

ПРИЕМНОЕ ИНТЕРВЬЮ И ОТЧЕТНОСТЬ

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

Дж. Меццих и С. Шей, Interviewing and Diagnosis

В ЭТОЙ ГЛАВЕ...

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

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

ЧТО ТАКОЕ ПРИЕМНОЕ ИНТЕРВЬЮ

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

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

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

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

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

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

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

Институциональные контексты и профессиональные группы

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

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

ЦЕЛИ ПРИЕМНОГО ИНТЕРВЬЮ

Самые общие цели приемного интервью выглядят следующим образом.

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

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

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

Определение, оценка и изучение основных проблем и задач клиента

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

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

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

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

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

Приоритетность и сортировка проблем и задач клиента

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

“Я страдаю социальной фобией. Понимаете, когда я нахожусь в обществе, я больше, чем другие, боюсь, что меня рассматривают окружающие и выносят обо мне негативное суждение. Страх выражается в том, что я покрываюсь испариной, постоянно 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 непрямой вопрос для того, чтобы продолжить выявление потенциальных проблем. После того как установлено наличие нескольких проблем, клинический интервьюер переходит к установлению приоритетности проблем, или сортировке. Поскольку невозможно заняться всеми проблемами одновременно, интервьюер и клиент должны совместно выбрать ту проблему или проблемы, которым следует уделить особое внимание во время приемного интервью.

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

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

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

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

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

Анализ симптомов

После того, как вы совместно с клиентом определили основную проблему, следует заняться ее тщательным анализом, в том числе в эмоциональном, когнитивном и поведенческом аспектах. Клиент должен ответить на вопросы, подобные приведенным ниже. Когда вы будете читать вопросы, подумайте над тем, какие именно проблемы клиентов можно изучать с их помощью (например, панические реакции, низкую самооценку, неудовлетворительные межличностные отношения, злоупотребление спиртными напитками или 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-эклeктический подход. Он считает, что проблемы следует оценивать и разрешать посредством семи специфических сфер, или модальностей. Лазарус (*Lazarus, 1976*) предложил акроним из начальных букв названий элементов своей полиmodalной системы, на английском языке он звучит *BASIC ID*.

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

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

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

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

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

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

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 подвергнулся 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 заикливаются 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 покатила 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, лишним или недостаточным 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> <p>Когда вы впервые сели, встали, пошли?</p> <p>Когда у вас начались месячные (для девочек)?</p>
18. Духовные поиски и религиозные убеждения	<p>Из какой религиозной среды вы происходите?</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 помочь 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. Шафт, 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 откликнуться 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 скупердяи 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, & Dreiblatt, 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 вырезвители. 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. Прохазкой 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 неди-рективны 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 де-сять 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 необходи-мого минимума доверия с его стороны переходите к вопросу зло-употребления 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 сей-час я спрошу вас о вашем отношении к алкоголю?”

В большинстве случаев клиенты — даже злоупотребляющие алкогo-лем — 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 ку-рения марихуаны. Как она на вас обычно действует?” (*ibid., p. 206*). Цель этих вопросов — выяснить отношение клиента к своим при-вычкам, связанным со спиртным или наркотиками. За этими вопро-сами 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 при-нимает наркотики или пьет. У клиентов часто вырабатывается опре-деленный порядок употребления алкоголя или наркотиков, если они делают это регулярно. Например, если вы попросите клиента: “Расскажите, как вы обычно употребляете спиртное”, — клиент, ве-роятно, расскажет о характерном для него стиле приема алкоголя, что будет важной диагностической информацией. Вы можете допол-нить 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 стрессогенных 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 стрессогенных 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 стрессогенных 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. Роллник (*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. Роллник 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” (p. 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 (Hout, 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, зуб).

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 немедииков 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 никчемности, 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 придавал 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-гера 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 ценности 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 самоинструктирования).
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 прочитать 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); б) 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 “Полиmodalная 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: полиmodalный 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.