задание для будущих клинических интервьюеров.

Умелые руки

Рисование — любимое занятие многих детей и даже взрослых (особенно на всяких долгих и скучных собраниях). Все, что для этого требуется, — несколько остро заточенных карандашей с хорошей резинкой, бумага и устойчивый ровный стол. Когда клинические интервьюеры предлагают детям заняться рисованием, они часто предлагают тему. Темы таких проективных тестов, как “Рисунок семьи”, “Нарисуй человека”, “Дом, дерево, человек” пользуются неизменной популярностью, однако существует еще масса других перспективных неиспользованных возможностей (*Machover, 1949; Oster & Gould, 1987*). Порой полезны и более абстрактные и спонтанные задания, например: “Нарисуй, как выглядит математика”.

Пока ребенок занят рисованием, у интервьюера есть немного свободного времени. Можете тоже заняться рисованием, но это не всегда уместно, поскольку будет отвлекать внимание ребенка, который станет за вами наблюдать или даже сравнивать свой рисунок с вашим. Такое поведение ребенка может стать источником значимой информации, но также может и повредить процессу. Выбор предмета, масштаба, формы и стиля рисунка интервьюером также может повлиять на ребенка. Если вы будете просто наблюдать за тем, как ребенок рисует, и помогать ему недирективными комментариями и замечаниями, это поможет вам обогатить информацию, которая заключена в детском рисунке. Дети часто начинают спонтанно рассказывать, чем объясняются те или иные особенности рисунка.

Обычный атрибут американских психотерапевтов, работающих с детьми, — специальная глина для лепки. Она предусматривает использование тактильной модальности, и большинство детей любят с ней возиться. Если вы предлагаете детям поработать с глиной, нужно позаботиться о наличии такой поверхности, которую легко мыть. Если у вас в кабинете лежат ковры или ковровое покрытие, лучше всего постелить на пол клеенку. Некоторые наборы включают специальные формочки и приспособления, но мы предпочитаем задания с более высоким проективным потенциалом — давать детям большую свободу самовыражения и позволять им самим придумывать формы поделок.

От теории к практике 11.1

Арт-терапия: материалы и задания

Арт-терапия — особый раздел психотерапии; ею могут заниматься только специально обученные и подготовленные специалисты. Однако использование искусства и прикладных ремесел при работе с детьми не требует особой подготовки и научной степени и может быть очень полезно как для вас, так и для юного клиента. Расходные материалы и принадлежности стоят недорого и вполне доступны. Однако вы должны хорошо их освоить, чтобы применение этих принадлежностей и материалов не вызвало у вас трудностей. Поэтому убедите себя потратиться и приобрести:

- набор цветных мелков;
- набор акварельных красок;
- несколько тюбиков акриловых красок (основные цвета);
- несколько флаконов темперы;
- простые карандаши;
- набор цветных карандашей;
- толстые маркеры;
- фломастеры;
- набор пастельных мелков;
- набор цветного пластилина;
- большую пачку бумаги для рисования;
- рулон газетной бумаги;
- много старых иллюстрированных журналов;
- несколько передников;
- картонные поддоны для яиц (для смешивания красок);
- кисточки для рисования;
- бумажные салфетки или полотенца;
- ветошь;
- шоколад (на ваше усмотрение).

Организируйте совместную с товарищами или коллегами работу. Старайтесь оставаться открытым и недирективным, никого не осуждать (в том числе себя). Задавайте своим коллегам открытые и недирективные вопросы, например: “Объясни мне свою работу”, “Что ты чувствовал, когда рисовал?” или “Что привлекает тебя в твоей работе?”

Относитесь к каждой работе с уважением. Обратите внимание на то, какой именно материал вы выбрали. Пластилин — самый “свободный” материал, цветные карандаши — самый контролируемый выбор. Предлагаю

клиенту заняться прикладными ремеслами или искусством, вы будете действовать гораздо эффективнее, осмысленнее, увереннее и убедительнее, если сами сначала освоите этот род деятельности.

Пластилин похож на глину, но при этом не высыхает, его нужно сильнее разминать, чтобы он достиг нужной степени пластичности. Те сорта пластилина, которые нужно особым образом разогревать, трудно использовать для контролируемых экспериментов, если только интервьюер в совершенстве не владеет этой методикой.

Рисование красками — одна из самых экспрессивных методик в арт-терапии (*Simonds, 1994; Thomson, 1989/1997*). Хотя рисование красками — занятие трудноконтролируемое (и при этом ребенок может сильнее испачкаться), оно также может пробудить более сильные эмоции. Некоторые дети, если у них появляется возможность поработать с темперой или акварельными красками, из замкнутых и безразличных превращаются в веселых, разговорчивых и очень заинтересованных.

Создание коллажей (с использованием картинок или слов) стало излюбленной формой терапевтического использования старых журналов. Для этого нужны: клей (или липкая лента), ножницы, цветные журналы или иллюстрированные календари, листы картона. Вы можете предложить юным клиентам выбрать те изображения или слова, которые ассоциируются с определенными предметами или явлениями: событиями их жизни, внутренним состоянием, семейными и школьными проблемами и т.д. Ребенку нужно дать возможность самому создать общую композицию, размещая вырезанные картинки в определенном порядке. Порой эти произведения выражают настолько сильные эмоции, что их невозможно передать словами.

Случай из практики

Керри — 12-летний интеллектуально одаренный мальчик. Его жизнь осложнялась двумя факторами: чрезмерно жестким отцом и клинически депрессивной матерью. Керри — поздний ребенок: когда его привели на консультирование, его матери было 55, а отцу — 61 год. Его престарелые бабушка и дедушка со стороны матери жили с ними. Они были очень слабы и нуждались в постоянной заботе, которую обеспечивала мама Керри. Керри был направлен на индивидуальное консультирование школьным психологом по поводу резкого ухудшения успеваемости, потери интереса к привычным видам социальной деятельности и высказывания суицидальных мыслей. Клинический интервьюер предложил

Керри сделать коллаж, который иллюстрировал бы его жизнь в семье. До этого Керри грамотно, красноречиво, “взрослым” языком говорил о том, что понимает потребности своих бабушки и дедушки и горд за свою маму, которая за ними ухаживает. Однако коллаж пестрел картинками молодых родителей с маленькими детьми вперемешку с веселыми, задорными фразами из рекламы. Когда интервьюер прокомментировал содержание коллажа, Керри расплакался и признался, что мечтает жить в “нормальной” семье с молодыми родителями и здоровыми, самостоятельными бабушкой и дедушкой. Хотя терапевт, конечно же, не мог изменить положение дел в семье Керри, коллаж юного клиента стал отправной точкой в выяснении проблем и лечении ребенка.

Недирективные, интерактивные и директивные варианты игры

“Детская игра представляет собой одновременно результат проявляющейся способности ребенка различать видимость и действительность и причинный фактор дальнейшего развития этого важного когнитивного достижения” (*Hughes & Baker, 1990, p. 46*). Игра для детей — это жизнь. Это средство преодоления боли, овладения навыками, исследования новых территорий, отработки рискованных действий. Это средство, позволяющее детям дистанцироваться от тех вещей, непосредственный контакт с которыми вызывает слишком большие трудности (*Bateson, 1972*).

Клиницисты по-разному относятся к применению игры для терапевтических целей. Некоторые предпочитают следовать примеру Вирджинии Экслайн, которая предложила недирективный, минимально интерактивный формат игровой терапии (*Axline, 1964*). Другие используют игры и занимательные истории и сказки, чтобы улучшить терапевтические отношения и исследовать интересы и проблемы ребенка (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997*). Третьи используют игры, чтобы обучить ребенка межличностной эмпатии или более адаптивным моделям поведения (*Brems, 1993; Gardner, 1971*).

Не все интервьюеры могут позволить себе роскошь иметь полный комплект материалов и принадлежностей для игровой деятельности. Однако если вы можете приобрести их, рекомендуем список предметов, которые чаще всего используются при интервьюировании и психотерапии детей в качестве фасилитатора отношений между юными клиентами и интервьюером.

Фигурки героев мультфильмов и кинофильмов. Сюда относятся такие широко известные и любимые детьми персонажи, как Черепашки-ниндзя (которые, по надежным данным, уже *совершенно* не популярны), Покемоны, Гарри Поттер и т.д. В эту категорию также входят солдатики из армий всех

времен и народов, фигурки ковбоев и индейцев. Вам не нужно заводить очень обширную или дорогую коллекцию. Даже нескольких фигурок будет достаточно детям для того, чтобы создать батальную сцену или семью.

Поддоны с песком. Они выпускаются самых разных форм и размеров. Работа с песком — особый вид деятельности, который стал самостоятельной терапевтической методикой (*Thompson, 1989/1997*). Однако они могут использоваться как для игры, так и просто для того, чтобы занять руки во время беседы. Песок — удивительно подвижный материал, перед которым дети просто не могут устоять. Вам нужно будет застелить пол и обеспечить устойчивую поверхность. Можете подобрать предметы, с которыми удобно играть в песке, — фигурки, машинки, камешки и т.п.

Мягкие игрушки животных. Мягкие игрушки животных создают в кабинете особую приятную обстановку (*Brems, 1993*). Иногда специалисты, специализирующиеся на клиническом интервьюировании детей, собирают в своем кабинете целую коллекцию таких игрушек. Если дети видят в кабинете несколько мягких игрушек, они часто начинают приписывать им определенные отношения. Вероятность этого можно повысить, если собрать вместе, например, медведя, медведицу и медвежонка.

Карнавальные костюмы. Они используются не так часто, как другие предметы из этого списка, но лучше иметь их для возможного спонтанного использования. Маленький чемоданчик с карнавальными костюмами может проложить мостик к сердцу ребенка, который оставался безразличным к другим игрушкам. Вы можете легко достать костюмы ковбоя, пожарного, художника, механика, балерины. Даже чемоданчик как таковой может вдохновить ребенка на интересные игровые темы. Просто удивительно, до какой степени детей привлекают игры с “тематическим” переодеванием.

Конструкторы. Они различаются по количеству компонентов, масштабам и рассчитаны на разные возрастные группы. Все они помогают вовлечь ребенка в терапевтическую деятельность. Конструкторы нельзя давать маленьким детям, которые могут проглотить какие-то части. Клинический интервьюер должен хорошо подумать, прежде чем предлагать конструктор детям с импульсивным, неконтролируемым поведением и детям, склонным к агрессии. Детали конструктора могут стать опасным оружием.

Игрушечное оружие. По усмотрению клинического интервьюера. Нужно признать, что некоторые дети разыгрывают весьма экспрессивные сцены с игрушечными пистолетами, ножами и мечами. “Усмотрение” клинического интервьюера определяется его ценностями, профессиональной подготовкой, происхождением и т.п. Игрушечное оружие, несомненно, дает возможность

для выражения агрессивных побуждений. Некоторые полагают, что оно слишком провокативно и способствует проявлению агрессивности. Другие считают, что присутствие подобных предметов в кабинете психолога-консультанта может говорить о его толерантном отношении к насилию. Определение того, какие виды игрушечного оружия психолог-консультант может иметь у себя кабинете, — хорошая тема для дискуссии с коллегами и супервизором.

Игрушечные домики. Хорошие декорации, на фоне которых ребенок может сыграть импровизированные пьесы по мотивам своих реальных жизненных драм и трагедий. Игрушечные домики — проверенное временем терапевтическое средство. В настоящее время многие компании занялись производством игрушечных школ, бензозаправок, спортивных площадок, целых городских кварталов с фигурками людей, автомобилями, домашними животными и даже крохотными игрушками. Дети обожают такие сцены и часто строят целые сообщества игрушечных жителей, в которых есть семьи, друзья и враги. Темы, которые возникают в процессе игры, обычно очень важны для ребенка и о многом могут рассказать наблюдательному интервьюеру.

Куклы с гениталиями. Они нередко используются в определенных видах клинического интервьюирования. Впрочем, не все одобряют их применение. Был недолгий период, когда терапевтов, оценивающих потенциальную возможность сексуального насилия над детьми, убеждали применять фигурки или куклы с гениталиями. Если дети реалистично воспроизводили сексуальное поведение с помощью кукол, это считалось верным признаком того, что дети подверглись сексуальному насилию. Однако вскоре уместность такой интерпретации подвергли сомнению (*Koocher, Goodman, White, & Fredrick, 1996*). Хотя куклы с гениталиями могут выполнять множество полезных функций, необходимо, чтобы клинический интервьюер перед их применением прошел специальную подготовку и супервизию.

И последний совет относительно игрушек. Может случиться, что вы неосознанно соберете коллекцию игрушек, которая будет отражать единственный культурный или социально-экономический класс. Покупайте игрушки, которые не очень дорого стоят, представляют разные этнические группы, а также приятны на вид и прочны.

Занимательные истории и настольные игры

К этой категории относятся виды деятельности, подразумевающие вербальное общение. Мы описываем их здесь, поскольку они не включают непосредственных процедур клинического интервьюирования (т.е. вопросов и ответов).

С незапамятных времен занимательные истории притягивали детей и воздействовали на них. Рассказать ребенку историю, предложить ему придумать свою и даже заняться совместным составлением историй — все это может стать одновременно приятным и информативным занятием (*Gardner, 1971*). Есть множество способов применения занимательных историй и связанных с ними видов деятельности (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997*). Для этого интервьюеру не требуется много материалов, но часто необходима активная фантазия. При отсутствии таковой вы можете выучить несколько полезных историй на память (см. врезку “От теории к практике 11.2”).

Импровизированные театральные представления или пантомима — виды деятельности с большим проективным потенциалом. Дети иногда любят ставить “пьесы из жизни” и сами назначают при этом роли. Эта деятельность дает клиническому интервьюеру представление о том, какие темы важны в жизни ребенка. Если ребенок сам составит сценарий “пьесы” и будет играть в ней, это станет источником откровений как для клинического интервьюера, так и для ребенка — особенно если ребенок будет исполнять разные роли.

Настольные детские игры — например шашки, карты — помогут растопить лед и установить контакт с юными клиентами. Оценочная информация может быть получена путем наблюдения за тем, как ребенок понимает правила и придерживается их, соблюдает очередность, понимает стратегию игры, справляется с неприятными событиями и воспринимает победу или поражение.

Некоторые компании-разработчики предлагают к услугам специалистов в области психического здоровья специальные терапевтические игры. Они различны по формату, тематике, заложенным в них принципам и сложности. Вам стоит заказать каталог и выбрать несколько игр в зависимости от характера клинического интервью (информацию об этом можно найти в разделе “Рекомендуемая литература”).

Иногда дети спонтанно предлагают собственный сценарий игры. Степень вашего участия (если вы вообще собираетесь участвовать) — важное решение, которое предварительно нужно хорошенько обдумать. Например, одна семилетняя девочка, которую направили на психологическое консультирование по поводу социальных проблем, предложила клиническому интервьюеру найти мягкую игрушку пушистого енота, которую она спрячет. Неопытный интервьюер (практикант) согласился. Девочка взобралась на спинку дивана и положила енота на горящую лампу накаливания. Запах горелого стал для незадачливого интервьюера отличной подсказкой.

В специальной литературе описывается множество творческих способов и средств для эффективной работы с детьми (*Brems, 1993; Priestly & Pipe, 1997*).

От теории к практике 11.2

Истории

Некоторые люди верят, что хорошими рассказчиками рождаются, а не становятся. У нас на этот счет иное мнение. Мы предлагаем вам задание, для которого понадобятся две вещи: партнер и доступ к творческому потенциалу вашей личности. Если это условие вас пугает, постарайтесь убедить себя в том, что у каждого человека есть творческий потенциал, в том числе и у вас.

Найдите партнера и начните рассказывать историю. Это может быть любая история. Единственное требование — в этой истории должно быть начало, середина и конец. Хорошо, если у персонажей (людей, инопланетян, животных) есть мысли и чувства. Это может быть история о вас, о космических приключениях, о чем угодно. Просто начните рассказывать. Потом, примерно 30–60 секунд спустя, пока история еще не закончена, остановитесь. Теперь историю подхватывает ваш партнер, по своему развивая сюжет, а вы становитесь слушателем. Спустя 30–60 секунд вы снова меняетесь ролями. Задача состоит в том, чтобы совместно с партнером (партнерами) придумать осмысленную историю со связным сюжетом. Эта деятельность помогает устранить барьер, который мешает стать хорошим рассказчиком, и развить повествовательные навыки. По окончании вы можете предложить друг другу ненавязчивые интерпретативные комментарии (например: “Я заметил, что Говард всегда вносил в историю конфликт или напряжение, а Джейн всегда разрешала проблемы, так что все персонажи снова чувствовали себя счастливыми”). Однако прежде чем интерпретировать чьи-либо сюжетные решения, спросите у этого человека разрешения. Подобные упражнения помогут вам подготовиться к совместной творческой деятельности с юными клиентами. Вам также будет полезно обратиться к специальной литературе на эту тему (например, *Mutual Storytelling Technique* “Техника взаимного рассказывания историй” Р. Гарднера (Gardner, 1971), глава 5 нашей книги *Tough Kids, Cool Counseling* (“Трудные дети, легкое консультирование”), которая упоминается в разделе “Рекомендуемая литература”).

Очень важно адекватно оценить потребности, навыки и уровень развития каждого ребенка, структуру и связи выявленных проблемных сфер, вашу профессиональную подготовку и налагаемые ею ограничения, а также ваши предпочтения относительно упомянутых методов работы с детьми.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

Дети воспринимают ход времени не так, как взрослые. Даже линейная, необратимая природа времени не вполне осознается маленькими детьми (*Kovacs & Paulaukas, 1984*). Поэтому нет смысла говорить ребенку, что до окончания встречи остается 10 минут. Лучше прибегнуть к более наглядному объяснению, например:

“У нас осталось не так много времени. Наверное, мы еще успеем прочитать одну страничку (раскрасить картинку, рассказать короткую историю), а потом я подытожу все, о чем мы с тобой говорили, и мы посмотрим, все ли я вспомнил. Затем мы договоримся о том, что будем делать на следующей неделе, хорошо?”

Как и при интервьюировании взрослых, вы, вероятно, будете испытывать хроническую нехватку времени и жалеть о том, что не можете собрать больше информации, чем позволяет клинический час. К сожалению, в определенный момент вам будет нужно остановить сбор информации или прекратить игру, чтобы обеспечить плавное, неторопливое завершение клинического интервью.

Ободрение и поддержка

Детей нужно поддерживать в их попытках найти с вами взаимопонимание, поэтому вы обязательно должны ободрять их на протяжении всего клинического интервью. Поддержка особенно важна на заключительном этапе интервью. Ваши комментарии могут звучать следующим образом.

“Ты собрал из конструктора очень интересную вещь”.

“Ты вот говоришь, что впервые попал на психологическое консультирование, но у тебя все очень здорово выходит”.

“Мне очень пригодится то, что ты рассказал об отношениях в семье и о школе”.

“Я благодарен тебе за то, что ты откровенно рассказал о себе”.

Сообщить юному клиенту о том, что вы цените его смелость тем более важно, что большинство детей приходят на консультирование не по своей инициативе. Некоторые дети, особенно трудные подростки, могут вести себя грубо и дерзко или, наоборот, замыкаться. При этом вы можете ощущать импульсы контрпереноса — вам захочется прекратить интервью, отчитать или даже наказать клиента (*Willock, 1986, 1987; Sommers-Flanagan, Sommers-Flanagan, & Palmer, 2001*). Можно посочувствовать клиенту, которого “пригнали на консультирование”, с помощью эмпатических комментариев и заметить, что ему, по всей видимости, трудно быть с вами открытым. Однако выражать гнев или недовольство по отношению к детям (равно как и взрос-

лым клиентам), которые не хотят с вами сотрудничать, грубят или замыкаются, нецелесообразно. Негативная реакция с вашей стороны может привести к тому, что они в дальнейшем не захотят обращаться к специалистам нашего профиля. Если ваш клиент сопротивляется, вам лучше сохранять оптимизм.

“Я знаю, что это была не твоя идея — прийти сюда сегодня и поговорить со мной, и я понимаю, что ты из-за этого немного расстроился. Однако мы вместе могли бы что-нибудь придумать, чтобы решить эту проблему. Я знаю, что нужно сделать, чтобы наша встреча прошла побыстрее и ты мог уйти”.

(Если вы хотите больше узнать о стратегиях завершения интервью с трудными детьми, рекомендуем раздел “Завершение как мотивация” в нашей книге *Tough Kids, Cool Counseling* (“Трудные дети, легкое консультирование”) (*Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997*)).

Подведение итогов, уточнение и вовлечение

Самые важные задачи завершающего этапа при работе с детьми следующие: а) подвести четкие итоги относительно проблемных сфер, как вы их понимаете; б) определить взаимосвязь между проблемами и возможной терапевтической интервенцией (если вы эту связь видите); в) напомнить клиенту, каким именно образом заинтересованные взрослые будут (или не будут) участвовать в терапевтическом процессе; г) если это возможно, обеспечить положительное вовлечение ребенка. Ниже приводятся два случая из клинической практики. Один связан с семилетней девочкой, которую мучили ночные кошмары, другой — с подростком, который систематически крал вещи у своих одноклассников.

Случай из практики 1: завершение

“Ну, Бет, наша встреча подходит к концу. Ты очень помогла мне понять, как тебе трудно заснуть ночью. Тебе становится очень страшно, ты встаешь. И тогда взрослые начинают тебя ругать за то, что ты не в кроватке. Я думаю, мы сможем тебе помочь, но это значит, что ты должна будешь прийти ко мне опять.... Я думаю, ты не будешь против. Еще может быть, что твоим маме и папе и твоему старшему брату придется тоже ко мне прийти и поговорить со мной о том, как мы тебе можем помочь. Ты тоже будешь здесь. Но сначала нам нужно подготовиться. Я думаю, что нам нужно снова встретиться через три дня. Ты не возражаешь? Мы можем нарисовать картинку, и еще я собираюсь рассказать тебе интересную историю. Может, ты меня хочешь о чем-то спросить, перед тем как пойдешь домой?”

Случай из практики 2: завершение

“Томми, у нас есть еще несколько минут. Я понимаю, что ты не очень-то сюда рвался, но все-таки — тебя забрали с уроков, а это уже неплохо, а? Твои одноклассники очень расстраиваются, когда ты забираешь их вещи, хоть ты и считаешь, что берешь их только на время. Похоже, у тебя от этого больше неприятностей, чем радости. Я ценю то, что ты уделил мне время и смог рассказать обо всем этом и ответил на мои вопросы о своей семье и тех вещах, которые ты брал. Я думаю, мы вместе можем кое-что сделать, чтобы исправить ситуацию. Вряд ли на это потребуется много времени — ты очень сообразительный и схватываешь все на лету, но нам все-таки нужно будет встретиться еще несколько раз. Не думаю, что нам нужно будет привлекать твою маму, если только у тебя не будет еще больших неприятностей. Я считаю, мы сами можем поговорить обо всем и что-то решить. Уверен, что у нас появятся идеи, которые тебе помогут. Но мне нужно лучше разобраться в твоей жизни. Это значит, что нам нужно будет еще побеседовать. Я думаю, ты не против того, чтобы прийти сюда и поговорить со мной еще несколько раз, правда?”

Наделение клиента полномочиями

Поскольку дети во многих аспектах своей жизни не могут принимать окончательное решение, они очень хорошо реагируют на предоставление им права делать выбор и задавать вопросы. Оставьте время для того, чтобы на завершающей стадии изменить направленность интервью и дать ребенку возможность спросить вас о том, что его самого интересует, и оценить проведенное вместе время.

“Знаешь, я подумал: я все время тебя спрашиваю и спрашиваю. Может, и у тебя есть ко мне вопросы?”

“Скажи, а ты именно так и представлял нашу встречу или как-то по-другому?”

“Может, во время нашей беседы произошло что-то такое, что тебя беспокоит?”

“Может, ты хочешь рассказать мне что-то такое, чего я не спросил?”

“Может, ты хотел, чтобы во время нашей встречи я сделал что-то такое, что помогло бы тебе чувствовать себя (или говорить) свободнее?”

Эти вопросы помогут клиенту почувствовать, что у него есть власть и он может контролировать ситуацию. Как отмечают Р. Фоули и Б. Шарф (*Foley & Sharf, 1981*), хотя к концу интервью для психолога-консультанта важно сохранять контроль, очень важно поделиться им (в разумных пределах) с юным клиентом.

Формальности

При работе с юными клиентами очень важно снова встретиться с родителями в конце интервью. Дети не способны сами согласовать следующие встречи или следовать рекомендациям, вытекающим из клинического интервью. Поэтому интервьюер должен обсудить эти вопросы со взрослыми, лучше всего в присутствии ребенка. Можно обсудить и другие формальности, например оплату.

ОКОНЧАНИЕ

Те же самые осознанные и неосознаваемые проблемы в связи с окончанием интервью, которые наблюдаются у взрослых клиентов, возникают и при работе с детьми. Готовясь к клиническому интервьюированию ребенка, полезно перечитать раздел главы 6, который посвящен окончанию интервью. В этом случае основное отличие скорее не в содержании, а в мере. Зачастую дети более откровенны и радикальны. Если взрослый хотел бы вас обнять, но сдерживается, то ребенок бросается вам на шею. Если взрослый думает о вас: “Да пошел ты...”, то подросток говорит это вслух. Если взрослому может взгрустнуться, то ребенок заливается слезами. Если взрослые недовольно поджимают губы, то ребенок начинает корчить вам рожицы, громко кричать, что не хочет уходить, и от разочарования даже может пнуть вас ногой. Или же заявить, что он остается с вами, либо, наоборот, сказать, что ему надоело и он уходит. Клинический интервьюер должен наблюдать, проявлять эмпатию и мягко настаивать. Иногда при окончании клинического интервью дети начинают проявлять очень драматичные чувства, мысли и действия. Все это один из элементов прощания.

РЕЗЮМЕ

Во многих отношениях интервьюирование детей качественно отличается от работы со взрослыми клиентами. В этой главе определяются основные различия между детьми и взрослыми и обсуждаются принципы профессионального отношения к этим различиям. На вводном этапе клинического интервью следует обдумать и уточнить роль заинтересованных взрослых. Однако самое главное для интервьюера — уделить внимание ребенку, обратиться непосредственно к нему и помочь юному клиенту понять, что его ожидает на предстоящем интервью.

Во время начальной стадии, если ребенок не может или не хочет определить свои личные цели в предстоящей терапии, советуем применять стра-

тегию, которая называется *желания и цели*. Она позволит задать позитивный тон, вовлечь ребенка в процесс и дать родителям или другим взрослым почувствовать, что они тоже услышаны. В работе с юными клиентами присутствуют особые аспекты конфиденциальности, которыми необходимо заниматься. Ребенок еще не имеет юридического права решать определенные вопросы, поэтому родители и опекуны имеют определенный доступ к клинической информации.

Получение диагностической информации во время основного этапа интервью облегчается за счет использования многих невербальных игровых видов деятельности. Кроме того, для одновременного сбора информации и установления эмоционального контакта рекомендуется применять специальные стратегии диагностики и сбора информации. При использовании стандартизированных психодиагностических методик следует объяснить юным клиентам их назначение и обеспечить обратную связь.

Процедуры сворачивания и окончания интервью при работе с детьми и со взрослыми клиентами близки, но при интервьюировании детей возникают некоторые сложности: больше участников процесса, более насыщенный график, более откровенные и радикальные формы выражения детьми своих реакций.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Brems, C. (1993). A Comprehensive Guide to Child Psychotherapy. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. Книга “Исчерпывающее руководство по детской психотерапии” рассказывает о важных аспектах работы с детьми: юридических и этических вопросах, стратегиях клинического интервьюирования, культуре, окружении, проблемах диагностики, завершении интервью, различных модальностях лечения.

Gardner, R. A. (1971). Therapeutic storytelling with children: The mutual storytelling technique. New York: Aronson. Книга Р. Гарднера “Терапевтическое рассказывание историй с детьми” станет надежным подспорьем для тех интервьюеров, которые при работе с юными клиентами любят использовать истории.

Hibbs, E. D., Jensen, P. S. (1996). Psychological treatments for child and adolescent disorders. Washington, DC: American Psychological Association. Авторы книги “Психологическое лечение детских и подростковых расстройств” задалась целью свести воедино науку и практику, рассматривая значение как теории, так и окружения для работы с самыми распространенными расстройствами психики у детей.

House, A. E. (2002). The first session with children and adolescents. New York: Guilford Press. Книга “Первая сессия с ребенком и подростком” поможет вам подготовиться к первому интервью с ребенком.

Hughes, J. N., & Baker, D. B. (1990). The clinical child interview. New York: Guilford Press. Авторы книги “Клиническое интервью с ребенком” предлагают теоретическую и практическую информацию для специалистов, которые занимаются диагностированием и лечением детей. Может использоваться как школьными психологами, так и психологами-консультантами.

Jongsma, A. E., Peterson, L. M., & McInnis, W.P. (2000). The adolescent psychotherapy treatment planner. New York: John Wiley & Sons. Книга “Планирование лечения в подростковой психотерапии” построена на поэтапном принципе. Включает всестороннее описание большинства подростковых расстройств и проблем, цели и задачи лечения, а также конкретные методы интервенции для каждого расстройства.

Jongsma, A. E., Peterson L. M., & McInnis, W.P. (2000). The child psychotherapy treatment planner. New York: John Wiley & Sons. “Планирование лечения в детской психотерапии”, подобно предыдущему источнику, включает всестороннее описание большинства детских расстройств и проблем, цели и задачи лечения, а также конкретные методы интервенции для каждого расстройства.

Kelly, F. (1997). The clinical interview of an adolescent: From assessment and formulation to treatment planning. Springfield, IL: Charles C. Thomas. В книге “Клиническое интервьюирование подростка: от диагностики до планирования терапии” описывается процесс и методы клинического интервьюирования трудных подростков. Настольная книга для студентов или практикующих интервьюеров, которые работают в основном с молодыми клиентами.

Richardson, B. (2001). Working with challenging youth: Lessons learned along the way. Philadelphia: Brunner-Routledge. В книге “Работа с меняющейся молодежью: уроки, полученные по ходу” предлагается более 50 “уроков” по консультированию трудных подростков, которые усвоил автор. Помимо того что книга содержит многочисленные практические идеи относительно консультирования молодежи, она хорошо организована и написана в таком стиле, что ее просто интересно читать.

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1997). Tough Kids, Cool Counseling: User-friendly approaches with challenging youth. Alexandria, VA: American Counseling Association. Что мы можем сказать по поводу нашей книги (“Трудные дети, легкое консультирование: использование дружественного подхода к меняющейся молодежи”)? Она просто великолепна! Если серьезно, то эта книга имеет ярко выраженный прикладной характер. Многочисленные методики и стратегии, которые в ней приводятся, подчи-

нены общей цели — установлению и укреплению терапевтических отношений с молодыми людьми, которые могут не быть на них настроены. Главы, посвященные суициду и использованию медикаментов, отличаются особенной практической направленностью.

Sommers-Flanagan, R., Elander, C. D., & Sommers-Flanagan, J. (2000). Don't divorce us!: Kids' advice to divorcing parents. Alexandria, VA: American Counseling Association. В основу книги “Не разлучайте нас! Советы детей разводящимся родителям” легли интервью и опросы людей (как взрослых, так и детей), переживших развод. Книга учитывает точку зрения детей и включает такие темы, как подготовка к разводу, конфликт родителей до и после развода и жизнь в новых семьях.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ ПАР И СЕМЕЙ

Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему.

Лев Толстой, “Анна Каренина”

Если что-то представляет трудности, это еще одна из причин того, чтобы это сделать. Любовь тоже хороша, потому что любовь трудна. Для одного человека любить другого человека — самая, вероятно, трудная задача из всех, итог, главный экзамен. Это та цель, для которой другие цели — только подготовка.

Райнер Мария Рильке¹, “Письма к юному поэту”

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Клиническое интервьюирование пар и семей под силу далеко не каждому специалисту. Мы считаем, что терапевтическая работа с парами и семьями — одна из самых интересных и самых трудных задач, с которой сталкиваются специалисты в области психического здоровья. Хотя эта короткая глава не может дать полной информации и подготовить вас к компетентной работе с парами и семьями, в ней упоминаются очень важные общие принципы. Прочитав ее, вы узнаете:

- о некоторых классических парадоксах, связанных с интервьюированием пар и семей, включая тот факт, что клиницист располагает меньшим временем для работы с большим числом клиентов;
- о способах описания пар и семей;
- как применять описанные ранее структуру и задачи клинического интервьюирования к работе с парами и семьями;

¹ Рильке (Rilke), Райнер Мария (1875–1926) — австрийский поэт. Ведущая тема — преодоление одиночества через любовь к людям и слияние с природой. В сборниках “Книга образов” (1902) и “Часослов” (1899–1903) органически сочетаются философская символика, музыкальность и пластичность. Принципиально важно для немецкой поэзии изживание Рильке романтических штампов и “поэтизмов” (“Дуинезские элегии”, 1923). Роман-дневник “Заметки Мальте Лауридса Бригге” (1910) предвосхищает экзистенциалистскую прозу. — Прим. ред.

- о различных формальных методах диагностики при работе с парами и семьями;
- о практических и философских аспектах выявления, разрешения и регулирования конфликтов (и установлении ограничений) при клиническом интервьюировании пар и семей;
- о содержании некоторых понятий семейной терапии, таких как идентификация, проекция, вовлеченность и избегание;
- о своевременности (а также необходимости и этичности) перехода от индивидуальной терапии к семейной.

Клиническое интервьюирование индивидуальных клиентов — нелегкая задача. Неудивительно, что эта задача еще более усложняется, когда приходится работать одновременно с несколькими клиентами. Вместо того чтобы заниматься диагностикой клиента — его проблем, мотивации, ожиданий, — при работе с парами вам придется диагностировать, изучать и оценивать двух людей, *а также* взаимоотношения между ними. Вам придется изучить и оценить самые разные проблемы, мотивы и ожидания двух отдельных индивидов, стремящихся к сохранению своего союза и взаимной любви. При работе с семьями клинический интервьюер должен изучить мотивы, ожидания и взаимоотношения всех членов семьи. Чем многочисленнее семья, тем сложнее и труднее дается ему терапевтическая диагностика и лечение.

Хотя в этой главе мы и рассматриваем основные стратегии клинического интервьюирования пар и семей, наше освещение этой сложной темы довольно поверхностно. К тому же наши рассуждения неизбежно попадают под влияние наших пристрастий и нашей теоретической ориентации. Глава познакомит вас с общими принципами интервьюирования пар и семей, но она не сможет дать вам полного объема знаний и навыков, необходимых для компетентной работы с этой категорией клиентов. На протяжении всей главы мы будем ссылаться на опыт других специалистов и источники, которые помогут вам подготовиться к эффективному клиническому интервьюированию пар и семей.

НЕКОТОРЫЕ ПАРАДОКСЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ ПАР И СЕМЕЙ

При работе с парами и семьями вы столкнетесь с некоторыми неизбежными парадоксами, которые обсуждаются ниже.

Больше клиентов, меньше времени

Несмотря на то что работать с парами и семьями сложнее, чем с индивидуальными клиентами, многие терапевты, как правило, вынуждены ускорять этот процесс. Это происходит потому, что продолжительность консультирования пар и семей меньше, чем при работе с индивидуальными клиентами (*Hampson & Beavers, 1996; Lowry & Ross, 1997; Luquet, 1996*). Сокращение продолжительности может объясняться несколькими причинами.

Члены семьи и супруги обычно приходят на консультирование с разными уровнями мотивации, с разными ожиданиями и установками. Один из супругов или некоторые члены семьи могут открыто возражать против необходимости консультирования как такового. Такое несоответствие может привести к досрочному прекращению консультирования. Кроме того, многие страховые компании или учреждения системы современного здравоохранения не предусматривают расходов на семейную терапию. Многим парам и семьям полный курс психологического консультирования не по средствам, поэтому его продолжительность сокращается. Это усложняет задачу эффективного интервьюирования и предоставления полноценных консультационных услуг. Наконец, есть чисто технические причины: нескольким людям труднее договориться о таком времени для посещения терапевтических сеансов, которое было бы удобно всем. Подобные трудности также могут сократить период консультирования.

Термины описания пар

Другой парадокс интервьюирования пар и семей заключается в том, что вы должны определиться с терминами, описывающими ваших клиентов, еще до того, как приступите к непосредственной работе с ними.

Среди специалистов и неспециалистов существует множество разногласий относительно того, как определить неродственный союз двух людей, которые живут вместе или встречаются (например: *Hawkins, 1992; Murphy, 1992*). Некоторые специалисты говорят о *брачной терапии* или *супружеской терапии*, другие употребляют термины *консультирование пар* или *терапия пар*. Мы предпочитаем последние понятия, потому что они шире. В этой главе мы будем говорить о техниках клинического интервьюирования и психологического консультирования двух людей, которых объединяют романтические отношения, преимущественно как о *работе с парами*. Термин *работа с парами* может относиться к психологическому консультированию и психотерапии не связанных брачными узами гомосексуалистов и лесбиянок; не состоящих в браке гетеросексуальных мужчин и женщин,

которые не собираются вступать в брак; не состоящих в браке гетеросексуальных мужчин и женщин, которые собираются вступать в брак; пар, которые рассматривают свои отношения как гражданский брак, хотя он и не является юридически оформленным актом; а также традиционных супружеских пар. Термин “пара” также включает бывших мужей и жен, которые примирились после развода и наладили новые отношения. И наоборот, термин “брачная терапия” относится исключительно к людям, связанным официальными, юридически оформленными брачными узами.

Консультирование пар еще называют *терапией отношений* или *улучшением отношений*. Однако мы не рекомендуем применять термин *терапия улучшения отношений*, если только вы не используете одноименной стратегии (Guernsey, 1977). Термин не показывает различия между терапией пар и семейной терапией или даже более специфическими видами интервенции — такими, например, как медиация². К терапии с целью улучшения отношений могут прибегать отдельные члены семьи — скажем, мать и дочь, отец и сын. Такие формы работы уместнее называть семейной терапией, поскольку речь идет о членах семьи, связанных не любовными, а родственными отношениями.

Термины описания семей

К сожалению, термины описания семей, как и термины описания пар, вызывают определенные ассоциации. Трудно найти такие определения, которые устроили бы всех. Мы считаем, что семьи могут быть различными по форме и объему. Теоретики и практики семейной терапии расходятся во мнениях относительно того, следует ли уделять внимание семейным подгруппам (Goldenberg & Goldenberg, 2000). В нашем изменчивом, мобильном обществе одна и та же семья может определяться не так, как неделю назад, и не так, как будет описываться еще через неделю.

Дети разведенных родителей, которые снова женились или вышли замуж, часто считают, что у них две семьи. Дети, которые выросли в родоплеменных общинах (как, например, у североамериканских индейцев, а также во многих других культурах), могут длительное время проживать с бабушками и дедушками, дядями и тетями, взрослыми братьями и сестрами. Семьи могут включать приемных детей, престарелых родственников и временных членов. Главной семьи может быть отец или мать-одиночка, оба родителя, дедушка или бабушка, отчим или мачеха и т.д. Иногда люди, считающие себя семьей, проживают отдельно в силу определенных личных или юридических причин.

² От слова mediation (англ.) — посредник. — Прим. ред.

Например, семейная терапия нередко проводится при отсутствии одного из членов семьи, который находится в местах лишения свободы.

Занимающиеся семейной терапией специалисты должны найти как удобное рабочее определение семьи, так и теоретическую основу для адекватной терапии. Компетентное клиническое интервьюирование семей и последующая семейная терапия требуют серьезного обучения и контроля опытных специалистов. На данном этапе существуют разнообразные и порой спорные теоретические подходы к клиническому интервьюированию семей и проведению семейной терапии. Теоретическое и практическое разнообразие наряду с упомянутыми ранее сложностями обуславливает необходимость того, чтобы начинающие интервьюеры не занимались такими видами деятельности без надлежащего контроля. Мы лично предпочитаем, чтобы начинающие интервьюеры проходили практическое обучение путем совместного интервьюирования с супервизором или коллегами (т.е. командой, которая вместе обдумывает ситуацию; *Andersen, 1991; Bertolino & O'Hanlon, 2002*). Модель обучения через *ученичество* особенно важна при подготовке к клиническому интервьюированию, диагностике и терапии семей.

Общая модель для работы с парами и для семейной терапии

В этой главе обсуждаются важные аспекты клинического интервьюирования пар и семей. Мы также затрагиваем проблемы, связанные с этой разновидностью клинического интервьюирования, и их возможные решения. Однако когда речь заходит о работе с парами или семьями, клиницисты разных теоретических направлений радикально расходятся во мнениях относительно адекватных и эффективных стратегий интервьюирования. Некоторые могут отрицать существование общей модели семейного интервью, т.е. такой модели, которая не зависит от теоретической ориентации специалиста. Мы считаем, однако, что различные модели семейного интервьюирования содержат универсальные базовые элементы, общие для большинства теорий семейной психотерапии. Эти элементы имеют особое значение для начинающих клинических интервьюеров, которые работают с парами и семьями.

ЭТАПЫ И ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

Как и при работе с индивидуальными взрослыми клиентами, детьми и подростками, интервьюирование пар и семей можно разделить на несколько стадий по пятикомпонентной модели, которую предложил С. Шей (*Shea, 1998*). Мы вкратце опишем эти этапы и соотносящиеся с ними задачи в приложении к клиническому интервьюированию пар и семей.

Введение

Вводная стадия клинического интервьюирования пар и семей включает контакт по телефону, назначение встречи, первую личную встречу и приветствие, а также обучение клиентов.

Контакт по телефону и назначение встречи

Когда пары обращаются за профессиональной помощью, часто один из партнеров мотивирован больше, чем другой. Обычно это тот человек, который звонит, чтобы договориться о психологическом консультировании. Однако бывают и исключения. Иногда один из партнеров звонит консультанту по настоянию другого. Например.

Клиент: Здравствуйте, меня зовут Берг Смит. Я звоню, чтобы договориться о семейном консультировании.

Интервьюер: Хорошо, но прежде чем мы назначим встречу, я должен дать вам некоторую информацию о наших услугах и задать вам пару вопросов. (Затем интервьюер сообщает о системе оплаты услуг, спрашивает о страховке, выясняет наиболее удобное для будущих клиентов время встреч и т.п.)

Клиент: Хорошо, мы можем приходить вечером, по пятницам. Знаете, это жена велела вам позвонить. Она сказала, что если я не договорюсь с вами, между нами все кончено. Она думает, что мы должны к вам прийти. Поэтому запишите нас на прием, пожалуйста.

Как видите, звонивший сообщил интервьюеру, что, хотя у него и нет позитивной внутренней мотивации пройти курс семейного консультирования, у него есть негативная внешняя мотивация — ультиматум его жены. Звонить может тот человек, которому угрожает его партнер. Обычно менее мотивированная сторона сообщает о своем отношении уже в начале телефонной беседы с клиническим интервьюером. То же касается и партнера с более высокой мотивацией. Например.

“Я звоню, чтобы договориться о семейном консультировании. Наш брак рушится. Я долгое время пыталась уговорить мужа сходить к психологу, но он отказывался. А сейчас я просто хочу назначить с вами встречу. Или он пойдет вместе со мной, или я пойду одна”.

Пары часто прибегают к тому, что психотерапевты называют *триангуляцией*. Триангуляция имеет место в том случае, если одна из сторон устанавливает отношения с третьим лицом, обычно чтобы заручиться его поддержкой. Нередко человек, который звонит, чтобы договориться о семейном консультировании, с самого начала беседы активно ищет поддержки и сочувствия клинического интервьюера. Триангуляция часто наблюдается у супругов, партнеров и членов семьи. Как правило, она считается неоптимальной

(а иногда и патологической) стратегией для укрепления позиции человека в системе семейных или партнерских отношений (*Horsley, 1997; Scarf, 1995*).

Часто при первом телефонном контакте важным фактором выступает пол психотерапевта. В университетских клиниках с семьями и парами может работать разнополая команда терапевтов. Хотя котерапия³ может усложнить и без того сложную систему отношений между объектами и субъектами терапевтического процесса, она обычно считается более выигрышной, особенно в университетских клиниках. Неопытные терапевты с радостью обращаются друг к другу за поддержкой и советом. Наоборот, для опытных терапевтов котерапия часто становится обузой. Будучи уверенными в правильности своих действий, они не любят, когда другие терапевты отвлекают их от эффективной терапевтической деятельности своими рекомендациями. Однако при условии, что теоретические ориентиры котерапевтов совместимы и что они способны достигнуть взаимопонимания, они могут предоставить парам и семьям более полноценные услуги.

К несчастью для клиентов, и в клиниках, и в частном порядке психологи-консультанты редко работают вместе. Но есть и исключения. Некоторые теоретические школы даже требуют совместной работы двух терапевтов (*Young-Eisendrath, 1993*). Однако, как правило, работа котерапевтов обходится чересчур дорого. В некоторых учебных клиниках парам предлагают выбор: женщина-интервьюер или мужчина. Например.

Интервьюер: Иногда пары, которые приходят на консультирование, предпочитают работать либо с мужчиной, либо с женщиной. Что вы предпочитаете?

Клиент: Хмм... Вообще-то, она не говорила, с кем хочет общаться, с мужчиной или с женщиной. Наверное, она захочет работать с женщиной, а вот я бы лучше поговорил с мужчиной. Да, лучше пусть это будет мужчина.

В этом примере муж после недолгого раздумья о том, чьи желания важнее — его собственные или его жены, — решает в свою пользу. Этот выбор может говорить о стремлении к триангуляции. Муж надеется, что точка зрения мужчины-интервьюера на проблемы будет ближе к его собственной. Надежда или попытка триангуляции, хотя и может быть признаком патологии супружеских отношений, в общем-то естественна для пар, которые обращаются за профессиональной помощью. Как обычно, мы рекомендуем интервьюерам мысленно фиксировать свои впечатления от первого контакта с будущими клиентами, в том числе попытки звонившего заручиться поддержкой или сочувствием терапевта.

³ Котерапия (от лат. со(n) — с, вместе; и греч. therapeia — забота, уход, лечение) — психотерапия, предусматривающая одновременную работу с клиентом или клиентами двух специалистов (котерапевтов). — Прим. ред.

Личная встреча и приветствие

Клинический интервьюер должен приложить все старания к тому, чтобы приветствовать обоих партнеров или супругов с одинаковой теплотой и умеренным энтузиазмом. Партнеры могут отыскивать в поведении клинического интервьюера едва уловимые знаки предпочтений, отдаваемых одному из них. Если это возможно, не выказывайте никаких предпочтений. Ровное отношение к обоим партнерам или супругам — вот к чему вы должны стремиться.

Неудивительно, что возможность триангуляции делает разговор с парами в приемной задачей, требующей взвешенного подхода и наблюдательности. Если вы, например, говорите о погоде, женщина может плохо на это отреагировать, потому что, по ее мнению, муж и без того слишком часто об этом говорит (а не о “более важных” вещах). Если вы спрашиваете, например, легко ли им было найти клинику, они тут же могут начать ссору, рассуждая о том, кто именно “повернул не в ту сторону” или кто на самом деле “знал правильную дорогу”. При встрече и приветствии серьезно конфликтующих пар буквально каждое сказанное вами слово может и будет использовано против вас.

Несмотря на грозящую вам опасность, постарайтесь завязать с парой беседу. Держитесь самых нейтральных, тривиальных тем, пожмите руки обоим супругам (если это согласуется с их культурными традициями) и избегайте таких комментариев, которые могут быть восприняты как слишком личные или как знак того, что вы склоняетесь на сторону одного из клиентов.

Телефонный контакт и назначение встречи семьям

Большая часть приведенных выше советов применима и к первым контактам с семьями. Основное различие состоит в том, что член семьи редко звонит, высказывая четко сформулированную просьбу о семейном консультировании. Как правило, просьба о помощи вытекает из описания патологических паттернов или моделей поведения в семье у одного (что наблюдается гораздо чаще) или нескольких членов семьи. Для того чтобы прийти к решению о необходимости либо семейной терапии, либо индивидуальной терапии с привлечением (или без привлечения) других членов семьи в качестве информантов, интервьюер должен руководствоваться как своей теоретической ориентацией, так и клиническим суждением.

Если потенциальный клиент описывает ситуацию, которую можно решить с помощью семейной терапии, желательно выбрать время первой встречи таким образом, чтобы на ней могли присутствовать все члены семьи. Возможно, не все они будут посещать последующие сеансы психотерапии или консультирования, но встреча с семьей в полном составе —

стандартное начало работы. Многие клиницисты, специализирующиеся на семейной терапии, говорят о сборе всех членов семьи, которые проживают вместе, как о необходимом условии первой встречи (*Goldenberg & Goldenberg, 2000*). Более того, некоторые терапевты настаивают на первой встрече семьи в расширенном составе. Приведем пример телефонной беседы.

Интервьюер: Миссис Уилбер? Это Тина Джонс. Я консультант-стажер в университетском консультационном центре. Вы нам звонили?

Клиентка: Да, я хотела бы договориться о встрече, чтобы поговорить о моем муже и моей дочери. Вообще-то, Билл сказал, что он тоже может прийти, но я не уверена, что так будет лучше. Вы можете меня принять? Д-р Грин говорит, что ваш центр будет для нас оптимальным вариантом, потому что у нас сейчас нет страховки, а у вас гибкая система оплаты.

Интервьюер: Да, я смогу вас принять. В ближайшее время мы сможем встречаться во второй половине дня. Итак, у вас в семье проблемные отношения, и вы хотите, чтобы я помогла их наладить, верно?

Клиентка: Ох, я даже не знаю. Мой муж, Билл, в последнее время очень расстроен из-за нашей дочери, Ким. Ей 15 лет, и у нее язык — как бритва, если вы понимаете, о чем я говорю. И она ему грубит. Муж у меня — человек тихий, спокойный. Наш сын, Уолли, из-за этих передраг отошел куда-то на второй план. Может, мне просто нужно привести Ким? Но она говорит, что не придет к вам без отца.

Интервьюер: Дети в переходный период могут вести себя агрессивно по отношению ко многим людям. В мои профессиональные обязанности входит помогать людям с помощью семейной терапии. Будет лучше, если вы все придете хотя бы на несколько первых встреч. С вами живет еще кто-нибудь, кроме мужа, сына и дочери?

Клиентка: Нет. И так иногда кажется, что нас слишком много.

Интервьюер: Как вы думаете, реально для всех вас прийти ко мне в следующий вторник, в четыре?

Подобная телефонная беседа может иметь множество вариантов. Родители, которые звонят, чтобы договориться о психологическом консультировании, могут не осознавать, что существует такая форма услуг, как семейная терапия, и не знают, что может помочь в их ситуации. Первые контакты по телефону требуют хотя бы минимального клинического суждения и подготовки для того, чтобы договориться о приемном интервью для всех членов семьи.

Встреча и приветствие семей

Как и при работе с парами, разговор с семьей в приемной клинического интервьюера имеет некоторые особенности. Обычно лучше всего говорить о чем-то таком, что относится ко всем членам семьи, чтобы не выделять одного или двух индивидов. Некоторые авторы считают, что в первую очередь необходимо ориентироваться на самых младших членов семьи уже

в приемной клинического интервьюера (*Whitaker & Burnberry, 1988*). Если это возможно, прежде чем заходить в кабинет, поприветствуйте всех членов семьи, называя их по именам.

Обучение пар и семей

Как и при индивидуальном интервьюировании, терапевт должен объяснять парам и семьям общий план интервью и процедуры консультирования. Очень важно подробно рассмотреть вопрос конфиденциальности и юридически обусловленных причин ее нарушения. Вы должны четко понимать профессиональную этику и политику вашего учреждения и помнить о них. Например, очень важно объяснить вашу политику относительно индивидуальных встреч с отдельными партнерами или членами семьи — будете ли вы обсуждать с одним из членов семьи или партнером проблемы, касающиеся других членов семьи или второго партнера, — а также согласны ли вы хранить в секрете предоставленную вам информацию, временно или постоянно. Например.

Джилл, психолог-интерн⁴, проводит первую встречу с Бетти и Барни. Встреча начинается с того, что Бетти заливаясь слезами и говорит, что Барни ее уже не любит — она в этом уверена. Барни злится, перебивает Бетти и начинает говорить сам, причем его невозможно остановить. Бетти продолжает плакать до конца клинического интервью. Джилл делает все возможное, чтобы добиться от обоих партнеров объяснения их ситуации и их потребностей, но ей это не удается. В конце встречи Джилл чувствует, что ей потребуется еще несколько часов, чтобы определить задачи лечения. Она отправляет клиентов домой, дав им анкету для заполнения. На следующий день клиническому интервьюеру звонит Барни. Он признается, что у него есть любовница, но он предпочитает, чтобы Бетти об этом не знала. Он хочет остаться в браке с Бетти до тех пор, пока их младший сын не окончит школу в следующем году. Именно поэтому Барни согласился прийти на психологическое консультирование. Он уверен, что Джилл ничего не скажет Бетти, если он не даст на то своего согласия.

Ясность относительно того, готовы ли вы хранить секреты отдельных клиентов, очень важна при работе с парами и в семейной терапии. Согласно этическому кодексу Международной ассоциации брачных и семейных консультантов (*International Association of Marriage and Family Counselors — IAMFC*), уверенность Барни вполне оправдана, если Джилл заранее не сделала никаких оговорок на этот счет.

Если только всеми членами семьи не была достигнута альтернативная договоренность, сообщения консультанту со стороны отдельного члена

⁴ *Интерн* (от лат. *internus* — *внутренний*) — *сверхштатный специалист, временно командированный к лечебному учреждению для повышения квалификации.* — Прим. ред.

семьи во время индивидуального консультирования или контактов с целью психологической консультации не разглашаются другим членам семьи без разрешения данного индивида (*IAMFC, 1993, p. 75*).

Особого внимания при работе с парами и семьями требуют и другие аспекты конфиденциальности. В случае возникновения подозрения, что имеет место сексуальное насилие или жестокое обращение с детьми, интервьюер может встать перед необходимостью ходатайствовать о лишении родительских прав, проблемой санкционирования развода. Очень важно подробно и доходчиво объяснить подобные возможные варианты развития событий и четко понимать как соответствующие юридические нормы, так и политику вашего учреждения.

Не менее важно объяснить партнерам или членам семьи, что ожидается от них во время клинического интервью и какое поведение с их стороны считается недопустимым. Специалисты, работающие с парами и семьями, с разной степенью толерантности относятся к открытому проявлению конфликта, деструктивным тенденциям в общении, оскорблениям, разговору на повышенных тонах и т.д. Начинаям интервьюерам лучше всего сохранять контроль, заранее обуславливая принципы, запрещающие потенциально деструктивные конфликты. Мы подробнее поговорим на эту тему позже в этой же главе.

Вот пример того, как можно устанавливать правила поведения с целью недопущения открытого конфликта при работе с парами.

“Бетти, Барни, я хочу немного рассказать вам о правилах нашего общения. Вероятно, наша беседа коснется очень болезненных, эмоциональных вопросов. Я оставляю за собой право прерывать разговор, если кто-нибудь из вас пойдет слишком далеко или чересчур разгорячится. Иногда консультанты позволяют супругам ссориться, чтобы лучше понять их отношения, но у меня другой подход к работе. Я знаю, что это может быть трудно, но мы должны найти конструктивный способ решения ваших проблем”.

Один студент-практикант, работавший с семьей, где муж был очень авторитарным человеком с зычным командным голосом, сказал просто:

“Мистер Смит, должен вам сказать, что в моем кабинете плохая звукоизоляция. Поэтому, если вы собираетесь так громко говорить, знайте — наш секретарь и люди на верхнем этаже услышат каждое ваше слово”.

С этого момента мистер Смит стал говорить гораздо тише.

Кроме контролирования крика и других выражений деструктивного конфликта, следует обратить внимание на свой уровень и стиль активности. Большинство работающих с парами и семьями специалистов более активны и директивны по сравнению с теми, которые занимаются индивидуальными клиентами. Они переадресовывают и перефразируют утверждения

клиента, перебивают, заставляют клиентов пересаживаться с места на место и даже могут участвовать в ролевой игре. Они предлагают задания, дают домашнюю работу, читают мини-лекции о сущности общения, принципах семейной жизни, потребностях семьи и т.д. Клиентов нужно предупредить о возможности подобных действий со стороны интервьюера.

Пары и семьи также узнают о процессе клинического интервьюирования и основных правилах посредством наблюдения за поведением терапевста. С самого начала консультант должен удостовериться, что каждый клиент владеет общей информацией, полученной им в ходе предыдущего контакта. Сюда относится краткое и четкое изложение интервьюером того, что ему сообщили при первом контакте по телефону. Предоставляя эту информацию всем членам семьи или другому партнеру, интервьюер моделирует формат консультирования “без секретов”.

Интервьюер: Приятно с вами познакомиться. Сэнди, вы звонили мне и договаривались о встрече, поэтому я хотел бы рассказать Рикю, о чем мы говорили. Рик, по словам Сэнди, вы оба хотите пройти психологическое консультирование, но все-таки инициативу проявила именно ваша супруга. Насколько я помню, Сэнди сказала, что в прошлом году вы пробовали жить отдельно, но это настолько огорчало ваших детей, что вы снова стали жить вместе. Я ничего не забыл, Сэнди?

Сэнди: Вроде ничего. Но есть и другие причины того, почему мы здесь. Рик вел себя довольно плохо.

Интервьюер: (перебивает) Спасибо, Сэнди. На этом этапе я только хочу удостовериться, что Рик знает, о чем мы говорили, чтобы он не думал, что от него что-то скрывают. Мы займемся проблемами, которые вас сюда привели, немного позже. Рик, вы слышали что-то новое для себя?

Рик: Я знал, что она вам звонила, и я был не против.... Меня не смущает то, что мы пришли сюда. Но я считаю, что мы должны сделать что-то конкретное.

Интервьюер: Спасибо, Рик. То, что вы оба знаете все, что знаю я, очень важно. Проблемы отношений имеют по меньшей мере две стороны. Моя политика при работе с парами заключается в том, что каждый партнер должен знать все, о чем мне сообщает другой партнер в индивидуальной беседе. После того как я в общих чертах объясню вам принципы моей работы и еще кое-что расскажу, я спрошу каждого из вас о ваших проблемах, хорошо?

Такая структура беседы обеспечивает естественный переход к теме индивидуальных секретов и индивидуальных контактов интервьюера с одним из партнеров. Политика и теоретическая ориентация может варьироваться, поэтому вам нужно разработать собственную парадигму (в зависимости от теоретических предпочтений, позиции супервизора и политики учреждения; см. врезку “От теории к практике 12.1”, в которой обсуждается вопрос сохранения личной тайны отдельного клиента при работе с парами).

От теории к практике 12.1

Нужно ли хранить секрет?

Давайте вспомним о ситуации Рика и Сэнди. Представьте, что события развиваются следующим образом.

Когда Сэнди звонит вам, чтобы договориться о встрече, она сообщает, что Рик очень угнетен и апатичен. Сэнди говорит, что Рик больше не проявляет к ней сексуального интереса, и считает это одним из проявлений депрессии. Она также упоминает о том, что отец Рика в прошлом году покончил жизнь самоубийством. Станете ли вы во время первой встречи пересказывать Рiku все, что сообщила вам Сэнди?

Другая ситуация. Когда Сэнди звонит вам, чтобы договориться о встрече, она сообщает, что почти год встречалась с любовником, но эта связь уже прекратилась. Сэнди также говорит, что Рик ничего об этом не знает и что ему не стоит об этом знать. Что вы скажете Сэнди о вашей политике относительно сохранения личных тайн клиентов?

Еще один возможный сценарий. Вам звонит Рик, чтобы договориться о встрече. Он сообщает, что Сэнди уже не привлекает его как женщина, потому что за два последних года она поправилась на 10 кг. Рик также признается, что он пристрастился к порнографии и проводит больше времени в Internet, чем с Сэнди. Когда оба супруга придут на первую встречу, станете ли вы рассказывать об это Сэнди? Как бы вы поступили, если бы та же информацию сообщила Сэнди (т.е. что она набрала 10 кг и подозревает, что у Рика порнозависимость)? Стали бы вы делиться этой информацией с Риком?

Как видно из этих примеров, довольно трудно принять решение о том, какую информацию и в каком объеме стоит давать партнерам на приемном интервью. Нужна ли такая политика, которая обязывает вас сообщать второму партнеру обо всем, что вы узнали во время телефонного разговора? (Если да, то вы должны уведомлять об этом звонящего *до того*, как он вам что-либо расскажет.) И наоборот, если вы *избирательно* сообщаете второму супругу или партнеру о том, что рассказал ваш телефонный собеседник, если вы затрагиваете эти темы позже или же вообще о них не упоминаете, что это значит для вашего первого собеседника? Как он воспримет ваше отношение к хранению секретов, что подумает о возможности вашей совместной коалиции?

Прежде чем приступить к работе с парами, вы должны четко определиться со своей позицией. Нам известны некоторые терапевты, которые не только отказываются хранить секреты отдельных клиентов, но даже прямо спрашивают при первой беседе по телефону, нет ли у клиента любовной связи на стороне. Если ответ утвердительный, терапевт сообщает клиенту, что не станет работать с ним, пока “любовный треугольник” не будет ликвидирован.

Итак, какова ваша политика? Вы будете держать в секрете то, что узнаете от одного из партнеров? Будете ли вы работать с парами, в которых один из партнеров изменяет другому? Чем вы будете руководствоваться, принимая соответствующие решения?

Начальный этап

Начало семейного интервью или интервью пар может проходить по-разному в зависимости от теоретической ориентации специалиста. Очень важный компонент этого этапа при работе с парами, независимо от последующего развития событий, — получить как можно более полную информацию от каждого клиента о том, что привело их на психологическое консультирование. Простые, выдержанные слова клинического интервьюера помогут начать этот этап. Вероятно, интервьюеру не стоит ожидать равного участия каждого из партнеров, однако выслушать каждого клиента на этой стадии просто необходимо.

Начальные реплики интервьюера при консультировании пар

Спросив клиентов, не осталось ли у них каких-либо вопросов относительно предстоящего интервьюирования, терапевт произносит примерно такую реплику.

“Я хотел бы услышать от каждого из вас, что привело его сюда и чего вы хотите добиться как пара. Неважно, кто начнет, — я хотел бы выслушать каждого из вас. Я знаю, что по некоторым вопросам вы можете не соглашаться друг с другом, поэтому по ходу можете поправлять друг друга, и я тоже кое-что добавлю”.

Клинический интервьюер может получить очень важную информацию, наблюдая за тем, как супруги или партнеры выясняют, кто же все-таки будет говорить первым. Чувства партнеров по отношению друг к другу и психологическому консультированию выражаются через тон голоса. Очень часто эти выражения чувств едва уловимы.

П. Борнштейн и М. Борнштейн предлагают пример альтернативной начальной реплики.

У меня такой план нашей сегодняшней встречи. Во-первых, я хотел бы лучше с вами познакомиться. Во-вторых, мне нужно знать, что привело вас сюда. В-третьих, поскольку я хочу многое от вас узнать, я буду задавать вам много вопросов. И наконец, когда мы закончим, я хотел бы предложить свои комментарии и сообщить, смогу ли я вам помочь (Bornstein & Bornstein, 1986, p. 54).

Заметьте, что посредством этой реплики клинический интервьюер задает более структурированный и директивный формат встречи. Такая направлен-

ность реплики, которую предлагают П. Борнштейн и М. Борнштейн, в какой-то мере обусловлена их бихевиористической ориентацией. Они предпочитают держать под контролем направление и ход клинического интервью.

Поддержание равновесия

Очень важно уделять внимание как тому клиенту, который говорит, так и другому. Если вы заметите невербальные знаки выражения гнева, боли, несогласия, можете восстановить баланс.

“Минуточку, Бетти. Похоже, Барни должен что-то сказать. Я понимаю, что вы еще не договорили, но давайте уделим минуту и вашему супругу”.

(Обращаясь к Барни) “Барни, я заметил, что вы вздрогнули и отвернулись от Бетти, когда она упомянула телевизор. Бетти еще не закончила объяснять свою позицию. Вы не возражаете, если она сначала выскажется, а потом мы вернемся к тому, что вас задело? Или вы хотите сказать это прямо сейчас?”

Даже несмотря на то, что вы только начали выяснять причины обращения партнеров за помощью, вы уже моделируете⁵ свой стиль и теоретическую ориентацию посредством активного структурирования их сообщений. Позволять одному партнеру игнорировать эмоциональную боль, которую выказывает второй партнер, — плохая модель. Эффективная работа с парами требует равновесия и справедливости. Поэтому если Барни решит поправить Бетти, дайте ему немного времени, подведите итоги сказанного и вернитесь к Бетти.

“Спасибо, Барни. Нам очень важно знать, что у вас несколько иное видение проблемы. Уверен, что найдется много вопросов, по которым вы расходитесь во мнениях, но мы попробуем это исправить. А сейчас пусть Бетти продолжит”.

Хотя для интервьюера важно учитывать невербальные проявления эмоций, в равной мере важно понять, что некоторые клиенты используют недвусмысленные невербальные знаки, чтобы не дать своему партнеру высказаться. Если эти невербальные знаки становятся поведенческим паттерном или превращаются в патологию, интервьюеру следует обратить на них внимание и постараться свести подобные проявления к минимуму.

“Подождите, Бетти. Я вижу, Барни довольно остро реагирует на то, что вы говорите. Барни, я понимаю, что вы начинаете обижаться, но я хочу, чтобы вы постарались сдержаться и попробовали просто выслушать

⁵ *Моделирование — в теории социального научения А. Бандуры имитация естественной ситуации, при которой человек в идеале должен вести себя так, как если бы это была реальная ситуация. В данном случае интервьюер демонстрирует клиентам определенную модель поведения. — Прим. ред.*

и понять версию Бетти по поводу того, что привело вас сюда. Через несколько минут у вас будет возможность объяснить свою точку зрения”.

Диагностика взаимоотношений и поведения партнеров

Когда пары обсуждают основные причины обращения за профессиональной психологической помощью, полезно понаблюдать за тенденциями взаимоотношений и поведения партнеров.

Партнеры часто различаются своими потребностями относительно степени эмоциональной близости и независимости. Например, один из партнеров хочет проводить больше времени вместе, в то время как второй партнер выражает (прямо или косвенно) свое стремление к одиночеству. Нередко эти различные потребности в эмоциональной независимости или близости проявляются уже во время приемного интервью. Иногда это выглядит как сцена погони из фильма: один из партнеров гонится за другим, а тот убегает.

Проблема эмоциональной близости и независимости иногда объясняется в более широком контексте различий между полами. В рамках этого подхода мужчины считаются эмоционально более холодными, отдаленными и более автономными. Женщины, соответственно, считаются эмоционально более теплыми и стремящимися к близости. Хотя отношение к конфликту партнеров как проявлению половых различий может быть полезным, а иногда даже желательным, моделью полового детерминизма слишком часто злоупотребляют или используют ее некорректно (*Grey, 1992; Tannen, 1990*). Действительно, при работе с парами вы можете обнаружить, что мужчины чаще стремятся к независимости, а женщины — к эмоциональной близости. Однако это не дает вам права говорить, что такие тенденции следует считать нормальными или желательными. Вместо этого вам следует присмотреться к предпочтениям и тенденциям партнеров, чтобы лучше понять особенности их взаимоотношений и помочь партнерам сделать эти взаимоотношения более адекватными или адаптивными.

Недавно Джон Готтман, работающий над научными аспектами клинического интервьюирования пар и семей, подчеркнул важную роль “эмоциональных требований” в работе с парами (*Gottman & DeClaire, 2001*). Ученый утверждает, что партнеры часто предъявляют друг другу эмоциональные требования, и если у них здоровые отношения, они принимают и эмпатически реагируют на эмоциональные требования друг друга. Например, Бетти могла бы пожаловаться:

“Я потратила целый день, убирая в гараже, а он смотрел футбол. А потом, когда я пришла в дом и сказала, что валюсь с ног от усталости, он не посочувствовал мне, а только удивился, почему я так долго возилась”.

Как видите, Бетти предъявила требование эмоциональной поддержки и сочувствия, которое Барни полностью проигнорировал. Анализ этих упущенных возможностей поможет интервьюеру понять природу негативных паттернов коммуникации между партнерами.

Психоаналитики считают, что межличностная привлекательность основывается на феномене комплиментарности. *Комплиментарностью* называют явление, при котором партнеры дополняют друг друга, а не обладают сходными личностными качествами и особенностями поведения. Теория комплиментарности предполагает, что привлекательность партнеров друг для друга частично объясняется их противоположными качествами. Партнеры с противоположными качествами притягиваются друг к другу, как разноименные заряды.

Концепции комплиментарности не удалось избежать критики. Тем не менее клинические наблюдения показывают, что в какой-то мере комплиментарность часто присутствует у тех пар, которые обращаются за психологической помощью (*Myers & McCaulley, 1985*). Поэтому клинический интервьюер должен наблюдать не только за тем, что у партнеров общего, но и за тем, что у них различного. Классическая комплиментарная модель пары включает компульсивного мужчину и истерическую женщину. И снова хотим подчеркнуть, что, хотя мы и считаем учет комплиментарности полезным, мы возражаем против систематического стереотипизирования женщин, мужчин или каких-либо других социальных групп.

Начальная реплика при интервьюировании семей

Как тон, так и содержание вашей начальной реплики при интервьюировании семей определяются потребностями конкретной семьи и вашей теоретической ориентацией. Если напряжение становится слишком сильным, можно разрядить обстановку, прибегнув к мягкому юмору. Например.

“Я думаю, всем вам не терпится узнать, почему я собрал вас в этом кабинете”.

“Непонятно, что такая хорошая семья делает в таком нехорошем месте?”

Спешим уточнить, что часто такой юмор неуместен и даже вреден. Его применение должно быть санкционировано клиническим суждением интервьюера и минимальным уровнем психологического комфорта, который он обеспечивает. После того как все разместятся в вашем кабинете, очень важно поблагодарить членов семьи за то, что они пришли, и сказать примерно следующее.

“Следующий час мы проведем вместе и постараемся лучше узнать друг друга. Я кое-что вам расскажу, и надеюсь, что каждый из вас тоже смо-

жет о чем-то рассказать мне. Очень важно, чтобы я получил представление о том, что у вас происходит и что привело вас сюда. Надеюсь, мы также поговорим о том, как вам может помочь семейная терапия”.

Начальные реплики при работе с семьями могут варьироваться в зависимости от теоретической ориентации клинического интервьюера. Вот еще одна формула, на этот раз от Вирджинии Сатир.

Во время первого интервью терапевст начинает с вопросов, чтобы установить, чего семья хочет и ожидает от лечения.

А) Он спрашивает у каждого присутствующего (не обязательно теми же словами):

“Что привело вас сюда?”

“Чего вы ожидаете?”

“Чего вы хотите добиться?” (*Satir, 1967, p. 109*).

Поддержание равновесия при работе с семьями

Классическая ситуация при работе с семьями — случай так называемого “идентифицированного пациента” (*Goldenberg & Goldenberg, 2000; Patterson, Williams, Grauf-Grounds, & Charmow, 1998*). При этом вся семья единогласно заявляет, что один из ее членов является причиной всех семейных проблем. В. Сатир (*Satir, 1967*) одной из первых обратила внимание на то, что член семьи, имеющий психологические проблемы, может реагировать на дисбаланс в системе семьи и пытаться посредством своих симптомов “впитать” общую боль. Подобные ситуации показывают, почему поддержание равновесия в семье выходит за рамки предоставления каждому ее члену шанса высказаться. Даже на первых минутах приемного интервью вы обязаны приложить все усилия к тому, чтобы один из клиентов не стал жертвой или козлом отпущения для остальных членов семьи. Ваша задача заключается также в том, чтобы определить, как и когда вы начнете изменять саму семейную систему. Опять-таки, чтобы развить соответствующие навыки, вам потребуется основательная теоретическая подготовка, супервизия компетентного специалиста и практический опыт.

Случай из практики

Семья Рэгсдейл-Хейген обратилась к консультанту из-за того, что 14-летний мальчик, Тео, чрезвычайно агрессивно вел себя по отношению к своей девятилетней сестре, Сайре. Родители, Томас и Ляшель, по-разному видели выход из сложившейся ситуации, но соглашались, что поведение Тео выходит за всякие рамки. Выслушав объяснения психо-

лога-консультанта относительно конфиденциальности и его начальную реплику, слово взял Томас. Он эмоционально говорил о том, что его сын задумал известить свою сестру. “Мне бы нужно было пороть этого мальчишку каждый день или даже несколько раз в день, но его мать мне не позволяет”. Ляшель положила ладонь на плечо мужу и сказала: “Ну-ну, милый. Пройдет несколько лет, и он станет больше и сильнее тебя. Мальчик не станет другим оттого, что ты его накажешь, правда, Тео?” Тео обратился к консультанту: “Он мне не родной отец. Он живет с мамой уже долго, но он мне не настоящий отец”.

Родители начали объяснять ему, что кровное родство ничего не значит. Тео явно был режиссером этой пьесы. Сайра все время молчала. В данной ситуации для того, чтобы добиться равновесия, интервьюеру нужно вмешаться и изменить ход беседы таким образом, чтобы вовлечь Сайру.

Оценка взаимоотношений и поведения членов семьи

От начала интервью до его завершения клинический интервьюер должен внимательнейшим образом наблюдать за поведением членов семьи. Семья — ваш клиент. Это единый сложный организм, в котором осуществляется постоянная внешняя (с клиническим интервьюером) и внутренняя (между членами семьи) коммуникация. Возможные сообщения в отдельный момент времени чрезвычайно сложно уловить и трудно подсчитать, не говоря уже о том, чтобы адекватно их интерпретировать. Однако наблюдение и понимание этой информации — ключевой элемент в большинстве школ семейной терапии. Огромное значение имеют как вербальные, так и невербальные модели общения.

Случай из практики

Семья из четырех человек пришла на консультирование из-за 14-летней девочки (младшая дочь). Жаловались на то, что у девочки “странные” идеи и что девочка ведет себя так, словно у нее “не в порядке с головой”. Девочка боялась толпы, слышала голоса при засыпании, казалась слишком сильно привязанной к своему приятелю, прогуливала школу и плохо училась. Старшая дочь жила отдельно. Психолог-консультант попросил обоих родителей прийти на первое интервью вместе с дочерью, чтобы определить, какая форма терапии будет самой подходящей, семейная или индивидуальная. Родители открыто говорили о своей работе, религиозных убеждениях и гордости за своих дочерей. Дочь также активно участвовала в беседе, у нее было острое чувство юмора, которое она иногда демонстрировала. Родители не слишком критиковали девочку, но были обеспокоены ее благополучием. На интервьюера-практикантку произвело очень благопри-

ятное впечатление то, что члены семьи говорили открыто и умели ясно выразить свои мысли. Затем интервьюер заметила, что девочка сбросила туфлю и босой ногой гладит ногу своего отца. Отец как бы не замечал этих действий, и дочь тоже не пыталась привлечь к этому внимание.

Излишне говорить, что подобное поведение не похоже на обычные отношения между отцом и дочерью на приемном интервью. Это дало клиническому интервьюеру повод думать, что за всем этим кроется нечто большее, чем казалось на первый взгляд. Пока клинический интервьюер не установила прочных отношений с семьей, не разобралась в происходящих в ней процессах, говорить вслух о странных отношениях отца и дочери было преждевременно. Однако наблюдения клинического интервьюера заставили ее обратить более пристальное внимание на потенциальные проблемные сферы. В соответствии с теоретической ориентацией своего супервизора она решила, что ей нужно будет встретиться с членами семьи индивидуально или, возможно, поговорить с мужем и дочерью, мужем и женой, чтобы понять отношения между членами семьи и причины этих отношений.

Основной этап

Основная часть клинического интервью при работе с семьями или парами, как и начальный этап, во многом определяется теоретической ориентацией интервьюера. Выслушав жалобы клиентов, клинический интервьюер начинает выяснять основные чувства, мысли и особенности поведения, связанные с проблемными сферами. Однако перед тем как переходить к более глубокому изучению этих сфер, уместно объяснить клиентам, какими принципами вы руководствуетесь в своей работе, включая использование определенных техник (например, необходимость выслушать каждого члена семьи, домашние задания, опросники, использование навыков слушания и т.д.). Очень важно оценивать готовность каждого члена семьи участвовать в терапевтическом процессе и сотрудничать с вами.

Теоретическая ориентация при работе с парами

Существует множество различных подходов к работе с парами. Некоторые из них основаны на традиционных концепциях психотерапии, другие больше ориентированы на определенные навыки или ценности (например, сексуальная психотерапия для достижения более эффективного сексуального функционирования или, наоборот, психотерапия супружеских отношений, базирующаяся на определенной религиозной системе). Приведем некоторые примеры.

Терапевты бихевиористической ориентации систематически выясняют наличие желательных и нежелательных моделей поведения в контексте пары. Они подчеркивают, что пары, которые оценивают свои отношения как позитивные и удовлетворительные, обычно сообщают о более частых взаимно приятных и желательных интеракциях (*Jacobson, 1996*). Однако при оценке взаимных ожиданий бихевиористы действуют очень осторожно. Если партнеров просто спросить о том, что они хотели бы чаще получать друг от друга, то совокупность этих желаний может рассматриваться лишь как расширенный список супружеских или партнерских требований. Вместо этого бихевиористы сначала осведомляются у одного партнера, что, *по его мнению*, он может или хочет сделать для другого партнера (чтобы это воспринималось другим партнером как желаемое). Акцент на определенных моделях поведения, которые каждый партнер хотел бы использовать чаще, устраняет оттенок требовательности при выяснении взаимно желательных или приятных моделей поведения.

Когнитивные терапевты распространили свою философию психотерапии и на сферу консультирования пар (*Baucom & Epstein, 1990; Ellis, Sichel, Yeager, DiMattia, & DiGiuseppe, 1989*). Когнитивный подход подчеркивает важность некоторых или всех приведенных ниже когнитивных переменных при моделировании взаимоотношений супругов или партнеров.

1. Восприятие того, *какое* событие происходит.
2. Осознание того, *почему* происходит это событие.
3. Ожидание или прогнозирование того, *какое* событие *произойдет*.
4. Допущения относительно сущности мира и связи событий.
5. Убеждения или требования относительно того, *каким* мир *должен* быть (адаптировано из: *Baucom & Epstein, 1990, p. 47–90*).

Соответственно, с точки зрения когнитивного терапевта, многое из того, что происходит на основном этапе клинического интервьюирования пары, включает ознакомление и активную оценку роли мыслей в возникновении и моделировании конфликта между партнерами.

Терапия улучшения отношений (*Guernsey, 1977*) во многом опирается на личностно-ориентированную теорию Карла Роджерса. При работе над улучшением отношений основной акцент делается на обучении партнеров навыкам слушания, которые очень близки профессиональным навыкам, используемым личностно-ориентированными терапевтами. В некоторых разновидностях терапии пар присутствуют концепции и термины юнговской теории, включая имаготерапию отношений (*Hendrix, 1988*) и диалоготерапию (*Young-Eisendrath, 1993*). Эти и некоторые другие виды терапии подразумевают, по крайней мере в какой-то степени, обучение партнеров коммуникативным навыкам. На основном

этапе интервью терапевт с коммуникативной ориентацией может начать обучение пар навыкам слушания и дать каждому партнеру возможность применить несколько простых перефразировок, чтобы продемонстрировать эффективность этих навыков (*Bornstein & Bornstein, 1986*). Клинический интервьюер может дать парам домашнее задание, чтобы каждый из партнеров мог попрактиковаться в коммуникативных навыках.

Обычный вопрос, который часто затрагивается при объяснении коммуникативных навыков, заключается в том, к кому должны быть обращены слова клиентов во время интервью. Клиенты зачастую начинают обсуждать свои проблемы и конфликты непосредственно с интервьюером, иногда откровенно игнорируя при этом второго партнера. Хотя это может быть естественным явлением, терапевсты, подчеркивающие важность обучения коммуникативным навыкам, часто говорят клиентам примерно следующее.

“Я знаю, что это может показаться вам странным, но я хочу, чтобы большую часть времени в этом кабинете вы говорили друг с другом. Другими словами, вместо того чтобы обращаться ко мне, обращайтесь друг к другу. Рассказывая о чем-либо таком, что имеет отношение к вам обоим, вы должны смотреть друг на друга и говорить друг с другом. Моя задача — вмешиваться, когда это необходимо, и корректировать ваше общение, и лучше всего у меня это получится, когда я буду наблюдать за вашим разговором”.

Но даже после подобного инструктажа некоторые партнеры продолжают часто обращаться к интервьюеру, чтобы сделать подобные заявления:

“Я просто не знаю, как можно определить, хочет ли он вообще со мной разговаривать. Я прихожу домой, а он говорит: “Привет”, — и это все. Поэтому я чувствую себя такой одинокой”.

В рамках коммуникативного подхода вмешательство клинического интервьюера часто звучит так:

“Я хотел бы, чтобы вы повернулись к Барни и сказали ему то же, что сказали мне. Только на этот раз обращайтесь к Барни”.

Этим интервьюер дает партнерам понять, что для Бетти и Барни важнее научиться полноценному и нормальному общению друг с другом, чем общению с ним (*ibid.*).

И наоборот, терапевсты, приверженные психоаналитическим принципам либо теории объектных отношений, формулируют проблемы в терминах индивидуальной психопатологии. Соответственно, они могут вообще не считать совместную терапию партнеров приемлемой формой для решения конфликта. Например, Х. Стрин пишет: “В большинстве случаев, но далеко не во всех, психодинамически ориентированные терапевты отдавали пред-

почтение индивидуальной долгосрочной терапии для устранения супружеского конфликта” (*Strean, 1985, p. 69*). Поэтому, каким бы странным это ни казалось, некоторые клиницисты с психоаналитической ориентацией считают терапию пар малоэффективной. Они считают, что психологически здоровые отношения между индивидами определяются психологическим здоровьем индивидов. Поэтому, по их мнению, в данном случае следует проводить индивидуальную терапию с партнером или партнерами.

Список подходов к супружеской терапии или терапии пар отнюдь не ограничивается этими примерами. Существует множество других подходов (*Gurman & Jacobson, 2002*). Чтобы должным образом разобраться в этих подходах, вам нужно обратиться к первоисточникам и пройти специальное обучение. Пособия для начинающих и более углубленные изыскания упоминаются в разделе “Рекомендуемая литература” в конце этой главы.

Теоретическая ориентация при работе с семьями

Цитата из работы Льюиса Томаса *The Lives of a Cell*, вошедшая в книгу *Family Therapy Techniques*, удачно отражает теоретическую ориентацию, которая служит фундаментом основной части семейной терапии: “У живых существ есть тенденция объединяться, устанавливать связи, жить внутри друг друга, возвращаться к исходному порядку, приживаться там, где только это возможно. Так живет весь мир” (*Minuchin & Fishman, 1981, p. 147*).

Большинство школ семейной терапии — порождение системного (*Goldenberg & Goldenberg, 2000*) или экологического (*Brofenbrenner, 1979, 1986*) подходов. Эти подходы, хотя и очень близки между собой, радикально отличаются от взгляда на консультирование как процесс излечения или устранения патологий индивида или даже всей семьи. Контекст, в котором проявляется дисфункция, считается настолько же важным, как и сама дисфункция, а зачастую даже более важным. От символично-эмпирической семейной терапии К. Уайтекера (*Whitaker & Burnberry, 1988*) до системной теории семьи и брака М. Боуэна (*Bowen, 1976*) с ее концепциями дифференциации⁶ и трансгенерацион-

⁶ Имеется в виду дифференциация мыслей человека от его же эмоций и его самого от других. Те вступающие в брак пары, которые недостаточно эмоционально зрелые, предрасположены к переживанию более трудных времен в своих супружеских отношениях. При наличии большого количества проблем в браке менее зрелые партнеры проявляют более высокую степень эмоционального слияния (недифференцированной эмоциональной близости) или обособленности (стремления к психологическому или физическому уединению); они не смогли благополучно отделить себя от родительских семей и не сформировали устойчивой “Я-концепции”. Когда такие индивиды испытывают стресс в супружеских отношениях, они стремятся к триангуляции. В этом случае третьей стороной может быть сам брак, ребенок или “уход в болезнь”. — Прим. ред.

ного переноса, теории и практики выходят за рамки контекста отдельного индивида и даже семьи (*Goldenberg & Goldenberg, 2000*).

Терапевты, работающие в рамках структурной модели теории семьи, рассматривают семью как живой организм, в результате чего возникает открытое определение как семьи, так и понятия нормальности (*Patterson et al., 1998*). Во время приемного интервью терапевт охватывает все аспекты функционирования семьи, чтобы начать работать над составлением семейной карты. Эта карта, или схема, делает возможным анализ структурных достоинств и недостатков семьи.

Системные подходы к семье и ее проблемам во многом меняют взаимодействие интервьюера и клиентов, а также вопросы интервьюера. Например, на основном этапе клинического интервью, проводимого в рамках экосистемного подхода, Э. Аматеа и Б. Браун (*Amatea & Brown, 1993*) рекомендуют искать ответы на следующие вопросы.

1. Какова природа проблемы, и какие способы ее решения уже применялись?
2. Кто еще был задействован в попытках решения этой проблемы?
3. Если бы вам нужно было пригласить кого-то для помощи в разрешении этой проблемы, кого бы вы выбрали?
4. Кого бы вы не стали привлекать к решению этой проблемы?
5. Если бы эта проблема была разрешена, что изменилось бы?

Авторы также советуют оценивать всю экосистему, окружающую данную проблему, и работать с теми узлами системы, от которых наиболее вероятно зависят положительные перемены. Э. Аматеа и Браун опираются на подход, разработанный Институтом психических исследований (*Mental Research Institute — MRI*), истоки которого находятся в ранних работах Грегори Бейтсона, Пола Вашлавика, Дона Джексона, Джей Хейли, Вирджинии Сатир и других ученых (см.: *Goldenberg & Goldenberg, 2000* (обзор работ); *Bertolino & O'Hanlon, 2002; Fish, Weakland, & Segal, 1982*).

При использовании системного или экологического подходов поведенческая семейная терапия в некоторой степени подобна поведенческой терапии пар. Терапевты бихевиористической ориентации считают, что в семьях могут развиваться непродуктивные или неадаптивные поведенческие паттерны, которые, однако, отражают попытки семьи наилучшим образом отреагировать на сложившуюся ситуацию (*Falloon, 1988*). Задача бихевиористически ориентированных терапевтов — провести функциональный анализ данной проблемы (или проблем) и приступить к изменению поведения с помощью тради-

ционных поведенческих стратегий. Обучение и коммуникативный тренинг — также важные составляющие поведенческой семейной психотерапии.

Подводя итоги, можно сказать, что основной этап приемного семейного интервью чаще всего испытывает влияние системного и экологического подходов. Проблемы, напряжение и эмоциональная боль обсуждаются в связи с тем контекстом, в котором они могут наблюдаться, а не в связи с патологией одного или нескольких членов семьи. Многие семейные консультанты, если не большинство, дают семьям задания на дом или хотя бы предлагают новое видение ситуации. Основной этап становится фундаментом для разработки и применения этих стратегий интервенции.

Общие сферы оценки

Независимо от теоретической ориентации терапевта, при работе с парами и семьями присутствуют некоторые переменные, которым нужно уделить внимание и которые нужно изучить на основном этапе приемного интервью. Мы расскажем о них в этом разделе. Первые три переменные — секс, деньги, уровень преданности — больше относятся к работе с парами.

Секс

Работая с парами, прежде всего нужно выяснить, удовлетворены ли партнеры своими сексуальными отношениями. Однако клиническому интервьюеру может быть трудно задавать вопросы о сексуальном функционировании. Поэтому вам нужно научиться задавать необычные или “неудобные” вопросы. Одно из наших любимых домашних заданий начинающим интервьюерам звучит следующим образом: “На следующей неделе вместе с коллегой проведите пару часов в каком-нибудь людном месте, громко обсуждая подробности своей сексуальной жизни”.

Конечно, после этого мы сразу предлагаем послабление: “Хорошо. Если вы не можете выполнить это задание в такой форме, тогда просто тихо поговорите друг с другом о сексе в каком-нибудь укромном местечке”. Суть в том, что интервьюеры, как и пары, должны научиться свободно, без стеснения говорить о сексе.

Возможно, вам станет легче, если вы вспомните, что парам гораздо труднее отвечать на ваши вопросы о своей сексуальной жизни, чем вам — задавать их. Это еще больше подчеркивает, как важно для вас научиться непринужденно говорить об этой стороне жизни партнеров. На приемном интервью возможность спросить о сексе может появиться или не появиться. Кроме того, если вы спросите, вам могут быстро ответить: “Да, все нормально. У нас с этим порядок”.

Позже, когда в ваших отношениях появится больше доверительности, вы можете услышать совсем другие ответы на ваш вопрос. Большое значение имеет манера, в которой вы спрашиваете о сексуальном функционировании, сексуальной совместимости и сексуальном удовлетворении. Ваш вопрос должен звучать как естественное проявление вашего участия и заботы.

Деньги

Хотя о них спрашивать легче, чем о сексе, для многих пар деньги могут быть болезненной темой. Сюда относятся вопросы о том, кто оплачивает счета, совместные ли у партнеров финансы, сходятся ли партнеры во мнениях относительно дилеммы “тратить или откладывать” и т.п. Изучая то, как решаются денежные вопросы в паре, интервьюер может понять, как распределяется власть между партнерами.

Преданность отношениям

Только незначительный процент пар приходит на консультирование лишь затем, чтобы просто улучшить свои отношения. Такие пары приходят с положительной установкой, они хотят узнать о возможных путях совершенствования своих отношений, и они вполне преданы друг другу. Другие приходят на консультирование, чтобы исправить или скорректировать некоторые проблемные моменты своих отношений, однако не собираются расставаться. Они преданы друг другу, но переживают довольно сильный дистресс. Некоторые пары приходят на консультирование с осязаемым дисбалансом в степени взаимной преданности партнеров. При этом один из партнеров может сомневаться в целесообразности отношений, а другой может отчаянно пытаться его удержать. Наконец, есть пары, для которых консультирование — последняя и единственная надежда на сохранение отношений. Партнеры уже не очень преданы друг другу и едва ли верят в продолжение отношений.

Вы должны получить, прямыми или непрямыми методами, ясное представление о том, какой отметке на описанной выше шкале соответствует взаимная преданность той пары, которая пришла к вам. Шкала предварительного консультирования Стюарта для пар (*Stuart Couples' Precounseling Inventory; Stuart & Stuart, 1975*) включает вопросы, которые интервьюер может задавать партнерам для опосредованного выяснения их преданности друг другу. Существуют и другие системы диагностики отношений между партнерами — от Шкалы удовлетворенности браком Снайдера (*Marital Satisfaction Scale; Snyder, 1979*), которая включает 280 пунктов, до Шкалы взаимной приспособленности (*Dyadic Adjustment Scale; Spanier, 1976*), включающей 32 пункта. Краткий обзор подобного инструментария см. в *Sporakowski, Prouty, & Habben, 2001*.

Семейная история партнеров

Конечно же, нереально посвятить много времени условиям воспитания каждого из партнеров и отношениям в той семье, где он рос, но будет полезно провести хотя бы поверхностный обзор этой важной темы, как в семейной терапии, так и при работе с парами. Можно получить много информации, внося соответствующие вопросы о семейной истории в приемные анкеты. Вы можете спрашивать об особенностях отношений в родительском доме, смертях, разводах. Полезно также узнать о браках старших братьев или сестер. Зачастую начинающие интервьюеры при работе с парами могут задаваться следующим вопросом: “Нужно ли с самого начала интерпретировать отношения партнеров в свете неразрешенных конфликтов в их родительской семье?”

Несмотря на наше убеждение в том, что нерешенные проблемы семей, в которых выросли партнеры, могут оказывать существенное влияние на отношения супругов или партнеров, мы хотели бы предостеречь вас от интерпретаций конфликтов в подобном контексте во время приемного интервью. Преждевременная интерпретация обычно нецелесообразна и может привести к отказу партнеров от психологического консультирования. Вместо этого просто отметьте про себя или запишите, что нерешенные проблемы с родителями могут быть фактором, способствующим конфликту между партнерами. Кроме того, на первой встрече может быть уместным упомянуть о подобной вероятности, но не объяснять весь механизм этого явления. Например.

“Как вы, вероятно, знаете, ваши детские впечатления, ваши отношения с родителями, братьями и сестрами могут определять ваши нынешние отношения друг с другом. Я не уверен, что за нынешней вашей ситуацией стоят подобного рода причины. Однако по мере нашей дальнейшей совместной работы будет полезно время от времени подумать над тем, как ваши детские впечатления о жизни в родительской семье могут влиять на ваши нынешние конфликты и попытки их разрешения. Но поскольку это наша первая встреча, я не собираюсь прибегать к домыслам на эту тему”.

Как утверждают некоторые теоретические школы, воздействие проблем родительской семьи может быть весьма значительным, но при этом не осознаваться клиентом (*Gurman & Jacobson, 2002; Odell & Campbell, 1998*). Соответственно, как и в случае психоаналитических интерпретаций (подробнее — в главе 5), интерпретации отношений в родительской семье партнеров могут эффективно использоваться лишь при достаточном эмоциональном контакте интервьюера с клиентами и при наличии подтверждающей информации. В семейной терапии интерпретация трансгенерационных (т.е. перенесенных через поколения) тем сопряжена с меньшим риском, но к ней также следует подходить с осторожностью.

Геносоциограммы

В большинстве форматов семейной терапии и в некоторых форматах терапии пар используются так называемые геносоциограммы — комментированное представление генеалогического дерева (т.е. генограммы) каждого партнера, включая неродных родителей и сводных братьев и сестер. В принципах их построения есть некоторые вариации, но умение построить стандартную геносоциограмму крайне важно для работы с семьями (*Hartman, 1995; McGolrick & Gerson, 1985*). Это не означает, что консультант всегда составляет геносоциограмму в присутствии членов семьи. Он может просто собирать для нее данные. Однако, как правило, составление геносоциограммы — обычный вид деятельности на первом этапе терапии. Существуют многочисленные пособия, объясняющие, как правильно составлять геносоциограммы (*Hood & Johnson, 1997; McGolrick & Gerson, 1985*).

Определение терапевтических целей при работе с семьями

Многие терапевты при сборе информации на основном этапе клинического интервью поддерживают равновесие, регулярно уделяя внимание каждому члену семьи. Например, С. Лэнктон, К. Лэнктон и У. Мэтьюз утверждают: “Мы всегда спрашиваем каждого члена семьи, что он хотел бы изменить в семье и как, и даже если члены семьи противоречат друг другу, каждое мнение становится основанием для определенной цели” (*Lankton, Lankton, & Matthews, 1991, p. 241*).

Ключ к выяснению целей в семейной терапии — подчеркнуть общность, минимизировать поиск “козла отпущения” или ссылки на “идентифицированного пациента”. Чрезвычайно важно изучить диапазон и качество сильных и слабых сторон каждого члена семьи и определить, как они влияют на “идентифицированного пациента” (*Falloon, 1988*).

Готовность к активным переменам

Преданность партнеров друг другу тесно связана с таким фактором терапии пар, как готовность к активным переменам: готовность выполнять домашние задания, пробовать новое, экспериментировать, принимать новые точки зрения. Хороший способ оценить этот фактор, кроме прямых вопросов, — попросить партнеров или супругов во время клинического интервью попрактиковаться в новых моделях поведения или применить навыки слушания. Это могут быть самые простые действия. Например.

“Барни, не мог бы ты просто взять Бетти за руку, пока она плачет?”

“Мама, вы и Карен сидите ближе друг к другу, чем все остальные. Не могли бы вы отпустить Карен, чтобы она несколько минут посидела рядом с братом? А ваш муж пусть сядет с вами, и мы продолжим”.

Если семья или пара соглашается выполнять домашние задания или отвести специальное время для обсуждения своих вопросов, клиническому интервьюеру следует выяснить, когда именно они могут начать.

Дети, родители, соседи, друзья

Часто пары или семьи составляют ядро более широкой системы взаимоотношений, все участники которой оказывают влияние на благополучие и проблемы друг друга. При работе с парами или семьями очень важно получить представление о межличностных и ролевых требованиях, обусловленных контекстом такой системы. Бабушки и дедушки, дети и их друзья, дети жены или мужа от предыдущего брака, невестки, свояки, золовки, шурины, близкие друзья и другие люди могут играть очень важную роль в благополучии или неблагополучии семьи или пары и предоставлять или расходовать много ресурсов отношений. Учет разнообразия способов воздействия внешних факторов и их интерактивного характера — ключевой принцип экологического подхода к терапии (*Brofenbrenner, 1979, 1986*).

Наркотики, алкоголь и физическое насилие

Приемные анкеты могут помочь в сборе информации о проблемах, связанных с алкоголем, наркотиками и насилием. Иногда письменная форма предоставления информации помогает клиентам быть более откровенными. При обсуждении этой темы, как и при беседе о сексе, вы можете слышать ответ “Все в порядке” до тех пор, пока клиенты не станут вам доверять. Однако вопрос о наличии подобных проблем, устный или письменный, показывает клиентам, что вы готовы обсуждать темы алкоголизма, наркомании и насилия. При использовании приемных анкет или опросников для выяснения подобного рода проблем интервьюеры должны тщательно проработать ответы клиентов и обсудить важные моменты с семьей или парой. В зависимости от вашей теоретической ориентации вы должны в той или иной форме объяснить клиентам, что любые проблемы, которые упоминаются в приемных анкетах, *не считаются конфиденциальными* в контексте семьи или пары, поэтому могут обсуждаться во время интервью.

Заключительный этап

Постоянно следить за временем на приемном интервью с семьей или парой необходимо, но очень трудно. Вам нужно работать с несколькими клиентами, за несколько минут до окончания могут появиться важные вопросы. Мы считаем, что при возникновении важных вопросов в конце клинического интервью уместно завершить встречу (если только эти вопросы не чрезвычайного, кризисного характера) примерно такими словами:

“Роза, я очень рад, что вы затронули проблему режима дня. К сожалению, наше время сегодня истекло. Поэтому следующий раз напомните, пожалуйста, об этом вопросе, чтобы мы смогли обсудить его в начале встречи. Тогда у нас будет достаточно времени, и каждый сможет высказать свое мнение”.

Работая с семьями, как правило, лучше продлить интервью до часа или даже двух, но клинический интервьюер должен внимательно следить за тем, чтобы встреча не затягивалась дольше оговоренного времени. Удостоверьтесь, что на заключительном этапе у вас останется достаточно времени для того, чтобы все клиенты могли привести в порядок свои “растрепанные” чувства — ведь во время интервью могут подниматься весьма эмоциональные и болезненные вопросы. Конечно, вы не можете успокоить клиентов пустыми увещаниями и обещаниями в духе “Не волнуйтесь, все будет хорошо”. Неэтично и искусственно преуменьшать проблему, чтобы дать людям ложную надежду. С другой стороны, в вашей власти поддержать и оценить усилия каждого клиента, а также похвалить их за то, что они обратились за профессиональной помощью. В вашей власти обеспечить такую структуру интервью, которая поможет клиентам снова обрести самообладание. Кроме того, обычно в вашей власти — помочь клиентам увидеть осмысленность и целенаправленность психологического консультирования.

Как и в других видах клинического интервью, при работе с семьями на заключительном этапе большое значение имеет подведение итогов. Партнеров и членов семей, которые пришли к вам, чтобы рассказать о своих проблемах и страхах, нужно уверить в том, что они услышаны. Им также нужно помочь подготовиться к окончанию клинического интервью. Глубокое по содержанию и деликатное по форме резюме поможет достичь этой цели.

“Итак, сегодня мы обсудили много важных вопросов. Вашей семье многое довелось пережить, и вы понимаете, в чем состоят ваши проблемы. Вы не ожидали, что воспримете смерть бабушки так болезненно — ведь она так долго и тяжело болела. Ее смерть, проблемы Питера с законом и решение Джинни переехать к своему приятелю — все это казалось для вас непосильным испытанием, и вы уже не можете так просто и дружески общаться друг с другом. Отец часто гневается. Мать чувствует, что ее разрывают на части. Джинни, вам кажется, что никто не обращает на вас внимания, а Питеру кажется, что на него, наоборот, обращают *слишком много* внимания. Возможно, я что-то упустил, но, по-моему, я упомянул самые значительные темы. Не забыл ли я чего-нибудь важного?”

Еще один обычный для многих теоретических школ метод завершения интервью — дать клиентам домашнее задание. Домашнее задание может включать регулярное общение, ведение дневника, составление поведенческих диаграмм, свидания, чтение рекомендованной клиническим интервьюером

литературы, прослушивание обучающих аудиозаписей или другие виды деятельности. Важно помнить, что объяснение интервьюером принципов его работы в начале встречи должно настраивать клиентов на то, что им нужно будет выполнять определенные задания в промежутках между интервью.

Наконец, при завершении интервью с несколькими клиентами постарайтесь выразить свое понимание того, что их совместное существование, с их общими проблемами, продолжится и вне стен вашего кабинета. Возможно, вам потребуется сказать слова, смысл которых: “Дома будет не так, как здесь”. Например.

“Когда вы собираетесь здесь все вместе, это совсем не то, к чему вы привыкли дома, — здесь я даю указания, спрашиваю, заставляю вас что-то делать. Мы говорили о некоторых проблемах, которые делают вашу жизнь очень беспокойной и трудной. Я уверен, что вы будете обсуждать эти проблемы и дома, но надеюсь, что вы постараетесь воспользоваться некоторыми советами, которые сегодня услышали. Если ситуация обострится, у нас будет возможность это исправить, ведь мы снова встретимся на следующей неделе. Невозможно одним махом решить все проблемы”.

Окончание

Как мы уже упоминали, работа с парами и семьями сложнее оттого, что вам приходится работать сразу с несколькими клиентами. Иногда бывает очень сложно договориться о следующей встрече, поэтому нужно оставить для этого несколько минут в конце встречи. Неэтично и непрофессионально затягивать интервью или оставлять клиентов в неведении относительно времени следующей встречи.

Заключительные реплики клинического интервьюера должны быть краткими, обнадеживающими и оптимистичными. Хорошим завершением будут ваши уверения в том, что вы цените их приход к вам, благодарны за их усилия, и пожелания в связи с намечающимися в семье событиями (день рождения, загородная поездка и т.п.).

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ПРИ РАБОТЕ С ПАРАМИ И СЕМЬЯМИ

Существует множество методик психологической диагностики пар и семей. Мы не станем подробно их описывать. Вместо этого приведем список наиболее популярных диагностических процедур и краткую справочную информацию по ним в табл. 12.1.

Таблица 12.1. Методы психологической диагностики пар и семей

Методы и их авторы	Общие характеристики
Шкала семейного окружения (<i>Family Environment Scale — FES</i> ; <i>Moos & Moos, 1986</i>)	Данная методика основана на допущении, что социальное окружение — например, семейное — состоит из неповторимых личностей, каждую из которых можно изучать индивидуально. Именно таким образом шкала, включающая 90 различных пунктов, пытается определить уникальный социальный климат в рамках определенной семьи.
Геносоциограмма семьи (<i>The Family Genogram</i> ; <i>McGoldrick & Gerson, 1985</i>)	Составление семейной геносоциограммы — процедура, позволяющая терапевсту получить графическую репрезентацию структуры определенной семьи. Эта методика завоевала популярность среди семейных психотерапевтов. Геносоциограмма представляет собой наглядную схему родственных связей всех членов семьи. Содержит фактические данные: имена, даты рождения, смерти, информацию о семейном положении, а также описание взаимоотношений.
Шкала удовлетворенности браком (<i>Marital Satisfaction Inventory — MSI</i> ; <i>Snyder, 1981</i>)	Данная методика основана на самоотчетах, предназначенных для диагностики структуры супружеских взаимоотношений и неудовлетворенности браком. Включает 11 подкатегорий (например, общение для решения проблем, несогласие по финансовым вопросам, сексуальная неудовлетворенность). Самоотчеты должны составлять оба супруга или партнера. Графические репрезентации результатов размещаются на одной шкале, чтобы различия между партнерами можно было выявить, обсудить и уделить им соответствующее внимание в процессе консультирования.
Индикатор типов личности Майерс–Бриггс (<i>Myers-Briggs Type Indicator — MBTI</i> ; <i>Myers & McCaulley, 1985</i>)	Данная методика, широко известная под аббревиатурой <i>MBTI</i> , часто используется для того, чтобы помочь партнерам понять различие и сходство между ними. <i>MBTI</i> делает акцент на норме, а не патологии. Партнеры получают положительную обратную связь, узнавая о нормальности различий между ними, и учатся более эффективным взаимоотношениям.
Шкала предварительного консультирования Стюарта для пар (<i>Stuart Couples' Precounseling Inventory — SCPI</i> ; <i>Stuart & Stuart, 1975</i>)	Этот опросник предназначен для оценки таких сфер партнерских отношений, как общение, разрешение конфликтов, цели изменений во взаимоотношениях и др. Делает акцент на социальном обучении как модели изменений во взаимоотношениях. Соответственно, в фокусе данной методики находятся тенденции взаимодействия партнеров, а не их личностные характеристики.

ОСОБЫЕ МОМЕНТЫ

Ниже мы обсудим особые ситуации и проблемы, которые нужно учитывать при планировании работы с парами и семьями. Эти ситуации и проблемы специфичны для подобного вида терапии.

Выявление, регулирование и видоизменение конфликтов

Приход пар или семей на психологическое консультирование часто вызван тем, что в их отношениях возник серьезный конфликт, с которым они не могут справиться своими силами. Поэтому клинический интервьюер должен выявить и “обуздать” этот конфликт, а иногда видоизменить способы его выражения. Некоторые пары и семьи, кажется, не умеют делать ничего другого, кроме как постоянно ссориться. Конфликт среди членов семьи или партнеров ставит перед терапевтом ряд более частных вопросов, которые нужно выяснить во время клинического интервью.

Процесс конфликта и содержание конфликта

Пары обращаются за психологической консультацией по поводу самых разных конфликтов. В частности, три самых “популярных” темы длительных конфликтов среди супругов или партнеров — деньги, секс и родственники с его или ее стороны. Конечно, существует множество других потенциально конфликтных сфер: разделение обязанностей, воспитание детей, проведение свободного времени, религиозные убеждения (*Snyder, 1979*). Точно так же и семьи приходят на консультирование с конфликтами по самым различным поводам. Разделение труда, домашние обязанности, потребность детей в индивидуации⁷, распределение семейных ресурсов — самые распространенные проблемы, которые семья приносит на консультирование.

То, о чем спорят члены семьи, называется *содержанием конфликта*. А под *процессом конфликта* понимается то, как спорят члены семьи. Это очень важное отличие, и на первом интервью клиницист должен помочь парам и семьям определить, *из-за чего* они спорят и *как* они спорят об этом. Большинство пар и семей, которые приходят на терапию, вовлечены в деструктивный или неэффективный конфликтный процесс. Это наше предположение, но мы можем говорить об этом с высокой степенью вероятности: для

⁷ *Индивидуация* — в аналитической психологии К. Г. Юнга одна из главных задач среднего возраста, которая состоит в личностном становлении индивида и осознании им себя как неповторимой самости. В данном контексте имеется в виду другое понимание индивидуации — как процесса отделения подростка или юноши от родительской семьи. — Прим. ред.

партнеров и членов семьи, которые приходят на психологическое консультирование, характерен, по крайней мере в некоторой степени, дефицит навыков разрешения конфликтов. У них проблема с тем, *как* конфликтовать. Большинство людей не вооружены полным арсеналом навыков управления конфликтами (*Wilmot & Hocker, 1997*). Конечно, бывают случаи, когда пары и семьи, переживающие конфликт в нескольких сферах, пробовали применить различные адаптивные стратегии для разрешения своих противоречий.

Во время приемного интервью с парами или семьями проявляется как содержание конфликта, так и его процесс. Оба эти аспекта важны. Более того, у клинического интервьюера, вероятно, будут наблюдаться индивидуальные реакции на то, *о чем* спорят партнеры и члены семьи и *как* они это делают.

Как вы реагируете на конфликт?

Не каждый человек способен на открытый конфликт. Некоторые люди всячески избегают конфликтов, другие, наоборот, стремятся к ним (*Wilmot & Hocker, 1997*). Это относится и к клиентам, и к интервьюерам. Если, будучи клиническим интервьюером, вы обнаружите в себе выраженную склонность к уклонению от конфликтов, это может означать, что вы не совсем подходите для работы с парами и семьями. Вообще, перед тем как посвятить себя этой сфере психологического консультирования, желательно проверить, как вы реагируете на межличностный конфликт и какие именно конфликтные темы могут вывести вас из равновесия (см. врезку “От теории к практике 12.2”).

Стоит ли допускать открытый серьезный конфликт во время интервью?

Как вы можете предположить на основании всего сказанного выше в этой главе, наш ответ на этот вопрос звучит следующим образом: не стоит. Как мы уже говорили, пары и семьи приходят на консультирование отчасти потому, что их общие навыки разрешения конфликтов нефункциональны или неэффективны. Поэтому если вы позволите клиентам вступать в конфликт, не вмешиваясь и не регулируя процесс, они будут снова прибегать к своим дисфункциональным моделям поведения. Интервьюер обязан, помимо всего прочего, разрушать вредные модели проявления конфликта и помогать клиентам в формировании более адаптивных моделей.

Сбор диагностической информации — единственная рациональная причина для того, чтобы все-таки допустить открытый дисфункциональный конфликт клиентов в вашем кабинете. Для интервьюера может быть полезным увидеть, в каком стиле клиенты обычно ссорятся друг с другом. Однако

От теории к практике 12.3

Ваши конфликтные “кнопки”

Чтобы заранее узнать, как вы можете реагировать на разные сценарии конфликта, подумайте над следующими вопросами.

1. Существуют ли какие-либо конфликтные темы, которые сильно вас задевают? Например, интервьюеры, которые сами испытывают проблемы с родственниками со стороны мужа или жены, приносят на интервью с подобным содержанием так много личного “багажа”, что уже не могут помочь клиентам разрешить конфликт, а только демонстрируют свои личные пристрастия (т.е. контрперенос).
2. Есть ли у вас какие-либо устойчивые предубеждения относительно того, как должны вести себя партнеры или супруги, чтобы сохранить свои отношения, или как должны вести себя родители, дети и другие родственники, чтобы считаться “здоровой” семьей? Некоторые консультанты могут иметь надуманные, нереалистические представления об отношениях в семье или между романтическими партнерами. Идеалистическое представление о семейных или супружеских отношениях может сформировать у интервьюера жесткую, радикальную позицию, которая выразится в соответствующем поведении по отношению к клиентам.
3. Оставляете ли вы конфликты в кабинете или “уносите их домой”? Работа с семьями и парами может быть связана с эмоциональными перегрузками. Вы становитесь свидетелем конфликтов, помогаете их урегулировать, а иногда превращаетесь в их участника на эмоциональном уровне, что может осложнить вашу жизнь.
4. Когда вы были ребенком, какие процесс и содержание конфликтов были характерны для вашей родительской семьи? Ваши родители избегали конфликтов или, наоборот, стремились к ним? Были ли их конфликты серьезными и агрессивными или, наоборот, они находили мирный выход из сложившейся конфликтной ситуации?

период наблюдений должен быть относительно коротким, а за ним должно следовать аналитическое обсуждение того, что происходит с данной семьей или парой во время конфликта. Чтобы обеспечить переход партнеров или членов семьи от глубоко эмоционального конфликта к рациональному анализу их конфликтных паттернов, можно сказать примерно следующее:

“Я бы хотел, чтобы вы остановились и перестали спорить”.

В зависимости от остроты конфликта можно повторить просьбу или прибегнуть к более авторитарной формуле. Затем вы продолжаете:

“Вы дали мне представление о том, как вы обычно ведете себя в конфликтных ситуациях. Позвольте рассказать, что я заметил. Сначала, Джуди, я услышал, что вы критикуете Билла за то, что он не хочет участвовать в уборке квартиры. Потом, Билл, я заметил, что вы стали защищаться и жаловаться, что у Джуди завышенные требования к чистоте и порядку. Джуди возразила на это, что Билл вообще не заботится о чистоте и порядке в доме. Затем, Билл, вы начали говорить о том, что у мужчин и женщин разные представления о чистоте и что Джуди лучше расслабиться. И наконец, вмешался я и прекратил ваш спор. Я сделал это потому, что вы все больше и больше злились — из-за того, что так и не можете ни о чем договориться. Я прав?”

Как можно судить на основании примера этого довольно умеренного конфликта, при конфликтных интеракциях очень быстро аккумулируется информация. Происходит одновременно несколько вещей. “Простая” задача слежения за процессом конфликта и последующего подведения итогов может стать довольно сложной. Эта задача совсем не так проста. Она требует мастерских навыков слушания и коммуникации. Она требует чуткости. Партнеры особенно зорко наблюдают за тем, на чью сторону вы становитесь. Поддержка одного из членов семьи — возможный метод терапевтической интервенции, но его следует применять с большой осторожностью (*Odell & Campbell, 1998; Patterson et al., 1998*). Регулирование конфликта также требует такта, чтобы удачно определить момент и способ вмешательства.

Любопытный факт — некоторые теоретические школы подчеркивают, что процесс конфликта в парах направляется, а иногда детерминируется нерешенными проблемами в родительских семьях клиентов (*Luquet, 1996; Streaan, 1985*). При регулировании межличностного конфликта стоит посмотреть как к его процессу, так и к содержанию именно с трансгенерационной точки зрения. Пример конфликтной ситуации в паре приводится во врезке “От теории к практике 12.3”.

Часто наблюдается быстрая эскалация конфликта. Это особенно касается тех пар, где партнеры склонны вербально или физически оскорблять друг друга. Конфликтные пары и семьи порой накапливают столько негативных эмоций, что их конфликты выражаются в бурных сценах. У нас бывали случаи, когда клиенты отказывались разговаривать друг с другом до конца интервью, пытались ударить или пнуть друг друга либо вскакивали и убегали, осыпая своих партнеров или родственников бранью. Потенциальная эмоциональная “взрывоопасность” пар и семей требует от терапевта сохранения контроля на протяжении всего клинического интервью (*Bornstein & Bornstein, 1986*). Обычно с более неуравновешенными парами или семьями используют более жесткие структуру клинического интервью

От теории к практике 12.3

Конфликтная ситуация в паре и вмешательство клинического интервьюера

Представьте, что вы оказались в следующей ситуации (когда будете читать, постарайтесь определить, насколько комфортно вы бы себя чувствовали). Подробно опишите направление своей терапевтической интервенции в данной ситуации после того, как супруги снова придут к вам в офис. Сравните свое решение с решениями коллег.

Даррен — 50-летний североамериканский индеец. Он женат на Аните, 45-летней женщине, белой. Для Даррена это третий брак, а для Аниты — второй. В начале первой встречи Анита раздражается гневом. Она обвиняет мужа в том, что он применяет к ней физическое насилие, говорит, что теперь ей понятно, почему Даррен дважды разводился, и выходит из офиса. Даррен бросается за ней вдогонку. Минуту спустя они возвращаются. Анита все еще выглядит разгневанной, а Даррен умоляет ее остаться и попробовать все уладить. Анита поворачивается к вам и говорит, что отказывается общаться с Дарреном до конца интервью, но может остаться, если вы попытаете “вложить в его башку немного ума”.

Подумайте (самостоятельно или вместе с коллегой) над тем, какие действия следует применять в этой конфликтной ситуации.

и контроль, чтобы не допустить обострения конфликта. В чрезвычайных случаях вам придется действовать в качестве посредника, перефразируя почти все, что клиенты говорят друг другу, а иногда даже запрещать конфликтующим сторонам обращаться непосредственно друг к другу.

Резюмируя, можно сказать, что в большинстве случаев не следует позволять парам или семьям пользоваться деструктивными, эмоционально детерминированными моделями разрешения конфликтов (*Gurmen & Jacobson, 2002; Patterson et al., 1998*).

Введение ограничений

Помимо того, что санкционирование клиническим интервьюером открытого конфликта может моделировать деструктивное поведение и нанести вред, конфликт может помешать ему выполнять свои обязанности. Клинический интервьюер должен контролировать и минимизировать все посторонние факторы, которые мешают его работе. Однако минимизация посторонних факторов порой сопряжена с введением ограничений, что непросто для начинающего

От теории к практике 12.4

Введение ограничений при работе с парами и семьями

Представьте себе следующие сценарии.

Сценарий 1. Антонио и Люси женаты четыре года и постоянно конфликтуют между собой. У них есть восьмимесячный ребенок, девочка. К сожалению, они не смогли найти подходящую няню и поэтому на клиническое интервью пришли, к вашему удивлению, со своей маленькой дочкой. Хотя в течение первых 10 минут сессии она вела себя очень тихо, по ходу интервью она становилась все капризнее и начала кричать и визжать так, что продолжение работы стало невозможным. Обсудите следующие вопросы с вашими коллегами или супервизором.

1. Смогли бы вы вежливо закончить сессию и затем назначить новую встречу?
2. Были бы вы в состоянии мягко попросить, чтобы родители оставили ребенка с подходящей няней на время следующей встречи?
3. Как бы вы отнеслись, если бы, несмотря на ваше вежливое напоминание, родители пришли на следующую встречу снова с ребенком и заявили, что, мол, действительно пробовали найти подходящую няню, но не смогли?
4. Если родители настаивают на встречах с вами вместе со своим беспокойным ребенком, могли бы вы представить какие-нибудь обстоятельства, при которых согласились на их просьбы?

Сценарий 2. Джонсоны были направлены для семейной терапии комиссией по делам несовершеннолетних. Семья включает близнецов Рика и Роя, Марджи Джонсон, их мать, и Кэлвина, ее сожителя. Марджи 37 лет, близнецам — по 15. Кэлвин жил с Марджи и близнецами в течение последних трех лет. Его дочь, Молли, посещает их по выходным. Отец мальчиков находится в настоящее время в тюрьме и не видел мальчиков с тех пор, как они были младенцами. В ходе приемного интервью Марджи, Рой, Рик и Кэлвин были настоящими “подарками”. Близнецы начали между собой соревноваться “кто громче рыгнет”, на что Марджи каждый раз реагировала хихиканьем. Кэлвин не делал ничего. Интервьюер терпеливо подождал, пока все успокоится, и затем задал другой вопрос. Рой и Рик ответили ему дружными отрывками. Марджи начала снова смеяться. Клиническому интервьюеру никто не отвечал. Обсудите следующие вопросы.

1. Какова ваша непосредственная реакция на эту сцену? Вы испытываете сожаление, что не можете послать подальше комиссию по делам несовершеннолетних? Вы начинаете смеяться вместе с Марджи

или сидите каменный и тихий, как Кэлвин? Вы чувствуете себя запуганным или испытываете отвращение или безнадежность?

2. Можете ли вы придумать способы наладить совместную работу?
3. Каковы ваши реакции на рыгающих время от времени близнецов?
4. К кому вы испытываете самое глубокое сочувствие? Как вы могли бы использовать это сочувствие в ходе терапии?

интервьюера. Информация во врезке “От теории к практике 12.4” поможет вам выявить свои способности относительно введения ограничений при клиническом интервьюировании пар и семей.

Поликультурные аспекты работы с парами

Работа с гомосексуалистами и лесбиянками, а также партнерами и членами семей из различной культурной среды может ставить перед клиническим интервьюером проблемы особого рода (*Green, 1996; Igartua, 1998*). Как указывается в главе 13, если между интервьюером и клиентом есть несомненные и четкие различия (например, сексуальная ориентация), на первых порах клиент может более настороженно относиться к терапевту, пристальнее к нему присматриваться. Эти обстоятельства требуют от клинического интервьюера чуткости, такта и объяснений некоторых вещей, которые кажутся очевидными. Ниже описывается ситуация, требующая навыков поликультурного консультирования.

Случай из практики

Джим и Олли провели вместе три года. Они начали ощущать некоторые трудности в своих отношениях. Будучи студентами, они были ограничены в средствах, поэтому решили обратиться в университетский центр консультирования, в котором работали интерны. Когда Джим позвонил, чтобы договориться о встрече, он просто сказал, что хочет попасть на консультирование для пар. Служащая, которая говорила с ним по телефону, задала несколько общих вопросов и назначила время клинического интервью. Вести его должна была Мэри, консультант-интерн. Служащая ошибочно предположила, что Олли — это девушка, поэтому Мэри несколько удивилась при личной встрече с Олли.

Мэри решила использовать ошибку служащей, чтобы объяснить Джиму и Олли, что у нее другая сексуальная ориентация и что она не имела опыта работы с гомосексуальными парами. Приветливо улыбаясь, Мэри

сказала: “Олли, я не могла не заметить, что вы мужчина. По всей видимости, Джейн (наша служащая, которая говорила с вашим другом по телефону), предположила, что Олли — это женское имя. Иногда наши стереотипы здорово нас подводят, правда?” Джим и Олли улыбались, но отмалчивались. Они явно нервничали. Мэри продолжила: “Уверена, что вам приходилось сталкиваться со стереотипами, и порой весьма неприятными. Я прошу прощения за то, что вас неправильно поняли. Давайте я расскажу вам о том, как я работаю с парами, а потом мы подумаем, будут ли мои методы работы эффективны для вас”.

Затем Мэри стала объяснять свои взгляды на улучшение отношений. Джим и Олли несколько расслабились и сказали, что хотели бы научиться понимать и регулировать конфликты. Затем Мэри сказала: “Да, я думаю, что эта модель подходит многим парам. Но я знаю, что вы как гомосексуальная пара сталкиваетесь со специфическими ситуациями и испытываете особые потребности. Я кое-что читала о том, как работать с парами нетрадиционной сексуальной ориентации, но я могла что-то забыть. Я надеюсь, вы меня поправите, если я в чем-то ошибусь”.

Работая с Джимом и Олли, Мэри должна последовательно ликвидировать пробелы в своих знаниях. Поскольку Мэри гетеросексуальной ориентации, для эффективной работы ей может потребоваться специальное руководство (*Bailey, Kim, Hills, & Linsenmeier, 1997*). Наконец, Мэри и ее супервизор могут решить, что лучше направить Джима и Олли к другому психологу-консультанту, если вдруг Мэри поймет, что по каким-то причинам не может без предубеждений работать с гомосексуальной парой.

Культурные, религиозные и расовые различия при работе с парами и семьями проявляются острее, чем при индивидуальном консультировании клиентов. Поэтому подобные различия и методы их преодоления могут стать ключевым фактором успешности терапии. Подробнее эта тема обсуждается в главе 13, но о ней полезно вспомнить и в данном контексте.

Переход от индивидуальной к семейной терапии и терапии пар

Как мы уже упоминали, клинический интервьюер должен ровно относиться ко всем членам семьи и обоим партнерам. Мы также подчеркивали тот факт, что отдельные партнеры и члены семьи стремятся заручиться поддержкой клинического интервьюера, чтобы таким образом добиться большей власти в семье и большей степени контроля в терапии. По этой причине мы сопротивляемся обычному соблазну перейти от индивидуальной терапии к семейной, если к нам приходят люди из одной семьи. Также не советуем одному и тому же консультанту одновременно работать с кли-

ентами индивидуально и в парах или семьях. Мы основываемся на следующих соображениях.

- Индивидуальный клиент навсегда останется таковым. Обычно если мы проводим индивидуальное консультирование, мы не переходим к работе на уровне семьи или пары с участием этого клиента. Вместо этого мы направляем клиентов к другому специалисту.
- После завершения курса психологического консультирования пары или семьи в исключительных случаях мы можем перейти к индивидуальной работе с одним из клиентов. Однако поступая подобным образом, мы предупреждаем клиентов, что как только мы начнем индивидуальную терапию, то уже не станем возвращаться к формату пары или семьи.

По некоторым причинам многие терапевсты не придерживаются этих принципов. Рассмотрим следующие возможные ситуации.

Клиентка говорит терапевсту: “Поскольку мы уже работали вместе, я вам доверяю. Я не хочу начинать все с самого начала и обращаться к кому-то другому для семейной терапии. И мой муж говорит, что к вам он пришел бы”.

Подросток-клиент и его терапевст могут прийти к выводу, что необходима семейная терапия. Подросток заявляет: “Я не стану ходить к другому специалисту! Я буду говорить только с вами!”

Терапевст может продлить курс терапии с тем или иным клиентом, потому что ему нравится с ним работать или чтобы обеспечить себе заработок.

Клиенты могут полагать, что определенный терапевст подходит лучше других, поскольку он уже хорошо знаком с проблемами их семьи или пары. Клиенты чувствуют себя комфортнее, работая с одним и тем же специалистом.

Наверное, вы помните, что перед этим мы отзывались о возможном переходе от индивидуальной терапии к работе с парами или семьями как об “обычном соблазне”. С точки зрения терапевста, всегда заманчиво продолжить психологическое консультирование, если достигнут некоторый успех в лечении или если клиент стремится продолжить консультирование именно с вами, либо в том случае, если продолжение работы с клиентом сулит финансовую выгоду. Мы говорим о соблазне, поскольку при внимательном рассмотрении причин перехода от индивидуального консультирования к другим форматам работы проявляются многие потенциальные проблемы и контраргументы. Когда вы будете размышлять о наших доводах против перехода от индивидуальной к семейной терапии, помните о том, что мы выражаем мнение, которое не свободно от наших личных пристрастий. Многие психотерапевты и консультанты могут не соглашаться с такой позицией.

Конфликты лояльности

Возможно, самым серьезным основанием для того, чтобы воздерживаться от перехода к семейной терапии или терапии пар, будут неизбежно возникающие конфликты лояльности. Если терапевт не приложит огромных усилий для того, чтобы наладить контакт с родственниками или партнером первого клиента и завоевать их доверие, новые клиенты будут считать первого клиента его любимчиком. Кроме того, если терапевт, по какой-либо причине, встанет на сторону новых клиентов, первый клиент может почувствовать себя обманутым и брошенным. Таким образом, терапевт оказывается в безнадежной ситуации: “нос вытащил — хвост увяз, хвост вытащил — нос увяз”. Терапевта либо подозревают в том, что он завел себе “любимчика”, либо обвиняют в измене. Подобные проблемы могут осложнить и без того сложные терапевтические задачи.

Вы (как правило) — не единственный компетентный специалист

Одним из оправданий для вовлечения одних и тех же людей в разные форматы работы (индивидуальный, семейный) становится настойчивая просьба клиентов. Такая настойчивость объясняется их уверенностью в том, что вы прекрасно справились со своей работой, что вы — самый лучший специалист своего профиля. Это весьма лестное мнение, но далеко не убедительный аргумент для перехода от индивидуального к семейному консультированию. Если вы все-таки решите не следовать нашим рекомендациям и перейти к терапии пар или семейной терапии, вы можете отчасти потерять то, чего добились с таким трудом. Уклонение от двойственных ролей, о котором говорится в профессионально-этических кодексах психиатров, психологов и консультантов, подразумевает также несовместимость работы с одним и тем же клиентом в качестве индивидуального и семейного терапевта, если такое совмещение может привести к утрате объективности (*American Counseling Association, 1995; American Psychological Association, 1992*).

Согласие с представлением клиента о том, что вы — его лучшая или единственная возможность, может быть не очень хорошим симптомом. Задача различных форм терапии — помочь клиентам добиться более адаптивного функционирования и наладить полноценные отношения с окружающими. Поэтому ваша рекомендация обратиться к другому терапевту может стать для клиента важным проявлением доверия. Клиент понимает — вы верите в то, что он сможет наладить контакт с другим специалистом и использовать новые терапевтические отношения для своего личностного роста и развития.

И только в исключительных случаях (скорее гипотетических, чем реальных) можно допускать или поощрять зависимость клиента от определенного

специалиста. Само собой разумеется, что в небольших населенных пунктах, в сельской местности совмещение (или смешение) индивидуальной и семейной терапии просто неизбежно. Возможно, вы станете не столько единственным *компетентным* специалистом в городе, а просто *единственным* (Welfel, 2002).

Идентификация, проекция, вовлеченность и избегание

При работе с парами или семьями (как, впрочем, и при индивидуальной работе), проявления бессознательного становятся почти осязаемыми. Вы обнаружите, что вам трудно воспрепятствовать влиянию ваших ранних убеждений, привязанностей, обучения, а также обусловленных ими нынешних сознательных и бессознательных конфликтов и проблем на вашу работу с семьями и парами. Общий термин для обозначения подобных реакций — *контрперенос*. Явление контрпереноса описывается в главе 5. Выраженные контртрансферные реакции, заслуживающие внимания интервьюера, наблюдаются и у членов его семьи или партнеров.

С другой стороны, и это еще более осложняет ситуацию, эффективность диагностики и лечения напрямую зависит от жизненного опыта клинического интервьюера. Если бы даже и можно было исключить влияние особенностей вашей личности, обусловленных ранним развитием (и вытекающими из него бессознательными процессами и конфликтами), это было бы нежелательно. Обобщенный опыт становится частью фундамента любых отношений и помогает нам понять опыт других людей. Во врезке “Индивидуальное и культурное 12.1” описывается методика, которая поможет вам изучить особенности своей личности, детерминированные ранним развитием и особенностями родительской семьи.

Работа с парами и семьями характеризуется более выраженной вовлеченностью, чем при индивидуальном консультировании. Вовлеченность аналогична эмпатии, но, возможно, имеет более включенный характер. Вовлеченность в контексте семьи или пары подразумевает проникновение в мировоззрение не только каждого индивида, но и всей системы (семьи или пары). Вы привносите в этот процесс также и собственную точку зрения. Ваше присутствие в системе изменяет ее свойства. Но и ваше видение меняется в результате взаимодействия с этой системой. Под влиянием всех этих разнонаправленных факторов сохранение соответствия профессиональным требованиям становится отнюдь не легкой задачей. Иногда психологи-консультанты превышают разумную степень вовлеченности и теряют профессиональную почву под ногами. В других случаях консультанты вообще

Индивидуальное и культурное 12.1

Семейная хореография

Семейная хореография — методика, разработанная Пегги Папп (*Papp, 1976*). Она используется во многих лечебных программах. Чтобы изучить влияние семьи, в которой вы росли, выберите нескольких студентов группы, которые будут представлять самых ярких персонажей из числа ваших родственников. Разместите их так, чтобы их физическое положение (включая позы, мимику, и т.д.) соответствовало тем ролям, которые исполняли соответствующие члены семьи. Затем сами займите такое положение, которое соответствовало бы вашей роли в семье. Вы можете сохранять определенную позу в течение нескольких минут, чтобы почувствовать влияние жесткой статичной позиции, или же можете попросить других участников выполнять определенные движения, которые будут представлять процессы, происходящие в вашей семье. Затем попросите, чтобы кто-нибудь занял ваше место, и изучите созданную вами композицию со стороны. Наконец, измените структуру или действия участников таким образом, чтобы добиться позитивного эффекта для себя. Измените позы, уберите определенного участника или участников. Делайте то, что считаете нужным. Затем снова изучите результаты.

После того как игра закончится и все усядутся, поделитесь вашими впечатлениями. Попросите участников рассказать о своих реакциях.

Когда вы будете изучать уникальные процессы, происходившие в вашей семье (семейную динамику), с коллегами, обратите особое внимание на те явления, которые детерминированы культурными и этническими факторами. В группе могут быть представители мужского и женского пола, инвалиды, геи, лесбиянки, натуралы, представители этнических меньшинств, молодые и пожилые люди, консерваторы, либералы и т.п. Если это возможно, обсудите разные семейные стили с точки зрения этих разных людей.

избегают вовлеченности, сохраняя дистанцию и оставаясь вне системы. Это, конечно, более безопасный, но не столь плодотворный в информационном отношении и, возможно, менее терапевтически эффективный метод.

С. Минухин и Х. Фишман наряду с другими авторами также обсуждали концепцию вовлеченности.

Вовлеченность — скорее личностная установка, чем методика, и это тот контекст, в котором происходят все терапевтические транзакции. Вовлеченность подразумевает сообщение семье о том, что терапевт понимает членов семьи, работает вместе с ними и для них. Только под этой защитой

семья может почувствовать себя в достаточной безопасности, чтобы экспериментировать с альтернативами, идти нехоженными дорожками и меняться. Вовлеченность — это цемент, который удерживает терапевтическую систему (Minuchin & Fishman, 1981, p. 31-32).

Кроме того, воздействие, вызванное вовлеченностью в чужую семейную систему или несколько систем, повышает вероятность того, что интервьюер столкнется со своими собственными нерешенными проблемами отношений или детского развития. Основная проблема в отношении бессознательных конфликтов состоит именно в том, что они не осознаются. Ниже приводится список возможных источников конфликтов. Выраженные паттерны реакций укажут на те аспекты, исследованием и коррекцией которых следует заняться.

- Есть ли такие темы, на которые вы предпочитаете не говорить? Например, как мы уже отмечали, для интервьюера может быть трудно обсуждать с клиентами сексуальные отношения. Теща или свекровь, выкидыши, физические наказания, принудительное кормление, домашний арест — у каждого человека есть свои страхи, неприятные воспоминания и травмы, которые могут актуализироваться при обсуждении семейных проблем или проблем пары.
- Есть ли у вас предубеждения по отношению к клиентам из другой культурной или этнической среды? Например, некоторым консультантам трудно принять патриархальность, характерную для многих семей латиноамериканского происхождения или семей с ортодоксальными религиозными устоями.
- Есть ли у вас предубеждения по отношению к клиентам с нетрадиционной сексуальной ориентацией? Считаете ли вы допустимыми гомосексуальные браки?
- Замечали ли вы, что некоторые конфликты или проблемы клиентов становятся источником ваших собственных навязчивых мыслей, эмоций и т.п.? Возможно, вы постоянно размышляете об этих проблемах, говорите о них со своими родными и друзьями, или они вам снятся?
- Могут ли определенные проблемные или конфликтные факторы привести к тому, что вы станете необъективно относиться к людям: одних обвинять во всех смертных грехах, а других всячески выгораживать?

Этот список, конечно же, далеко не полон. Вы должны анализировать свои реакции, и если подозреваете, что ваше происхождение, ценности, убеждения или конфликты мешают вам работать с парами или семьями, вам следует обратиться за поддержкой и советом к супервизору и коллегам.

РЕЗЮМЕ

В этой главе мы рассматривали вопросы, относящиеся к клиническому интервьюированию пар или семей. Чтобы профессионально освоить эту тему, для начала нужно определить значение терминов “пара” и “семья”. Оба понятия несут определенное общественное и ценностное значение. Сложности работы с парами и семьями усугубляются тем, что продолжительность психологического консультирования обычно меньше, чем при работе с индивидуальными клиентами.

Вводная стадия клинического интервью с парами и семьями должна включать вразумительное объяснение конфиденциальности, дальнейшего участия партнеров или членов семьи в терапевтическом процессе и основные сведения о теоретической ориентации и методах работы интервьюера. Начальная реплика интервьюера помогает настроить клиентов и устанавливает нормы вовлечения каждого клиента. Основной этап интервью в наибольшей степени определяется теоретической ориентацией интервьюера и представляемой клиентами проблемой. В главе приводятся примеры различных теоретических подходов, а также рассматриваются аспекты, которые необходимо прорабатывать независимо от принадлежности к той или иной терапевтической школе. Завершающая стадия должна проходить целенаправленно и организовано как в информационном, так и в эмоциональном планах; этот этап обычно занимает больше времени, чем при индивидуальной работе с клиентами. Завершение также сопряжено с некоторыми сложностями, что объясняется большим числом участников процесса в данном виде клинического интервью.

При работе с парами и семьями эффективны некоторые стандартизированные психодиагностические методики. Особого рода трудности представляют следующие аспекты интервью с парами и семьями: а) урегулирование межличностных конфликтов; б) введение ограничений; в) индивидуальная и семейная терапия с одними и теми же клиентами; г) работа с гомосексуальными парами.

Наконец, было описано и обсуждалось различное влияние контрпереноса и роль, которую это явление играет в работе с парами и семьями. Интервьюерам предлагаются рекомендации для выявления контрпереноса и управления им.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

American Association for Marriage and Family Therapy. (2001). AAMFT code of ethics. Washington, DC: Author. “Этический кодекс Американской ассоциации брачной и семейной терапии” представляет собой обязательную информацию для членов этой организации и всех тех, кто планирует регулярно заниматься семейной терапией или работать с парами.

Brofenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press. “Экология человеческого развития” представляет собой классическую работу об экологическом видении развития человека.

Gottman, J. M., & DeClaire, J. (2001). The relationship cure: A five-step guide for building better connections with family, friends, and lovers. New York: Crown Publishers. В настоящее время Дж. Готтман — один из главных исследователей и авторов в сфере семейной терапии на североамериканском континенте. Книга “Подсказка взаимоотношений: пятиэтапное руководство по построению лучших связей с семьей, друзьями и любимыми” основана на его обширных и глубоких познаниях и исследованиях семейных и брачных отношений.

Gray, J. (1992). Men are from Mars, women are from Venus. New York: HarperCollins. Хотя мы и включаем книгу “Мужчины с Марса и женщины с Венеры” в список рекомендуемой литературы, мы вовсе не имеем в виду, что разделяем взгляды автора. Дж. Грей сильнее, чем нам того хотелось бы, акцентирует внимание на различиях между мужчинами и женщинами, а не на сходстве между ними; его позиция — “принимайте меня таким, какой я есть”. Однако эта работа стала настолько популярной, что каждый консультант, работающий с парами, должен ознакомиться с ней.

Gurman, A. S., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical handbook of couple therapy (3rd ed.). New York: Guilford. На 716 страницах книги “Клиническое руководство по терапии пар” рассматривается множество методов интервенции и теоретических подходов к терапии пар. В книгу также вошла информация о разводе, поликультурной терапии пар, особенностях работы с парами, страдающими различными физическими или психическими заболеваниями.

Hendrix, H. (1988). Getting the love you want: A guide for couples. New York: Holt and Company. “Получите любовь, которую вы хотите: руководство для пар” — это книга, которую часто рекомендуют прочитать парам, приходящим на консультирование. В этой работе подчеркивается влияние неосознаваемых и биологических факторов на привлекательность и совместимость индивидов. Также включено множество практических советов по преодолению проблемных и кризисных ситуаций в отношениях.

International Association of Marriage and Family Counselors. (1993). Ethical code for the International Association of Marriage and Family Counselors. Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 1, 73–77. “Этический кодекс Международной ассоциации брачных и семейных консультантов” — еще один этический кодекс для консультантов, работающих с парами и семьями. Хотя во многом он соответствует принципам *AAMFT*, брачным и семейным терапевтам будет полезно изучить и даже выучить наизусть многие из его положений.

Jacobson, N. (1996). Integrative couples therapy: Promoting acceptance and change. New York: Norton. Покойный ныне Нил Джейкобсон был одним из

ведущих теоретиков и практиков терапии пар в США. Книга “Интегративная терапия пар: путь к принятию и изменениям” вобрала в себя опыт 20 лет клинических исследований и практики.

McGoldrick, M., & Gerson, R. (1985). Genograms in family assessment. New York: Norton. Книга “Геносоциограммы в семейной диагностике” дает глубокое обоснование и предлагает практические советы по конструированию классических семейных геносоциограмм. В книге используется много интересных примеров, объясняются принципы интерпретации и практического применения геносоциограмм в работе с семьями. Мы настоятельно рекомендуем эту работу, поскольку большинство школ семейной терапии признают полезность применения геносоциограмм.

Odell, M., & Campbell, C. E. (1998). The practical practice of marriage and family therapy: Things my training supervisor never told me. New York: Haworth. В отличие от “стерильных” работ с более теоретической направленностью, в книге “Практическое руководство по супружеской и семейной терапии: вещи, о которых никогда не говорил мой супервизор” делается акцент на практических, клинических аспектах брачной и семейной терапии. Например, в ней есть такие главы, как “Это совсем не похоже на учебную клинику”, “Что делать после приемного интервью?” Такой прагматичный подход обычно нравится начинающим интервьюерам, которые пресыщены теорией.

Scarf, M. (1995). Intimate worlds. New York: Random House. Мэгги Скарф, популярный автор специальной литературы в области психического здоровья и отношений, исследует семейную динамику. Ее методы изучения семей включают многочисленные глубокие интервью, ее теоретическая ориентация — системный подход с элементами психодинамики. Она поддерживает практику использования Шкалы семейного здоровья и компетенции Биверса (*Beavers Scale of Family Health and Competence*) для определения уровня функционирования семьи. Работы М. Скарф мастерски написаны. Книга “Интимные слова” дает читателям вводную информацию о функционировании семьи с позиций системно-психодинамического подхода.

Skerrett, K. (1996). From isolation to mutuality: A feminist collaborative model of couples therapy. In M. Hill & E. D. Rothblum (Eds.) Feminist perspectives (pp. 93–105). New York: Harrington Park Press. Статья “От одиночества к взаимности: феминистическая модель сотрудничества в терапии пар” включена в сборник “Феминистический подход” (под ред. М. Хилл и Э. Ротблум). В работе в общих чертах описывается феминистический подход к консультированию пар.

Tannen, D. (1990). You just don't understand: Women and men in conversation. New York: William Morrow, Ballantine. В книге “Вам не понять: мужчина и женщина в разговоре” рассматриваются проявления половых различий в коммуникации.

МЕЖКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ

(совместно с Дарреллом Столлом)

Я буду предельно краток: самый большой грех европейско-русско-американского комплекса, который мы называем Западом (этот грех распространился до самого Китая), — это не только алчность и жестокость, не только моральная нечистоплотность и измена истине, но прежде всего крайняя степень высокомерия по отношению к остальной части человеческой расы.

Томас Мертон, A Thomas Merton Reader

Вероятно, многие консультанты в своей практике по-прежнему страдают от культурной изоляции и собственных мерок.

Пол Педерсен, Counseling across Cultures

Консультирование использовалось как инструмент угнетения, так как оно должно было передавать некоторый набор индивидуалистических культурных ценностей. Традиционное консультирование принесло вред меньшинствам и женщинам. Консультирование и психотерапия были служанками существующего положения вещей.

Деральд Уинг Сью

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

Поскольку мы живем в поликультурном обществе, независимо от нашего этнокультурного происхождения нам приходится сталкиваться с клиентами, которые весьма отличаются от нас. Поэтому для клинического интервьюера крайне важно расширять культурный кругозор и повышать свою культурную восприимчивость. Прочитав главу, вы узнаете:

- о требовании культурной компетентности, важности понимания своей культурной идентичности и культурно обусловленных предрассудков;

- об особенностях клинического интервьюирования коренных американцев, американцев африканского, латиноамериканского и азиатского происхождения;
- об особенностях клинического интервьюирования гомосексуалистов, лесбиянок, транссексуалов, людей с ограниченными физическими возможностями и религиозных клиентов;
- о роли фактора контекста в понимании этнокультурной ориентации, семейного и социального окружения, коммуникативного стиля и речевых особенностей;
- о различных культурно-специфических синдромах и вопросах этикета при клиническом интервьюировании представителей меньшинств.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЭТНОКУЛЬТУРНОГО МНОГООБРАЗИЯ

Мы постоянно подчеркиваем важное значение терапевтических отношений. Мы считаем, что отношения между специалистом и клиентами выступают основой любой профессиональной деятельности в сфере охраны психического здоровья, в том числе в клиническом интервьюировании. Многие психологи и психиатры говорят также о ключевой роли терапевтических отношений в эффективном поликультурном консультировании (*Ho, 1992; Paniagua, 1998, 2001; Sue & Sue, 1999*). Но каковы основные составляющие этих отношений? Какие компоненты полезны, но не обязательны? К чему мы должны стремиться, повышая свою культурную восприимчивость? Как избежать осуждения по отношению к представителям других культур и синдрома собственных мерок, как не использовать консультирование для угнетения клиентов? В этой главе мы задаем много вопросов и определяем проблемы, но чтобы ответить на эти вопросы и решить их, может понадобиться вся жизнь.

Требование культурной компетентности

Данные национальной переписи 2000 года в США говорят о стабильном увеличении доли культурных и этнических меньшинств за последние два десятилетия (*U.S. Bureau of the Census, 2001*). Из 281 млн. людей, проживающих в США, почти треть (примерно 80 млн.) не причисляют себя к белому населению (сюда относится и латиноамериканская этнокультурная группа). Перепись показала, что культурное многообразие увеличивается почти в каждом штате. В результате у психиатров и психологов, работающих в различных профессиональных сферах, все больше шансов встретиться с клиентами из

другой этнокультурной среды. Такая перспектива одновременно и вдохновляет, и пугает. Вдохновляет благодаря тому разнообразию, которое представители других культур вносят в наше сообщество, и тем возможностям личностного и профессионального роста, которые сопутствуют межкультурным контактам. Пугает из-за возросшей ответственности в связи с необходимостью применения культурно релевантных методов работы. К. Холл (*Hall, 1997*) обосновывает идею “культурно обусловленной преступной небрежности”, имея в виду тех клиницистов, которые занимаются интервьюированием и терапией, не обладая адекватными знаниями культурной динамики. Холл предупреждает, что без радикальных изменений в нашем отношении к культурным факторам психология прекратит свое существование. Требование более чем ясно сформулировано, особенно в приложении к клиническому интервьюированию. Чтобы оказывать полноценную профессиональную помощь различным группам населения, мы должны обладать необходимыми знаниями и пониманием культуры как фактора психического здоровья.

Интервьюер, познай себя

Ты говоришь, что ты белый, что ты американец. Разве ты не понимаешь, что это кое-что ЗНАЧИТ? Там, откуда я, кое-что ЗНАЧИТ быть черным!

Виктор; из фильма *The Color of Fear*

Культуру можно определить как среду, в которой осуществляется развитие и деятельность человека. Все, что мы знаем, все, что имеет для нас определенную ценность, все, что мы считаем “нормальным”, — все это определяется нашей прошлой и нынешней культурной средой. Если говорить с точки зрения консультирования, ответы на такие широкомасштабные вопросы, как “Что представляет собой здоровая личность?”, “Каким должен быть или становиться человек?”, во многом определяются культурным происхождением специалиста (*Christopher, 1996*). Поэтому развитие культурной компетентности должно начинаться с изучения себя как культурного существа. Какое влияние оказывает на нас наше культурное происхождение?

Д. У. Сью, П. Арредондо и Р. Мак-Дэвис (*Sue, Arredondo, & McDavis, 1992*) утверждают, что рост культурного самосознания выступает необходимым условием для перехода от этноцентрического, культурно изолированного подхода к поликультурному. Если нам удастся понять, какое влияние оказывает культура, в которой мы живем, на наше мышление, чувства и знания, мы получаем возможность посмотреть на мир глазами другого человека, не навязывая ему своей точки зрения. Д. У. Сью и соавторы определяют конкретные параметры культурно компетентной практики (см. врезку “От теории к практике 13.1”).

От теории к практике 13.1

Консультант как существо культуры

Осознание себя как существа культуры считается обязательной предпосылкой компетентного поликультурного консультирования. Д. У. Сью, П. Арредондо и Р. Мак-Дэвис, говоря о первом шаге к поликультурной компетентности, утверждают: “Культурно компетентные интервьюеры перешли от культурной несознательности до осознания и восприимчивости к своему собственному культурному наследию, а также к пониманию и уважению различий” (*Sue, Arredondo, & McDavis, 1992, p. 482*).

Задание, условия которого приводятся ниже, нужно выполнять в паре.

1. Опишите себя как существо культуры. Каково ваше культурное или этническое наследие? Каким образом вы узнали об этом наследии? Как это наследие проявляется в вашей нынешней жизни? Какими именно составляющими вашего культурного наследия вы особенно гордитесь? Есть ли какие-либо аспекты вашего культурного наследия, которые вам неприятны? Если да, то почему?
2. Что, по вашему мнению, составляет сущность “психически здорового” индивида? Могут ли быть исключения из тех правил, которые вы определили?
3. Случалось ли вам быть объектом расизма, национализма или дискриминации (если нет, то не подвергались ли вы преследованиям или какому-либо ущемлению прав из-за своих необычных характеристик)? Расскажите об этом опыте своему партнеру. Каковы были ваши чувства и мысли в связи с этим опытом?
4. Можете ли вы вспомнить случаи, когда ваши собственные мысли о людях, отличающихся от вас, повлияли на ваше отношение к ним? Как бы вы поступили в той же ситуации сейчас?
5. Как бы вы определили содержание понятия “отечественная культура”? Какие ее составляющие вам близки? Какие ее элементы вы отвергаете? Как ваше осмысление отечественной культуры влияет на ваши критерии “психически здорового индивида”?

По завершении этого упражнения подумайте над тем, что вы узнали о своей культурной идентичности, и сделайте соответствующие записи в дневнике.

Культурная компетентность

Культурное самосознание — лишь первый шаг к поликультурному сознанию и компетентности. Культурная компетентность включает множество переменных. В частности, были определены три ключевые характеристики,

которые выступают необходимыми составляющими культурной компетентности: а) научное мышление; б) навыки динамической оценки; в) культурно-специфическая квалификация (*Sue, 1998*).

Научное мышление подразумевает формулировку и проверку гипотез как альтернативу выдвижению ложных допущений или ошибочных выводов о статусе клиентов, этнокультурные характеристики которых отличаются от ваших собственных. Несмотря на то что существует универсальный, общечеловеческий опыт, вы не можете допускать, что у разных клиентов одни и те же потребности и нужды. Для интервьюера, работающего с клиентами из разных типов этнокультурной среды, очень важно преодолеть *миф одинокости* (*Wilson, Phillip, Kohn, & Curry-El, 1995*).

Случай из клинической практики

14-летний подросток из индейского племени хопи был направлен на консультирование школьным психологом. Учителя сообщали о все более усугубляющейся социальной самоизоляции и плохой успеваемости подростка. Школьный психолог, проверив ведомости успеваемости и характеристики подростка за предыдущий год, пришел к выводу, что социальное функционирование и академическая успеваемость начали ухудшаться после того, как утонул младший брат мальчика (это случилось примерно за девять месяцев до того, как подросток был направлен на консультирование). Во время первой встречи подросток неохотно признался, что он стал свидетелем гибели своего младшего брата, и упомянул, что с тех пор он об этом никому не рассказывал.

В этой ситуации для школьного психолога было бы вполне естественным шагом приписать социальные и академические проблемы подростка психической травме, вызванной смертью брата, и разработать такой план лечения, который помог бы юному клиенту выразить эти чувства. Хотя такие соображения кажутся довольно убедительными, есть и другие аргументы, которые необходимо было учесть. В любом случае применение описанного плана лечения стало бы серьезной ошибкой.

Научное мышление побуждает интервьюера искать альтернативное объяснение молчаливости подростка, его самоизоляции и плохой успеваемости в школе. Если бы школьный психолог не стал искать другие, менее очевидные мотивы поведения подростка, он никогда не узнал бы о том, что оно связано с традиционным поверьем индейцев хопи. Интервьюер, не обладающий научным мышлением, мог бы предпринять неадекватные меры и заставить подростка говорить о смерти брата.

Индейцы этого племени верят, что лучше не говорить об умершем родственнике, иначе его дух может прийти к вам ночью. Представьте, ка-

кую травму получил бы подросток, если бы консультант воспользовался стандартной процедурой и стал понуждать подростка открыто и искренне говорить о своем покойном брате. Научное мышление требует от консультантов не только находить все возможные объяснения поведению клиентов, но и применять те методики лечения, которые совместимы с культурными практиками и убеждениями.

Динамическая оценка — вторая необходимая составляющая культурной компетентности, о которой говорит С. Сью (*Sue, 1998*). Интервьюер должен понимать, когда обобщения по признаку принадлежности к группе уместны, а когда нет. Вы должны знать общие характеристики той культурной среды, к которой относится клиент, и в то же время учитывать возможность различий в степени их принятия или проявления клиентом.

Например, понятие *мачизма* — мужского начала, мужественности — часто обсуждается по отношению к клиентам латиноамериканского происхождения. Однако наивно предполагать, что все мужчины латиноамериканского происхождения проявляют мачизм. Если вы так считаете, это формирует у вас определенные ожидания по отношению к поведению клиента. С другой стороны, было бы халатностью не знать о явлении мачизма и о том, что оно влияет на поведение мужчин, принадлежащих к данной этнокультурной группе. При адекватном использовании динамической оценки вы сможете избежать ловушек стереотипизации клиентов и в то же время сохранить восприимчивость к влиятельным культурным факторам.

Другой аспект динамической оценки подразумевает понимание терапевтом того, когда следует обобщать свой собственный опыт. С. Сью пишет: “Человек, который пережил дискриминацию как член определенной группы, может понять трудности представителей другой группы, которые сталкиваются с таким же опытом” (*Sue, 1998, p. 446*). Однако подобный опыт не гарантирует адекватной эмпатии. Динамическая оценка требует, чтобы интервьюер *знал* и понимал и одновременно *не знал* и не понимал. Комбинация глубокого понимания и открытости выступает важнейшим компонентом культурно компетентного интервьюирования.

Третья характеристика культурной компетентности — *культурно-специфическая квалификация*. Культурно-специфическая квалификация подразумевает постоянное накопление и усвоение информации о культурных группах, включая их социополитическую динамику, а также процедуры и методики эффективной терапевтической интервенции, рассчитанные на определенные культурные группы. Некоторые подчеркивают, что один специалист не в со-

стоянии разобраться во всех культурных нюансах тех многочисленных групп, которые существуют на нашей планете. Несомненно, это правда. Однако этот факт не оправдывает культурной неграмотности. Всю жизнь нам приходится изучать опыт и верования других людей. Компетентный профессионал использует любую возможность для того, чтобы совершенствовать свое понимание культурного многообразия, окружающего нас. В некотором смысле поликультурность — в такой же мере философия, как и практическая методика.

В следующих разделах этой главы дается общий обзор культурно-специфических проблем, характерных для четырех крупных этнокультурных групп, относящихся к национальным меньшинствам США. Кроме того, отдельные разделы посвящены клиентам с нетрадиционной сексуальной ориентацией, людям с ограниченными физическими возможностями, глубоко верующим людям. Кто-то может сказать, что отдельное внимание стоило бы уделить женщинам, старикам и другим группам, которые стали объектом угнетения или не относятся к доминирующей группе молодых белых мужчин (*Atkinson & Hackett, 1998; Wilkinson & Kitzinger, 1996*). Существует множество разных критериев и форм объединения людей в группы, а также множество разновидностей влияния, которое эти объединения оказывают на формирование идентичности, функционирование во внешнем мире и качество жизни в доминирующей культурной среде. Вот как пишет Д. У. Сью с соавторами.

Каждый клиент (индивид, семья, группа, организация) обладает множественной культурной идентичностью, которая, скорее всего, развивается или расширяется неравномерно. Например, человек может вполне отчетливо осознавать себя индейцем навахо, но менее полно осознавать себя гетеросексуалом или ветераном вьетнамской войны. Как таковая, всеобъемлющая поликультурная терапия может сосредоточиться на том, чтобы помочь этому человеку и подобным ему лучше осознать влияние культурных факторов на его существование (*Sue, 1996, p. 17*).

Поликультурная ориентация клинического интервьюера подразумевает такую позицию по отношению к культурному многообразию, которая характеризуется открытостью, позитивностью и адекватной любознательностью. Информация о культурных группах, которая приводится ниже, может разве что пробудить ваш “культурный аппетит” и помочь вам признать факт существования потенциальных культурных различий между клиентами. Есть такое изречение: “Карта страны — это не сама страна”. Оно особенно уместно в данном случае, так как наши примеры предназначены для того, чтобы дать читателю общее представление о культурных “сторонах света” в клиническом интервьюировании. “Культурный ландшафт” в каждом отдельном случае будет уникальным и, по всей видимости, совсем не таким, как на нашей “карте”.

ВЕЛИКОЛЕПНАЯ ЧЕТВЕРКА

В предисловии к книге *Growing up Latino* Илан Ставанс пишет следующее.

Сегодня в эпицентре конфликта — выходец из Латинской Америки; мужчина, женщина, ребенок, для которых (или для предков которых) кас-тильское наречие — родной язык. В США мы часто воспринимаем выходцев из Латинской Америки как монолитную или аморфную группу. Они разделили свою лояльность между двумя культурами и двумя языками. Но это слишком узкое определение, миф, сотворенный американцами для того, чтобы объединить эти разные народы в один народ, который таким образом станет нам понятен (*Augenbraum & Stavans, 1993, p. xvi*).

И. Ставанс писал о выходцах из Латинской Америки, но с таким же успехом мог бы написать о любых других более или менее многочисленных этнокультурных группах в США, и был бы прав. Те категории, в которые мы объединяем представителей национальных меньшинств, отличаются масштабностью и выраженной внутренней неоднородностью. Это же относится к явлению, которое собирательно называют “белой” культурой, или к любой другой доминирующей культуре. Что подразумевается под *белой* культурой? Следует ли включать сюда американцев итальянского происхождения? Евреев? Будет ли термин *англосаксонская* культура более точным? Даже если бы мы сказали “западноевропейского происхождения”, было бы не совсем понятно, кто входит в эту категорию, а кто остается вне ее. В каком веке предки нынешних американцев должны были покинуть Западную Европу, чтобы быть причисленными к этой категории? Осознавая и принося свои извинения за несовершенство таких обобщений, мы объединяем американцев в очень масштабные категории, чтобы противопоставлять и сравнивать самые общие различия между культурами. Например, мы используем термин *белая*, чтобы обозначить доминирующую европейскую культуру в США. Однако мы готовы признать, что наши обобщения настолько широки, что едва ли имеют практическую ценность. Мы только надеемся, что эта глава укрепит ваше желание развивать свою культурную компетентность.

Культуры североамериканских индейцев

Ууне было всего пять лет, но она умела уже многое из того, что умеет всякий настоящий оджибве¹. Она знала почти все, чего не могла делать, и все, чему должна была научиться. Она ходила к своим дедушкам и бабушкам и стояла перед ними, потупив глаза. Она знала, что не может

¹ *Оджибве (чиппева, сольто) — племя североамериканских индейцев, проживающее на территории США и Канады. Христиане, сохранили некоторые национальные верования.* — Прим. ред.

заговорить с ними, чтобы задать им те многочисленные вопросы, которые хотела, потому что первым должен говорить тот, кто мудрее. Первым всегда должен говорить старший.

— Игнейшия Брокер, старейшина и хранитель преданий племени оджибве,
Growing up Native American,
под ред. Пат Райли

Согласно национальной переписи населения 2000 года, в США живет около 500 индейских племен. Неудивительно, что у каждого племени есть свои особенные обычаи, ценности, своя собственная история. Н. Беркгоффер (*Berkhoffer, 1978*) отмечает, что в конце XV века, когда европейские переселенцы впервые высадились в Северной Америке, там проживало более 2000 индейских племен. Эти племена говорили на разных языках, занимались различной деятельностью, находились в мирных либо враждебных отношениях со своими соседями. Представители разных племен не считали себя единой расой или нацией. Не следует приписывать слишком большой общности разным американским племенам, как это ошибочно делают. С другой стороны, в прошлом и настоящем американских индейцев можно найти такие аспекты, которые становятся связующим звеном для различных культур.

Одним из таких аспектов стал геноцид коренных жителей североамериканского континента со стороны европейских переселенцев, который продолжался больше двух веков. Трансгенерационная травма, вызванная этими событиями, все еще присутствует во многих индейских культурах и проявляется в различных трагических явлениях. Хотя североамериканские индейцы приходят на психологическое консультирование по тем же причинам, что и представители доминирующей культуры, мы должны помнить о том, что эти народности подвергались систематическому истреблению. Вспомним реакцию известного борца за равные права индейцев Сидящего Бизона на американскую политику ассимиляции, которая проводилась в конце XIX — начале XX века.

Я краснокожий. Если бы Великий Дух хотел, чтобы я был белым, Он бы сразу сделал меня таким. Он вложил в ваше сердце одни желания и намерения, в мое сердце — другие, особые желания. Каждый человек имеет для Него ценность. Орлам не обязательно становиться воронами (цит. по *Deloria, 1994, p. 198*).

Культурный геноцид и ассимиляция до сих пор непосредственно проявляются при психологическом консультировании, особенно в том случае, если клинический интервьюер представляет доминирующую белую культуру. Хотя физическое истребление индейцев в США осталось в прошлом, его пережитки встречаются до сих пор — например, в форме юридических тяжб за

использование земли или покушений на суверенитет племен. Белые интервьюеры не несут личной ответственности за события прошлого. Однако их могут *воспринимать* как представителей доминирующей культуры, посягающей на права индейцев. С точки зрения межличностных отношений, для установления доверия от клинического интервьюера потребуется особая чуткость.

Несмотря на опасность слишком широких обобщений, следует отметить несколько культурных переменных, которые помогут клиническим интервьюерам в работе с североамериканскими индейцами.

Племенная идентичность

Вопрос о племенной принадлежности индейца — важный аспект приемного интервью. Возможно, отдельные клиенты будут не очень разговорчивы, но почти каждый индеец говорит о себе как о представителе определенного племени, рода или клана (*Sutton & Broken Nose, 1996*). Интервьюеру, не знакомому с тем племенем, которое представляет клиент, следует уточнить написание и произношение его названия, не боясь выказать свою неосведомленность. Даже индейцы, работающие психологами-консультантами, не знают названий и особенностей всех проживающих в США племен (хотя, конечно же, знают о них гораздо больше, чем представители других этнических групп). Независимо от того, насколько развита или неразвита племенная идентичность определенного клиента, она остается важной составляющей индейской культуры. Вопрос о племенной принадлежности инициирует важный процесс, вовлекающий интервьюера и клиента. После того как клиент назовет свое племя, интервьюер спрашивает, например: “Скажите, что представляет для вас наибольшую ценность в том, вы ассинибойн?” Если интервьюеры не-индейцы претендуют на то, что им известно все о жизни индейцев или их проблемах, они могут утратить контакт с клиентами. Вежливый вопрос о племенной принадлежности гораздо уместнее и эффективнее.

Роль семьи

Во многих поколениях семья (включающая несколько поколений) имеет огромное значение для индейцев. Структура семьи может варьироваться, но роли биологических и приемных родителей, бабушек и дедушек, тетей, дядей, родных, двоюродных, приемных братьев и сестер чрезвычайно важны. Похороны, свадьба, рождение, другие семейные и клановые события очень значимы для индейцев и, как правило, сопряжены с большим чувством долга, чем другие причины. Иногда старейшины и шаманы считаются членами семьи, поэтому в определенных случаях уместно приглашать этих лиц при проведении семейного интервьюирования или семейной терапии.

Требования, выдвигаемые к семейным ролям, в разных племенах варьируются, как и требования к родителям. Учитывая важность этих факторов, полезно уточнить, в чем именно состоят различия, если супруги или партнеры происходят из разных племен (Но, 1992).

Роль духовности

Было бы неоправданным преувеличением сказать, что для каждого индейца существуют выраженные духовные ориентиры, что каждый индеец религиозен. Тем не менее для многих представителей разных племен существуют духовные, священные узы: между членами племени (живыми, мертвыми и еще не рожденными), между природой и человеком, между Творцом и сотворенным миром. Эти узы определяют жизнь индейцев в настоящее время, их восприятие семьи и племени. На собраниях североамериканских индейцев обычно поют священные гимны или молитвы. Уважительное отношение клинического интервьюера к духовности имеет важное значение для установления прочных терапевтических отношений.

Коллективизм и материальные ценности

Традиционно индейцы с огромным уважением относятся к тем, кто большую часть отдает другим индивидам и семьям, а также роду, племени и сообществу (Sutton & Broken Nose, 1996, p. 40).

Коллективизм индейцев резко контрастирует с капиталистической культурой, в которой главный акцент делается на приобретении материальных ценностей. Такое несоответствие ценностей становится источником дезориентации и дистресса для молодых индейцев, которые пытаются сохранить свою культурную идентичность и одновременно жить успешной, в понимании доминирующей культуры, жизнью.

Время

Для многих культур не существует таких жестких временных рамок, как в доминирующих европейской и американской культурах. Для большинства американцев, потомки которых прибыли из Европы, приходиться в назначенное время — нечто само собой разумеющееся. Однако для североамериканских индейцев и других культур своевременный приход может не подразумевать прихода в точно назначенное время. “Вовремя” для многих индейцев — это когда дела позволяют им прийти. Это часто проявляется в том, что некоторые индейцы не хотят назначать точное время для встречи. Непосещение индейцами назначенных интервью — обычное явление. В то же время у тех клинических интервьюеров, которые работают в круглосуточных консультационных центрах, отбоя нет от посетителей. Индейцы

больше ориентированы на настоящее и не привязываются к будущему так сильно, как это принято у белых (*Herring, 1990*). Поэтому индеец идет к психологу-консультанту тогда, когда ощущает в этом потребность. Так что назначение будущей встречи может сработать или не сработать в зависимости от того, что происходит, когда будущее становится настоящим.

Коммуникативные стили

Многие индейцы верят в то, что молчание — знак уважения. Внимательно выслушать другого человека — оказать ему честь, перебивать — верх неуважения. Существуют культурно адекватные способы продемонстрировать внимательное слушание, которые существенно отличаются от соответствующих норм белой культуры. Вопросы для индейца совсем не означают, что его внимательно слушают. Многочисленные вопросы могут восприниматься как проявление грубости. Поэтому клинический интервьюер должен ограничиться немногими сжатыми вопросами. Кроме того, не следует ждать много вопросов и от клиента. Поэтому не нужно торопить индейца, предлагая ему задать вопрос. Клиенту может потребоваться время для того, чтобы сформулировать один емкий вопрос вместо нескольких мелких и частных.

Нормы визуального контакта во многих культурах значительно отличаются от соответствующих норм доминирующей белой культуры. Не смотреть в глаза собеседнику — знак уважения. Это особенно касается тех случаев, когда индеец общается со старшим по возрасту или положению человеком.

Некоторые индейцы могут воспринимать ваши записи во время клинического интервью как проявление вашей невнимательности (*Ho, 1993*). Поэтому, если вы делаете записи, отслеживайте невербальные сигналы, которые говорят о негативной реакции клиента (*Paniagua, 1998*), и отложите записи до конца интервью, если это возможно. Если же вы непременно должны что-то записать, просто объясните клиенту, зачем вы это делаете, и постарайтесь компенсировать это другими проявлениями внимания к нему.

Случай интервьюирования клиента-индейца описывается во врезке “От теории к практике 13.2”.

Афроамериканские культуры

Меня зовут Кикуйу. Мой народ верит, что если ты близок к Земле, ты близок к людям. То, что африканская женщина вращивает в земле, в конце концов будет питать ее семью. Точно так же то, что она вращивает в своих отношениях, будет питать ее род. Все взаимосвязано.

Слова Вангари Вайгва-Стоун
из книги Терри Темпеста Уильямса
Refuge: An Unnatural History of Family and Place

От теории к практике 13.2

Приемное интервью с коренным американцем

Уиллард — 26-летний индеец навахо², выросший в резервации штата Нью-Мексико. Сразу после окончания средней школы он отслужил четыре года в Военно-морских силах США. Сейчас — студент первого курса университета, изучает математику и педагогику. Руководство колледжа направило Уилларда на психологическое консультирование, поскольку его арестовали за драку в общежитии. Уилларда могли отчислить, потому что по условиям договора он становился полноценным студентом только после успешного завершения пяти семестров. В протоколе указывалось, что поводом для драки стали оскорбительные жесты одного из противников Уилларда по отношению к его девушке.

Уиллард оказался крупным, мускулистым парнем с длинными, до плеч, волосами. При знакомстве с интервьюером он не улыбнулся, однако смотрел интервьюеру в глаза. Уиллард сказал, что знает об опасности исключения, но он явно не был заинтересован в консультировании.

Работая в парах или небольших группах, обсудите с другими студентами, как следует проводить первое интервью с Уиллардом. Для начала составьте список вопросов, которые следует учитывать, принимая во внимание обстоятельства направления Уилларда (например, как отразилось принудительное направление на мотивации клиента?). Какие вопросы из вашего списка культурно значимы? Затем подумайте над тем, какие факторы существенны для установления терапевтических отношений с Уиллардом. С чего бы вы начали интервью? (Попрактикуйтесь в малой группе.) Наконец, что вам нужно знать об Уилларде, чтобы работать с ним в дальнейшем? Какое влияние на выработку стратегии клинического интервью оказывают возможные стереотипы в отношении коренных американцев? (Например, вы можете допустить, что Уиллард был нетрезв.) Обсудите эти вопросы в группе.

Отношения белых переселенцев с неграми, как и с североамериканскими индейцами, не были мирными и равноправными. Как и для североамериканских индейцев, результатом принудительных отношений афроамериканцев с белыми было физическое истребление, разрушение семей, тяжелые болезни, утрата материальных ценностей, разрушение традиционного уклада жизни и потеря свободы. В период с 1518 по 1870 год было захвачено и насильно привезено в Новый Свет около 15 млн. негров, которые использовались для рабского труда (Black, 1996). Трансгенерационная травма и ролевая дезориентация до

² Навахо (самоназвание — *дене*) — крупнейший из индейских народов США (резервации в штатах Аризона и Нью-Мексико). Христиане. — Прим. ред.

сих пор проявляются в афроамериканской культуре. Хотя в ней и имеют место многочисленные примеры исцеления, успеха и мудрости, однако последствия трансгенерационной травмы по-прежнему ощутимы.

Роль семьи

Выходцы из Африки придают большое значение модели семьи, которая включает несколько поколений. Эта модель была традиционной в укладе жизни коренных африканцев до того, как их доставили в Северную Америку. Она укрепилась под влиянием тех чрезвычайно неблагоприятных условий жизни, с которыми негры столкнулись в США. Поэтому каждый член семьи, независимо от степени биологического родства, имеет очень большую ценность.

Интервьюирование индивидов, пар или семей африканского происхождения нужно проводить с учетом семейных ролей клиентов. Главой семьи может быть отец, мать, старшие дети. Кроме того, членами семьи могут считаться лица, не связанные с семьей кровными узами (крестные родители, пастор, близкие друзья). Их роль в семье также очень важна. Хотя геносоциогаммы помогают в оценке и лечении афроамериканцев, определенная информация в рамках афроамериканской семьи может быть “закрытой”. П. Хайнс и Н. Бойд-Франклин утверждают: “Незаконные дети, брачный статус родителей, отбывающие тюремное заключение члены семьи, смерть от СПИДа, передозировки наркотиков или в результате насилия могут быть “секретами”, не известными всем членам семьи, или информацией, которую члены семьи не хотят передавать посторонним” (*Hines & Boyd-Franklin, 1996, p. 71*). Очевидно, что для получения подобного рода информации нужно предварительно заручиться доверием клиентов.

Религия и духовность

Роль церкви, религии или духовных исканий очень важна для многих афроамериканцев. Осмысленные и эмоциональные церковные службы, которые начались еще во времена рабства, продолжают и по сей день. Прочные связи с религиозной общиной могут быть настолько же значимыми, как и отношения в семье. Члены или лидеры церковной общины могут стать важными участниками клинического интервьюирования и терапевтического процесса.

Гендерные роли

Считается, что афроамериканский мужчина во многом ущемлен. А. Франклин (*Franklin, 1993*) придумал термин *синдром невидимости* для обозначения существующей в белой культуре тенденции не замечать чернокожих мужчин, словно они невидимки (которая коренится в страхе белых). У мужчин-

афроамериканцев меньшая продолжительность жизни, чем у белых мужчин или женщин обеих рас. Это обусловлено высоким уровнем преступности, психическими и физическими заболеваниями, наркоманией и алкоголизмом, опасными и вредными условиями работы (*Hines & Boyd-Franklin, 1996*). Синдром невидимости может проникнуть и в клиническое интервью в форме стереотипизированных допущений о характеристиках мужчин данной семьи или допущения об отсутствии мужчин в семейной системе.

Что касается традиционного семейного уклада, у афроамериканцев семейные роли отличаются большим равенством, чем в патриархальных белых семьях, где роль женщины ограничивается работой по дому и воспитанием детей (*Willie, 1981*). Афроамериканские женщины, как правило, работают, чтобы поддерживать семью, и в то же время могут иметь равную с мужем или доминирующую роль в воспитании детей.

Афроамериканские пары часто приходят на консультирование из-за проблем, связанных с детьми (*Hines & Boyd-Franklin, 1996*). Замечено также, что афроамериканские женщины могут продолжать дисфункциональные отношения со своими партнерами только для того, чтобы не усложнять и без того нелегкую жизнь афроамериканских мужчин (*McGoldrick, Garcia-Preto, Hines, & Lee, 1989*). Это нежелание заботиться в первую очередь о себе и готовность жертвовать собой ради “своих мужчин” могут весьма обескураживать консультантов, работающих с афроамериканскими женщинами.

Речь

Интервьюирование клиента, который говорит на уличном жаргоне афроамериканцев, так называемом “черном английском”, может стать трудной задачей для специалиста, незнакомого с этой разновидностью языка. Однако эти трудности — обычное явление в условиях культурного многообразия. Некоторые афроамериканцы могут говорить на стандартном американском английском и по желанию переходить на едва понятный (для белого интервьюера) жаргон. Некоторые белые американцы могут сделать то же самое. Однако большинство белых консультантов все-таки не владеют “черным английским”. Если вы из их числа, вам нужно просто признаться в своем непонимании и попросить объяснений. Очень важно при этом помнить, что непонимание — проблема интервьюера, а не клиента. Вежливое отношение с разумной долей юмора поможет вам преодолеть языковые барьеры, которые могут возникнуть у вас на пути.

Опасность шаблонного подхода

В США живет примерно 30,8 млн. афроамериканцев (Бюро переписи населения США, 1992). Они образуют самую многочисленную небелую этнокультурную группу в США. Статистика показывает, что по сравнению с белыми афроамериканцы беднее, хуже образованы, больше страдают от безработицы, процент случаев подростковой беременности у них выше. Нашу страну раздирали расовые противоречия, что привело к насилию и смертям как чернокожих, так и белых людей. Мы говорим об этом, чтобы напомнить об опасности шаблонного подхода. Очень соблазнительно думать, что у нас есть подход ко всем афроамериканцам, только на основании того, что у нас есть чернокожие друзья, соседи, начальство и т.п. Такие допущения рискованны при работе с представителями любых других культур, но особенно опасны при работе белых интервьюеров с черными клиентами. Во врезке “От теории к практике 13.3” приводится фрагмент интервью с афроамериканским клиентом.

Латиноамериканские культуры

...Именно этот американский феномен этнической текучки менял городскую сущность Патерсона, а поток людей нельзя было задержать, погрозив ему пальцем.

“Ты кубинец?” — мужчина спросил у моего отца, тыкая пальцем в нашивку с фамилией на его форменном военно-морском кителе — несмотря на то, что у отца была светлая кожа и русые волосы, доставшиеся от предков из Северной Испании, а наша фамилия в Пуэрто-Рико была такой же распространенной, как Джонсон в США.

“Нет”, — ответил отец, не обращая внимания на палец и глядя в гневные глаза своего противника. — “Я пуэрториканец”.

“Какая на хрен разница!” И дверь закрылась.

Джудит Ортиз-Кофер, *Silent Dancing*

В этой главе мы будем употреблять термин *латиноамериканский* в том смысле, как его понимают Г. Марин и Б. Марин, т.е. относящийся к “проживающим в США индивидам, которые родились или являются потомками людей, живших в одной из испаноговорящих стран Латинской Америки или в Испании” (*Marin & Marin, 1991, p. 1*). Этот термин не совсем удачен, но очень распространен, поэтому мы на нем остановились.

Люди, которых объединяет латиноамериканское происхождение, представляют разные страны, разные культуры, разную социополитическую историю, разные причины для переезда в США. Подходящее начало для интервьюирования клиента этой категории — вопрос о его исторической родине.

От теории к практике 13.3

Клиническое интервьюирование афроамериканского клиента

Марвин — 36-летний чернокожий мужчина. В браке 12 лет, имеет двоих детей — шести и восьми лет. Он записался на консультирование вскоре после того, как получил значительное повышение в бухгалтерской фирме, где работал последние пять лет. Он сказал, что предпочитает говорить с афроамериканским консультантом, но поскольку такая возможность могла быть предоставлена только через полгода, неохотно согласился встретиться с белым интервьюером приблизительно его лет.

Марвин при встрече с консультантом явно чувствовал себя не в своей тарелке. Он подал клиническому интервьюеру руку, мельком посмотрел ему в лицо и застенчиво улыбнулся. Марвин рассказал, что за несколько месяцев до повышения испытывал сильный стресс. Ему было очень трудно выполнять обязанности отца и мужа из-за требований, которые налагала на него работа. Потом он сказал: “Впрочем, вам этого не понять, потому что вы белый”. Он гневно продолжал: “Вам НИ ЗА ЧТО не понять, что значит работать в белой фирме, имея темный цвет кожи. Черт, не только в фирме — в этом МИРЕ белых!”

Подумайте над этой ситуацией. О каких стереотипах вы вспомнили бы на месте клинического интервьюера? Как бы вы на них отреагировали? Как бы вы себя чувствовали?

Что бы вы ответили Марвину? Один из вариантов: “Вы правы, я не могу понять, что это для вас значит, но я хотел бы попытаться понять. Расскажите мне, что значит быть черным в вашей фирме?”

Чего бы вы смогли достичь с помощью этого вопроса? Какие еще варианты вы могли бы предложить?

Объявление о своей национальности очень важно для выходцев из Латинской Америки: это дает им чувство гордости и идентичность, отраженную в легендах, которые они рассказывают, в их музыке и в их поэзии. Тоска по родине еще более выражена, когда они не могут вернуться домой, потому ли, что они находятся здесь как политические беженцы, либо как незаконные иммигранты, либо не могут оплатить поездку. Заданный во время терапии вопрос “Откуда вы?” и внимательное выслушивание истории иммигранта помогает начать беседу и позволяет терапевту узнать о стране, из которой выехал клиент, о его культуре и причинах выезда (*Garcia-Preto, 1996, p. 142*).

Религия и вера в сверхъестественное

Католическая церковь имеет большое влияние во многих латиноамериканских странах. Поэтому священник часто выступает ключевой фигурой при разрешении индивидуальных и семейных проблем. Проблемы с психическим

здоровьем часто воспринимаются как происки нечистой силы, поэтому, естественно, помощь следует искать прежде всего в церкви (*Paniagua, 1998*). В результате человек может обратиться к терапевту только тогда, когда все другие возможности уже исчерпаны.

В латиноамериканских культурах распространено поверье, что некоторые люди сами виноваты в своих психических или физических проблемах, потому что неправильно себя ведут, а другие люди могут стать жертвой *mal de ojo* (сглаза), т.е. на них нашьют злых духов (*ibid.*). Эти поверья считаются проявлениями фатализма, характерного для многих латиноамериканских культур (*Neff & Hoppe, 1993*). *Фатализм* — это вера в то, что человек не распоряжается своей судьбой, удача и неудача не зависят от его воли. В психологическом консультировании фаталистическое мировосприятие может препятствовать терапевтическому процессу — в том случае, если терапевт убеждает клиента проявить активность и изменить свою жизнь. С другой стороны, такая позиция снимает с людей ответственность за трагические события их жизни, которым они действительно никак не могли воспрепятствовать. Не рекомендуется разубеждать выходцев из Латинской Америки в их фатализме и убеждать принять внутренний локус контроля. В некоторых случаях помогает совет активно участвовать (или продолжать активное участие) в церковной общине.

Личностные особенности

Латиноамериканские культуры характеризуются тем, что уделяют большое внимание межличностным отношениям. В контексте этих культур очень ценится душевная теплота, близость и искренность (*Axelson, 1999*). Эти ценности могут повлиять на выбор консультанта больше, чем профессиональные данные специалиста. Работая с выходцами из Латинской Америки, вы поразитесь той настойчивости, с которой клиенты добиваются от вас подробностей вашей личной жизни, расспрашивают о ваших вкусах. Это не проявление агрессии или просто навязчивость, а всего лишь попытка установить с вами контакт. Однако рекомендуется с самого начала все-таки удержаться в официальных рамках, чтобы обозначить для клиента границы отношений. В этом вам поможет обращение по фамилии и подчеркнутая учтивость во время приемного интервью.

Кроме того, личностные особенности выходцев из Латинской Америки могут проявляться в подарках и других знаках внимания со стороны клиента. Ф. Паниагуа пишет следующее.

Терапевты, работающие с выходцами из Латинской Америки, должны понимать и опознавать условия, при которых принятие таких подарков будет культурно уместным (например, на Рождество терапевт может получить в подарок от выходца из Мексики сувенирную деревянную чашку), и условия, при которых клинически уместным будет отказаться от подарка (например, принятие сувенира в качестве платы за услуги) (*Paniagua, 1998, p. 42-43*).

Роль семьи

Подобно другим культурам, которые обсуждаются в этой главе, семья имеет огромное значение для выходцев из Латинской Америки. В латиноамериканской культуре семья понимается гораздо шире, чем традиционная американская модель “муж, жена, дети”. Как правило, клиент, прежде чем идти на консультирование, сначала обсуждает это со своими родными; во многих случаях непосредственное привлечение родственников может быть очень полезно. В латиноамериканской культуре потребности семьи и коллектива выше, чем потребности индивида.

Однако в отличие от других существующих в США недоминирующих культур и доминирующей белой культуры семейные роли в латиноамериканской культуре характеризуются жесткостью. Отец — глава семьи, его нужно за это уважать. Мать — хранительница очага, а также занимается воспитанием детей. Чувство ответственности перед семьей, чувство чести, чувство долга впитываются большинством выходцев из Латинской Америки с молоком матери (*Garcia-Preto, 1996*).

Гендерные роли

Мачизм (исп. *machismo*) и марианизм (исп. *marianismo*) — центральные понятия, которые определяют межличностные отношения, особенно между полами³. *Мачизм* означает мужественность, которая проявляется в физической силе, доблести, агрессивности, умении завоевывать женщин и много пить, не пьянея, — что должно вызывать уважение окружающих. Уважение также много значит в латиноамериканской культуре. Термин *respeto* (*Comas-Díaz & Duncan, 1995*) относится к культурно-специфическим проявлениям уважения в зависимости от возраста, социальной позиции, пола и положения в обществе. Человек, который должным образом проявляет *respeto*, считается воспитанным и культурным.

³ Понятия мачизма и марианизма близки к традиционным понятиям маскулинности и фемининности, но отличаются выраженной латиноамериканской спецификой. — Прим. ред.

Марианизм, или традиционный латиноамериканский идеал женственности, основывается на католическом культе Девы Марии. Марианизм подразумевает покорность, застенчивость, целомудрие до брака, эмоциональность и мягкость. Понятие марианизма включает убеждение в духовном превосходстве женщины, которая претерпевает все страдания, происходящие по вине мужчины (*Comas-Díaz, 1989*).

Безусловно, machismo и марианизм не являются социально приемлемыми ролями в доминирующей культуре США. Семьи иммигрантов из стран Латинской Америки претерпевают внутренний конфликт, когда молодое поколение проходит аккультурацию⁴ и отказывается подчиняться нормам традиционной культуры.

Эпизод клинического интервью с выходцем из Латинской Америки, вместе с заданием, приводится во врезке “От теории к практике 13.4”.

Азиатско-американские культуры

Мы сидели в импровизированной кухне, где как раз обедали сотрудники. Речь держал лаосец. Коллега-вьетнамец поставил на середину стола плетеную соломенную коробочку с “липким рисом”; консультант-японец добавил круглый рис, сваренный на пару; американец китайского происхождения добавил пиалу с длинным рисом. Разные сорта риса безмолвно говорили о разных философских, этнических, культурных, исторических и религиозных традициях, которые встретились за этим столом. Однако все мы считались азиатами. И первое, и второе в какой-то мере было верно.

Кристина Чао, *We Do not Even Eat Rice the Same*

Американцы азиатского происхождения образуют третью по численности поликультурную группу в США (*Paniagua, 1998*), но они представляют самый большой как по площади, так и по численности населения континент. Азия включает разные географические зоны, но еще большее разнообразие наблюдается в религиозных верованиях, традициях, стилях жизни и происхождении азиатских народов и народностей. Крупнейшие страны, представляющие Южную Азию, — Индия, Бангладеш и Пакистан. Бирма, Камбоджа, Лаос, Вьетнам, Малайзия, Индонезия и Филиппины образуют Юго-Восточную Азию. Важнейшие представители Восточной Азии — Китай, Япония, Северная и Южная Корея, Тайвань (*Axelsson, 1999*).

⁴ Аккультурация (от лат. ad — к, cultura — образование, развитие) — процесс приобретения одним народом тех или иных форм культуры другого народа в результате общения этих народов. — Прим. ред.

От теории к практике 13.4

Интервью с выходцем из Латинской Америки

Роза — 19-летняя незамужняя девушка, чья семья (отец, мать, пять братьев и сестер) переехала в Мичиган из Мексики 15 лет назад. Сестрам Розы 16 и 21 год, братьям — 14, 17 и 22. Роза с семьей живут преимущественно мексиканской общине, где очень важную роль играет католицизм. Девушка изучает журналистику в местном университете, ее неоднократно отмечали за отличные успехи в учебе.

Роза пришла на психологическое консультирование, потому что в течение последних двух месяцев ее не покидало чувство подавленности. Она заметила, что стала плохо спать, у нее пропал аппетит и ей “трудно дожить до конца дня”. Роза сказала, что ей было не просто прийти на консультирование. Родные не хотели, чтобы она обсуждала личные проблемы с посторонним человеком, но Роза все равно пришла, повинувшись настоятельным советам университетских подруг.

Когда девушку стали расспрашивать о ее жизни, она залилась слезами. Ей очень нравилось учиться в университете, но однажды она заметила, что отношение к ней со стороны родных переменялось. Сейчас Розе кажется, что это началось сразу же после ее поступления, однако тогда она ничего не заметила, будучи переполненной новыми впечатлениями. Роза сказала, что особенно сильно изменилось отношение братьев. Они держались на расстоянии и вели себя так, словно она уже не была для них сестрой. Однажды она случайно услышала, как отозвался о ней старший брат. Он считал, что она пытается выискиваться над ними. Роза заметила, что друзья тоже стали ее сторониться. Когда они встречались, воцарялось неловкое молчание. Наконец Роза сказала интервьюеру: “Ну все, с меня хватит! Я брошу университет. Я уже не пойму, кто я такая!”

Как бы вы выяснили важность семьи для Розы?

Что еще вам нужно узнать о Розе? О ее друзьях?

Как бы вы сформулировали свои вопросы?

Стали бы вы подключать дополнительные ресурсы помощи, работая с Розой?

Обсудите эти вопросы с коллегами.

Роль семьи

Опять-таки, в азиатских культурах мы находим более устойчивые семейные роли, чем в большинстве белых культур. Подобно семейной структуре латиноамериканских народов, главой семьи считается отец — у него доминирующая роль. Роль каждого члена семьи в зависимости от пола, поколения и семейного положения жестко регламентирована и не может подвергаться изменениям (*Paniagua, 1998*).

Таким образом, действия одного человека непосредственно отражаются на всей семье. Индивидуализм рассматривается как негативное явление. Решения, которые могут повлиять на состояние дел в семье (такowymi следует считать почти все или все решения), должны обсуждаться и приниматься всей семьей, а не одним человеком. Семья имеет достаточно силы, мудрости и ресурсов, чтобы справиться с проблемами индивида. Пренебрежение этим правилом и обращение к посторонней помощи в лице консультанта означает постыдную потерю лица (*Chao, 1992*). Поэтому, приступая к работе с индивидом или семьей азиатского происхождения, интервьюер должен помнить о том, чего стоило клиентам прийти на психологическое консультирование. Если американец азиатского происхождения все-таки пришел на психологическое консультирование, значит, у него серьезная проблема, которая требует соответствующего отношения.

Первое клиническое интервью еще больше усложняется оттого, что визит к психологу-консультанту и проблема, которая стала причиной этого визита, часто считаются постыдными. Клиент может быть неоткровенным, преуменьшать проблему, описывать ее слишком абстрактно или слишком расплывчато.

Почти все азиатские семьи, проживающие в США, находятся на определенной стадии аккультурации. Дети, как правило, в равной степени владеют двумя языками, что дает им определенную власть в семье, а это подрывает традиционные семейные устои. Более того, члены некоторых семей живут на разных континентах — на родине и в США, что еще больше осложняет семейные отношения и пагубно влияет на семейные роли (*Lee, 1996*).

Почтительность к старшим

Многие азиатские культуры характеризуются жесткой иерархической структурой (*Lee, 1996; Reischauer, 1988*). Это явление непосредственно связано с понятием *почтительности к старшим*, которое подразумевает уважение, преклонение, покорность и верность тем, кто находится на более высокой ступеньке общественной иерархии (*Kitano, 1969*). Почтительность

к старшим по положению проявляется в разных аспектах. Например, азиатские американцы воспринимают клинического интервьюера как представителя власти, поэтому ждут от него соответствующего поведения.

По этой же причине вербальная коммуникация с интервьюером может быть непрямой и, конечно же, не будет строиться на противостоянии. Как правило, если американец азиатского происхождения не знает, что ответить, он просто постарается подыскать самый вежливый ответ. Для азиатов, так же как для индейцев, молчание — знак уважения. Закономерности визуального контакта тоже похожи. Смотреть в глаза собеседнику считается признаком вызывающего, неуважительного отношения, особенно при беседе с человеком более высокого положения (*Paniagua, 1998*).

Даже во время приемного интервью американцы азиатского происхождения ждут от специалиста конкретных указаний. Это противоречит тем установкам, которые в большинстве случаев даются начинающим интервьюерам, поэтому вам нужно научиться быстро давать советы. Кроме того, ваш совет должен быть культурно приемлемым, а для этого вам потребуется проработать большой объем специальной литературы и предварительно продумать клиническое интервью.

Нужно проявлять уважение ко всем клиентам, однако американцы азиатского происхождения особенно чутко отзываются на формальные проявления вежливости. Использование обращений “господин”, “госпожа” перед фамилией клиента означает ваше уважительное отношение. Называть клиента по имени можно лишь в том случае, когда он сам предлагает такую форму обращения. Вы должны помнить, что в большинстве азиатских стран женщины сохраняют свою девичью фамилию. Возможно, ваши клиентки тоже предпочитают, чтобы к ним обращались по этой фамилии, несмотря на то что по западному обычаю они носят фамилию мужа. Вы выкажете свое уважение клиентке, если спросите о ее девичьей фамилии.

Религия и духовность

Обычная во многих азиатских культурах религиозная практика — алтарь предков. Почитание умерших предков и различные верования, связанные с духами предков и их присутствием в семье, могут иметь решающее значение в функционировании индивидов и семьи, и особенно для принятия решений. Религиозные ориентации американцев азиатского происхождения настолько же разнообразны, насколько отличаются стра-

ны, из которых они происходят, — буддизм⁵, индуизм⁶, джайнизм⁷, ислам, христианство и т.д.

В религиозной и философской литературе много писали о различии между восточной и западной ментальностью. Приведем притчу, которая вряд ли поможет вам в работе с каждым отдельным клиентом, однако станет ориентиром в становлении вашей сензитивности к иным культурам.

ПИАЛА ЧАЯ

Нан-инь, учитель дзэн⁸ в эпоху Мейдзи (1868–1912), принимал преподавателя университета, который приехал, чтобы узнать о философии дзэн. Нан-инь подал чай. Он поставил перед гостем пиалу и стал разливать чай. Пиала была уже полной, а чай все лился.

Профессор следил за тем, как напиток выливался из пиалы, и наконец не выдержал: “Пиала уже полная! Больше уже не поместится!”

⁵ Буддизм — проповедовавшееся около 560–480 года до н.э. Гаутамой Буддой священное учение, согласно которому все в мире “преходяще, не имеет самости (постоянной субстанции), а потому преисполнено скорби (неудовлетворенности)”. Каждое отдельное существо представляет собой комбинацию действующих жизненных сил, которые, согласно вечным законам, возникают и снова исчезают в функциональной зависимости друг от друга (дхарма). Поскольку ни одно доброе или злое дело не проходит бесследно, то каждый поток индивидуальной жизни (видимая личность), как этого требует карма, после смерти находит продолжение в потустороннем существовании. Моральные поступки ведут к очищению, совершающемуся путем прохождения через отдельные ступени; познание и преодоление жажды (стремления к жизни) ведет к освобождению. — Прим. ред.

⁶ Индуизм — возникшая только в последнем тысячелетии, широко распространенная в настоящее время религиозно-социальная система хинду в Западной Индии; совокупность всех ритуалов, религиозной практики и религиозных взглядов, традиций и мифологии, санкционированных священными книгами и предписаниями брахманов. Его основой является кастовый строй и определяемое последним господствующее положение брахманов (индийских священников). Главные боги — Вишну и Шива; первый является в образе Рамы и Кришны. Индуизм не представляет собой общепризнанного вероисповедания; для хинду он “санатана дхарма” — вечный закон, ибо существует испокон веков и всегда будет существовать. — Прим. ред.

⁷ Джайнизм — индийская религия, родственная буддизму, названная так по имени ее 24 святых проповедников — “джайнов” (победителей), последние из которых — Паршва (750 год до н.э.) и Махавира (500 год до н.э.) являются историческими личностями. Согласно учению джайнистов, совершается вечный, не управляемый никаким богом мировой процесс по закону кармы посредством совместного действия духовных монад и вечных атомов. До тех пор, пока душа пронизана тонкой материей, она должна странствовать, принимая вид все новых существований, но если она освободится посредством правильного познания и аскетизма от всего материального, она, спасенная, поднимается в высшую сферу, где пребывает, бездеятельная, в чистой духовности. — Прим. ред.

⁸ Дзэн-буддизм — самостоятельное направление японского буддизма, появившееся в VII веке. Основу дзэн-буддизма составляют представления о единстве Будды и всех существ, учение о “естественном пути” развития и вера в мгновенное просветление, постижение истины. — Прим. ред.

От теории к практике 13.5

Клиническое интервьюирование американцев азиатского происхождения

В последнем номере журнала *Psychotherapy* Джон Чемберс Кристофер, наш коллега, описывает следующий случай.

Саймон, студент из Восточной Азии, обратился в университетский центр консультирования после года учебы в университете. Саймон жаловался на низкую самооценку, проблемы с концентрацией внимания и общением. Его целью было “вести себя увереннее в общении с другими” (*Christopher, 2001, p. 124*). В частности, Саймон хотел больше походить на своих соседей по комнате, белых американцев, а не на своих соотечественников.

Если бы в данной ситуации клиент и терапевт принадлежали к доминирующей белой культуре, решение было бы простым — тренинг уверенного поведения (ассертивности). Однако, как пишет Кристофер, представленная Саймоном проблема заставила интервьюера задуматься о своих собственных ценностях.

Признаюсь, сначала этот случай поставил меня в трудное положение касательно моих собственных ценностей. Посвятив несколько лет критике западной культуры и изучению моральных воззрений незападных традиций, я сосредоточился на недостатках ассертивности и индивидуализма, который она проявляет и поддерживает. Более того, меня беспокоило то, что представитель такой богатой культурной традиции готов отказаться от своего наследия ради того, чтобы стать западным человеком.... Я... чувствовал некоторое нежелание помогать Саймону в достижении сформулированной им цели (*ibid., p. 125*).

Этот случай иллюстрирует интересную контекстуальную дилемму, связанную с межкультурным консультированием. Как должен вести себя терапевт, если для него культура клиента обладает большей ценностью, чем для самого клиента?

Подумайте над этой дилеммой. Как бы подобная ситуация повлияла на вас? Существуют ли какие-нибудь философские системы или модели поведения, относящиеся к другим культурам, которые кажутся вам более привлекательными, чем соответствующие проявления вашей собственной культуры?

Учитель дзэн ответил: “Подобно этой пиале, ты полон своих мнений и предположений. Как я смогу объяснить тебе, что такое дзэн, если предварительно не выплесну из твоей пиалы все, что туда налито?” (*Nyogen Senzaki & Paul Reps, 1939, p. 5*).

Фрагмент клинического интервью с американцем азиатского происхождения приводится во врезке “От теории к практике 13.5”.

ПРОЧИЕ КУЛЬТУРНО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ КЛИЕНТОВ

Те группы, к которым мы себя относим, — которые мы считаем своими и которые считают своими нас, — оказывают на нас сильное влияние. Семья, в которой мы родились и воспитывались; наша этническая, культурная, расовая и сексуальная идентичность оказывают постоянное воздействие на нашу жизнь, осознаем мы это или нет. Более того, некоторые наши убеждения и жизненный опыт формируют нашу идентичность и определяют качество жизни. Подтверждением этого факта может служить описание особенностей некоторых культурных групп.

Гомосексуалисты, лесбиянки, бисексуалы и транссексуалы

Мэл [пастор, белый] был гомосексуалистом не потому, что сделал такой выбор. Поверьте, если бы у него был выбор, он бы наверняка предпочел брак, семью, свое призвание к служению; потому что ценности Мэла, подобно большинству гомосексуалистов и лесбиянок, которых я знаю, такие же, как у меня и моих гетеросексуальных друзей: любовь, уважение, преданность, забота, ответственность, честность и добросовестность... Все мы находимся в одной лодке, и мы должны сделать все возможное, чтобы наше плавание было безопасным для всех, включая наших гомосексуальных братьев и сестер, которых слишком долго незаслуженно обвиняли и отвергали. Разве мы уже не открыли им наши сердца и наши объятия, чтобы приветствовать их возвращение домой, вместо того чтобы смотреть на них как на чужаков, ожидающих у ворот?

Лайла Уайт, *Stranger at the Gate*

Сексуальная ориентация — очень непростая тема. Многие господствующие религии мира считают гомосексуализм грехом, хотя существует значительное количество религий и воззрений, которые не разделяют этой точки зрения (*McDonald & Steinhorn, 1993*). Долгое время гомосексуализм считался разновидностью психического расстройства, и по сей день существуют школы, предлагающие методы “лечения” гомосексуалистов (*Dworkin & Gutierrez, 1992*).

Сексуальная идентичность и сексуальная ориентация имеют весьма важное и глубоко личное значение для каждого человека. Сексуальная привлекательность — сильный двигатель человеческого поведения, она имеет огромное значение для самосознания каждого человека. Стремление найти свою “половинку” появилось, вероятно, так же давно, как само человечество. До сих пор нет убедительного объяснения того, почему во все времена и во всех народах существует определенный процент людей, которые испытывают сексуальное влечение к особям своего пола. Предлагалось множество теорий, однако в настоящее время предпочтительнее считать, что гомосексуализм,

подобно леворукости у левшей, просто одна из данностей природы. Кого-то привлекает противоположный пол, кого-то — представители своего пола.

Многие гомосексуалисты утверждают, что знали о своей ориентации еще до детского садика. Другие, наоборот, узнали гораздо позже (White, 1994). Из-за порицания со стороны окружающих и отсутствия соответствующих культурных моделей многие гомосексуалисты пытались изменить или игнорировать свою сексуальную ориентацию (O'Connor, 1992).

Люди с нетрадиционной сексуальной ориентацией приходят на консультирование по тем же причинам, что и гетеросексуалы, и сексуальная ориентация не обязательно выступает частью или причиной их проблем. Однако многие гомосексуалисты стали жертвами оскорблений, насилия, социальной изолированности и непонимания. Одни гомосексуалисты проходят через это в детстве или юности, другие — в зрелом возрасте. Такой травматический опыт негативно сказывается на развитии и психике человека.

Многие гомосексуалисты, бисексуалы и транссексуалы не рассказывают о своей сексуальной ориентации во время приемного интервью. Как правило, они делятся этой информацией с немногими людьми. Клинические интервьюеры должны обращать внимание на признаки проблем в области сексуальной идентичности, привлекательности, общения с противоположным полом и т.д. Поскольку многие клиенты нетрадиционной сексуальной ориентации ожидают встретить неприятие со стороны окружающих, некоторые толерантно настроенные терапевты советуют оставлять в приемной литературу такого содержания, которое сообщит этим людям об открытой и терпимой позиции интервьюера. Также очень важно избегать слов мужского или женского рода, указывающих на ваше подозрение в нетрадиционной сексуальной ориентации. Например, вместо слов *приятель*, *подружка* лучше употреблять нейтральное слово *партнер*, пока клиент не сочтет нужным рассказать о своих сексуальных предпочтениях. У молодежи лучше спрашивать о *романтических отношениях*. Работая с гомосексуалистами, бисексуалами и транссексуалами, клинический интервьюер должен чутко реагировать на проблемы семьи и межличностных отношений. Гомосексуальные пары приходят с тем же (или даже более широким) набором проблем, которые беспокоят и гетеросексуальных партнеров. Например, они часто лишены той поддержки общества и близких, которой пользуются гетеросексуальные пары. В случае болезни или смерти одного из партнеров второй гомосексуальный партнер не имеет таких привилегий, как гетеросексуальные партнеры в такой же ситуации. Кроме того, многие люди с нетрадиционной сексуальной ориентацией отвергаются или изгоняются своими родными. Этот опыт приводит к тому, что они либо не хотят признаваться в своей сексуальной ориентации, либо заявляют о ней в вызывающей, агрессивной манере.

Когда я увидела плакат, провозглашающий существование Организации североамериканских индейцев-гомосексуалистов, я закрыла лицо руками и расплакалась от счастья... То, что американцы называют движением геев, имеет не только выраженные культурные характеристики. Его участники долгое время занимают почетные места в истории и ритуалах народов всего мира.

Джуди Гран, *Another Mother Tongue*

Клиенты с ограниченными возможностями

Но когда Кит сжала мне руку, я понял, что лично для нее эти вещи не имели никакого значения. Я просто был тем мужчиной, которого она любила. Мы были мужчиной и женщиной, которые страстно хотели прожить жизнь вместе. Все другое ровным счетом ничего не значило, и меньше всего значила моя слепота... Официант принес наши напитки.

“Пожалуйста, *мадемуазель*”, — сказал он, ставя перед Кит ее бурбон с водой. Затем он прошептал: “Куда поставить его стакан?”

Гарольд Крентс, *To Race the Wind*

К услугам интервьюеров, которые хотят работать с клиентами с ограниченными физическими, умственными или эмоциональными возможностями, существует обширная специальная литература. Есть даже специальные подготовительные программы для педагогов, которые будут заниматься с инвалидами, а также программы по реабилитационному консультированию и психологии. Хотя в данной области существуют свои особенности, главным условием успешной работы с этой категорией клиентов, как и с прочими категориями, будет открытая и доброжелательная позиция специалиста.

Иногда при интервьюировании клиента с очевидными ограниченными возможностями специалисты предпочитают “не замечать” костылей, отсутствующих конечностей, инвалидных колясок и тросточек, которые помогают слепым находить дорогу. Однако, как уже отмечалось ранее по отношению к расе и культуре, вопросы о “различиях” обычно вызывают положительную реакцию. Если вы спросите, например: “Вы давно пользуетесь инвалидным креслом?”, это может стать началом откровенной беседы о проблемах, связанных с инвалидностью.

Инвалидность влияет на все аспекты жизни клиента. Однако очень часто психологи и психиатры, не имеющие подготовки в области реабилитации, не знают, как относиться к ограниченным возможностям клиента. Инвалидность либо определяется ими как центральная характеристика индивида, которая затмевает все остальные качества, либо совершенно игнорируется. Игнорирование интервьюером инвалидности подразумевает, что

он не признает ее непосредственного влияния на эмоциональное и межличностное функционирование клиента.

Мужчины, которые приняли свою инвалидность или хронические болезни, часто исповедуют другие ценности, которые заменяют им доминирующие в обществе маскулинные ценности. Этот процесс может занять довольно много времени в зависимости от особых обстоятельств, личностных качеств и ситуации.

A Man's Guide to Coping with Disability

Религиозные люди

Задача служения — помощь людям, находящимся в определенных ситуациях: больным и людям в бедственном положении; людям с физическими или умственными ограничениями; людям, страдающим от нищеты и угнетения; людям, которые запутались в сложных сетях светских и религиозных организаций — видеть и чувствовать их судьбу как часть постоянной Божьей работы по спасению мира.

Генри Дж. М. Нувен, *The Living Reminder*

Для глубоко верующего человека обращение к светскому консультанту или психиатру может представляться чем-то противным его убеждениям — или, во всяком случае, делом довольно рискованным. Поэтому клиническим интервьюерам следует особенно тщательно избегать слов и действий, которые могут быть восприняты как антирелигиозные. Психические проблемы тесно связаны с религиозными. Нахождение золотой середины, при которой не отрицается ни научное, ни религиозное мировоззрение, может стать для клинического интервьюера сложной задачей. Вот что пишет Самуэль М. Натал в своей книге *Psychotherapy and the Religiously Committed Patient* (“Психотерапия и религиозно настроенный пациент”).

В психотерапии найдется не много более трудных проблем, чем отношение к религиозным убеждениям клиента. Это вызвано несколькими причинами, к которым относится не только недостаточная восприимчивость и понимание со стороны терапевта, но и его нерешительность, уклончивость и даже очевидный страх перед обсуждением ценностей явно выраженного религиозного характера с клиентом (*Natale, 1985, p. 107*).

В соответствии с задачей холистического (т.е. целостного, от греч. *holos* — целое) восприятия при работе с отдельными клиентами, парами или семьями религия и духовность могут быть интегрированы в процесс консультирования (*Bullis, 1996*). Однако это скорее относится к клиентам с более либеральным мировоззрением. Фундаменталисты и представители большинства организованных религий предпочитают отказываться от светских

ресурсов помощи (*Stern, 1985*). Поэтому, как и в случае американцев азиатского происхождения, первый визит глубоко религиозного клиента может быть сопряжен с семейным кризисом. Такие клиенты обычно не приходят на психотерапию, чтобы поинтересоваться предоставляемыми ею возможностями для личностного роста. Вероятнее всего, этот приход выражает отчаянье человека. Личные или семейные проблемы и конфликты стали невыносимыми, а ответы, решения и лекарства, которые предлагает религия, оказались неэффективными.

Поскольку религия представляет одновременно и культуру, и личный выбор человека, различия между терапевстом и клиентом могут быть хотя и не явными, однако весьма неприятными и вредными для терапевтических отношений (*Sperry & Giblin, 1996*). Например, во время приемного интервью вас могут спросить о ваших религиозных убеждениях что называется “в лоб”. Мы рекомендуем сбалансированный отклик.

- Во-первых, ваша профессиональная обязанность заключается в том, чтобы изучать как причины опасений клиента, так и сами опасения в связи с психологическим консультированием.
- Во-вторых, подготовьте искренний и взвешенный ответ. Отказ признаться в своих религиозных убеждениях или отсутствии таковых только обостряет беспокойность клиента. После ваших объяснений поинтересуйтесь у клиента, как он относится к предстоящей совместной работе с вами. Не спорьте о вопросах веры.

Один из наших коллег, имеющий сан священника, часто объясняет клиентам связь между духовным и психологическим благополучием.

Я понимаю, что для человека с глубокими религиозными убеждениями может быть трудно говорить о личных проблемах с психиатром. С одной стороны, я знаю, что есть люди, у которых все в порядке с психикой, но которые страдают от духовной неудовлетворенности. С другой стороны, я знаю людей, которые успешны в своих духовных исканиях, но которым нужно поработать над своей психикой или эмоциями. Хотя во многих случаях духовное и психологическое благополучие тесно взаимосвязаны, благополучие в одной области *не обязательно* подразумевает, что у вас все в порядке в другой области. Наверное, этим я хочу сказать, что если вы хотите, мы можем заняться эмоциональными или психологическими проблемами, не вторгаясь в вопросы веры (*Bach; Personal Communication, March 1994*).

Некоторые специалисты указывают свое вероисповедание в рекламных объявлениях, на своих визитках или в документах, связанных с информированным согласием клиента. Другие специализируются на определенных проблемах, связанных с религией (например, П. Монро (*Monroe, 1997*)).

Хотя обычное клиническое интервью включает религиозные убеждения как один из аспектов личности человека, интервьюер от обсуждения этих вопросов должен мягко перейти к конкретным психологическим проблемам клиента и их источникам. Кроме того, планирование терапии может включать консультацию с религиозными лидерами или влиятельными религиозными деятелями (*Worthington, Kuru, McCollough, & Sandage, 1996*).

ВАЖНОСТЬ КУЛЬТУРНОГО КОНТЕКСТА

Клиническое интервьюирование в условиях поликультурного окружения требует баланса между осознанием и пониманием общих характеристик культурной группы, с одной стороны, и степенью индивидуального принятия и выраженностью этих характеристик — с другой. Будучи уникальными культурными существами, люди должны взаимодействовать с окружением, которое проявляет свои собственные культурные признаки и требует определенных культурных характеристик от индивидов. Например, школьник из мексиканской семьи быстро усваивает, что знание английского языка необходимо для того, чтобы добиться успеха в американской школе. Адаптация как условие успеха — требование культурного контекста. В процессе адаптации ученику приходится принимать и другие решения относительно разных аспектов своей культуры, которые оказываются подходящими или неподходящими, полезными или вредными в новом культурном контексте. Важной задачей для клинического интервьюера становится понимание уникальности индивидов в различных культурных контекстах. Как утверждают Дж. Шварц-Кульштад и У. Мартин, “...эта область нуждается в функциональном методе, чтобы оценивать интерактивные влияния на всех трех уровнях — всеобщем, групповом и индивидуальном — и определять, каким образом эти факторы влияют на успех адаптации индивида к его психосоциальному окружению” (*Swartz-Kulstad & Martin, 1999, p. 283*).

С целью решения этой задачи Дж. Шварц-Кульштад и У. Мартин (*Swartz-Kulstad & Martin, 1999*) определили пять основных аспектов взаимодействия культуры и контекста. В совокупности они образуют структуру, позволяющую лучше понять проблемы клиента.

Этнокультурная ориентация — первый аспект взаимодействия культуры и контекста (*ibid.*). Этнокультурная ориентация — комплексный аспект. Он включает оценку степени принадлежности к исконной культуре и доминирующей культуре. Это понятие также получило название *аккультурация* (*Garrett & Pichette, 2000*). Несомненно, людям, приехавшим в США из других стран для постоянного проживания, сложно примирить свои убеждения,

ценности и интерпретацию социальных норм с требованиями, выдвигаемыми новой культурной средой. Чужой язык. Другая пища. Даже развлечения выражают иную культуру. Подчинение законам, образование детей, возможность трудоустройства, получение жилья — все это требует активного понимания и приобщения к доминирующей культуре.

Даже приняв решение приобщиться к доминирующей культуре, некоторые индивиды могут испытывать стресс, когда традиционные, привычные способы решения жизненных проблем не дают желаемых результатов. Интеграция требует фундаментальных изменений в идентичности и поведении индивида, становясь угрозой для чувства целостности и равновесия. Однако некоторые исследователи (*Swartz-Kulstad & Martin, 1999*) утверждают, что люди, успешно прошедшие психологическую адаптацию и демонстрирующие позитивное состояние психики в контексте доминирующей культуры, могут действовать в соответствии со стандартами доминирующего общества, четко осознавая свои убеждения и ценности.

В то же время они способны сохранять важные свойства собственной культуры и, таким образом, не теряют традиционной психосоциальной системы поддержки. Другими словами, адаптация к доминирующей культуре не требует отречения от исконной культуры. Скорее, требуется гибкость, позволяющая использовать положительные качества обеих культур, чтобы адаптироваться к новому окружению.

Поскольку для многих индивидов это переменчивый, сопряженный с переоценкой ценностей и конфликтами процесс, прямой вопрос об этнокультурной ориентации задавать, как правило, не рекомендуется. Существует достаточное количество стандартизированных методик диагностики аккультурации (*Garrett & Pichette, 2000; Paniagua, 1998; Wetsit, 1992*). Если этот вопрос окажется главным, можно постепенно перейти к его непосредственному обсуждению. Однако во время приемного интервью лучше просто определить, насколько прочны связи клиента с различными культурами и какие ощущения и переживания эти связи обуславливают.

Нестандартизированная диагностика этнокультурной ориентации может быть проведена на основе информации, которую предоставляет сам клиент или которую интервьюер получает с помощью целевых вопросов. Например.

1. Узнайте, насколько прочные связи с исконной культурой ощущает клиент. Спросите: “Вы росли на своей исторической родине?” или “Я знаю, что у всех это бывает по-разному. Мне любопытно, насколько лично вы чувствуете себя связанным с родной культурой?”

2. Выясните отношения между вашим клиентом и другими членами данной культуры. Посещает ли клиент мероприятия, представляющие культуру своей страны? Выступают ли традиционные культурные практики неотъемлемой составляющей его жизни? Говорит ли клиент на своем родном языке? Спросите: “Какие праздники вы отмечаете?” или “Посещаете ли вы обряды (церемонии, церковные службы) и как часто?”, а также “На каком языке вы предпочитаете говорить дома, с друзьями, на работе?”
3. Выясните копинг-стратегии (осознанные или неосознанные), применяемые клиентом для совладания с требованиями окружения. Спросите: “Есть ли в вашей работе (учебе, жизни дома) нечто такое, что представляет для вас трудности? Как вы справляетесь с этими трудностями?”
4. Поинтересуйтесь представлениями клиента о его жизни в будущем. Будет ли он играть определенную роль в традиционных культурных церемониях и практиках? Будет ли он стремиться к бикультурности? Спросите: “Что в вашей исконной культуре вам нравится или не нравится? Что вам нравится и не нравится в западной культуре? Какой вы бы хотели видеть вашу жизнь в будущем, с точки зрения культуры?”

Культурная ориентация клиента на прошлое, настоящее или будущее может характеризовать связи с доминирующей культурой (*Garrett & Pichette, 2000; Wetsit, 1992*). Чем более выражена культурная ориентация клиента, чем крепче его связи с определенной культурой, тем важнее для специалиста понимание данной культуры для оказания культурно адекватной помощи клиенту.

Второй аспект взаимодействия культуры и контекста, который выделяют Дж. Свартц-Кульштад и У. Мартин (*Swartz-Kulstad & Martin, 1999*), — *семейное окружение*. Поскольку семья является важным звеном в передаче культурных традиций и выступает первичным источником поддержки, выяснение динамики семьи становится важной задачей для клинического интервьюера. Мы знаем русских эмигрантов, прибывших в США во время Второй мировой войны, которые запрещали своим детям говорить на любом языке, кроме английского. Они дали своим детям популярные англосаксонские имена и на полном ходу втолкнули их в американскую культуру. Мы знаем лаосцев, которые решили, что их дети будут приобщаться к лучшему, что есть в определенных культурах, смогут в совершенстве овладеть всем, что умеют американцы, и сохранить все, что знают и умеют лаосцы. Мы знакомы с иранскими семьями, которые переживают глубокий кризис, потому что дети отвергли ценности своей традиционной культуры. Все эти ситуации характеризуются различной степенью зависимости от семьи и соответствия тем ожиданиям, которые семья предъявляет своим

членам относительно семейных и иерархических ролей, коммуникативных стилей, индивидуализации и сохранения культуры. С одной стороны, семья может стать мощным источником поддержки для индивида, а с другой — причиной глубокого конфликта, если индивид пытается соответствовать как требованиям семейного окружения, так и требованиям других систем, в которых происходит его жизнедеятельность (например, школы, профессионального коллектива, сообщества).

Информация о семье клиента может включать следующие вопросы.

1. Каков общий характер семейного окружения? Это нуклеарная⁹ или расширенная¹⁰ семья? Какова доступность или возможность семейной поддержки? Какова степень зависимости от поддержки семьи? Спросите клиента: “Расскажите о вашей семье. Как прошло ваше детство? Чем занимались ваши родители? Как часто ваша семья собирается вместе? Что происходит, когда все дедушки, бабушки, дяди и тети собираются вместе?”
2. Прислушайтесь к явным или скрытым реакциям клиента на ожидания, предъявляемые семьей. Если эти ожидания существуют, насколько они важны для клиента? Спросите: “Как вы должны жить, чтобы это устраивало вашу семью? Как, по-вашему, должны жить ваши дети? Совершали ли вы когда-нибудь поступки, которые не одобрялись вашими родителями? Не могли бы вы рассказать об этом? Что произошло? Что происходит, когда ваши дети спорят с вами?”
3. Чем отличаются требования, предъявляемые семьей, и требования других систем, с которыми взаимодействует клиент? Спросите: “Вам не случалось замечать, что на работе приходится вести себя не так, как дома или с друзьями? Что происходит, если вы дома начинаете вести себя как на работе?”

Общественное окружение — третий аспект взаимодействия культуры и контекста. Этот аспект включает структурные составляющие сообщества, в котором в настоящее время находится клиент (географическое положение, система социальной поддержки, профессиональное окружение, институциональные системы поддержки). Для тех, кто иммигрировал недавно, сюда относится также сравнение с прежним общественным окружением и характер миграции (добровольный или принудительный; см. *Ogbi, 1992*). Например,

⁹ *Нуклеарная семья* — семья, которая состоит из супружеской пары с детьми или без детей либо из одного из родителей с неженатым ребенком. — Прим. ред.

Д. Сандху, Р. Порте и С. Макфи (*Sandhu, Portes, & McPhee, 1996*) сообщают о более низком уровне стресса при добровольной миграции по сравнению с принудительным перемещением. Принудительно перемещенные лица могут рассматривать контакт с доминирующей культурой как угрозу своей идентичности и по этой причине иногда не желают прибегать к помощи соответствующих общественных структур (*Castillo, Quintana, & Zamarripa, 2000*).

Социополитический климат также должен приниматься во внимание при оценке общественного окружения. Всегда нужно учитывать возможность того, что расизм, а также сексизм, эйджизм¹¹ и другие предубеждения и формы дискриминации усугубляют вызванный сообществом стресс.

При оценке общественного окружения необходимо обращать внимание на следующие моменты.

1. Где находится сообщество, в котором живет клиент? Как много людей одного с клиентом этнокультурного происхождения живет в этом обществе? Отличается ли характер нового сообщества (городское, сельское и т.д.) от прежнего? Если клиент иммигрировал, то при каких условиях происходила миграция? Законно ли пребывание клиента на территории США? Спросите: “Как бы вы описали новое сообщество, в котором живете? Насколько оно похоже на то сообщество, в котором вы жили прежде, или чем отличается? Как вы попали в США?” (Клиент должен знать о конфиденциальности сообщаемой им информации.)
2. Где и кем работают клиент и его родители? Каков их социально-экономический статус? Спросите: “Чем вы зарабатываете на жизнь? Каково финансовое положение вашей семьи?”
3. Какие общественные институты клиент воспринимает как поддерживающие? Состоит ли он членом религиозной общины? Если да, то какова степень его вовлечения? Как клиент относится к таким институтам, как правительство, школы и т.д.? Спросите: “Куда или к кому вы обращаетесь, когда нуждаетесь в помощи? Какое значение для вас имеет религия или духовность? Принадлежите ли вы к какой-либо церкви или конфессии? Как часто вы встречаетесь с учителями ваших детей? Насколько комфортно при этом себя чувствуете? Что вы чувствуете при встрече с полицейскими?”

¹⁰ *Расширенная семья — семья, включающая в себя ближайших родственников (как правило, родителей одного из супругов), которые проживают все вместе.* — Прим. ред.

¹¹ *Эйджизм — дискриминация пожилых людей по возрастному признаку.* — Прим. ред.

4. Наблюдаются ли в данном сообществе явные признаки расизма, дискриминации или предрассудков? Чувствует ли клиент свою ценность для сообщества, позитивное отношение к нему со стороны сообщества? Спросите: “Сталкивались ли вы с проявлениями расизма или предрассудками со стороны членов сообщества, в котором живете? Что бы вы хотели рассказать об этом?”

Четвертый аспект взаимодействия культуры и контекста — *коммуникативный стиль*. Он подразумевает возможность приема и передачи индивидом неискаженной информации в процессе его взаимодействия с окружением. Безусловно, этот аспект сопряжен с большими трудностями, поскольку интерпретация как вербальной, так и невербальной информации в значительной мере определяется культурным происхождением. Например, уклонение от непосредственного визуального контакта может интерпретироваться как знак неуважения в одних культурах, в то время как в других культурах точно так же интерпретируется прямой визуальный контакт. Проблемы возникают и при неадекватных, с точки зрения культуры, вербальных формах общения. Успешность адаптации к контексту значительно возрастает, если индивид уверен в адекватной интерпретации сообщений, которые им принимаются и передаются.

Еще один компонент коммуникативного стиля включает отношение коммуниканта к разъяснению непонятого. Человек, который может попросить разъяснений или уточнения, будет реже сталкиваться с кризисом общения, чем тот, который этого не делает. Однако некоторые люди могут считать уточняющий вопрос признаком неуважения или стыдиться своего непонимания. По этой причине клиническому интервьюеру нужно обратить внимание на следующие вопросы.

1. Насколько чувствителен клиент к невербальным коммуникативным сигналам, как то: расстояние между коммуникантами, выражение лица, визуальный и физический контакт, жесты?
2. Как клиент использует свой голос? Каковы модуляции, интонации, тон его голоса, скорость речи?
3. Насколько развиты навыки вербального слежения клиента? Задает ли клиент уточняющие вопросы, если чего-либо не понимает? Существуют ли для него какие-то условности, ассоциирующиеся с уточняющими вопросами (стыд, неуважение и т.д.)?

Последний аспект взаимодействия культуры и контекста — *языковые особенности*. Он отличается от предыдущего аспекта, коммуникативного

стиля, прежде всего тем, что подразумевает скорее содержание сказанного, чем форму. Языковые особенности — это “что”, а коммуникативный стиль — это “как”.

Согласно Э. Кастилло с соавторами (*Castillo, Quintana, & Zamarripa, 2000*), язык связан с культурными, социальными и когнитивными переменными. Языковые особенности подразумевают не только способность участвовать в процессе коммуникации, но и восприятие коммуниканта окружающими. Например, позитивное или негативное отношение окружающих может определяться тем, на каком языке говорит коммуникант (*ibid.*). Положительное или отрицательное отношение может определяться и тем, насколько хорошо он освоил язык новой культуры. Кроме того, Дж. Шварц-Кульштад и У. Мартин (*Swartz-Kulstad & Martin, 1999*) сообщают, что выраженность этнокультурного конфликта возрастает, если люди, попадающие в новое окружение, не в состоянии освоить язык. Способность к эффективной коммуникации — фактор, надежно предсказывающий успешность адаптации к новому окружению. Поэтому крайне важно выяснить не только то, на каком языке и в каких ситуациях говорит клиент, но и его уровень владения языком. Клинический интервьюер должен обратить внимание на следующие вопросы.

1. На каком языке предпочитает говорить клиент? Насколько хорошо он владеет языком нового окружения? Спросите: “Какими языками вы владеете? На каком языке вы предпочитаете общаться дома, на работе, с друзьями?” Помните, что прямой опрос — не лучший способ оценки языковых навыков индивида.
2. Как языковые различия влияют на общение интервьюера и клиента? Спросите: “На каком языке вы предпочли бы общаться во время клинического интервью? Вы понимаете мой английский (испанский, японский)?” Если вы не владеете другими языками, спросите: “Когда мы общаемся, у вас не возникает трудностей с пониманием?”

КОНТЕКСТ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ И ПРОЦЕДУРЫ

До сих пор мы говорили об осознании интервьюером себя как культурного существа и о важности изучения культурных характеристик клиента — универсальных, групповых, индивидуальных. Мы также обсудили важность широких контекстуальных элементов в связи с их взаимодействием с индивидом как уникальным этнокультурным существом. Мы не упомянули

о том, как конкретный контекст и конкретные процедуры могут повлиять на процесс клинического интервьюирования.

Для многих людей, воспитанных в различных культурах, обращение к психологу-консультанту или психиатру рассматривается как последняя соломинка, за которую хватается утопающий. Помощь постороннего в решении личных проблем идет вразрез с традиционными представлениями. Это означает, что кроме стресса, вызванного теми проблемами, которые привели их на психологическое консультирование, клиенты из других культур могут чувствовать дополнительный стресс, вызванный самим процессом консультирования. Более того, их представления о психологическом консультировании могут не соответствовать способностям или стилю клинического интервьюера. Поэтому специалисту нужно приложить особые старания к тому, чтобы клиент чувствовал ваше участие, дабы установить с ним доверительные отношения (*Castillo et al., 2000*). Как минимум, необходимо приложить все усилия, чтобы клиент ощутил — интервьюер заботится о его интересах, не пытаясь при этом изменить его мировоззрение.

Использование стандартизированных психодиагностических процедур может вызвать тревогу, замешательство или гнев клиентов из другой этнокультурной среды. Поэтому при работе с такими клиентами подобные процедуры могут быть неуместны. В прошлом психодиагностическими тестами часто злоупотребляли или использовали их неправильно. Хотя было принято множество попыток для того, чтобы избежать в них систематических ошибок, вызванных культурными факторами, эти ошибки по-прежнему присутствуют (*Paniagua, 1998*).

К сожалению, хотя культурно-специфические и культурно-свободные¹² психодиагностические тесты и существуют, их использование ограничивает доступ клинического интервьюера к ценной информации. Культурно-специфические методики сводят опыт человека к вхождению в определенную группу, таким образом пренебрегая его уникальными особенностями. Культурно-свободные тесты пренебрегают влиянием культурных факторов на жизнь человека (*Swartz-Kulstad & Martin, 1999, 2000*). В этой книге мы не описываем конкретные психодиагностические методики с точки зрения их культурной уместности. Однако хотим обратить ваше внимание на некоторые общие вопросы, которые интервьюер должен задавать себе при работе с клиентом из другой культурной среды.

¹² В качестве примера культурно-свободных тестов можно назвать прогрессивные матрицы Равена и Международную шкалу действия Лейтер (в последней даже инструкции даются методом пантомимы). — Прим. ред.

- Существуют ли другие, менее культурно-специфические способы получения необходимой информации?
- Есть ли возможность приспособиться к культурным различиям?
- Поможет ли мне использование этой психодиагностической методики в понимании опыта индивида как уникального этнокультурного существа?

Дополнительные рекомендации по интервьюированию клиентов из других культур приводятся в табл. 13.1.

Таблица 13.1. Что следует и чего не нужно делать при интервьюировании клиентов из других культур

Ниже приводятся советы для работы с клиентами, отличающимися от интервьюера своими культурными, расовыми, этническими характеристиками, религиозными взглядами или жизненным опытом. Применимость и уместность каждого совета определяется контекстом определенной клинической ситуации. В этой таблице мы лишь даем пищу для размышлений.

Прямой опрос

1. Обязательно спросите клиента о племенных, этнических или социальных особенностях, на которые прямо или косвенно указывает полученная от него информация.
2. Не настаивайте на более глубоком исследовании этих особенностей, чем предлагает клиент.
3. Вы должны усвоить, что особенности аккультурации и культурной идентичности не статичны, а подвержены развитию и изменениям.
4. Не следует предполагать, что оба партнера или все члены данной семьи обладают одинаковой культурной идентичностью или одинаковым опытом взаимодействия с доминирующей культурой.

Семья

1. Вы должны осознать, что семья играет ключевую роль во многих или в большинстве недоминирующих культур в США. Понятие семьи часто выступает очень емкой, содержательной и характерной составляющей чувства идентичности. Поэтому отнеситесь к теме семьи с особым вниманием и чуткостью.
 2. Не навязывайте клиенту ни своего собственного определения семьи, ни того определения, которое приводится в различных источниках в связи с данной культурой. Просто будьте открытым к тому восприятию семьи, которое сложилось у клиента.
 3. Позвольте членам семьи какое-то время присутствовать на приемном интервью, если они об этом просят.
 4. Не ограничивайте семью исключительно биологическими связями.
-

Коммуникативные стили

1. Не забывайте, что особенности визуального контакта, непосредственного озвучивания проблемных тем, повествования и ведения записей оцениваются на основе определенных культурно обусловленных норм, которые могут в значительной мере варьироваться.
2. Воздерживайтесь от излишней разговорчивости или фамильярности, даже если такой стиль общения вам свойственен. Постарайтесь выказать клиенту уважение.
3. Обязательно просите разъяснений, если вам что-либо неясно.
4. Не просите разъяснений в такой манере, которая говорила бы о вашем непонимании проблемы клиента.

Вопросы религии и духовности

1. Обязательно принимайте мнение клиента о причинах его проблем: неодобрение усопших предков, сглаз, гнев Божий, кармические последствия недостойных поступков. Прежде чем определять адаптивные и неадаптивные аспекты верований клиента и проводить соответствующую работу, направленную на терапию или развитие, нужно установить с ним прочные доверительные взаимоотношения.
 2. Не думайте, что клиент сразу же посвятит вас в свои религиозные верования. Как правило, они представляют для клиента нечто очень важное и глубоко сокровенное, и узнать о них легко и в подробностях вам не удастся.
 3. Обязательно воспользуйтесь каждым связующим звеном, ведущим к значимым духовным или религиозным верованиям, которые помогут понять нынешние проблемы клиентов.
 4. Не колеблясь, прибегайте к помощи представителей церкви или религии, которые пользуются уважением клиента.
-

КУЛЬТУРНО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Поскольку теории человеческого функционирования обусловлены культурными факторами, используемая нами система диагностики психических расстройств имеет выраженный культурно-специфический характер (*Paniagua, 2001; Sue et al., 1996*). Кроме того, переживания и дистресс проявляются через различные культурно-специфические симптомокомплексы, которые могут со временем видоизменяться. Например, в отличие от эпохи З. Фрейда (*Jones, 1995*) не так много женщин в Европе и США падают в обморок, реагируя на стресс. С другой стороны, 100 лет назад не были так распространены расстройства пищевого поведения. Посттравматическое стрессовое расстройство отражает некоторые общекультурные особенности реакции на стресс у разных людей, однако название этого расстройства было разным в разные эпохи. К тому же критерии того, что считать травми-

ческим опытом, в некоторой степени зависят от культуры, и адекватность действий в травмогенной ситуации определяется культурными факторами.

Р. Саймонс и К. Хьюз (*Simons & Hughes, 1993*) предложили термин *культурно обусловленные синдромы* для описания психических расстройств или симптомокомплексов, характерных для определенной культуры. Обобщив результаты работы таких исследователей, как Э. Гриффит и Ф. Бейкер (*Griffith & Baker, 1993*), А. Рубель, К. О'Нелл и Р. Колладо-Ардон (*Rubel, O'Neil, & Collado-Ardon, 1984*), Р. Саймонс и К. Хьюз (*Simons & Hughes, 1993*), Ф. Паниагуа (*Paniagua, 1998*) составил список различных культурно-специфических синдромов. Этот список приводится в табл. 13.2.

Информация, приведенная в табл. 13.2, высвечивает многие аспекты проблемы психодиагностики. Во-первых, *симптомы* в разных культурах могут совпадать, а восприятие их причин может различаться (например, психотическое мышление, тревога, депрессивные симптомы могут наблюдаться в самых различных культурах, однако объясняются по-разному: действием злых духов, неправильным поведением, заболеваниями мозга, травмами, недостатками семьи, воспитания и т.д.). Во-вторых, *этиология*¹³ расстройств (мозговые заболевания, травма, переохлаждение, потеря фигуры привязанности¹⁴) могут быть похожими в разных культурах, однако результаты могут проявляться в совершенно разных симптомах. Общие вопросы психодиагностики обсуждаются в главе 10; но чтобы придерживаться поликультурного подхода, вы должны помнить, что многое в нашей интерпретации культурно-специфических расстройств обусловлено культурными же факторами, и нам есть чему поучиться у других культур.

ВОПРОСЫ ЭТИКЕТА

При работе с клиентами разного этнокультурного происхождения полезно следовать основным правилам поликультурного этикета.

Бесплатное обучение

Однажды наш знакомый с нетрадиционной сексуальной ориентацией сказал нам, что ему до смерти надоело быть бесплатным консультантом по вопросам гомосексуальной культуры для всех его однокурсников и преподавателей.

¹³ *Этиология* (от греч. *aitia* — причина, *logos* — учение, наука) — 1. Учение о причинах болезней; 2. Происхождение, причина болезни, патологического состояния. — Прим. ред.

¹⁴ *Фигура привязанности* — в теории привязанности Дж. Боулби (*Bowlby, 1952*) человек, с которым у индивида формируются отношения привязанности. — Прим. ред.

Таблица 13.2. Связанные с культурой психические, эмоциональные, поведенческие расстройства

Название расстройства	Этнокультурная группа	Симптомы	Причины
Невротический припадок	Латиноамериканцы	Потеря сознания	Злые духи
“Выпадение”	Афроамериканцы	Припадкоподобные симптомы	Травматический опыт, например ограбление
Болезнь духов	Североамериканские индейцы	Слабость, головокружение	Магия, злые силы
Хва-бьонг	Азиаты	Боль в верхней части живота, страх смерти, усталость	Дисбаланс между реальностью и гневом
Коро	Азиаты	Желание удерживать рукой пенис	Сильный страх, связанный с идеей, что пенис втягивается в тело и станет причиной смерти
Маль пуэсто (колдовство, смерть Вуду)	Афроамериканцы и латиноамериканцы	Необычная, неестественная болезнь или смерть	Действия людей, использующих силу злых духов
Сусто (эспанто, пасмо, миедо)	Латиноамериканцы	Усталость, слабость	Страшные или шокирующие события
Вакинко	Североамериканские индейцы	Гнев, отчужденность, мутизм ¹⁵ , суицид	Неудовлетворенность, разочарование, межличностные проблемы
Простуда, болезнь ветра	Латиноамериканцы и азиаты	Боязнь холодного ветра, чувство слабости, восприимчивость к болезням	Предполагаемый дисбаланс естественных и сверхъестественных причин

Еще более неприятной была просьба его гетеросексуального терапевта, который хотел знать все о специфических потребностях своего клиента. Наш знакомый считал, что подобная просьба свидетельствует не только о некомпетентности, но также о нерадивости специалиста и его неуважении к клиенту. Мы согласились с ним. Использование клиента как единствен-

¹⁵ Мутизм (от лат. mutus — немой) — нарушение волевой сферы, проявляющееся отсутствием ответной и спонтанной речи при сохранении способности разговаривать и понимать обращенную к больному речь. Наблюдается при кататонической шизофрении в связи с негативизмом (в зависимости от формы негативизма выделяют активный и пассивный мутизм), при истерии, органических поражениях головного мозга и психических нарушениях у детей. — Прим. ред.

ного источника информации об иной культуре недопустимо. У каждого клиента своя мера терпения по отношению к исполненному благих намерений, но некомпетентному интервьюеру. Вам потребуется клиническая восприимчивость, чтобы определить, о чем можно спрашивать клиента, а о чем лучше узнать из других источников.

Неправильное обучение

Очень немногие люди, не имеющие специальных социально-политических полномочий, станут представлять в своем лице всю этнокультурную группу. Ни один ветеран войны во Вьетнаме не может говорить за всех ветеранов; никакой индеец не может говорить за всех индейцев; ни одна женщина не может говорить за всех женщин. Поэтому следует с осторожностью относиться к тем, кто возьмет на себя подобную миссию. Чтобы понять другую культуру, нужно много прочитать, обдумать, обсудить и испытать. Это долгое и трудное обучение, и оно никогда не заканчивается. Всегда остается что-то, чего мы еще не знаем, даже о своей собственной культуре. Одного-единственного источника *недостаточно*, и, как указывалось ранее, подобное обучение грозит осложнениями.

Работа с членами замкнутых сообществ

Эффективное интервьюирование подразумевает вопросы о глубоко личных аспектах жизни клиента. Замкнутые, небольшие коллективы и сообщества печально известны тем, что их члены часто нарушают принцип конфиденциальности внутри сообщества, но не предоставляют информации или передают искаженную информацию внешним лицам. Принадлежность к недоминирующей культуре почти всегда означает принадлежность к небольшой замкнутой общине, даже если речь идет о жителях мегаполиса. Подобных сообществ существует множество — от гомосексуальных кварталов и религиозных поселений до “индейских деревень”, о которых говорят, что там есть три способа распространения информации: телефон, телеграф и “шепни мне на ушко”.

Более того, многие культурные группы столкнулись с фактом, что информацией, предоставленной внешним лицам, часто злоупотребляли. Некоторые культурные истины считаются “священными” и не могут выноситься за пределы группы. Люди, находящиеся вне данной культуры, могут неправильно интерпретировать эту и другие виды информации. К сожалению, внутреннюю информацию о культурной группе зачастую пытаются получить отнюдь не для благородных целей.

Неудивительно поэтому, что на первых порах предоставление внутренней информации постороннему человеку, которым в данном случае выступает клинический интервьюер, для членов небольших замкнутых сообществ сопряжено с затруднениями. Во-первых, вы находитесь вне сообщества, хотя бы в силу вашей профессии. Если вы живете в данном сообществе или принадлежите к данной культуре, вас могут воспринимать как нечто среднее между “своим” и “чужим”. Если вы работаете в учреждении, там же могут работать родственники или знакомые клиента либо они могли обращаться к услугам этого учреждения (*Paniagua, 1998*). Это совсем не то, что в доминирующей культуре и в большой, многомиллионной группе, где никто никого не знает. Поэтому для того, чтобы добиться такого доверия, которого будет достаточно для установления терапевтических отношений, вам может понадобиться особое терпение, особая подготовка и тщательные, неоднократные разъяснения.

РЕЗЮМЕ

В данной главе рассматриваются философские и практические проблемы консультирования в условиях культурного многообразия. Наша позиция в этом вопросе заключается в том, что человеческие реакции на взаимодействие с представителями других культур являются приобретенными. Их формирование начинается на ранних этапах жизни; поэтому чтобы приобрести открытое, толерантное и позитивное отношение к культурным различиям, профессиональному интервьюеру может понадобиться отказаться от некоторых приобретенных ранее установок и постоянно учиться, критически пересматривая культурные стереотипы и заполняя пробелы в теориях и применяемых им методиках. Мы должны культивировать такое отношение, которое позволит нам учиться у других культур, учиться у людей, которые отличаются от нас.

В этой главе рассматриваются самые общие сведения о четырех наиболее многочисленных этнокультурных меньшинствах США — коренных американцах, афроамериканцах, американцах латиноамериканского происхождения и американцах азиатского происхождения. Каждая из этих широких этнокультурных групп, в свою очередь, включает многочисленные культуры и субкультуры, которые характеризуются своими особенностями. Поэтому каждая попытка широкого обобщения не дает той конкретности, которая необходима для оказания эффективной, культурно адекватной психиатрической или психологической помощи. Информация, представленная в этой главе, — всего лишь азы, которые необходимо знать клиническому интервьюеру, который будет работать с представителями упомянутых культур. Кроме того, здесь рассматриваются некоторые основные принципы работы с клиентами

нетрадиционной сексуальной ориентации, клиентами с ограниченными физическими возможностями и глубоко религиозными клиентами.

Клиентов из других культур следует изучать не только в широком контексте этнокультурной группы, но и в более узком, индивидуальном контексте. В этой главе рассматриваются такие аспекты взаимодействия культуры и контекста, как этнокультурная ориентация, семейное окружение, общественное окружение, коммуникативный стиль и языковые особенности. Кроме того, бегло рассматриваются процедуры интервьюирования и психодиагностики, которые могут определенным образом повлиять на клиентов из других культур.

Наконец, в данной главе обсуждаются культурно-специфические синдромы и вопросы этикета в условиях культурного многообразия.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Comas-Diaz, L. & Griffith, E. E. H. (Eds.). (1998). Clinical guidelines in cross-cultural mental health. New York: John Wiley & Sons. В книге “Клиническое руководство по межкультурному психическому здоровью” предлагаются практические рекомендации для специалистов в области психического здоровья, работающих с клиентами из разных культур. Рассматриваются такие факторы, как этническая принадлежность, семейные ценности, язык, религия, и т.п. в свете их влияния на психическое здоровье.

Dworkin, S. H. & Gutierrez, F. J. (1992). Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development. Работа “Консультирование гомосексуалистов и лесбиянок: путешествие к концу радуги” содержит прекрасный обзор проблем, связанных с консультированием клиентов гомосексуальной ориентации. Включает следующие темы: культурные факторы, провозглашение своей нетрадиционной ориентации, проблемы гомосексуальных пар, проблемы насилия, этические аспекты.

McGoldrick, M., Giordano, J., & Pearce, J. K. (1996). Ethnicity and family therapy. New York: Guilford. В чем-то книга “Этническое происхождение и семейная терапия” похожа на другие книги из этого списка. Однако эта работа также включает, насколько это возможно, информацию от специалистов, которые принадлежат к недоминирующим культурам. В книге даются рекомендации по семейной терапии, подкрепленные историческими факторами. В книге рассматривается довольно широкий диапазон культур (например, индонезийская, голландская, немецкая, еврейская и иранская).

Paniagua, F. A. (1998). Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. В книге “Практическое

руководство по психодиагностике и терапии клиентов из различных культур” рассматриваются общие параметры, характерные для четырех самых многочисленных этнокультурных меньшинств США. Затем даются практические рекомендации относительно того, как осмысленно и профессионально применять эти данные для предоставления эффективных услуг.

*Stern, M. E. (1985). *Psychotherapy and the religiously committed patient*. New York: Haworth Press.* Книга “Психотерапия религиозно настроенного пациента” представляет собой небольшой по объему, но весьма полезный сборник работ авторов, которые уважительно и вдумчиво рассматривают религию и духовность с точки зрения психотерапии.

*Vargas, L. A., & Koss-Chionino, J. D. (1992). *Working with culture: Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass.* “Работая с культурой: психотерапевтическая интервенция для детей и подростков из этнических меньшинств” — очень глубокая книга, авторы которой не закрывают глаза на трудности, связанные с работой с детьми, к тому же детьми из других культур.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Abt, I. R., & Stuart, L. E. (Eds.). (1982). *The newer therapies: A sourcehook*. New York: Van Nostrand-Reinhold.

Achebe, C. (1994). *Things fall apart*. New York: Doubleday. (Original work published 1959)

Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. Garden City, New York: Garden City Publishing.

Adler, A. (1937). Position in family constellation influences life style. *International Journal of Individual Psychology*, 3, 211–227.

Adler, A. (1958). *What life should mean to you*. New York: Capricorn. (Original work published 1931)

Adler, G. (1996). Transitional objects, self objects, real objects, and the process of change in psycho-dynamic psychotherapy. In L. E. Lifson (Ed.), *Understanding therapeutic action: Psychodynamic concepts of cure* (pp. 69–84). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Agerbo, E., Mortensen, P. B., Eriksson, T. Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. (2001). Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: Nested case-control study. *British Medical Journal*, 322, 334–335.

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709–716.

Amatea, E. S., & Brown, B. E. (1993). The counselor and the family: An ecosystemic approach. In I Wittmer (Ed.), *Managing your school counseling program*. Minneapolis, MN: Educational Media.

American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (1998). Guidance for effective discipline. *Pediatrics*, 101, 723–728.

American Association for Marriage and Family Therapy. (2001). *AAMFT code of ethics*. Washington, DC: Author.

American Counseling Association. (1995). *Code of ethics and standards of practice*. Alexandria, VA: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597–1611.

Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: W. W. Norton.

Anderson, R. N. (2001, Oct. 12). Deaths: Leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 49 (11).

Anderson, R. N., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (1997). Report of final mortality statistics, 1995. *Monthly vital statistics report*, 45 (Suppl. 2, table 7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Annis, H. M., & Chan, D. (1983). The differential treatment model: Empirical evidence from a personality typology of adult offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 10, 159–173.

Archer, R. (1992). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Atkinson, D. R., & Hackett, G. (1998). *Counseling diverse populations* (2nd ed.). Boston: McGraw-Hill.

Augenbraum, H., & Stavans, I. (1993). *Growing up Latino*. Boston: Houghton Mifflin.

Axelson, J. A. (1999). *Counseling and development in a multicultural society* (3rd ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Axline, V. M. (1964). *Dibs: In search of self*. New York: Ballantine Books.

Bailey, J. M., Kim, P. Y., Hills, A., & Linsenmeier, J. A. (1997). Butch, femme, or straight acting? Partner preferences of gay men and lesbians. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 960–973.

Balleweg, B. J. (1990). The interviewing team: An exercise for teaching assessment and conceptualization skills. *Teaching of Psychology*, 17, 241–242.

Banaka, W. H. (1971). *Training in depth interviewing*. New York: Harper & Row.

Bandler, R., & Grinder, J. (1975). *The structure of magic. I: A book about language and therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Bandler, R., & Grinder, J. (1979). *Frogs into princes*. Moab, UT: Real People Press.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Barker, S. B., & Hawes, E. C. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing in individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 55, 146–161.

Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 927–935.

Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1994). *Mater of your anxiety and Panic II*. New York: Graywind.

Barnett, J. E. (1998). Termination without trepidation. *Psychotherapy Bulletin*, 33, 20–22.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147–178.

Bartlett, E. E. (1996). Protecting the confidentiality of children and adolescents. In *The Hatherleigh Guide to child and adolescent therapy*. New York: Hatherleigh.

Basow, S. A. (1980). *Sex role stereotypes: Traditions and alternatives*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.

Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Bauman, L. J., & Friedman, S. B. (1998). Corporal punishment. *Pediatric Clinics of North America*, 45, 403–414.

Baumrind, D. (1975). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monograph*, 75, 43–88.

Behrs, J. O., & Gutheil, T. G. (2001). Informed consent in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 285, 329–333.

Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine*, 31 [Special issue], 837–854.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309–310.

Beck, A. T., Rush, A. H., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York:

Guilford Press. Beitman, B. D. (1983). Categories of countertransference. *Journal of Operational Psychiatry*, 14, 82–90.

Bellini, M., & Bruschi, C. (1996). HIV infection and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 38, 153–164.

Bern, D., & Allen, A. (1974). On predicting some of the people some of the time: The search for cross-situational consistencies in behavior. *Psychological Review*, 81, 506–520.

Benjamin, A. (1981). *The helping interview* (3rd ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Benjamin, A. (1987). *The helping interview with case illustrations*. Boston: Houghton Mifflin.

Bennett, B. E., Bryant, B. K., VandenBos, G. R., & Greenwood, A. (1990). *Professional liability and risk management*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bennett, C. C. (1984). Know thyself. *Professional Psychology*, 15, 271–283.

Berkhoffer, N. (1978). *The white man's Indian: Images of the American Indian from Columbus to the present*. New York: Vintage Press.

Berman, A. L., & Jobes, D. A. (1996). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bertolino, B. (1999). *Therapy with troubled teenagers*. New York: John Wiley & Sons.

Bertolino, B., & O'Hanlon, B. (2002). *Collaborative, competency-based counseling and therapy*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Binik, Y. M., Cantor, J., Ochs, E., & Meana, M. (1997). From the couch to the keyboard: Psychotherapy in cyberspace. In S. Keisler (Ed.), *Culture of the Internet* (pp. 71–100). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Birch, M., & Miller, T. (2000). Inviting intimacy: The interview as therapeutic opportunity. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 3, 189–202.

Birdwhistell, M. L. (1952). *Introduction to kinesics: An annotation system for analysis of body motion and gesture*. Louisville: University of Louisville Press.

Birdwhistell, M. L. (1970). *Kinesics and context*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Black, L. (1996). Families of African origin: An overview. In M. McGoldrick, J. Giordano, & J. K. Pearce (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (2nd ed., pp. 57–65). New York: Guilford Press.

Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229–246.

Blatt, S. I., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A., & Pitkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 423–428.

Bloom, B. L. (1992). Computer-assisted psychological intervention: A review and commentary. *Clinical Psychology Review*, 12, 169–197.

Bogels, S. M. (1994). A structured-training approach to teaching diagnostic interviewing. *Teaching of Psychology*, 21, 144–150.

Bongar, B. (1991). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bongar, B., & Harmatz, M. (1989). Graduate training in clinical psychology and the study of suicide. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 209–213.

Bornstein, P. H., & Bornstein, M. T. (1986). *Marital therapy: A behavioral-communications approach*. New York: Pergamon Press.

Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925–1932.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Volume I: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.

Boyer, D. (1988). *In and out of street life: A reader on interventions with street youth*. Portland, OR: Tri-County Youth Services Consortium.

Bradford, E., & Lyddon, W. J. (1994). Assessing adolescent and adult attachment: An update. *Journal of Counseling and Development*, 73, 215–219.

Brammer, L. M. (1979). *The helping relationship* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Brems, C. (1993). *A comprehensive guide to child psychotherapy*. Boston: Allyn & Bacon. Brenneis, C. B. (1994). Observations on psychoanalytic listening. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 29–53.

Brockington, I. (2001). Suicide in women. *International Clinical Psychopharmacology*; 16 [Special issue], S7–S19.

Brockman, W. P. (1980). *Empathy revisited: The effect of representational system matching on certain counseling process and outcome variables*. Unpublished doctoral dissertation, College of William and Mary, Williamsburg, VA.

Brody, C. M. (1984). *Women therapists working with women: New theory and process of feminist therapy*. New York: Springer.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 732–742.

Brown, J. H., Henteleff, P., Barakat, S., & Rowe, C. J. (1986). Is it normal for terminally ill patients to desire death? *American Journal of Psychiatry*, 143, 208–210.

Brown, L. S. (1994). *Subversive dialogues*. New York: Basic Books.

Brown, L. S., & Brodsky, A. M. (1992). The future of feminist therapy. *Psychotherapy*, 29, 51–57.

Brown, L. S., & Walker, L. E. (1990). Feminist therapy perspectives on self-disclosure. In G. Strieker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 135–154). New York: Plenum Press.

Brown, T. A., Atony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408–418.

Buck, S. (1999). The function of the frame and the role of the fee in the therapeutic situation. *Women and Therapy*, 22, 37–49.

Buie, D. H. (1981). Empathy: Its nature and limitations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 281–307.

Bullis, R. K. (1996). *Spirituality in social work practice*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. M., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota.

Campfield, K. M., & Hills, A. M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 327–340.

Cannon, W. B. (1939). *The wisdom of the body* (Rev. ed.). New York: Norton.

Capra, F. (1975). *The tao of physics*. New York: Random House.

Carkhuff, R. R. (1987). *The art of helping* (6th ed.). Amherst, MA: Human Resource Development Press.

Caspi, A., & Roberts, B. W. (2001). Target article: Personality development across the life course. *Psychological Inquiry*, 12 [Special issue], 49–66.

Castillo, E. M., Quintana, S. M., & Zamarripa, M. X. (2000). Cultural and linguistic issues. In E. S. Shapiro & T. R. Kratchowill (eds.), *Conducting school-based assessments of child and adolescent behavior* (pp. 274–308). New York: Guilford Press.

Castonguay, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 263–282.

Chao, C. M. (1992). The inner heart: Therapy with Southeast Asian families. In L. A. Vargas & J. D. Koss-Chioino (Eds.), *Working with culture: Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents* (157–181). San Francisco: Jossey-Bass.

Cherpitel, C. J. (1997). Brief screening instruments for alcoholism. *Alcohol Health and Research World*, 27, 348–351.

Chessick, R. D. (1990). Psychoanalytic listening: III. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 8, 119–135.

Christopher, J. C. (1996). Counseling's inescapable moral visions. *Journal of Counseling and Development*, 75, 17–25.

Christopher, J. C. (2001). Culture and psychotherapy: Toward a hermeneutic approach. *Psychotherapy*, 38, 115–128.

Cialdini, R. F. (1998). *Influence: Science and practice*. New York: Talman Co.

Clark, E. M., & Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 87–95.

Coles, R. (1990). *The spiritual life of children*. Boston: Houghton Mifflin.

Coloroso, B. (1995). *Kids are worth it*. New York: Avon Books.

Comas-Diaz, L. (1989). Culturally relevant issues and treatment implications for Hispanics. In D. Koslow & E. P. Salett (Eds.), *Crossing cultures in mental health* (pp. 31–48). Washington, DC: Sietar.

Comas-Diaz, L., & Duncan, J. W. (1995). The cultural context: A factor in assertiveness training with mainland Puerto Rican women. *Psychology of Women Quarterly*, 9, 463–467.

Comas-Diaz, L., & Griffith, E. E. H. (Eds.). (1998). *Clinical guidelines in cross-cultural mental health*. New York: Wiley.

Constantino, M. J., Castonguay, L. G. & Schut. A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know*. (pp. 81–131). Boston: Allyn & Bacon.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., & Caine, E. D. (1996). Relationships of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1001–1008.

Coppen, A. (1994). Depression as a lethal disease: Prevention strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 37–45.

Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (6th ed.). Monterey, CA: Brooks/ Cole.

Corey, G., Corey, M. S., & Callahan, P. (2003). *Issues and ethics in the helping professions* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Cormier, W. H., & Cormier, L. S. (1998). *Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (4th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Cormier, L. S., & Nurius, P. (2003). *Interviewing strategies for helpers* (5th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Corsini, R. (1989). *Current psychotherapies* (4th ed.). Itasca, IL: Peacock.

Corsini, R., & Wedding, D. (1995). *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: Peacock.

Costa, L., & Altekruze, M. (1994). Duty to warn guidelines for mental health counselors. *Journal of Counseling and Development*, 72, 346–350.

Dahl, R. (1977). *The wonderful story of Henry Sugar (and six more)*. New York: Penguin Books.

Dana, R. H. (1993). *Multicultural assessment perspectives for professional psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

Daniels, J. A. (2001). Managed care, ethics, and counseling. *Journal of Counseling and Development*, 79, 119–122.

Davidson, M. W., Wagner, W. G., & Range, L. M. (1995). Clinicians' attitudes toward no-suicide agreements. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 410–414.

Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. R. (2000). *The relaxation and stress reduction workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

Dean, P. J., Range, L. M., & Goggin, W. C. (1996). The escape theory of suicide in college students: Testing a model that includes perfectionism. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 181–186.

de Becker, G. (1997). *The gift of fear*. New York: Little, Brown.

Deloria, V., Jr. (1994). *God is red*. Golden, CO: Fulcrum Publishing.

de Rosiers, G. (1992). Primary or depressive dementia: Mental status screening. *International Journal of Neurosciences*, 64, 33–67.

de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.

de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

Diament, A. (1998). *Red tent*. New York: St. Martins Press.

Dickson, D., & Bamford, D. (1995). Improving the interpersonal skills of social work students: The problem of transfer of training and what to do about it. *British Journal of Social Work*, 25, 85–105.

DiGiuseppe, R., Linscott, I., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 85–100.

Diller, J. V., Murphy, E., & Martinez, J. (1998). *Cultural diversity: A primer for the human services*. London: International Thomson.

Dolezal-Wood, S., Belar, C. D., & Snibbe, J. (1998). A comparison of computer assisted psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in groups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5, 103–115.

Dominguez, M. M., & Carton, J. S. (1997). The relationship between self-actualization and parenting style. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 1093–1100.

Drye, R. D., Goulding, R. L., & Goulding, M. E. (1973). No-suicide decisions: Patient monitoring of suicidal risk. *American Journal of Psychiatry*, 130, 171–174.

Duan, C. (2000). Being empathic: The function of intention to empathize and nature of emotion. *Motivation and Emotion*, 24, 29–49.

Duan, C., Rose, T. B., & Kraatz, R. A. (2002). Empathy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 197–231). Boston: Allyn & Bacon.

Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addictions*, 96, 1725–1742.

Dworkin, S. H., & Gutierrez, F. J. (1992). *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Eagen, T. (1994, January 30). A Washington city full of prozac. *New York Times*, 16.

Eagle, M. N. (1984). *Recent developments in psychoanalysis*. New York: McGraw-Hill.

Egan, G. (1986). *The skilled helper: Model, skills, and methods for effective helping* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Egan, G. (2002). *The skilled helper: Model, skills, and methods for effective helping* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Eich, E. (1989). Theoretical issues in state dependent memory. In H. L. Roediger & F. I. M. Craik (Eds.), *Varieties of memory and consciousness: Essays in honour of Endel Tulving* (pp. 331–354). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Elliott, R. (1988). Tests, abilities, race, and conflict. *Intelligence*, 12, 333–335.

Ellis, A., Sichel, J., Yeager, R., DiMattia, D., & DiGiuseppe, R. (1989). *Rational-emotive couples therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Alemnany.

Ellis, T. E., & Newman, C. F. (1996). *Choosing to live: How to defeat suicide through cognitive therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

Ellison, J. M. (2001). *Treatment of suicidal patients in managed care*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Erickson, M. H., Rossi, E., & Rossi, S. (1976). *Hypnotic realities*. New York: Irvington.

Essandoh, P. K. (1996). Multicultural counseling as the “fourth force”: A call to arms. *Counseling Psychologist*, 24, 126–137.

Evans, G., & Farberow, N. L. (1988). *The encyclopedia of suicide*. New York: Facts on File.

Everly, G. S., & Boyle, S. H. (1999). Critical incident stress debriefing (CISD): A meta-analysis. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 165–168.

Fairbairn, R. (1952). *Object relations theory of the personality*. New York: Basic Books.

Falloon, B. A., & Horwath, E. (1993). Asceticism: Creative spiritual practice or pathological pursuit? *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 56, 310–316.

Falloon, I. R. H. (Ed.). (1988). *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.

Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L., Clark, D., Young, M. A., Hedeker, D., et al. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1189–1194.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neuroses*. New York: Norton.

Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 75–86.

Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522–527.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. W., & Williams, J. B. (1995). The structured clinical interview for DSM-IV-R personality disorders (SCID-II). I: Description. *Journal of Personality Disorders*, 9, 83–91.

Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.

Fisher, S. (1973). *Body consciousness: You are what you feel*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Flanagan, D. P., Genshaft, J. L., & Harrison, P. L. (Eds.). (1997). *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues*. New York: Guilford Press.

Florio, E. R., Hendryx, M. S., Jensen, J. E., Rockwood, T. H., Raschko, R., & Dyck, D. G. (1997). A comparison of suicidal and nonsuicidal elders referred to a community mental health center program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 182–193.

Foa, E., & Riggs, D. S. (1994). Posttraumatic stress disorder and rape. In R. S. Pynoos (Ed.), *Post-traumatic stress disorder: A clinical review* (pp. 133–163). Lutherville, MD: Sidran Press.

Foley, R., & Sharf, B. F. (1981). The five interviewing techniques most frequently overlooked by primary care physicians. *Behavioral Medicine*, 8, 26–31.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.

Fones, C. S., Manfro, G. G., & Pollack, M. H. (1998). Social phobia: An update. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 247–259.

Fong, M. L., & Cox, B. G. (1983). Trust as an underlying dynamic in the counseling process: How clients test trust. *Personal and Guidance Journal*, 62, 163–166.

Fowers, B. J., & Richardson, F. C. (1996). Why is multiculturalism good? *American Psychologist*, 51, 609–621.

Francis, A., & Ross, R. (1996). *DSM-IV case studies: A clinical guide to differential diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Frank, J. D. (1974). The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271–274.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion & healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Franklin, A. J. (1993, July/August). The invisibility syndrome. *Family Therapy Networker*, 33–39.

Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defense* (C. Baines, Trans.). New York: International Universities Press.

Freud, S. (1949). *An outline of psychoanalysis*. New York: Norton. (Впервые опубликовано в 1940 году.)

Freud, S. (1955). Group psychology and the analysis of the ego. In *Complete psychological works: Standard edition* (Vol. 18). London: Hogarth Press. (Впервые опубликовано в 1921 году.)

Freud, S. (1957). The future prospects of psycho-analytic therapy. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition* (Vol. 11). London: Hogarth. (Впервые опубликовано в 1910 году.)

Freud, S. (1958). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 109–120). London: Hogarth Press. (Впервые опубликовано в 1912 году.)

Fried, D., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1990). The parallel of the CCRT for the therapist with the CCRT for other people. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT method* (pp. 147–157). New York: Basic Books.

Friedmann, P. D., Saitz, R., Gogineni, A., Zhang, J. X., & Stein, M. D. (2001). Validation of the screening strategy in the NIAAA physicians' guide to helping patients with alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 [Special issue], 234–238.

Gandy, G. L., Martin, E. D., & Hardy, R. E. (1999). *Counseling in the rehabilitation process: Community services for mental and physical disabilities* (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Garcia-Preto, N. (1996). Latino families: An overview. In M. McGoldrick, J. Giordano, & J. K. Pearce (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (2nd ed., pp. 141–154). New York: Guilford Press.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.¹

Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. New York: Basic Books.

Gardner, R. A. (1971). *Therapeutic storytelling with children: The mutual storytelling technique*. New York: Jason Aronson.

Garrett, M. T., & Pichette, E. F. (2000). Red as an apple: Native American acculturation and counseling with or without reservation. *Journal of Counseling and Development*, 78, 3–13.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143–153.

Gaylin, N. L. (1989). *Ipsative measures: In search of paradigmatic change and a science of subjectivity*. *Person-Centered Review*, 4, 429–445.

Gazda, G. M., Asbury, F. S., Balzer, F. J., Childers, W. C., & Walters, R. P. (1977). *Human relations development* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gazda, G. M., Asbury, F. S., Balzer, F. I., Childers, W. C., & Walters, R. P. (1984). *Human relations development: A manual for educators* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Geller, J. D., & Gould, E. (1996). A contemporary psychoanalytic perspective: Rogers' brief psychotherapy with Mary Jane Tilden. In B. A. Farber & D. C. Brink (Eds.), *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary* (pp. 211–230). New York: Guilford Press.

Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons.

George, R. L., & Cristiani, T. S. (1994). *Counseling: Theory and practice* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gibbs, J. T. (1997). African-American suicide: A cultural paradox. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 68–79.

Gibbs, M. A. (1984). The therapist as imposter. In C. M. Brody (Ed.), *Women therapists working with women: New theory and process of feminist therapy* (pp. 22–33). New York: Springer.

¹ Эта книга выходит на русском языке в Издательском доме "Вильямс" в 2006 году под названием Структура разума: теория множественного интеллекта.

Gibson, P. (1994). Gay male and lesbian youth suicide. In M. R. Feinleib (Ed.), *Report of the secretary's task force on youth suicide. Vol. 3: Preventions and interventions in youth suicide* (pp. 110–142). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Giordano, P. J. (1997). Establishing rapport and developing interviewing skills. In J. R. Matthews & C. E. Walker (Eds.). *Basic skills and professional issues in clinical psychology* (pp. 59–82). Needham Heights: Allyn & Bacon.

Glasser, W. (1998). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. New York: HarperCollins.

Glasser, W. (2000). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. New York: HarperCollins.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2000). *Family therapy: An overview* (5th ed.). Belmont, CA: Brooks/ Cole.

Goldfried, M. (1990). *Psychotherapy integration: A mid-life crisis for behavior therapy*. Paper presented at the 24th annual meeting of the Association for the Advancement of behavior therapy, San Francisco.

Goldfried, M. (Ed.). (2001). *How therapists change: Personal and professional recollections*. Washington, DC: American Psychological Association.

Goldfried, M., & Davison, G. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Goldfried, M., & Davison, G. (1994). *Clinical behavior therapy* (exp ed.). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Goldman, L. (1972). Tests and counseling: A better way. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 15, 70–73.

Gordon, M. (1991). *ADHD/hyperactivity: A manual for parents and teachers*. Dewitt, NY: Gordon Systems.

Gottman, J. M., & DeClaire, J. (2001). *The relationship cure: A five-step guide for building better connections with family, friends, and lovers*. New York: Crown.

Gould, S. J. (1981). *The mismeasure of man*. New York: Norton.

Grahn, J. (1990). *Another mother tongue*. Boston: Beacon Press.

Gray, J. (1992). *Men are from Mars, women are from Venus*. New York: HarperCollins.

Green, R. J. (1996). Why ask, why tell? Teaching and learning about lesbians and gays in family therapy. *Family Process*, 35, 389–400.

Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.

Greenberg, M. A., Wortman, C. B., & Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 588–602.

Greenberg, R. P., & Staller, J. (1981). Personal therapy for therapists. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1467–1471.

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155–181.

Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis* (Vol. 1). New York: International Universities Press.

Greenspan, S. I., & Greenspan, N. T. (1991). *The clinical interview of the child* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Griffith, E. E. H., & Baker, F. M. (1993). Psychiatric care of African Americans. In A. C. Gaw (Ed.), *Culture, ethnicity, and mental illness* (pp. 147–173). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Grinder, J., & Bandler, R. (1976). *The structure of magic: II*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Guernsey, B. G. (1977). *Relationship enhancement*. San Francisco: Jossey-Bass.

Guest, J. (1982). *Ordinary people*. New York: Viking.

Gunderson, J. G., Phillips, K. A., Triebwasser, J., & Hirschfeld, R. (1994). The diagnostic interview for depressive personality. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1300–1304.

Gurman, A. S., & Jacobson, N. S. (2002). *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed.). New York: Guilford.

Gustafson, J. P. (1997). *The complex secret of brief psychotherapy: A panorama of approaches*. New York: Aronson.

Gustafson, K. E., McNamara, J. R., & Jensen, J. A. (1994). Parents informed consent decisions regarding psychotherapy for their children: Consideration of therapeutic risks and benefits. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 16–22.

Hack, T. F., & Cook, A. J. (1995). Getting started: Intake and initial sessions. In D. G. Martin & A. D. Moore (Eds.), *First steps in the art of intervention* (pp. 46–74). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Hadley, S. W., & Strupp, H. H. (1976). Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1291–1302.

Hahn, W. K., & Marks, L. I. (1996). Client receptiveness to the routine assessment of past suicide attempts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 592–594.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapies: The psychiatric techniques of Milton Erickson*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hall, C. C. I. (1997). Cultural malpractice; the growing obsolescence of psychology with the changing U.S. population. *American Psychologist*, 52, 642–651.

Hall, E. T. (1966). *The hidden dimension*. Garden City, NY: Doubleday.

Hall, G. C. N., Barongan, C., Bernal, G., Comas-Diaz, L., Hall, C. C. I., LaDue, R. A., et al. (1997). Misunderstandings of multiculturalism. *American Psychologist*, 52, 654–655.

Hall, R. C., Platt, D. E., & Hall, R. C. W. (1999). Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*, 40, 18–27.

Hailing, S., & Goldfarb, M. (1996). The new generation of diagnostic manuals (DSM-III, DSM-III-R, and DSM-IV): An overview and a phenomenologically based critique. *Journal of Phenomenological Psychology*, 27, 49–71.

Hamilton, M. (1967). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56–62.

Hammer, A. (1983). Matching perceptual predicates: Effect on perceived empathy in a counseling analogue. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 172–179.

Hampson, R. B., & Beavers, W. R. (1996). Measuring family therapy outcome in a clinical setting: Families that do better or do worse in therapy. *Family Process*, 35, 347–361.

Handelsman, M. M., & Glavin, M. D. (1988). Facilitating informed consent for outpatient psychotherapy: A suggested written format. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 223–225.

Hanna, F. J., Hanna, C. A., & Keys, S. G. (1999). Fifty strategies for counseling defiant, aggressive adolescents: Reaching, accepting, and relating. *Journal of Counseling and Development*, 77, 395–404.

Harrington, R. (1993). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. Chichester, England: John Wiley & Sons.

Hartman, A. (1995). Diagrammatic assessment of family relationships. *Families in Society*, 76, 111–122.

Hasin, D. J., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M., & Endicott, J. (1998). Psychiatric research interview for substance and mental disorders (PRISM): Reliability in substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1195–1201.

Hatfield, E., & Walster, G. W. (1981). *A new look at love*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Hawkins, R. L. (1992). Therapy with the male couple. In S. H. Dworkin, & F. J. Guitierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow* (pp. 81–94). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Hayes, K. F. (1999). *Working it out: Using exercise in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hazan C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270–280.

Healy, D. (2000). Antidepressant induced suicidality. *Primary Care in Psychiatry*, 6, 23–28.

Heinrich, R. K., Corbine, J. L., & Thomas, K. R. (1990). Counseling Native Americans. *Journal of Counseling and Development*, 69, 128–133.

Helstone, F. S., & van Zurren, F. J. (1996). Clinical decision making in intake interviews for psychotherapy: A qualitative study. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 191–206.

Hendrix, H. (1988). *Getting the love you want: A guide for couples*. New York: Holt and Company.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Herman, S. M. (1998). The relationship between therapist-client modality similarity and psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 56–64.

Herring, R. (1990). Understanding Native American values: Process and content concern for counselors. *Counseling and Values*, 34, 134–136.

Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., & Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front line health staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 242–247.

Hess, E. H. (1975). *The tell-tale eye*. New York: Van Nostrand-Reinhold.

Hibbs, E. D., & Jensen, P. S. (1996). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hickling, L. P., Hickling, E. J., Sison, G. F, & Radetsky, S. (1984). The effect of note-taking on a simulated clinical interview. *Journal of Psychology*, 116, 235–240.

Hill, C. E. (2001). *Helping skills: The empirical foundation*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Hillyer, D. (1996). Solution-oriented questions: An analysis of a key intervention in solution-focused therapy. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 2, 3–10.

Hines, P., & Boyd-Franklin, N. (1996). African American families. In M. McGoldrick, J. Giordano, & J. K. Pearce (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (2nd ed., pp. 66–84). New York: Guilford Press.

Ho, M. K. (1992). *Minority children and adolescents in therapy*. Newbury Park, CA: Sage.

Ho, M. K. (1993). *Family therapy with ethnic minorities*. Newbury Park, CA: Sage.

Hodges, K. (1985). *Manual for the child assessment schedule*. Unpublished manuscript. University of Missouri-Columbia.

Holt, R. R. (1969). *Assessing personality*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Hood, A. B., & Johnson, R. W. (1997). *Assessment in counseling*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Horowitz, M., Marmar, C., Krupnick, J., Wilner, H., Kaltreider, N., & Wallerstein, R. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. New York: Basic Books.

Horsley, G. C. (1997). In-laws: Extended family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 25, 18–27.

Hoyt, M. F. (1996). Welcome to possibilityland: A conversation with Bill O'Hanlon. In M. Hoyt (Ed.), *Constructive therapies* (Vol. 2, pp. 87–123). New York: Guilford Press.

Hrdy, S. B. (1999). *Mother nature: A history of mothers, infants, and natural selection*. New York: Pantheon Books.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hughes, C. C. (1993). Culture in clinical psychiatry. In A. C. Gaw (Ed.), *Culture, ethnicity, and mental illness* (pp. 3–41). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hughes, D. A. (1998). *Building the bonds of attachment*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Hughes, D. H. (1996). Suicide and violence assessment in psychiatry. *General Hospital Psychiatry*, 18, 416–421.

Hughes, J. N., & Baker, D. B. (1990). *The clinical child interview*. New York: Guilford Press.

Hutchins, D. E., & Cole, C. G. (1997). *Helping relationships and strategies* (3rd ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Huxley, A. (1932). *Brave new world*. New York: Harper & Row. (Хаксли, Олдос. *О дивный новый мир*.)

Hyman, I. A. (1997). The case against spanking. New York: Jossey-Bass,

Igartua, K. J. (1998). Therapy with lesbian couples: The issues and the interventions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 391–396.

International Association of Marriage and Family Counselors. (1993). Ethical code for the International Association of Marriage and Family Counselors. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1, 73–71.

Isaacs, M. L. (1997). The duty to warn and protect: Tarasoff and the elementary school counselor. *Elementary School Guidance and Counseling*, 31, 326–348.

Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (2002). *Theories of counseling and psychotherapy: A multicultural perspective* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Ivey, A. E., & Ivey, M. (1999). *Intentional interviewing and counseling* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.

Izard, C. E. (1982). *Measuring emotions in infants and children*. New York: Cambridge University Press.

Jacobson, N. (1996). *Integrative couples therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.

Jobes, D. A., & Berman, A. L. (1993). Suicide and malpractice liability: Assessing and revising policies, procedures, and practice in outpatient settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 91–99.

Jones, E. (1955). *The life and work of Sigmund Freud* (Vol. II). New York: Basic Books.

Jongsma, A. E. (2001). *The adult psychotherapy progress notes planner*. New York: John Wiley & Sons.

Jongsma, A. E., & Peterson, L. M. (1995). *The complete psychotherapy treatment planner*. New York: John Wiley & Sons.

Jongsma, A. E., & Peterson, L. M. (1999). *The complete adult psychotherapy treatment planner*. New York: John Wiley & Sons.

Jongsma, A. E., Peterson, L. M., & McInnis, W. P. (1996). *The child and adolescent psychotherapy treatment planner*. New York: John Wiley & Sons.

Jongsma, A. E., Peterson, L. M., & McInnis, W. P. (2000a). *The adolescent psychotherapy treatment planner*. New York: John Wiley & Sons.

Jongsma, A. E., Peterson, L. M., & McInnis, W. P. (2000b). *The child psychotherapy treatment planner*. New York: John Wiley & Sons.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Author*, 40, 495–499.

Juhnke, G. A. (1996). The adapted-SAD persons: A suicide assessment scale designed for use with children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 30, 252–263.

Kabat-Zinn, J. (1995). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kachur, S. P., Potter, L. B., James, S. P., & Powell, K. E. (1995). *Suicide in the United States* (Violence Surveillance Summary Series, No. 1). Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control.

Kaplan, M. L., Asnis, G. M., Sanderson, W. C., Keswani, L., De Lecuona, I. M., & Joseph, S. (1994). Suicide assessment: Clinical interview vs. self-report. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 294–298.

Karon, B. P. (2000). The clinical interpretation of the Thematic Apperception Test, Rorschach, and other clinical data: A reexamination of statistical versus clinical prediction. *Professional Psychology*, 31, 230–233.

Kaye, N. S., & Soreff, S. M. (1991). The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. *American Journal of Psychiatry*, 148, 739–743.

Kaysen, S. (1993). *Girl, interrupted*. New York: Vintage Books.

Kazdin, A. E. (1979). Fictions, factions, and functions of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 10, 629–656.

Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Keats, D. M. (2000). *Interviewing: A practical guide for students and professionals*. Buckingham, England: Open University Press.

Kelly, F. D. (1997). *The clinical interview of the adolescent: From assessment and formulation to treatment planning*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 vols.). New York: Norton.

Kendall, P. C., & Bemis, K. M. (1983). Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approaches. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 565–592). New York: Pergamon Press.

Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

Kihlstrom, J. F. (1985). Hypnosis. *Animal Review of Psychology*, 36, 385–418.

King, R., Riddle, M., Chappell, P., Hardin, M., Anderson, G., Lombroso, P., et al. (1991). Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescent during fluoxetine treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 171–176.

Kishi, Y., Robinson, R. G., & Kosier, J. T. (2001). Suicidal ideation among patients during the rehabilitation period after life-threatening physical illness. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189, 623–628.

Kitano, H. L. (1969). *Japanese Americans: The evolution of a subculture*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kivlighan, D. M., Jr. (2002). Transference, interpretation, and insight. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 166–196). Boston: Allyn & Bacon.

Kleepsies, P. M. (1993). Stress of patient suicidal behavior: Implications for interns and training programs in psychology. *Professional Psychology*, 24, 477–482.

Klein, P. D. (1997). Multiplying the problems of intelligence by eight: A critique of Gardner's theory. *Canadian Journal of Education*, 22, 377–394.

Klerman, G. (1984). The advantages of the DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 141, 539–542.

Knapp, M. L. (1972). *Nonverbal communication in human interaction*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Knickmeyer, S. (1996). Media coverage of suicides. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 269–271.

Kohut, H. (1972). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* London: University of Chicago Press.

Koocher, G. P., Goodman, G. S., White, C. S., & Fredrick, W. N. (1996). Psychological science and the use of anatomically detailed dolls in child sexual abuse assessments. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 1996, 367–425.

Korchin, S. J. (1976). *Modern clinical psychology*. New York: Basic Books.

Kovacs, M., & Paulaukas, S. L. (1984). Developmental stage and the expression of depressive disorders in children: An empirical analysis. *New Directions for Child Development*, 26, 59–80.

Kposowa, A. J. (2001). Unemployment and suicide: A cohort analysis of social factors predicting suicide: A Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, 31, 127–138.

Kramer, P. D. (1993). *Listening to prozac*. New York: Viking.

Krents, H. (1972). *To race the wind*. Toronto, Ontario, Canada: Longmans Canada Limited.

Kronenberger, W. G., & Meyer, R. G. (1996). *The child clinician's handbook*. Boston: Allyn & Bacon.

Krumboltz, J. D., & Thoresen, C. E. (Eds.). (1976). *Counseling methods*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Krupnick, J. L., Stosky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532–539.

Kurdek, L., & Smith, J. P. (1987). Partner monogamy in married, heterosexual, cohabitating, gay, and lesbian couples. *Journal of Sex Research*, 23, 212–232.

Kushner, H. I. (1991). *American suicide: A psychocultural exploration*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1997). *Making us crazy. DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.

Laing, R. D. (1982). *The voice of experience*. New York: Pantheon Books.

Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469–485.

Lambert, M. J., & Bergin, A. K. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. K. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143–189). New York: John Wiley & Sons.

Lambert, M. T., & Fowler, D. R. (1997). Suicide risk factors among veterans: Risk management in the changing culture of the Department of Veterans Affairs. *Journal of Mental Health Administration*, 24, 350–358.

Landreth, G. L., & Lobaugh, A. F. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 76, 157–165.

Langs, R. (1973). *The technique of psychoanalytic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

Langs, R. (1986). *Unconscious communication and the technique of psychotherapy*. Continuing education seminar, Syracuse, NY.

Lankton, S. R., Lankton, C. H., & Matthews, W. J. (1991). Ericksonian family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (Vol. 2, pp. 239–283). New York: Brunner/Mazel.

Lansky, M. R. (1986). Marital therapy for narcissistic disorders. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 562–584). New York: Guilford Press.

Lazarus, A. A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.

Lazarus, A. A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, A. A. (1994). *How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness*. *Ethics and Behavior*, 4, 255–261.

Lazarus, A. A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. New York: Springer.

Lazarus, A. A., Beutler, L. E., & Norcross, J. C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*, 29, 11–20.

Leahy, R. L., & Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.

Lee, E. (1996). Asian American families: An overview. In M. McGoldrick, J. Giordano, & J. K. Pearce (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (2nd ed., pp. 227–248). New York: Guilford Press.

Lee, S., Wright, S., Sayer, I., Parr, A.-M., Gray, R., & Gournay, K. (2001). Physical restraint training for nurses in English and Welsh psychiatric intensive care and regional secure units. *Journal of Mental Health*, 10 [Special issue], 151–162.

Le Guin, U. K. (1969). *The left hand of darkness*. New York: Ace Books.

Lennon, S. J., & Davis, L. L. (1990). Categorization in first impressions. *Journal of Psychology*, 123, 439–446.

Lester, D. (1996). *Patterns of suicide & homicide in the world*. Huntington, NY: Nova Science Publishers.

Leve, R. M. (1995). *Child and adolescent psychotherapy*. Boston: Allyn & Bacon.

Levitt, E. A. (1964). The relationship between abilities to express emotional meanings vocally and facially. In J. R. Davis (Ed.), *The communication of emotional meaning*. New York: McGraw-Hill.

Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. (1999). Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviors for patients in treatment. In D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 146–187). San Francisco: Jossey-Bass.

Litman, R. E. (1995). Suicide prevention in a treatment setting. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 134–142.

Locke, E. A., Shaw, K. N., Saari, L. M., & Latham, G. P. (1981). Goal setting and task performance: 1969–1980. *Psychological Bulletin*, 90, 125–152.

Loftus, E. F. (2001). Imagining the past. *Psychologist* (Special Issue: After the facts), 14, 584–587.

Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. New York: Simon & Schuster.

Lowry, J. L., & Ross, M. J. (1997). Expectations of psychotherapy duration: How long should psychotherapy last? *Psychotherapy*, 34, 272–277.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.

Luquet, W. (1996). *Short term couples therapy: The imago model in action*. New York: Brunner/Mazel.

Lynn, S. I., Martin, D. J., & Frauman, D. C. (1996). Does hypnosis pose special risks for negative effects? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 7–19.

Maag, J. W. (2001). Rewarded by punishment: Reflections on the disuse of positive reinforcement in schools. *Exceptional Children*, 67, 173–186.

Macaskill, N., & Macaskill, A. (1992). Psychotherapists-in-training evaluate their personal therapy: Results of a U.K. survey. *British Journal of Psychotherapy*, 9, 133–138.

MacDonald, B. (1947). *Mrs. Piggle-Wiggle*. New York: Scholastic.

Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawings of the human figure*. Springfield, IL: Thomas.

Mahalik, J. R. (2002). Understanding client resistance in therapy: Implications from research on the counseling process. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 66–80). Boston: Allyn & Bacon.

Maholick, L. T., & Turner, D. W. (1979). Termination: That difficult farewell. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 583–591.

Mahoney, M. J. (1990). *Developmental psychotherapy*. Workshop presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

Mallinckrodt, B. (1991). Client's representation of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 401–409.

Marcus, S. V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307–315.

Margulies, A. (1984). Toward empathy: The uses of wonder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1025–1033.

Marin, G., & Marin, B. V. (1991). *Research with Hispanic populations*. Newbury Park, CA: Sage.

Martin, D. G., & Moore, A. D. (1995). *First steps in the art of intervention: A guidebook for trainees in the helping professions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.

Matarazzo, J. D. (1983). The reliability of psychiatric and psychological diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 3, 103–145.

Matthews, J. R., & Walker, C. E. (1997). *Basic skills and professional issues in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

Maurer, R. E., & Tindall, J. H. (1983). Effect of postural congruence on client's perception of counselor empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 158–163.

Mayerson, N. (1984). Preparing clients for group therapy: A critical review and theoretical formulation. *Clinical Psychology Review*, 4, 191–213.

McCarthy, P. R., & Foa, E. (1990). Obsessive-compulsive disorder. In M. E. Thase, B. A. Edelstein, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of outpatient treatment of adults: Nonpsychotic mental disorders* (pp. 209–234). New York: Plenum Press.

McDaniel, I., Purcell, D., & D'Augelli, A. R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(Suppl.), 84–105.

McDonald, H. B., & Steinhorn, A. I. (1993). *Understanding homosexuality: A guide for those who know, love, or counsel gay and lesbian individuals*. New York: Crossroad.

McDonnell, T. P. (Ed.). (1974). *A Thomas Merton Reader*. New York: Doubleday.

McGoldrick, M., Garcia-Preto, N., Hines, P., & Lee, E. (1989). Ethnicity and women. In M. McGoldrick, D. Anderson, & F. Walsh (Eds.), *Women in families* (169–199). New York: Norton.

McGoldrick, M., & Gerson, R. (1985). *Genograms in family assessment*. New York: Norton.

McGoldrick, M., Giordano, I., & Pearce, J. K. (1996). *Ethnicity and family therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

McIntosh, J. L. (1991). Epidemiology of suicide in the United States. In A. A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide* (pp. 55–69). New York: Plenum Press.

McKenzie, I., & Wurr, C. (2001). Early suicide following discharge from a psychiatric hospital. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 358–363.

McLean, P. D., & Woody, S. R. (2001). *Anxiety disorders in adults: An evidence-based approach to psychological treatment*. London: Oxford University Press.

McNeilly, R. B. (2000). *Healing the whole person: A solution-focused approach to using empowering language, emotions, and actions in therapy*. New York: John Wiley & Sons.

Mead, M. A., Hohenshil, T. H., & Singh, K. (1997). How the DSM system is used by clinical counselors: A national study. *Journal of Mental Health Counseling*, 19, 383–401.

Meador, B., & Rogers, C. R. (1984). Person-centered therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 155–194). Itasca, IL: Peacock.

Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Twin Cities: University of Minnesota Press.

Meehl, P. E. (1986). Causes and effects of my disturbing little book. *Journal of Personality Assessment*, 50, 370–375.

Meichenbaum, D. (1997). The evolution of a cognitive-behavior therapist. In J.K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference* (pp. 96–104). New York: Brunner/Mazel.

Meier, S. T., & Davis, S. R. (2001). *The elements of counseling* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.

Meissner, W. W. (1991). *What is effective psychotherapy: The move from interpretation to relation*. New York: Aronson.

Mersky, H. (1996). Influences of the media: A powerful what? *Lancet*, 347, 416.

Mezzich, J. E., & Shea, S. C. (1990). Interviewing and diagnosis. In M. E. Thase, B. A. Edelstein, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of outpatient treatment of adults: Nonpsychotic mental disorders* (pp. 3–18). New York: Plenum Press.

Miller, J. B. (1986). *Toward a new psychology of women* (2nd ed.). Boston: Beacon Press.

Miller, M. (1985). *Information center: Training workshop manual*. San Diego, CA: The Information Center.

Miller, P. H. (1995). *Theories of developmental psychology* (3rd ed.). San Francisco: Freeman.

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147–172.

Miller, W. R. (2000). Motivational interviewing. IV: Some parallels with horse whispering. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28 [Special issue]. 285–292.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1998). *Motivational interviewing* (Vols. 1-7) [Professional training videotape series, produced by Theresa B. Moyers]. Albuquerque, NM: Horizon West Productions.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Oxford: Harvard University Press.

Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: John Wiley & Sons.

Mitchell, J., & Everly, G. S. (1993). *Critical incidence stress debriefing*. New York: Chevron Publishing.

Molnar, B. E., Berkman, L. F., & Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behavior in the U.S. *Psychological Medicine*, 31, 965–977.

Monroe, P. G. (1997). Building bridges with biblical counselors. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 28–37.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (1986). *Family environment scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Moras, K., & Strupp, H. H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405–409.

Morgan, H. (1996). An analysis of Gardner's theory of multiple intelligence. *Roeper Review*, 18, 263–269.

Moris, R. (1990). *Forensic suicidology*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Boston.

Morrison, J. (1993). *The first interview*. New York: Guilford Press.

Morrison, J. (1994). *The first interview* (revised for the *DSM-IV*). New York: Guilford Press.

Morse, G. G. (1997). Effect of positive refraining and social support on perception of perimenstrual changes among women with premenstrual syndrome. *Health Care Women International*, 18, 175–193.

Morshead, L. L. (1990). *Psychotherapists' responses to anger manifested by female clients*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Boston.

Mosak, H. H. (1989). Adlerian psychotherapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (4th ed., pp. 65–116). Itasca, IL: Peacock.

Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499–517.

Moursund, J. (1992). *The process of counseling and therapy* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Muehrer, P. (1995). Suicide and sexual orientation: A critical summary of recent research and directions for future research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 72–81.

Murphy, B. C. (1992). Counseling lesbian couples: Sexism, heterosexism, and homophobia. In S. H. Dworkin & F. J. Guitierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow* (pp. 63–79). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Murphy, G. E., & Wetzal, R. D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383–392.

Murphy, J. (1997). *Solution-focused counseling in middle and high schools*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (1988). *Psychological testing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Myers, D. G. (1989). *Psychology* (2nd ed.). New York: Worth.

Myers, I. B. (1962). Manual: *The Myers-Briggs Type Indicator*. Princeton, NJ: Educational Testing Service.

Myers, I. B., & McCaulley, M. H. (1985). *Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.

Nash, L. (1996). The delusion of infection with HIV. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 467–471.

Natale, S. M. (1985). Confrontation and the religious beliefs of a client. In E. M. Stern (Ed.), *Psychotherapy and the religiously committed patient*. New York: Haworth Press.

Nathan, P. E. (1998). Practice guidelines: Not yet ideal. *American Psychologist*, 53, 290–299.

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford Press.

National Association of Social Workers. (1996). *Code of ethics*. Washington, DC: Author.

Neeleman, I., Wessely, S., & Lewis, G. (1998). Suicide acceptability in African and White Americans: The role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 12–16.

Neff, J. A., & Hoppe, S. K. (1993). Race/ethnicity, acculturation, and psychological distress: Fatalism and religiosity as cultural resources. *Journal of Community Psychology*, 21, 3–20.

Nelson, M. L., & Neufeldt, A. (1996). Building on an empirical foundation: Strategies to enhance good practice. *Journal of Counseling and Development*, 74, 609–615.

Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology*, 31, 710–713.

Norman, M. G., Davies, E., Nicholson, I. R., Cortese, L., & Malla, A. K. (1998). The relationship of two aspects of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 50–68.

North, C. S., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1993). Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless? *American Journal of Psychiatry*, 150, 578–583.

Noshpitz, J. D. (1994). Self-destructiveness in adolescence: Psychotherapeutic issues. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 347–362.

Nouwen, H. J. M. (1977). *The living reminder*. New York: Seabury Press.

Nutt, R. L., Hampton, B. R., Folks, B., & Johnson, R. J. (1990). *Applying feminist principles to supervision*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Boston.

O'Brien, S. (1989). *American Indian tribal governments*. Norman: University of Oklahoma Press.

O'Connor, M. F. (1992). Psychotherapy with gay and lesbian adolescents. In S. H. Dworkin & F. J. Gutierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow* (pp. 3–22). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Odell, M., & Campbell, C. E. (1998). *The practical practice of marriage and family therapy: Things my training supervisor never told me*. New York: Hawthorne Press.

Ogbu, J. U. (1992). Understanding cultural diversity and learning. *Educational Researcher*, 21, 5–14.

O'Hanlon, B., & Bertolino, B. (1998). *Even from a broken web: Brief respectful solution-oriented therapy for sexual abuse and trauma*. New York: John Wiley & Sons.

Ohberg, A., Vuori, E., Ojanpera, I., & Loenngvist, P. (1996). Alcohol and drugs in suicides. *British Journal of Psychiatry*, 169, 75–80.

O'Kelly, J. G., Piper, W. E., Kerber, R., & Fowler, J. (1998). Exercise groups in an insight-oriented, evening treatment program. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48, 85–98.

Okun, B. F. (1997). *Effective helping: Interviewing and counseling techniques* (5th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Olson, M. E. (2000). *Feminism, community, and communication*. Binghamton, New York: Haworth Press.

Osman, A., Bagge, C. L., & Gutierrez, P. M. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443–454.

Oster, G. D., & Gould, P. (1987). *Using drawings in assessment and therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Othmer, E., & Othmer, S. C. (1994). *The clinical interview using DSM-IV. V. 1: Fundamentals*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Overholser, J. C., Freiheit, S. R., & DiFilippo, J. M. (1997). Emotional distress and substance abuse as risk factors for suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 402–408.

Paniagua, F. A. (1998). *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (2nd ed.). London: Sage.

Paniagua, F. A. (2001). *Diagnosis in a multicultural context: A casebook for mental health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Papp, P. (1976). Family choreography. In P. J. Guerin Jr. (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 276–299). New York: Gardner Press.

Parrott, L. (1992). Earliest recollections and birth order: Two Adlerian exercises. *Teaching of Psychology*, 19, 40–42.

Patterson, C. H. (1996). Multicultural counseling: From diversity to universality. *Journal of Counseling and Development*, 74, 227–231.

Patterson, C. H., & Watkins, C. E. (1996). *Theories of psychotherapy*. New York: HarperCollins.

Patterson, J., Williams, L., Grauf-Grounds, C., & Charmow, L. (1998). *Essential skills in family therapy: From the first interview to termination*. New York: Guilford Press.

Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, I., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24, 343–349.

Paunonen, S. V. (2001). Inconsistencies in the personality consistency debate. *Psychological Inquiry*, 12 [Special issue], 91–93.

Pearlman, L. A., & Mac-Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effect of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology Research and Practice*, 26, 558–565.

Pearn, I. (2000). Traumatic stress disorders: A classification with implications for prevention and management. *Military Medicine*, 165, 434–440.

Peck, M. S. (1978). *The roadless traveled*. New York: Simon & Schuster.

Pedersen, P. (1996). The importance of both similarities and differences in multicultural counseling: Reaction to C. H. Patterson. *Journal of Counseling and Development*, 74, 236–237.

Pedersen, P., Draguns, J., Lonner, J., & Trimble, J. (1996). *Counseling across cultures* (4th ed.). Honolulu: University of Hawaii Press.

Pennebaker, J. W. (1995). *Emotions, disclosure and health*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pennebaker, J. W. (2000). The effects of traumatic disclosure on physical and mental health: The values of writing and talking about upsetting events. In J. M. Violanti & D. Paton (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 97–114). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Peterson, J. V., & Nisenholz, B. (1987). *Orientation to counseling*. Boston: Allyn & Bacon.

Phares, E. J. (1988). *Clinical Psychology* (3rd ed.). Chicago: Dorsey Press.

Piersma, H. L., & Boes, J. L. (1997). The GAF and psychiatric outcome: A descriptive report. *Community Mental Health Journal*, 33, 35–41.

Pietrofesa, J. X., Hoffman, A., & Splete, H. H. (1984). *Counseling: An introduction* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Pipes, R. B., & Davenport, D. S. (1999). *Introduction to psychotherapy: Common clinical wisdom* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Pizer, B. (1997). When the analyst is ill: Dimensions of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 450–469.

Plaud, J. J., & Eifert, G. H. (1998). *From behavior theory to behavior therapy*. Boston: Allyn & Bacon.

Plotkin, R. (1981). When rights collide: Parents, children, and consent to treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 6, 121–130.

Poe, E. A. (1985). *Silence: A fable*. In *Works of Edgar Allan Poe*. New York: Avenel Books.

Polanski, P. I., & Hinkle, J. S. (2000). The mental status examination: Its use by professional counselors. *Journal of Counseling and Development*, 78, 357–364.

Ponterotto, J. G., Rivera, L., & Sueyoshi, L. A. (2000). The career-in-culture interview: A semistructured protocol for the cross cultural intake interview. *Career Development Quarterly*, 49, 85–96.

Pope, K. S. (1990). Therapist-patient sex as sex abuse: Six scientific, professional and practical dilemmas in addressing victimization and rehabilitation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 227–239.

Priestley, G., & Pipe, M. E. (1997). Using toys and models in interviews with young children. *Applied Cognitive Psychology*, 11, 69–87.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.

Puig-Antich, J., Chambers, W., & Tabrizi, M. A. (1983). The clinical assessment of current depressive episodes in children and adolescents: Interviews with parents and children. In D. Cantwell & G. Carlson (Eds.), *Childhood depression* (pp. 157–179). New York: Spectrum.

Random House. (1993). *Random House unabridged dictionary* (2nd ed.). New York: Author.

Rapoport, J. L., & Ismond, D. R. (1996). *DSM-IV training guide for diagnosis of childhood disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Raue, P. I., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. (1993). The working alliance: A comparison of two therapies. *Psychotherapy Research*, 3, 197–207.

Raue, P. I., Goldfried, M., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 582–587.

Read, J., Agar, K., Barker-Collo, S., Davies, E., & Moskowitz, A. (2001). Assessing suicidality in adults: Integrating childhood trauma as a major risk factor. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 367–372.

Reischauer, E. (1988). *The Japanese today: Change and conformity*. Cambridge, MA: Belknap.

Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466–495.

Renik, O. (1999). Playing one's cards face up in analysis: An approach to the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 68, 521–530.

Resnik, H. L. P. (1980). Suicide. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Richardson, B. (2001). *Working with challenging youth: Lessons learned along the way*. Philadelphia: Brunner-Routledge.

Ricks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In D. F. Ricks, M. Roff, & A. Thomas (Eds.), *Life history research in psychopathology* (pp. 324–343). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Riley, P. (Ed.). (1993). *Growing up Native American: An anthology*. New York: Morrow.

Rilke, R. M. (1992). *Letters to a young poet* (J. Burnham, Trans.). San Rafael, CA: New World Library.

Robins, E. (1985). Psychiatric emergencies. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Robinson, B. E. (1997). Guideline for initial evaluation of the patient with memory loss. *Geriatrics*, 52, 30–32.

Robinson, D. J. (2001). *Brain calipers: Descriptive psychopathology and the psychiatric mental status examination* (2nd ed.). Port Huron, MI: Rapid Psychler Press.

Robinson, F. (1950). *Principles and procedures in student counseling*. New York: Harper & Row.

Rodolfa, E. R., Kraft, W. A., & Reilley, R. R. (1988). Stressors of professionals and trainees at APA-approved counseling and VA medical center internship sites. *Professional Psychologist: Research and Practice*, 19, 43–49.

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.

Rogers, C. R. (1958). The characteristics of a helping relationship. *Personnel and Guidance Journal*, 37, 6–16.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32, 416–429.

Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn: A view of what education might become*. Columbus, OH: Merrill.

Rogers, C. R. (1972). *Carl Rogers on counseling, a personal perspective at 75*. Corona Del Mar, CA: Psychological and Educational Films.

Rogers, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal power*. New York: Delacorte.

Rogers, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80s*. Columbus, OH: Merrill.

Rogers, R. (2001). *Handbook of diagnostic and structured interviewing*. New York: Guilford Press.

Rollnick, S., & Bell, A. (1991). Brief motivational interviewing for use by the nonspecialist. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing* (pp. 203–213). New York: Guilford Press.

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325–334.

Rosenberg, J. I. (1999). Suicide prevention: An integrated training model using affective and action-based interventions. *Professional Psychology*, 30, 83–87.

Rosenberg, J. I. (2000). The complexities of suicide prevention and intervention training: A response to Sommers-Flanagan, Rothman, and Schwenkler. (2000). *Professional Psychology*, 31, 100–101.

Rosenthal, L. D., Zorick, F. I., & Merlotti, L. (1990). Signs and symptoms associated with cataplexy in narcolepsy patients. *Biological Psychiatry*, 27, 1057–1060.

Rosenthal, R., & Akiskal, H. S. (1985). Mental status examination. In M. Hersen & S. M. Turner (Eds.), *Diagnostic interviewing* (25–52). New York: Plenum Press.

Rossau, C. D., & Mortensen, P. B. (1997). Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: Nested case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 171, 355–359.

Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom?* New York: Guilford Press.

Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317–334.

Roukema, R. W. (1998). *What every patient, family, friend, and caregiver needs to know about psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Roy, A. (1989). Suicide. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Rubel, A. I., O'Neill, C. W., & Collado-Ardon, R. (1984). *Susto: A folk illness*. Berkeley: University of California Press.

Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91, 1276–1281.

Rutter, M., & Rutter, M. (1993). *Developing minds*. New York: Basic Books.

Saint Exupery, A. de. (1971). *The little prince*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Sandhu, D. S., Portes, P. R., & McPhee, S. A. (1996). Assessing cultural adaptation: Psychometric properties of the Cultural Adaptation Pain Scale. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 15–25.

Sanua, V. D. (1996). The myth of organicity of mental disorders. *Humanistic Psychologist*, 24, 55–78.

Sarles, R. M. (1994). Transference-countertransference issues with adolescents: Personal reflections. *American Journal of Psychotherapy*, 4H, 64–74.

- Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Sattler, J. M. (1992). *Assessment of children* (2nd ed.). San Diego, CA: Author.
- Scarf, M. (1995). *Intimate worlds*. New York: Random House.
- Schact, T. E., Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1984). The dynamic focus. In H. H. Strupp & J. L. Binder (Eds.), *Psychotherapy in a new key* (pp. 56–109). New York: Basic Books.
- Schmidt, H. G., Norman, G. R., & Boshuizen, H. P. (1990). A cognitive perspective on medical expertise. *Academic Medicine*, 65, 611–621.
- Seay, T. A. (1978). *Systematic eclectic therapy*. Jonesboro, TN: Pilgrimage Press.
- Segal, D. L. (1997). Structured interviewing and DSM classification. In S. M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (3rd ed., pp. 24–57). New York: John Wiley & Sons.
- Segal, H. (1993). Countertransference. In A. Alexandris & G. Vaslamatzis (Eds.), *Countertransference: Theory, technique, teaching*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Segal, J. (1993). Against self-disclosure. In W. Dryden (Ed.), *Questions and answers on counselling in action* (pp. 11–18). London: Sage.
- Selekman, M. D. (1993). *Pathways to change*. New York: Guilford Press.
- Seligman, L. (1996). *Diagnosis and treatment planning in counseling* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Seligman, L. (1998). *Selecting effective treatments* (rev. ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Report study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Seligman, M. E. P., & Levant, R. F. (1998). Managed care policies on inadequate science. *Professional Psychology*, 29, 211–212.
- Senzaki, N., & Reps, P. (1939). *101 Zen stories*. Philadelphia: David McKay.
- Seppae, K., Lepistoe, J., & Sillanaukee, P. (1998). Five-Shot questionnaire on heavy drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1788–1791.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Sharpley, C. F. (1984). Predicate matching in NLP: A review of research on the preferred representational system. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 238–248.
- Shea, S. C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.

Shea, S. C. (1999). *The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. New York: John Wiley & Sons.

Shea, S. C., & Mezzich, J. E. (1988). Contemporary psychiatric interviewing: New directions for training. *Psychiatry*, 51, 385–397.

Sheitman, B. B., Lee, H., Strauss, R., & Lieberman, J. A. (1997). The evaluation and treatment of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 653–661.

Sheline, J. L., Skipper, B. X., & Broadhead, W. E. (1994). Risk factors for violent behavior in elementary school boys: Have you hugged your child today? *American Journal of Public Health*, 84, 661–663.

Shirk, S., & Harter, S. (1996). Treatment of low self-esteem. In M. A. Reineke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (pp. 175–198). New York: Guilford Press.

Shneidman, E. S. (1980). Psychotherapy with suicidal patients. In T. B. Karasu & L. Bellak (Eds.), *Specialized techniques in individual psychotherapy* (pp. 306–328). New York: Brunner/Mazel.

Shneidman, E. S. (1981). *Suicide thoughts and reflections, 1960–1980*. New York: Guilford Press.

Shneidman, E. S. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 319–328.

Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.

Siassi, I. (1984). Psychiatric interview and mental status examination. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (pp. 259–275). New York: Pergamon Press.

Sifneos, P. E. (1987). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Press.

Silverman, C. (1968). The epidemiology of depression — A review. *American Journal of Psychiatry*, 124, 883–891.

Silverman, W. (1987). *Anxiety disorders interview schedule for children (ADIS)*. Albany, NY: Graywind.

Simon, R. I. (1999). The suicide prevention contract: Clinical, legal, and risk management issues. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 445–450.

Simon, R. I. (2000). Taking the “Sue” out of suicide: A forensic psychiatrist’s perspective. *Psychiatric Annals*, 30, 399–407.

Simonds, S. L. (1994). *Bridging the silence: Nonverbal modalities in the treatment of adult survivors of childhood sexual abuse*. New York: Norton.

Simons, R. C., & Hughes, C. C. (1993). Cultural-bound syndromes. In A. C. Gaw (Ed.), *Culture, ethnicity, and mental illness* (pp. 75–93). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Skerrett, K. (1996). From isolation to mutuality: A feminist collaborative model of couples therapy. In M. Hill & E. D. Rothblum (Eds.), *Feminist perspectives* (pp. 93–105). New York: Harrington Park Press.
- Skinner, B. F. (1972). *Walden two*. New York: Knopf.
- Smail, D. (1997). *Illusion and reality: The meaning of anxiety*. London: Constable.
- Smail, D. (2000, July). *Helping with distress. Presented at the annual conference of the Central England Region of Cruse*, Kettering, United Kingdom.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith-Hanen, S. S. (1977). Effects of nonverbal behaviors on judged levels of counselor warmth and empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 87–91.
- Snyder, D. K. (1979). Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage & the Family*, 41, 813–823.
- Snyder, D. K. (1981). *Marriage satisfaction inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526–537.
- Soisson, E. L., VandeCreek, L., & Knapp, S. (1987). Thorough record keeping: A good defense in a litigious era. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 498–502.
- Sommers, J. (1986). *Psychiatric and familial sabotage in a case of obsessive-compulsive disorder*. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association. Seattle, WA.
- Sommers-Flanagan, J. (1998, February 16). Tough kids may feel the bite of conscience. *The Missoulian*, C12.
- Sommers-Flanagan, J., & Means, J. R. (1987). Thou shalt not ask questions: An approach to teaching interviewing skills. *Teaching of Psychology*, 14, 164–166.
- Sommers-Flanagan, J., Rothman, M., & Schwenkler, R. (2000). Training psychologists to become competent suicide assessment interviewers: Commentary on Rosenberg's. (1999). suicide prevention training model. *Professional Psychology*, 31, 99–100.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1989). A categorization of pitfalls common to beginning interviewers. *Journal of Training and Practice in Professional Psychology*, 3, 58–71.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1995a). Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. *Professional Psychology*, 26, 41–47.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1995b). Rapid emotional change strategies with difficult youth. *Child and Family Behavior Therapy*, 17, 11–22.

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1996). The Wizard of Oz metaphor in hypnosis with treatment-resistant children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 39, 105–114.

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1997). *Tough kids, cool counseling: User-friendly approaches with challenging youth*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1998). Assessment and diagnosis of conduct disorder. *Journal of Counseling and Development*, 76, 189–197.

Sommers-Flanagan, J., Sommers-Flanagan, R., & Palmer, C. (2001). Counseling interventions for children with disruptive behaviors. In E. R. Welfel & R. E. Ingersoll (Eds.), *The mental health desk reference* (pp. 205–212). New York: John Wiley & Sons.

Sommers-Flanagan, R., Elander, C. D., & Sommers-Flanagan, J. (2000). *Don't divorce us!: Kids' advice to divorcing parents*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Sommers-Flanagan, R., Elliot, D., & Sommers-Flanagan, J. (1998). Exploring the edges: Boundaries and breaks. *Ethics and Behavior*, 8, 37–48.

Sonne, J. L., & Pope, K. S. (1991). Treating victims of therapist-patient sexual involvement. *Psychotherapy*, 28, 174–187.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38, 15–28.

Speight, S. L., & Vera, E. M. (1997). Similarity and difference in multicultural counseling: Considering the attraction and repulsion hypotheses. *Counseling Psychologist*, 25, 280–298.

Sperry, L., & Giblin, P. (1996). Marital and family therapy with religious persons. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 511–532). Washington, DC: American Psychological Association.

Spiegel, S. (1989). *An interpersonal approach to child therapy*. New York: Columbia University Press.

Spitzer, R. L., Forman, J., & Nee, J. (1979). DSM-III field trials. I: Initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry*, 136, 818–820.

Sporakowski, M. J., Prouty, A. M., & Habben, C. (2001). Assessment in couple and family counseling. In E. R. Welfel & R. E. Ingersoll (Eds.), *The mental health desk reference* (pp. 372–378). New York: John Wiley & Sons.

Staats, A. W. (1996). *Behavior and personality: Psychological behaviorism*. New York: Springer.

Steenbarger, B. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: An integrative review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 111–119.

Steffens, D. C., & Morgenlander, J. C. (1999). Initial evaluation of suspected dementia. Asking the right questions. *Postgraduate Medicine*, 106, 72–76, 79–80, 82–83.

Stephan, W. G., Diaz-Loving, R., & Duran, A. (2000). Integrated threat theory and intercultural attitudes: Mexico and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 240–249.

Stern, E. M. (1985). *Psychotherapy and the religiously committed patient*. New York: Haworth Press.

Stern, S. (1993). Managed care, brief therapy, and therapeutic integrity. *Psychotherapy*, 30, 162–175.

Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. New York: Cambridge University Press.

Sternberg, R. I., & Wagner, R. K. (Eds.). (1986). *Practical intelligence: Origins of competence in the everyday world*. New York: Cambridge University Press.

Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165–180.

Straus, M. A., Sugarman, D. B., & Giles-Sims, J. (1997). Spanking children and subsequent antisocial behavior of children. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 151, 761–767.

Strean, H. S. (1985). *Resolving marital conflict: A psychodynamic perspective*. New York: John Wiley & Sons.

Strieker, G., & Fisher, M. (Eds.). (1990). *Self-disclosure in the therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.

Strong, B., & DeVault, C. (1989). *The marriage and family experience* (4th ed.). St. Paul, MN: West.

Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 215–224.

Strub, R. L., & Black, F. W. (1977). *The mental status examination in neurology*. Philadelphia: Davis.

Strub, R. L., & Black, F. W. (1999). *The mental status examination in neurology* (4th ed.). Philadelphia: Davis.

Strupp, H. H. (1955). The effect of the psychotherapist's personal analysis upon his techniques. *Journal of Consulting Psychology*, 19, 197–204.

Strupp, H. H. (1983). Psychoanalytic psychotherapy. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (471–488). New York: Pergamon Press.

Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.

Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1979). Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125–1136.

Stuart, R. B., & Stuart, F. (1975). *Premarital counseling inventory manual*. Ann Arbor, MI: Compuscore.

Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling and Development*, 70, 477–486.

Sue, D. W., Ivey, A. E., & Pedersen, P. B. (1996). *A theory of multicultural counseling & therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

Sue, D. W. & Sue, S. (1987). Cultural factors in the clinical assessment of Asian Americans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 479–487.

Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53, 440–448.

Sullivan, H. S. (1970). *The psychiatric interview*. New York: Norton.

Susser, I., & Patterson, T. C. (Eds.). (2000). *Cultural diversity in the U.S.: A critical reader*. London: Blackwell.

Sutton, C. T., & Broken Nose, M. A. (1996). American Indian families: An overview. In M. Mc-Goldrick, J. Giordano, & J. K. Pearce (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (2nd ed., pp. 31–44). New York: Guilford Press.

Swartz-Kulstad, J. L., & Martin, W. E., Jr. (1999). Impact of culture and context on psychosocial adaptation: The cultural and contextual guide process. *Journal of Counseling and Development*, 77, 281–293.

Swartz-Kulstad, J. L., & Martin, W. E., Jr. (2000). Culture as an essential aspect of person-environment fit. In W. E. Martin Jr. & J. L. Swartz-Kulstad (Eds.), *Person-environment psychology and mental health: Assessment and intervention* (pp. 169–195). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Szajnberg, N. M., Moilanen, I., Kanerva, A., & Tolf, B. (1996). Munchausen-by-proxy syndrome: Countertransference as a diagnostic tool. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 229–237.

Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.

Szasz, T. S. (1970). *The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement*. New York: McGraw-Hill.

Szasz, T. S. (1986). The case against suicide prevention. *American Psychologist*, 41, 806–812.

Takushi, R., & Uomoto, J. M. (2001). The clinical interview from a multicultural perspective. In L. A. Suzuki & J. G. Ponterotto (Eds.), *Handbook of multicultural assessment*. San Francisco: Jossey-Bass.

Tamburrino, M. B., Lynch, D. J., Nagel, R., & Mangen, M. (1993). Evaluating empathy in interviewing: Comparing self-report with actual behavior. *Teaching and Learning in Medicine*, 5, 217–220.

Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation*. New York: Morrow.

Tarasoff v. Regents of the University of California, 118 Cal. Rptr. 129, 529 P. 2d 533 (1974).

Teicher, M., Glod, C., & Cole, J. (1990). Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147, 207–210.

Teo, T., & Febraro, A. R. (1997). Norm, factuality, and power in multiculturalism. *American Psychologist*, 52, 656–657.

Teyber, E. (1997). *Interpersonal process in psychotherapy: A guide for clinical training*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Thomas, L. (1974). *The lives of a cell*. New York: Bantam Books.

Thompson, M., Kaslow, N., Kingree, J., Puett, R., Thompson, N., & Meadows, L. (1999). Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 59–72.

Thomson, M. (1989/1997). *On art and therapy: An exploration*. London: Free Association Books.

Thoresen, C. E., & Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral self-control*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Timonen, M., Viilo, K., Hakko, H., Vaesaenen, E., Raesaenen, P., & Saerkioja, T. (2001). Psychiatric disorders are more severe among suicide victims of higher occupational level. *British Medical Journal*, 323, 232.

Toates, F. M. (2001). *Biological psychology: An integrative approach*. Boston: Pearson Education.

Tracey, T., Hays, K. A., Malone, J., & Herman, B. (1988). Changes in counselor response as a function of experience. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 119–126.

Trilling, L., & Marcus, S. (1961). *The life and work of Sigmund Freud*. New York: Basic Books.

Trull, R. J., & Phares, E. J. (2001). *Clinical psychology: Concepts, methods, and profession* (6th ed). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson.

Ullmann, L. P., & Krasner, L. (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

U.S. Bureau of the Census. (1992). *1992 census of population*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Bureau of the Census. (2001). *2000 Census of the population*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Vacc, N. A., & Juhnke, G. A. (1997). The use of structured clinical interviews for assessment and counseling. *Journal of Counseling and Development*, 75, 470–480.

Vacc, N. A., Wittmer, J., & DeVaney, S. B. (1988). *Experiencing and counseling multicultural and diverse populations*. Muncie, IN: Accelerated Development.

Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy*, 28, 411–421.

Vontress, C. E., Johnson, J. A., & Epp, L. R. (1999). *Cross-cultural counseling: A casebook*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Wagner, L., Davis, S., & Handelsman, M. M. (1998). In search of the abominable consent form: The impact of readability and personalization. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 115–120.

Wakefield, J. C. (1997). Diagnosing DSM-IV — Part II: Eysenck (1986) and the essentialist fallacy. *Behavioural Research and Therapy*, 35, 651–665.

Walters, R. P. (1980). *Amity: Friendship in action. Part I: Basic friendship skills*. Boulder, CO: Christian Helpers.

Warwick, L. L. (1999). What is necessary and what is right? Feminist dilemmas in community mental health. *Women and Therapy*, 22, 39–51.

Watkins, C. E. (1995). And then there is psychotherapy supervision, too. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 313.

Watkins, C. E., & Watts, R. E. (1995). Psychotherapy survey research studies: Some consistent findings and integrative conclusions. *Psychotherapy in Private Practice*, 13, 49–68.

Watkins, J. G. (1978). *The therapeutic self*. New York: Human Sciences Press.

Watkins, J. G. (1992). *Hypnoanalytic techniques: Clinical hypnosis*. New York: Irvington.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego states*. New York: Norton.

Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

Wax, E. (2001, May 30). Lesson plans becoming obsolete: Cultural differences require broader teaching methods. *The Washington Post*, A-9.

- Webster's ninth new collegiate dictionary*. (1985). Springfield, MA: Author.
- Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence* (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wechsler, D., & Stone, C. P. (1945). *Wechsler Memory Scale manual*. New York: Psychological Corporation.
- Weinberg, G. (1984). *The heart of psychotherapy: A journey into the mind and office of the therapist at work*. New York: St. Martin's Press.
- Weiner, I. B. (1975). *Principles of psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Weiner, I. B. (1997). *Psychodiagnosis in schizophrenia*. Mahwah, NJ: Erlbaum. (Впервые опубликовано в 1966 году.)
- Weiner, I. B. (1998). *Principles of psychotherapy* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Weiss, A. R. (1986). Teaching counseling and psychotherapy skills without access to a clinical population: The short interview method. *Teaching of Psychology*, 13, 145–147.
- Welfel, E. R. (2002). *Ethics in counseling and psychotherapy: Standards, research, and emerging issues* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Welfel, E. R., & Heinlen, K. T. (2001). The responsible use of technology in mental health practice. In E. R. Welfel & R. E. Ingersoll (Eds.). *The mental health desk reference* (pp. 484–489). New York: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. New York: John Wiley & Sons.
- Westefeld, J. S., & Furr, S. R. (1987). Suicide and depression among college students. *Professional Psychology*, 18, 119–123.
- Wetsit, D. (1992). *Counseling preferences of American Indian students at the University of Montana*. Unpublished dissertation, University of Montana, Missoula.
- Whitaker, C. A., & Burnberry, W. M. (1988). *Dancing with the family: A symbolic experiential approach*. New York: Brunner/Mazel.
- White, M. (1994). *Stranger at the gate*. New York: Simon & Schuster.
- Widiger, T. A. (1997). Mental disorders as discrete clinical conditions: Dimensional versus categorical classification. In S. M. Turner & M. Hersen (Eds.). *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 3–23). New York: John Wiley & Sons.
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126, 946–963.
- Wiger, D. (1999). *The clinical documentation sourcehook with disk*. New York: John Wiley & Sons.
- Wilkes, T. C. R., Belsher, G., Rush, A. X., & Frank, E. (1994). *Cognitive therapy with depressed adolescents*. New York: Guilford Press.

Wilkinson, S., & Kitzinger, C. (Eds.). (1996). *Representing the other: A feminism & psychology reader*. London: Sage.

Williams, T. T. (1991). *Refuge: An unnatural history of family and place*. New York: Random House.

Willie, C. (1981). Dominance in the family: The Black and White experience. *Journal of Black Psychology*, 7, 91–97.

Willock, B. (1986). Narcissistic vulnerability in the hyper-aggressive child: The disregarded (unloved, uncared-for) self. *Psychoanalytic Psychology*, 3, 59–80.

Willock, B. (1987). The devalued (unloved, repugnant) self: A second facet of narcissistic vulnerability in the aggressive, conduct-disordered child. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 219–240.

Wilmot, W. W., & Hocker, J. L. (1997). *Interpersonal conflict*. New York: McGraw-Hall.

Wilson, M. N., Phillip, D., Kohn, L. P., & Curry-El, J. A. (1995). Cultural relativistic approach toward ethnic minorities in family therapy. In J. F. Aponte, R. Y. Rivers, & J. Wohl (Eds.), *Psychological interventions and cultural diversity* (pp. 92–108). Boston: Allyn & Bacon.

Winslow, F. (1895). Suicide as a mental epidemic. *Journal of the American Medical Association*, 25, 471–474.

Witt, S. D. (1997). Parental influence on children's socialization to gender roles. *Adolescence*, 32, 253–259.

Witviiet, C. V. O., Ludwig, T. E., & Vander Laan, K. L. (2001). Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology, and health. *Psychological Science*, 12, 117–123.

Wolberg, B. (1995). *Technique of psychotherapy* (4th Rev. ed., Parts 1 & 2). New York: Grune & Strat-ton.

Wollersheim, J. P. (1974). The assessment of suicide potential via interview methods. *Psychotherapy*, 11, 222–225.

Worell, I., & Johnson, N. G. (1997). *Shaping the future of feminist psychology: Education, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

World Health Organization. (1997a). Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in childhood and adolescence*. London: Cambridge University Press.

World Health Organization. (1997b). *The multiaxial presentation of the ICD-10 for use in adult psychiatry*. London: Cambridge University Press.

Worthington, E. L., Kuru, T. A., McCollough, M. E., & Sandage, S. I. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448–487.

Wright, J. H., & Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 25–45.

Yalom, I. (1989). *Love's executioner: And other tales of psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). New York: Basic Books.

Yalom, I. (1997). *Lying on the couch: A novel*. New York: Perennial.

Young-Eisendrath, P. (1993). *You're not what I expected: Learning to love the opposite sex*. New York: Morrow.

Yu, M. M., & Watkins, T. (1996). Group counseling with DUI offenders: A model using client anger to enhance group cohesion and movement. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14, 47–57.

Zaro, J. S., Barach, R., Nedelman, D. I., & Dreibratt, I. S. (1977). *A guide for beginning psychotherapists*. New York: Cambridge University Press.

Zeer, D. (2000). *Office yoga: Simple stretches for busy people*. San Francisco: Chronicle Books.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369–375.

Zuckerman, E. L. (2000). *Clinician's thesaurus: The guidebook for writing psychological reports* (5th ed.). New York: Guilford Press.

Zuckerman, M. (1990). Some dubious premises in research and theory on racial differences: Scientific, social, and ethical issues. *American Psychologist*, 45, 1297–1303.

Zuckerman, M. (2000). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.

Предметный указатель

С

Селигман, Л., 457

Д

DSM-III, 443

DSM-III-R, 440; 441

DSM-IV, 261; 304; 394

DSM-IV-R, 375

DSM-IV-TR, 239; 243; 244; 245; 247;
260; 266; 274; 294; 302; 308; 322;
340; 396; 397; 429; 430; 431; 432;
433; 434; 435; 437; 438; 439; 440;
441; 442; 445; 447; 448; 449; 455;
457

И

ICD-10, 243; 247; 274

А

Агедония, 383; 384; 394; 399

Агорафобия, 456

Адаптивное расстройство с
депрессивным настроением, 449

Адлер, А., 61; 158; 210

Айви, А., 98; 99; 144; 219; 234

Айви, М., 98; 99; 219

Акискал, Г., 372; 373

Акультурация, 584; 595; 596; 603

Аматеа, Э., 540

Антецеденты, 272

Арредондо, П., 567; 568

Арт-терапия, 503; 504

Асбури, Ф., 98; 173

Ассертивное поведение, 476; 495

Аутизм, 352

Аффект лабильный, 345

Аффект неадекватный, 346

Аффект притупленный, 345

Аффект уплощенный, 345

Аффекта адекватность, 346

Аффекта диапазон, 346

Аффекта интенсивность, 346

Аффекта продолжительность, 346

Аффекта содержание, 346

Аффекта характеристики, 347

Аффективное выражение, 347

Аффективное содержание, 344

Аффективное состояние, 344; 347

Аффективные реакции, 345

Аффективный диапазон, 344

Ачебе, Ч., 337

Б

Байндер, Дж., 29; 35; 286; 287

Байтман, Б., 195

Бальцер, Ф., 98

Бальцер, Ф., 173

Баракат, С., 389

Бартоломью, К., 498

Бейкер, Ф., 605

Бейтсон, Г., 540

Бек, А., 35

Беккер, Г. де, 421; 427

Белл, А., 299; 300; 301

Бельмонт, Т., 20

Бемис, К., 33

Бенджамин, А., 66; 69; 72; 148; 168;
231

Беннетт, К., 58

Беркгоффер, Н., 573

Бертолино, Б., 453

Биполярное расстройство, 345; 449

Блейлер, Э., 297

Блэк, Ф., 335

Бойд-Франклин, Н., 578

Болезнь Альцгеймера, 246; 360

Болезнь Паркинсона, 345

Борнштейн, М., 530; 531

Борнштейн, П., 530; 531

Борнштейн, Ф., 21

Боулби, Дж., 203; 498; 605

Боуэн, М., 539

Бозз, Дж., 323

Брадилогия, 351

Брадифазия, 349

Браммер, Л., 117

Браун, Б., 540

Браун, Дж., 389

Бред, 352; 355

Бред величия, 353; 354

Бред воздействия, 353

Бред ипохондрический, 353; 354

Бред параноидальный, 353; 391

Бред самообвинения, 354

Бредовое расстройство, 439

Бредовые идеи, 354

Бредовые представления, 352; 353

Бредом преследования, 353

Брокер, И., 573

Броуди, К., 108; 175

Булимия, 449; 456

Бурменская, Г., 203

Буш, Дж., 363

Бэндлер, Р., 136

Бьюи, Д., 181

В

Вагнер, Р., 367

Вайнер, А., 229

Вайнер, И., 200

Вакк, Н., 441

Вацлавик, П., 540

Векслер, Д., 366

Вельфель, Э., 83; 328

Вестфельд, Дж., 383

Видигер, Т., 430

Воллерсгейм, Дж., 79; 402; 403

Воллерсхайм, Дж., 21

Вольберг, Б., 152

Г

Газда, Г., 98; 173

Гарднер, Г., 367

Гарднер, Р., 509; 514

Гемодиализ, 389

Генерализованное тревожное
расстройство, 435; 436; 437; 449

Геносоциограмма семьи, 548

Герман, Дж., 303

Гиббс, М., 108; 109

Гиперактивность, 486

Гипертиреоз, 435

Гиппократ, 27

Глассер, У., 169

Голдфрид, М., 204

Гольденберг, И., 239

Гольденберг, Х., 239

Гольдфрид, М., 195

Готтман, Дж., 532; 563

Гран, Дж., 592

Грей, Дж., 563

Гриндер, Дж., 136

Гринсон, Р., 137

Гриффит, Э., 605
Густафсон, Дж., 330

Д

Давенпорт, Д., 79; 84; 380
Даль, Р., 497; 499
Девиантное поведение, 432
Дезориентация, 359; 360
Декларация прав детей при разводе родителей, 492
Делирий, 341
Депрессивное настроение, 397
Депрессивноподобные симптомы, 449
Депрессия, 18; 278; 345; 346; 383; 384; 385; 389; 390; 395; 396; 399; 400; 401; 414; 415; 420; 424; 432; 447; 449
Депрессия глубокая, 396
Десенсибилизация и коррекция переработки информации с помощью движений глазных яблок, 305; 306
Дефицит внимания, 486
Дефицит внимания с гиперактивностью, 488
Джейкобсон, Н., 563
Джексон, Д., 540
Джефферсон, У., 363
Джонгсма, А., 455; 457; 458; 460
Джонгсма, Э., 469
Джордж, Р., 128
Ди Клементе, К., 297
Диагностическая анкета СТОП, 296
Диалоготерапия, 537
Диамант, А., 96
Дизартрия, 349
Дизингибиция, 391; 392
Динамическая оценка, 569

Дисморфомания, 354
Дисморфофобия, 354
Диспросодия, 349
Диссоциация, 278
Дистимическое расстройство, 396
Дистимия, 204
Дистресс, 269; 431; 435; 436; 575; 604
Дэвис, Д., 33
Дэвис, С., 21; 102; 103; 108; 142
Дэвисон, Г., 195; 204

З

Заз, Т., 240; 432; 433
Защитные механизмы, 278
Зона, Г., 54

И

Идентифицированный пациент, 534; 544
Изард, К., 120
Имаготерапия отношений, 537
Индикатор типов Майерс–Бриггс, 60
Индикатор типов Майерс–Бриггс, 548
Интерпретация защиты, 201
Исенина, Е., 29
Использование речи, 600

К

Капра, Ф., 334
Каркгаф, Р., 181
Каркгафф, Р., 120; 181; 182; 183; 184
Катчинс, Х., 444
Кверулянтство, 345
Кеворкян, Дж., 379
Кендолл, П., 33
Кинетика, 101

Кирк, С., 444
 Кларк, Л., 430
 Клири, Б., 472
 Кобейн, К., 379
 Колладо-Ардон, Р., 605
 Коммуникационный стиль, 600; 604
 Комплиментарность, 533
 Компьюльсии, 345; 355; 434; 447; 533
 Консеквенты, 272
 Константино, М., 202
 Контртрансфер, 192
 Конфабуляция, 362; 363; 364
 Копинг-стратегии, 324; 434; 597
 Кори, Г., 292
 Кормье, Л., 205
 Кормье, Ш., 21
 Корсини, Р., 34; 42
 Котерапия, 523
 Крентс, Г., 592
 Кристиани, Т., 128
 Кристофер, Дж., 589
 Кроненберг, У., 441
 Кроуфорд, С., 357
 Культурно-специфическая
 квалификация, 569
 Куссмаул, А., 351
 Кэннон, У., 26; 27
 Кэрон, Б., 258
 Кюри, М., 24; 25

Л

Лазарус, А., 148; 271; 272; 273; 331;
 457; 459
 Лайнен, М., 413
 Лао Цзы, 111
 Лао-Цзы, 36
 Ласе, Ш., 354
 Ле Гун, У., 216

Лив, Р., 483
 Литман, Р., 381
 Личностный стиль типа А, 343
 Лэнг, Р., 333
 Лэнктон, К., 544
 Лэнктон, С., 544
 Люборски, Л., 108; 117; 172; 286

М

Майерс, Д., 197
 Макдональд, Б., 478
 Мак-Дэвис, Р., 567; 568
 Макфи, С., 599
 Мания, 345; 347
 Марианизм, 583; 584
 Марин, Б., 580
 Марин, Г., 580
 Маркс, Л., 402
 Мартин, У., 595; 597
 Маслоу, А., 58; 59
 Маурзанд, Дж., 152
 Махони, М., 33; 411; 425
 Мачизм, 569; 583; 584
 Медицинская модель планирования
 терапии, 455
 Международная шкала действия
 Лейтер, 602
 Мейер, Р., 441
 Мейер, С., 21; 102; 103; 108; 142
 Мертон, Т., 565
 Меццих, Дж., 262; 446
 Мил, П., 257; 258; 260
 Миллер, У., 114; 160; 297; 300; 331
 Миннесотский многофакторный
 личностный опросник, 60
 Минухин, С., 239; 560
 Митчелл, Дж., 305
 Миф одинаковости, 569

Моделирование, 531

Монро, М., 379

Моррисон, Дж., 322; 338; 346; 433; 451

Мэтьюз, У., 544

Н

Навязчивые состояния, 204

Насдео, К., 21

Насилие, 164

Натал, С., 593

Научное мышление, 569

Невроз навязчивых состояний, 355

Невротическая анорексия, 449

Норкросс, Дж., 26

Нувен, Г., 593

Нуриус, П., 205

О

О'Нелл, К., 605

О'Хэнлон, Б., 453

Обсессивно-компульсивное
расстройство, 355; 356; 357; 435;
436; 447

Общественное окружение, 598; 599

Оппозиционное и вызывающее
поведение, 488

Опросник суицидального поведения,
257

Ортиз-Кофер, Дж., 580

Основная тема конфликтных
отношений, 286

Отзеркаливание, 102; 104; 107

Отмер, С., 179; 204; 207; 226; 227; 340

Отмер, Э., 179; 204; 207; 226; 227; 340

П

Пайпс, Р., 79; 84; 380

Палмер, А., 336

Память долговременная, 362

Память кратковременная, 362; 364

Память на недавние события, 362; 364

Паниагуа, Ф., 350; 582; 605

Панические реакции, 383; 384; 435

Папп, П., 560

Парафилии, 391

Паттерсон, К., 36

Паттерсон, У., 426

Паямять долговременная, 364

Педерсен, П., 565

Пек, М., 174; 175

Перлз, Ф., 35

Пиаже, Ж., 43

Пирсма, Х., 323

Питерсон, Л., 455; 457; 458; 460

Питерсон, М., 469

Плетизмограф, 257

Портс, Р., 599

Посттравматическое стрессовое
расстройство, 436; 449; 604

Поуп, К., 174

Привязанности фигура, 605

Привязанность, 203; 497; 559; 605

Пробная интерпретация, 288

Прогрессивные матрицы Равена, 602

Проксемика, 101

Проходка, Дж., 297

Псевдодеменция, 364

Психическая анорексия, 354

Психическая боль, 384

Психосоциальная модель
планирования терапии, 455
Психотические расстройства, 352
Пьетрофеса, Дж., 182

Ротблум, Э., 564
Ротгер, Дж., 238
Роу, К., 389
Рубель, А., 605

Р

Райли, П., 573
Райт, Дж., 33
Раппорт, 29
Расстройства характера, 449; 496
Расстройство в виде дефицита
внимания с гиперактивностью, 496
Расстройство в виде
оппозиционного и вызывающего
поведения, 496
Расстройство в виде панических
реакций, 448; 456
Расстройство в виде тревожности, 364
Расстройство характера, 488
Ревматоидный артрит, 389
Рейган, Р., 363
Реник, О., 178
Речевые особенности, 349
Речевые расстройства, 349
Речь спонтанная, 348
Рильке, Р., 517
Ричардсон, Ф., 63
Робинсон, Ф., 109
Роджерс, К., 32; 35; 58; 113; 116;
119; 170; 171; 172; 173; 176; 184;
185; 187; 212; 213; 298; 537
Роджерс, К. \j, 171; 183; 185
Роджерс, Р., 441
Розенберг, Дж., 410
Розенман, Р., 343
Розенталь, Р., 372; 373
Ролльник, С., 114; 160; 297; 299; 300;
301; 331

С

Саймон, Р., 412
Саймонс, Р., 605
Салливан, Г., 188
Сандху, Д., 599
Сатир, В., 534; 540
Сварци-Кульштад, Дж., 595; 597
Селигман, Л., 153; 464
Селье, Г., 269
Семейная хореография, 560
Семейное окружение, 597
Семья нуклеарная, 598
Семья расширенная, 598
Сент-Экзюпери, А. де, 139; 140
Серотонин, 392
Сигал, Д., 444
Сигал, Дж., 177
Силверман, П., 21
Символьно-эмпирическая семейная
терапия, 539
Симптом, 273; 275; 293; 347; 354;
399; 432; 434; 435; 437; 439; 449;
468; 605
Синдром, 273; 432; 434; 447; 605
Синдром акинетико-ригидный, 345
Синдром Жиля де ла Туретта, 355
Синдромы культурно
обусловленные, 605
Синдромы культурно-
специфические, 566; 609
Системный подход, 539
Скарф, М., 564
Скиннер, Б., 66; 67

Слова у двери, 253
 Словесный винегрет, 350; 352
 Смейл, Д., 239; 240; 261
 Совладание со стрессом, 91; 452; 468
 Соматоформное расстройство, 436
 Sommerz-Фланаган, Дж., 16
 Sommerz-Фланаган, Р., 16; 315
 Состояние гипнагогическое, 357
 Состояние гипнопомпическое, 357
 Социополитический климат, 599
 Ставанс, И., 572
 Стили родительского поведения, 490
 Столл, Д., 20; 21; 565
 Страб, Р., 335
 Страпп, Х., 29; 35; 198; 203; 286; 287
 Стрин, Х., 538
 Стронг, С., 203; 205
 Структурированное диагностическое интервью, 274
 Суггестия, 157; 167
 Суицид завершённый, 418; 425
 Суицидальное намерение, 377; 380; 385; 396; 403; 406; 407; 412; 413; 419; 425; 427
 Суицидальные импульсы, 380; 417
 Суицидальные мысли, 377; 387; 389; 393; 395; 396; 401; 402; 403; 405; 407; 408; 410; 414; 415; 417; 419; 420; 422; 424; 427; 486
 Суицидальный план, 377; 395; 396; 402; 403; 404; 405; 407; 414; 419; 420; 424
 Суицидальный риск, 18; 20; 377; 380; 381; 383; 384; 385; 387; 388; 389; 390; 391; 392; 394; 396; 400; 401; 403; 404; 405; 406; 407; 412; 414; 419; 424; 425; 426; 427
 Сью, Д., 565; 567; 568; 571
 Сью, С., 569

Т

Тейбер, Э., 287
 Теория выбора и терапия реальностью, 169
 Толстой, Л., 517
 Томас, Л., 111; 539
 Трансгенерационная травма, 573; 577
 Трансгенерационный перенос, 540; 543; 552
 Трансгенерационный стресс, 485
 Трансфер, 188
 Тревога генерализованная, 394
 Триангуляция, 522
 Трихотилломания, 458
 Трумэн, Г., 363

У

Уайт, Л., 590
 Уайтекер, К., 539
 Уандер, С., 369
 Уильямс, Т., 576
 Униполярная депрессия, 456
 Уолтерз, Р., 98; 173
 Уоткинс, Дж., 21
 Уоткинс, К., 36
 Уэлфел, Э., 174

Ф

Фарес, Э., 30
 Фарр, С., 383
 Фенихель, О., 129; 130; 191
 Фест, Дж., 53
 Фиоре, К., 21
 Фишер, С., 54
 Фишман, Х., 560
 Фобия, 165; 204; 266; 352; 435; 447

Фосетт, Дж., 384
 Фостер, В., 379
 Фоули, Р., 218; 251
 Фоули, Р. \i, 513
 Фоуэрс, Б., 63
 Франклин, А., 578
 Фрейд, З., 31; 43; 184; 188; 190; 192;
 194; 354
 Френк, Дж., 429
 Фридман, М., 343

Х

Хайнс, П., 578
 Хаксли, О., 377
 Хан, У., 402
 Харди, С., 44
 Хейзен, К., 498
 Хейли, Дж., 540
 Хейнлен, К., 328
 Хентелефф, П., 389
 Хилл, М., 564
 Ходороу, Н., 35
 Холл, Э., 98
 Хорея Хантингтона, 349
 Хорни, К., 35
 Худ, А., 19
 Хьюз, К., 605

Ц

Циклотимическое расстройство, 449
 Цукерман, М., 62

Ч

Чао, К., 584
 Чилдерз, У., 98; 173
 Чхартишвили, Г., 393

Ш

Шазер, С. де, 459
 Шакт, Т., 286
 Шапиро, Ф., 306
 Шарф, Б., 218; 251; 513
 Шей, С., 28; 73; 91; 218; 219; 231;
 232; 234; 241; 248; 249; 259; 262;
 338; 446; 474; 521
 Шейвер, П., 498
 Шизотипические расстройства
 личности, 351
 Шизофрения, 345; 351; 439
 Шизофрения кататоническая, 352
 Шкала взаимной приспособленности,
 542
 Шкала предварительного
 консультирования Стюарта для
 пар, 542; 548
 Шкала семейного здоровья и
 компетенции Биверса, 564
 Шкала семейного окружения, 548
 Шкала удовлетворенности браком, 548
 Шкала удовлетворенности браком
 Снайдера, 542
 Шнейдман, Э., 377; 408; 410; 416
 Штернберг, Р., 367

Э

Эверли, Г. \i, 305
 Эган, Г., 127; 128; 169
 Эйнсворт, М., 203
 Эйфория, 432
 Экологический подход, 539
 Экосистемный подход, 540
 Экслайн, В., 505
 Эллис, А., 35
 Эмерсон, Р., 17

Эндореактивные психозы, 354

Энкопрез, 486

Энурез, 486

Этнокультурная ориентация, 595; 596

Эустресс, 269

Ю

Юнке, Г., 441

Я

Ялом, И., 126; 196

Научно-популярное издание

Джон Соммерз-Фланаган, Рита Соммерз-Фланаган

Клиническое интервьюирование
3-е издание

Литературный редактор *Л.В. Селезнева*
Верстка *В.И. Бордюк*
Художественный редактор *В.Г. Павлютин*
Корректоры *Л.А. Гордиенко, А.В. Луценко,*
В.В. Смоляр, Л.В. Чернокозинская

Издательский дом “Вильямс”.
101509, Москва, ул. Лесная, д. 43, стр. 1.

Подписано в печать 12.01.2006. Формат 70×100/16.
Гарнитура Times. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 54,18. Уч.-изд. л. 39,89.
Тираж 2000 экз. Заказ № 233.

Отпечатано с диапозитивов
в ФГУП “Печатный двор” им. А. М. Горького
Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

“Это самая лучшая из имеющихся на рынке книг по клиническому интервьюированию. В ней удачно соединены теория и академические исследования, материал снабжен примерами из клинической практики”.

Эрик Р. Дален, д-р философии,
отделение психологии Университета Южного Миссисипи

“Клиническое интервьюирование — подробная и хорошо организованная книга, посвященная тем навыкам и знаниям, которые требуются от интервьюера”.

Шерри Кормье, д-р философии, автор книги *Interviewing strategies for helpers*

“Материал изложен доступно и сжато; читатель получает ясное представление о том, что требуется для овладения навыками интервьюера. Эту книгу можно рекомендовать начинающим практическое обучение, тренерам-консультантам и опытным терапевтам”.

Пола Данцингер, д-р философии, профессор консультативной педагогики,
Университет Вильяма Патерсона, Уэйн, Нью-Джерси

В ЭТОЙ СТАВШЕЙ УЖЕ КЛАССИЧЕСКОЙ КНИГЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ПРАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ

Новое издание *Клинического интервьюирования* знакомит читателя с основами искусства проведения клинического интервью. Интегрируя различные теоретические модели клинического интервьюирования, авторы делают особый акцент на культурном многообразии и предлагают новый материал по следующим темам:

- структурные модели клинического интервьюирования;
- написание приемного отчета;
- исследование психического статуса;
- интервьюирование клиентов с субстанциональными зависимостями;
- новые факторы риска и подходы интервенции в отношении суицида;
- интервьюирование жертв психической травмы.

Дополненная и обновленная, снабженная практическими примерами, книга *Клиническое интервьюирование* просто необходима для профессионального совершенствования интервьюера.

Джон Sommerz-Фланаган, д-р философии, и **Рита Sommerz-Фланаган, д-р философии,** работают вместе уже восемнадцать лет. Джон — клинический психолог и исполнительный директор Families First, программы обучения родителей, Рита — клинический психолог и ассоциированный профессор консультирования Университета Монтаны. Джон и Рита — авторы множества научных статей, профессиональных инструкций и четырех книг.

 **ДИАЛЕКТИКА**

www.dialektika.com

 **WILEY**
wiley.com

ISBN 5-8459-0895-7

