Составители: Габбасова Э.Р., Дереча Г.И., Киреева Д.С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**Модуль 2. Процесс и техники психологического консультирования**

**Тема №3.**

**Тема:** Процесс консультирования: исследование проблем пациента, психотерапевтический диагноз и заключение контракта.

**Вопросы:**

1. Процесс формирования контракта.

2. Психологический анамнез.

3. Использование тестов в психологическом консультировании.

4. Диагностика. Оценка. Психологический диагноз.

5. Формулировка клинического случая (концептуализация проблемы).

**Основные понятия темы:** первичный запрос, рабочий запрос, контракт, психологический анамнез, психологический диагноз, концептуализация проблемы, формулировка случая.

**Теоретический материал к Модулю 2 к теме 3:**

**Этапы психологического консультирования**

***Процесс психологического консультирования условно можно разделить на три этапа или стадии: 1. контакт и оценка проблем клиента,***

***2. основная часть (построение терапевтических отношений и работа с проблемой) и***

***3. завершение.***

**Вопрос 1. Процесс формирования контракта.**

**Первая стадия процесса психологического консультирования – контакт и оценка проблем. Невербальные и вербальные составляющие эффективного контакта**

Клиент приходит в кабинет к специалисту. Как уже отмечалась до момента обращения к консультанту он проходит свой путь принятия решения обратиться за помощью. И вот он в незнакомом кабинете с незнакомым человеком. И если это первое обращение то, естественно клиент чувствует волнение и тревогу. Он не знает, как должна проходить консультация, какова его роль в консультации, можно ли доверить этому специалисту свои проблемы. Эти и другие вопросы заботят человека идущего на первую встречу с консультантом. И для того чтобы клиент мог свободно изложить свои проблемы необходим контакт***. Контакт – это такой уровень безопасности, принятия и доверия во взаимодействии с консультантом, который позволяет клиенту выразить то, что его беспокоит.***

Вступление в контакт это первый и существенный шаг в процессе психотерапии. Выстроить первый контакт - это забота консультанта. Умение выстраивать контакт отражает уровень компетентности специалиста.

Контакт во взаимодействии двух людей складывается из двух составляющих: **невербальной коммуникации и вербальной (посредством слов) коммуникации.**

**Невербальное присутствие** - это навык, который является основой для установления контакта с пациентом в течение первой встречи и поддержания контакта на протяжении всего процесса консультирования. Специалисты используют этот навык в процессе консультирования, чтобы клиенты чувствовали себя в безопасности и были способны исследовать свои переживания. Невербальные проявления специалиста могут способствовать открытости пациента и исследованию важнейших измерений его проблемы, но могут также приводить к недоверию и уклонению от терапевтического взаимодействия.

В начале консультирования в редких случаях возможен редко такой уровень контакта, который предполагает полное присутствие (физическое и психологическое).

Установление контакта - это процесс, который требует времени и специальных усилий. В этом процессе произвольное, пусть и неконгруэнтное, выражение физического присутствия, позволяет настроиться на одну волну с пациентом и приводит к увеличению степени психологического контакта и аутентичности.

Невербальная коммуникация является неотъемлемой составляющей человеческого общения, она дает ключ к постижению внутренней жизни пациента.

**Визуальный контакт.** Глаза - это, как известно, зеркало души, поэтому визуальный контакт является ключевым элементом невербальной коммуникации.

Особенностями визуального контакта является то, что обычно человек больше смотрит в глаза собеседнику, когда слушает, чем когда говорит сам; что взгляд в глаза часто используется для «передачи слова» своему собеседнику; что дружелюбно настроенные собеседники смотрят в глаза друг другу чаще, чем люди, испытывающие взаимную антипатию, а женщины - чаще, чем мужчины. Визуальный контакт - это средство взаимной регуляции процесса беседы. Время, уделяемое визуальному контакту в общении, разнится от 28 % до 70 % (Kendon, 1967). Диады обычно «договариваются» о том, сколько и когда смотреть друг на друга, при этом такое согласование осуществляется без слов, на бессознательном уровне. Недостаток визуального контакта может привести к тому, что получатель почувствует, что слушателю не интересно, в то время как в результате переизбытка визуального контакта получатель может почувствовать себя некомфортно, испытать со стороны другого попытку доминирования, контроля, внедрения и даже поглощения (Hill, 1999).

Всем нам из опыта повседневного общения известно, что визуальный контакт легко поддерживается при обсуждении приятной темы, однако собеседники обычно избегают его, когда речь заходит о запутанных или неприятных вопросах. Некоторым людям трудно вступать в прямой визуальный контакт, и поэтому они избегают его, некоторые боятся выражения какой-то идеи или эмоции, и обсуждения определённых тем (например, таких как секс или агрессия) и отводят глаза, как только в разговоре затрагивается болезненная тема. В случае возникновения затруднений в процессе визуального контакта имеет смысл рассматривать их как потенциальный источник информации о пациенте. Так, например, если пациент избегает прямого взгляда, отводит глаза и изредка бросает на терапевта взгляд исподлобья, то причиной этого может быть, например, пережитый в детстве опыт унижения, когда значимый для него человек ругал его и при этом требовал, чтобы он смотрел ему прямо в глаза.

**Проксемика.** Проксемика относится к тому, как люди используют пространство во взаимодействии. Холл (Hall, 1968) описал четыре зоны дистанции: интимную, личную, социальную и публичную. «Для каждого типа взаимодействия двух людей существует некая оптимальная дистанция, определяющаяся пропорцией теплоты и враждебности в их отношениях. Примерно в полуметре вокруг нашего тела располагается интимная зона, предназначенная для возлюбленных, супруга, детей и близких членов семьи. На этом расстоянии мы можем прикоснуться к другому человеку, поцеловать, почувствовать запах его тела, разглядеть поры и дефекты его кожи. Беседуя с друзьями и знакомыми, мы, как правило, находимся от них на удалении от полуметра до 1 м 20 см. Более официальные деловые и социальные взаимодействия происходят на расстоянии от 1 м 20 см до 2 м 75 см. В еще более официальных ситуациях (например, при переговорах с важными особами или при обращении к публике) используются дистанции свыше 2 м 75 см» (Вильсон Г. 2001).

Расхождение в оценке участниками взаимодействия подходящей дистанции приводит к переживанию дискомфорта, хотя нередко люди не осознают, что послужило причиной этому. Будучи приобретенными в ходе научения, эти паттерны регуляции личного пространства как правило находятся за рамками сознательного контроля. Обычно личная и социальная дистанция подходит для расположения кресел в кабинете консультанта, хотя существуют также индивидуальные различия в ощущении границы личного пространства, которая переживается человеком как наиболее комфортная. Некоторые консультанты расставляют места для сидения довольно близко, другие на достаточном отдалении. Существуют и те, кто ставит в своем кабинете несколько стульев, позволяя пациенту выбрать, где и на каком отдалении расположиться (Hill, 1999).Если консультант работает с парами и семьями, то должно быть достаточное количество мест, а то, как члены семьи усаживаются по отношению друг к другу, может стать важной информацией о существующей в семье динамике отношений.

Изначальное расположение кресел под некоторым углом и на определённой дистанции задаёт последующие возможности регуляции контактной границы обоими участниками, поэтому обычно кресла ставят на расстоянии 1,5 - 2 метра под небольшим углом.

Наклон специалиста вперёд может переживаться пациентом, погруженным в болезненные чувства, как поддержка со стороны психолога-консультанта и, наоборот, отклонение назад - как отстранение и нежелание иметь дело с его чувствами. Слишком быстрый, внезапный наклон одним из участников сокращает дистанцию, что может восприниматься другим как вызов. Так, например, консультант может сказать: «Итак, я выслушал ваши жалобы, а теперь я хотел бы узнать, в чём вы видите причины этих трудностей?», при этом резко наклониться вперед. Такое невербальное поведение может придать нежелательный смысл вполне уместному вопросу консультанта. И наоборот, если консультант резко отклонится назад после данной фразы, пациент может воспринять это как нежелание слушать его жалобы и пренебрежение к объяснениям их причин.

Хороший консультант с уважением относится к психологическим границам другого человека; он внимателен к расстоянию, комфортному для пациента, и использует его реакции в качестве обратной связи, стремясь найти оптимальную степень физической дистанции и психологической близости.

**Кинесика.** Имеет отношение к связи между телесными движениями (жесты и позы) и коммуникацией. Жесты - это движения отдельных частей тела (например, руки или бровей).

Некоторый наклон вперед и открытая поза, без скрещивания рук и ног - вот та телесная поза, которая обычно рекомендуется консультантам и терапевтам как оптимальная. Такая поза передает внимание консультанта, однако она воспринимается как ригидная, если сохраняется неизменно на протяжении длительного периода. Существенно упрощая положение дел, традиционно выделяют открытую и закрытую позы. Открытая поза, как считается, свидетельствует об открытости и восприимчивости консультанта. Закрытая же поза, явными маркерами которой считаются скрещивания ног или рук, свидетельствует о меньшей вовлеченности в беседу.

Открытая поза не предполагает, что, заняв её, консультант сохранит ее на протяжении всего сеанса без изменений. Открытая поза только тогда произведёт должное впечатление, когда она будет не напряженной и естественной. Невербальная естественность включает в себя свободное и спокойное использование вашего тела в качестве средства коммуникации. Активная жестикуляция часто отражает положительные эмоции и воспринимается как проявление заинтересованности и дружелюбия, а плавная смена поз и естественное использование жестов свидетельствует о спокойствии терапевта.

**Синхрония взаимодействия.** Синхрония взаимодействия - это согласованность движений людей в процессе коммуникации. Синхрония может проявляться как сходство движений, например, когда оба человека одновременно, как бы зеркально, меняют позу или когда люди говорят с одинаковой скоростью. Будучи интенсивно вовлеченным в разговор, вы внезапно можете заметить, что телесная поза человека, с которым вы общаетесь, является зеркальным отражением вашей собственной позы. Осознание данного феномена зеркальности может также произойти, когда изменение позы одним из участников приводит к перемене позы собеседника, своего рода бессознательному следованию. Подобная «телесная настройка», как правило, свидетельствует о глубоком контакте между двумя людьми.

**Кивки головой.** Кивки головой - хороший способ показать пациенту, что вы его слушаете. Кивки являются для пациента непосредственным подтверждением того, что вы следуете за ним шаг за шагом и понимаете сказанное. Это простейшее умение, если его последовательно использовать, начинает выполнять функцию обратной связи. Отсутствие кивков сообщает пациенту о недостатке понимания и необходимости прояснения, а их появление - о понимании смысла, который пытается выразить пациент. Здесь, пожалуй, стоит заметить, что кивки головой требуют меры, если их слишком много, они скорее раздражают и сбивают с толку, чем способствуют диалогу. Порой слова просто не нужны. Уместное использование кивков позволяет пациенту почувствовать, что терапевт слушает его и следует за ходом его рассуждений.

**Вербальная составляющая контакта** достигается посредством активного и неактивного слушания. Клиент излагает свои затруднения и собственные представления о причинах проблем в свободном рассказе. Консультант использует навыки активного слушания и поощряет клиента рассказывать о себе. В первые минуты беседы, после структурирующей ситуацию информации и открытого вопроса о причинах обращения, консультанту на некоторое время бывает полезно занять пассивную позицию и слушать, одновременно рассматривая необходимость вмешательства в рассказ клиента. Так, например, с болтливым или отвлекающимся клиентом следует проявлять большую активность, чтобы время консультации не было съедено малозначимыми деталями. И, наоборот, с клиентом, который последовательно излагает проблему, обогащая её всё новыми и новыми измерениями, контроль со стороны консультанта может быть минимальным. Здесь наиболее уместным будет активное слушание и редкие, углубляющие исследование проблемы реплики консультанта **(активное, эмпатическое и неактивное слушание - см. в теме 5)**.

**Оценка проблем.** Контроль за ходом беседы входит в компетенцию консультанта. Только активного слушания в большинстве случаев недостаточно. Консультанту часто бывает полезно проявлять активность в ограничении содержания речи клиента для того чтобы удерживать внимание на определённых жалобах, темах, конкретных жизненных ситуациях. Это позволяет консультанту формулировать и проверять начальные гипотезы относительно природы проблем клиента, тем самым с максимальной пользой использовать потенциальную возможность их решения. Схему сбора информации о клиенте консультант держит в голове. Как уже отмечалось в параграфе о пациенте необходимо выяснить актуальную жизненную ситуацию, особенности личности, личную жизненную историю в соответствующем социо-культуральном контексте и ожидания клиента. Некоторую необходимую информацию клиент изложит в свободном рассказе, поэтому не надо торопиться задавать все вопросы сразу.

После того как клиент рассказал о своей проблеме, после того как были прояснены все важное детали его жизненной ситуации консультант все еще пока не может начать оказывать необходимую помощь. Так как на этом этапе еще неизвестно, какой помощи ждет от него клиент, другими словами каков его запрос. ***Выраженное во время первой встречи представление клиента о причинах жизненных трудностей и о помощи специалиста, в которой он нуждается, называется первичным запросом*** .

На первой встрече с клиентом консультанту необходимо понять причины затруднений клиента, сформулировать ***первичную гипотезу*** о природе его проблем. В этом заключается диагностическая задача первичного интервью.

Гипотезы либо излагаются пациенту полностью или частично, либо проверяются вместе с пациентом в процессе последующего эксперимента и применения психотерапевтических интервенций. На этой стадии консультант стремится точно охарактеризовать проблемы клиента, устанавливая как эмоциональные, так и когнитивные их аспекты. Уточнение проблем ведется до тех пор, пока клиент и консультант не достигнут одинакового понимания; проблемы определяются конкретными понятиями. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает и способы разрешения. Это называется ***двумерное определение проблем***. Если при определении проблем возникают трудности, неясности, то надо вернуться к стадии исследования.

На первом этапе консультирования важно достичь согласованного представления обоих участников психотерапевтического процесса о природе затруднений клиента. Это понимание причин трудностей клиента будет дополняться, углубляться, конкретизироваться на последующих консультациях. Согласованное представление о причинах трудностей клиента ложится в основу так называемого психологического (психотерапевтического) диагноза. ***Психологически понятная связь между трудностями, которые испытывает клиент (жалобами), ситуацией, в которой возникли эти трудности, и особенностями личности клиента называется психологическим диагнозом***.

Опираясь на разделяемое представление о проблеме, консультант помогает клиенту иначе обозначить свои ожидания от психотерапии, переформулировать первичный запрос. Так возникает ***рабочий запрос.*** Рабочий запрос принимается специалистом, поскольку соответствует его профессиональной позиции и определяет направление психологической помощи. На основе рабочего запроса формулируются цели психологического консультирования.

Первая стадия психологического консультирования завершается формулированием целей консультирования и установлением взаимных договоренностей. ***Процесс согласования относительно цели консультирования, роли каждого из участников, условий взаимодействия (частота встреч, место и время каждой сессии и др.), когда клиент и консультант договариваются по ряду вопросов, называется заключением контракта***.

Общее для консультанта и клиента понимание целей консультирования является одной из основных договоренностей. Хорошо сформулированная цель – залог успешной психологической работы. Желательно, чтобы цели были обозначены самим клиентом. Консультант лишь помогает правильно сформулировать, облечь в слова.

По мимо соглашения о целях консультирования контракт включает в себя договоренности относительно времени сессий, оплаты, случаев пропуска сессий, руководящих принципов и, при необходимости, ожиданий относительно взаимодействия между консультантом и клиентом вне сессий.

Договариваясь по поводу времени лучше выбирать вариант, устраивающий и клиента и консультанта. Обязательством специалиста является начинать сессии вовремя и заканчивать вовремя. Со стороны клиента ожидается, чтобы встреча начиналась вовремя, однако, начинаются ли она вовремя или нет, её необходимо вовремя заканчивать. Способность управлять и быть ответственным за свое время соответствует структурированной и стабильной жизни. Соблюдение временных соглашений соответствует реалиям жизни в целом. Таким образом, время сессий не должно нарушаться, за исключением особых случаев.

Условия оплаты необходимо оговаривать в начале. За счет, каких средств будет проходить консультирование? За счет государственной системы оплаты лечения психических больных, за счет системы страхования или за счет личных средств клиента.

Перед тем как начинать лечение, целесообразно дать клиенту набор основных принципов психотерапии, то в какой форме она проходит и какова роль клиента и консультанта в процессе консультирования. Принципы консультирования зависят от метода, который практикует консультант. Примером изложения принципов консультирования психодинамического направления может служить следующее стандартное заявление психолога: «Сессия ваша, вы можете говорить, о чем хотите. Вы можете выбирать любые темы. Часто это будут темы, которые, по вашему мнению, вам больше всего хотелось бы обсудить. В других случаях это будет не так очевидно. В случаях, когда у вас нет особо важных тем, может быть полезно свободно говорить все, что приходит в голову. Фактически, всякий раз, когда у вас есть посторонние мысли и фантазии, полезно о них говорить. Существуют определенные мысли, которые некоторым людям трудно обсуждать (гнев, смущение, страх) и существует соблазн опустить их. Я хочу убедить вас постараться не избегать выражения таких мыслей». При изложении принципов поведенческого подхода консультант подчеркивает необходимость использования определенных заданий и упражнений, последовательное их выполнения и следование инструкциям. Для системной семейной психотерапии важным является участие в процессе психотерапии членов семьи клиента как «носителя симптома».

Процесс формирования контракта отображен на схеме 3.1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Клиент** | **Контакт** | **Консультант** |
| Первичный запрос | Исследование проблемной ситуации  Прояснение затруднений клиента | Построение гипотезы |
| Рабочий запрос | Формулирование  проблемы | Психологический диагноз |
| Прояснение своей роли и ответственности | Разделение  ответственности | Прояснение своей роли и ответственности |
|  | Определение условий  (частота сессий, продолжительность сессий и т.п.) |  |

**Схема 3.1. Процесс формирования контракта**

Что касается взаимодействия клиента и консультанта вне сессий, то тут основное правило: чем меньше, тем лучше. Психологи могут предупредить, что они готовы и даже ожидают, что им позвонят в действительно критической ситуации; в других случаях звонки и посещения не желательны. Критические случаи, в которых имеется необходимость звонить, иногда нужно разъяснить; многие «критические» ситуации легко можно разрешить без психолога. Обобщение здесь таково, - терапия проходит лучше всего, когда взаимодействие обоих её участников ограничивается терапевтическими сессиями. Если времени сессий недостаточно, то можно увеличить их частоту. Кроме того, дополнительные сессии могут быть запланированы согласно желаниям и «нуждам» пациента.

**2. Психологический анамнез.**

Консультант может разобраться в причинах возникновения у клиента проблем только в контексте достаточно полной информации о нем. Эта информация и составляет психологический анамнез. Однако невозможно собрать всю нужную информацию о клиенте за одну встречу. Обычно больше внимания этому уделяется во время первых встреч, но важно не забывать, что в ходе всего консультирования следует дополнять «портрет» личности клиента новыми деталями. Собирание анамнеза начинается с рассказа клиента о себе и своих проблемах. Дополнительную информацию мы черпаем из наблюдения за поведением клиента, тестирования и других средств (сны, рисунки, сочинения).

Необходимость психологического анамнеза не вызывает принципиальных возражений, хотя представители экзистенциальной ориентации больше исследуют современную жизненную ситуацию и не требуют от клиента столь детальных сведений о себе, как, например, психоаналитики[13].

*Существуют различные схемы сбора психологического анамнеза. По одной из них выделяются три основных блока информации о клиенте:*

1. ***Демографическая информация:***

* возраст клиента;
* семейное положение;
* профессия;
* образование.

1. ***Актуальные проблемы и нарушения:*** 
   * возникновение, развитие и продолжительность затруднений;
   * события в жизни, обусловленные возникновением, обострением и разрешением проблем;
   * возраст, в котором возникли проблемы;
   * изменение отношений личности (особенно к значимым людям), перемена интересов, ухудшение физического состояния (сон, аппетит), обусловленные возникновением проблем;
   * непосредственная причина обращения клиента;
   * предшествующие попытки разрешения проблем (самостоятельно или с помощью других специалистов) и результаты;
   * употребление лекарств;
   * семейный анамнез (особенно психические болезни, алкоголизм, наркомания, самоубийства).
2. ***Психосоциальный анамнез (значимые межличностные отношения):*** 
   * раннее детство (обстоятельства и очередность рождения, основные воспитатели, отношения в семье);
   * дошкольный период (рождение братьев и сестер, другие значительные события в семье, первые воспоминания);
   * младший школьный возраст (успехи и неудачи в учебе, проблемы с учителями и ровесниками в школе, отношения в семье);
   * отрочество и юность (отношения с ровесниками, лицами другого пола, родителями, успехи и неудачи в школе, идеалы и устремления);
   * взрослый возраст (социальные отношения, удовлетворенность работой, браком, отношения в семье, половая жизнь, экономические условия жизни, утрата близких людей, возрастные изменения, употребление алкоголя, наркотиков, психологические и экзистенциальные кризисы, планы на будущее).

В каждом случае, конечно, не требуется информация в полном объеме. Всегда надо руководствоваться критериями разумной необходимости. Эта схема скорее отражает важные этапы в жизни клиента, время возникновения и усугубления проблем, что облегчает ориентацию в ходе консультирования.

Как известно, A. Adler считает очередность рождения важным фактором в возникновении жизненных проблем. Затронем эту тему несколько глубже, тем более что она недостаточно освещена. Важность очередности рождения связана с очень ранним формированием основных установок личности.

Старший ребенок в семье обладает ярко выраженным чувством ответственности. В первые годы жизни он испытал любовь и заботу родителей, и это способствует определенной эмоциональной стабильности. К ответственности первенец приучается с ранних лет, помогая родителям, в частности, присматривать за младшими братьями и сестрами. Старшему ребенку родители доверяют больше, чем остальным детям, и допускают его к планированию семейных дел. Поэтому старший ребенок склонен к порядку, любит стабильность и предрасположен к консерватизму.

Второй ребенок сильно отличается. Придя в мир, он сталкивается с соперником. В младенчестве и детстве перед ним преуспевающий конкурент, постоянно оставляющий его позади. Второй ребенок находится в приниженном положении, и это заставляет его искать новые занятия, позволяющие первенствовать. В результате формируется амбициозность и способность конкурировать в трудных условиях, а также склонность к революционному изменению существующих обстоятельств.

Особое положение в семье занимает младший ребенок. В детстве он окружен любовью родителей и старших детей. Это создает благоприятную установку и ожидание всеобщей любви к себе. Опасность заключается в том, что последыш, начинает надеяться не только на любовь, но и на постоянное потворство окружающих.

Особенно тяжело положение единственного ребенка. Он бывает в прямом смысле слова окружен любовью и заботой родителей, ему уделяется значительно больше внимания, чем детям, имеющим братьев и сестер. В этом кроется много опасностей. Единственный ребенок имеет много социальных контактов, но одновременно незначительный социальный опыт общежития. Единственный ребенок избалован, и у него развивается чрезмерная требовательность и зависимая в отношении условий жизни установка. Ребенок думает, что мир должен идти к нему, а если этого не происходит, он начинает смотреть на мир враждебно. Однако наряду с опасностями единственный ребенок имеет больше реальных возможностей для всестороннего образования и развития.

Хотя очередность рождения сказывается на формировании личности и служит источником проблем, тем не менее, не следует забывать, что на личность влияет множество факторов.

Leary (1957) тоже предложил вариант схемы психологического анамнеза, предполагающий многоуровневую информацию. По этой схеме клиент должен оцениваться на основании:

* информации о его социальном поведении;
* информации по данным самооценки;
* информации, получаемой при тестировании (ТАТ) и анализе сновидений;
* информации о бессознательном (учет тематики, которая постоянно избегается);
* информации о системе ценностей.

В основном данные анамнеза собираются во время беседы. Этот важнейший способ получения информации о клиенте имеет слабые стороны, поскольку он субъективен и не всегда достоверен. Не следует удивляться и тому, что два или более консультанта, разговаривая с одним и тем же клиентом, могут составить разное представление о нем и разойтись в выводах. Расхождение происходит по ряду причин, которые следует иметь в виду:

1. Консультанты могут по-разному опрашивать клиента и получить разную информацию. Следовательно, понимание клиента зависит от характера опроса.
2. Консультанты оказывают неодинаковое влияние на клиентов, поэтому могут получить различные ответы, даже задавая одни и те же вопросы.
3. Консультанты во время беседы фиксируют разные аспекты поведения клиента (никто не способен охватить все поведение), что обусловливает расхождение мнений о клиенте.
4. Даже имея сходную информацию, консультанты могут интерпретировать ее по-разному.

Перечисляя причины расхождения в понимании клиентов, обратим внимание на то, что консультант собственным влиянием способен спровоцировать ложную информацию. Другими словами, в рассказе клиента иногда видится желаемое и не замечается нежелательное. Такова реальная опасность, о которой следует помнить консультанту при сборе информации о клиенте. С другой стороны, если мы будем стараться обойти все опасности, стремясь к более строгому структурированию беседы, то рискуем не усмотреть уникальность каждого клиента, и беседа станет похожей на анкетирование или тестирование.

**3.Использование тестов.**

Вопрос о тестировании противоречив и является предметом таких же дискуссий, как и проблема постановки диагноза. Точка зрения представителей экзистенциальной и роджерианской ориентаций на тестирование соответствует их взглядам на диагностику. Тестирование, по их мнению, инструмент внешнего понимания и не способствует успешному консультированию. Эти доводы ясно сформулировала Arbuckle (1975):

«Если придерживаться традиционной научной парадигмы и рассматривать человека как существо, которое можно измерить, опираясь на внешние критерии, тогда постановка диагноза и тестирование должны быть составной частью процесса консультирования. При рассмотрении человека изнутри, с позиций экзистенциализма, тестирование и диагноз, наоборот, уводят в сторону от понимания человека».

Представители более умеренных взглядов пытаются обосновать использование тестов в процессе консультирования тем, что они позволяют получить больше информации о клиенте и предоставить дополнительную информацию самому клиенту, чтобы тот смог принимать более реалистичные решения. Уже упомянутые Bramer и Shostrom (1982) являются сторонниками активной роли клиентов в тестировании и приглашают их участвовать в выборе тестов. Они внедряют в практику следующие положения:

* клиент и консультант во время беседы решают, какая информация, доступная с помощью тестов, может оказаться необходимой при решении проблем клиента;
* консультант знакомит клиента с разными типами тестов;
* консультант рекомендует клиенту тесты, которые помогут получить искомую информацию, и указывает на бесполезные в данном случае тесты;
* консультант дает возможность клиенту высказать свои сомнения и отрицательные чувства по отношению к отобранным тестам; сомнения и чувства обсуждаются совместно.

Подобной модели участия клиентов в тестировании соответствуют и представленные Corey (1986) соображения:

* клиенты должны участвовать в процедуре отбора тестов и сами решать, какого типа тесты выполнять;
* обсуждаются причины, по которым клиенты выбирают определенные тесты, а также опыт прежнего тестирования;
* консультант обязан знать, для чего предназначены конкретные тесты, и разъяснить клиентам целесообразность их использования и возможные ограничения;
* консультант должен помочь клиентам понять, что тесты не могут дать окончательных ответов, а лишь предоставляют дополнительную информацию, которую следует обсудить в ходе консультирования;
* консультант обязан подробно ознакомить клиентов с результатами тестирования и совместно их обсудить; интерпретируя результаты, консультант должен быть нейтрален, не следует забывать, что тестирование является лишь одним из способов получения сведений о клиентах и полученные результаты следует проверить и подтвердить другими данными;
* представляя результаты, консультант по возможности должен воздерживаться от оценок и позволить клиентам самим делать выводы.

Такой способ использования тестов в консультировании, когда консультант не абсолютизирует их значение, а интерпретацию полученных результатов интегрирует в процесс консультирования, помогает выбирать валидные и надежные тесты в целях улучшения консультативного контакта и повышения эффективности консультирования.

**4. Диагностика. Оценка. Психологический диагноз.**

**Диагностика, оценка клиента**

Диагностика и оценка клиента начинается с первой консультации и продолжается в течение всего консультирования. Уже на первой консультации специалисту необходимо удерживать внимание на определённых жалобах, темах, конкретных жизненных ситуациях, чтобы формулировать и проверять начальные гипотезы относительно природы проблем клиента. Консультант изучает вместе с клиентом каждую новую тему: начинает с открытых вопросов, далее в случае необходимости использует прояснение, отражение чувств, конфронтацию, интерпретацию и другие техники.

Использование активных приемов психотерапевтического интервью на первой сессии носит характер пробного вмешательства. То, как клиент реагирует на пробные вмешательства консультанта, говорит нам о степени его готовности использовать терапевтический потенциал консультирования, то есть тех средств, которые может предложить ему консультант. Как точно замечают Р. Шерман и Н. Фредман, «каждую конкретную технику одновременно можно рассматривать и как психодиагностический тест» (цит. по: Навайтис, 1999). То, насколько клиент откликается на пробные вмешательства, отражает его уровень открытости-закрытости, способность входить в контакт со своими чувствами, умение использовать иную точку зрения для понимания своих проблем, и другие важные факторы для оценки уместности того или иного вида психологической помощи. Так техника отражения чувств выявляет то, насколько пациенту для рефлексии доступен собственный мир переживаний. Техника конфронтации и интерпретации позволяет оценить доступность собственного бессознательного для пациента, его способность у интроспекции и инсайту.

В течение интервью пациент сообщает как объективные, так и субъективные сведения, которые достаточно тесно переплетаются между собой. В связи с этим Герман Аргеландер выделил три уровня восприятия в процессе первичного интервью:

1) уровень получения объективной информации, пригодной для определения логических причинно-следственных связей. Например, на этом уровне консультант может проводить связь между возникновением депрессии и смертью родственника пациента;

2) уровень получения субъективной информации, на котором связи определяются с помощью принципа «психологической очевидности». Так, в качестве примера может выступать уверенность пациента в том, что его депрессия связана с потерей отца;

3) уровень получения ситуативной информации, действуя на котором консультант изучает особенности поведения пациента во время интервью с точки зрения того, как он подает объективную и субъективную информацию, т.е. того, в какого рода отношения его бессознательно втягивает пациент.

Так, например, консультант может ощутить острую необходимость немедленно, каким угодно способом помочь пациенту, что может свидетельствовать о том, что пациент пытается вести себя как маленький беспомощный ребенок. В других случаях консультант, напротив, может ощутить, что, несмотря, на демонстрируемую беспомощность и страдания, пациент пытается загнать самого специалиста в роль маленького ребенка, которого пациент соблазняет «интересным предложением» или пытается заставить почувствовать себя «очень плохим».

**Диагностическая оценка. Психологический диагноз**

*Для прояснения (оценки) проблемной ситуации клиента можно использовать следующие вопросы консультанта*:

1. Как именно проявляется ваша проблема (Что вы чувствуете? Что ощущаете? О чем вы думаете и как оцениваете ситуацию? Что делаете (как поступаете)? Что говорите? Опишите более конкретно проблему. Приведите пример.
2. Где и когда проявляется проблемное состояние (или поведение)?
3. Кто при этом присутствует? Когда и где это проявляется больше, когда и где меньше?
4. Когда и при каких обстоятельствах проявилось проблемное состояние (или поведение)? Что предшествовало его возникновению?
5. К каким последствиям привело возникновение проблемы? Заметили ли окружающие это? Если да то, как они отреагировали?
6. Что произойдет если проблема разрешиться? Как вы это заметите? Для кого из окружающих это будет заметно? Что будет для вас знаком (сигналом) того, что продвигаетесь в направлении разрешения проблемы?

Диагностическая задача решается консультантом путем последовательного сбора информации и увязывания полученных данных в единое целое. Сначала в центре внимания психолога находится состояние клиента (его симптомы, жалобы), его страдание и боль. Далее идет исследование жизненной ситуации и тех событий и факторов среды, на которые клиент реагирует болезненно, того, что вызывает его состояние. В процессе изучение обстоятельств клиента могут обнаружиться также факторы, которые усугубляют настоящее положение вещей. Затем консультант расширяет представление о проблеме, обращаясь к исследованию прошлых событий и ситуаций, которые сформировали уязвимость клиента, предрасполагающие стрессы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Состояние клиента (жалобы)* | |  |
| *Картина личности,*  *её конфликты*  *и уязвимость* |  | | *Провоцирующие*  *события и*  *стрессы* |
| *Предрасполагающие жизненные*  *события и стрессы (в прошлом)* | | *Жизненные обстоятельства,*  *усугубляющие ситуацию (в настоящем)* | |

**Рис. 3.1. Формирование гипотезы в процессе установления психологически понятных связей между состоянием клиента, его жизненной ситуаций и личностными особенностями**

Завершается диагностический поиск полной жизненной историей с акцентом на историю отношений клиента с другими людьми и формированием картины личности клиента и его внутренних конфликтов. Когда все пять категорий информации увязываются в психологически понятную связь, формируется гипотеза о причинах затруднений клиента (рис. 3.1).

Диагностическую оценку полезно рассматривать как непрерывный процесс умозаключения, расширяющий текущее знание о клиенте. Психологическая оценка начинается на первой встрече с клиентом и заканчивается лишь с окончанием психотерапии. На основе наблюдений за поведением клиента, отслеживания и осмысления собственных субъективных впечатлений от взаимодействия с ним, а также анализа содержания рассказанных им историй консультант начинает выстраивать рабочую модель внутреннего мира клиента и пригодную для данного случая терапевтическую стратегию*.*

Согласованное представление о причинах трудностей клиента ложится в основу так называемого психологического диагноза. ***Психологически понятная связь между трудностями, которые испытывает клиент (жалобами), ситуацией, в которой возникли эти трудности, и особенностями личности клиента называется психологическим диагнозом.*** Наличие предварительной гипотезы необходимо для продолжения процесса консультирования, она его направляет. Поскольку консультирование является практической деятельностью, направленной на достижение конкретных результатов, консультанты системного направления подчеркивают, что ценность гипотезы определяется её полезностью (Selvini Palazzoli et.al., 1981). Гипотеза полезна, если она, с одной стороны, служит фильтром для разнообразной информации и способствует наведению когнитивного порядка в голове психолога, а с другой – инновационные гипотезы открывают психологу и его клиенту новые перспективы «видения», способствуют появлению неожиданных и «невероятных» решений и ускоряют их. Нет необходимости искать единственно верную гипотезу, скорее богатство гипотез порождает разнообразие возможностей. Неоднократная смена гипотез – обычное явление для консультирования.

1. **Формулировка клинического случая (концептуализация проблемы).**

Характер терапевтической гипотезы зависит не только от индивидуальности пациента и его уникальной жизненной ситуации, но и от теоретической ориентации психолога, его взглядов на личность и суть терапевтических изменений. ***Описание конкретного клинического случая и гипотезы в терминах ведущей теории, его понимание с определённых теоретических позиций называется концептуализацией проблемы.*** И хотя концептуальная основа одного и того же случая для представителей различных теоретических подходов будет звучать по-своему, неизменным остаётся требование её наличия для структурирования мышления клинициста, что помогает находить ориентиры в процессе психологического консультирования. Последовательно письменно изложенная концептуализация проблемы называется ***формулировкой случая***.

Как уже было сказано, гипотеза консультанта обсуждается с клиентом для того, чтобы сформировалось согласованное представление обоих участников психотерапевтического взаимодействия о причинах трудностей клиента. Это согласованное представление становиться психологическим диагнозом. Напоминаем ***психологический диагноз – это психологически понятная связь между трудностями, которые испытывает клиент (жалобами), ситуацией, в которой возникли эти трудности, и особенностями личности клиента.***

Способность концептуализировать и письменно излагать сжатые формулировки случаев является базисной для повседневной клинической практики. Формулировка случая является важным концептуальным, клиническим и исследовательским инструментом в современном консультировании.

В качестве структуры, организующей процесс концептуализации информации о пациенте, формулировка случая способствует пониманию и эмпатии клинициста к интрапсихическому и межличностному мирам пациента, обеспечивает фокус и руководство процессом терапии.

Формулировка случая помогает организовывать информацию о пациенте. «В том, как пациент говорит о своих чувствах, мыслях и поступках; в том, как он представляет себя, нередко бывают противоречия. Формулировка содержит структуру, позволяющую клиническому психологу выявить противоречия и категоризовать важную, зачастую разрозненную информацию в достаточно связное видение пациента» (Eells&Lombart, 2004)

***Функции формулировки случая.*** Можно  выделить четыре функции формулировки случая: интегративную, объяснительную, предписывающую и предсказывающую.

*1. Интегративная.* Формулировка случая суммирует и связывает воедино выступающие качества случая и быстро определяет важные вопросы, особенно для сложных случаев с множественными проблемами. К тому же, сам акт написания помогает организовать и интегрировать клинические данные и позволяет клиницисту сфокусироваться на сути дела в каждом отдельном случае.

*2. Объяснительная.* Формулировка случая обеспечивает проникновение в интра- и интер-индивидуальные аспекты случая, способствую лучшему схватыванию развития болезни и ее влиянию на пациента и на его окружение. Она обеспечивает рамку для понимания взаимодействий между лежащей в основе динамикой и нединамическими факторами, включая психологическую и нейробиологическую уязвимость. Формулировка случая также помогает консультанту понимать характер складывающихся терапевтических отношений и возникающих в них трудностей,

*3. Предписывающая.* На предписывающем уровне, адекватная формулировка случая представляет собой наметку по руководству терапией, включая установление приемлемых целей, выбор модальности, стратегии и интервенций. Предписание определенного плана действий особенно важно для начинающих клинических психологов, так как придает им уверенности в собственных действиях.

*4. Предсказывающая.* Начальная формулировка проливает свет на прогноз случая и указывает на необходимость сосредоточиться на других областях, например, на ядерных убеждениях и автоматических негативных мыслях, которые необходимо конфронтировать если в терапии отсутствует прогресс. Формулировка случая позволяет предвидеть и преодолевать события, препятствующие терапии, такие как невыполнение домашнего задания, отыгрывание вовне и другие формы сопротивления изменению в терапии. Начальная формулировка обеспечивает исходную линию для сравнения и переформулирования после появления новой информации. В действительности, окончательная концептуализация случая возникает только тогда, когда пациент полностью решает свои проблемы и завершает консультирование.

На данный момент существует  несколько десятков методов формулировки случая, разработанных в рамках отдельных направлений психотерапии и опирающиеся исключительно на концептуальные средства этих теоретических подходов.

Выделяют **пять основных диагностических моделей**, используемых практиками, работающими в рамках различных помогающих профессий (Коттлер). В зависимости от профессиональной принадлежности, особенностей подготовки и теоретических предпочтений в работе консультанты или психотерапевты могут использовать **модель развития, медицинскую, феноменологическую, поведенческую или системную модели.**

Каждая из представленных диагностических систем имеет в основе свою, отличную от других, структуру, свои допущения и свои данные исследований, так же как и свои преимущества и недостатки. Модель развития традиционно использовалась в рамках образовательных учреждений. В отличие от медицинской модели диагноз, поставленный на основе модели развития, описывает симптомы клиента и его поведение в терминах их адаптивных функций и фокусируется в первую очередь, на стадиях и уровнях текущей деятельности (Ivey, 1991), акцентирует внимание на здоровье, а не на болезни. Семейные и брачные консультанты предпочитают использовать системную модель, которая рассматривает симптомы клиента как отражение дисфункции во взаимодействии (коммуникации) в его микросоциальной среде, семье. Феноменологическая модель вытекает из психодинамической, гуманистической и экзистенциальной психологии, гештальт-терапии. Важным составляющим этой модели является личный опыт отношений консультант-клиент и использование консультантом собственной личности в качестве инструмента для установления отношений и понимания внутреннего мира клиента. Поведенческая модель базируется на точном описании и идентификации форм поведения и подкрепления в процессе непосредственного наблюдения и количественных измерений. Эта модель ориентирует на постановку конкретных целей, направленных или на снижение, или на увеличение частоты проявления какой-либо формы поведения.

Существуют разные подходы касательно использования формулировки случая в терапевтической коммуникации. Некоторые рекомендуют, чтобы вся формулировка целиком была разделена с пациентом и выступала в качестве явного центрального события, направляющего терапию. Другие считают, что сообщать формулировку в одной интервенции подобно вываливанию слишком многого, чтобы это можно было за раз переварить. Они скорее рекомендуют выбирать отдельные части формулировки для своевременных вмешательств. Есть и те, кто считают, что более терапевтично скорее способствовать тому, чтобы пациент самостоятельно пришел к выводам формулировки.

Елс, Кенджелик и Лукас (Eells, Kendjelic & Lucas, 1998) предприняли попытку разработать мультитеоретическую систему, которую они назвали «Метод кодирования содержания формулировки случая». В этом подходе формулировка случая рассматривается как средство, помогающее организовать сложную и противоречивую информацию о пациенте. Этот метод согласуется с медицинской моделью лечения психических расстройств и может выступать в качестве плана, направляющего лечение, как маркер изменения и как структура, облегчающая понимание и эмпатию клинициста

В результате анализа были выявлены *4 общих категории информации*, которые, по их мнению, присутствуют в большинстве методов формулировки случая. А именно - *симптомы и проблемы; ускоряющие стрессоры; предрасполагающие жизненные события; механизм, который связывает предшествующие категории и предлагает объяснение влияние ускоряющих и сохраняющих проблемы индивидуума факторов.* Ими были выбраны теоретически нейтральные категории, которые бы обеспечили структуру для организации информации независимо от теоретической точки зрения на формулировку случая.

***1. Симптомы и проблемы.***

Первый общий фактор – определение признаков, симптомов и других явлений, которые могут быть клинически важны. Эта категория вбирает предъявляемые пациентом симптомы и главные жалобы, а также проблемы, которые могут быть очевидны специалисту, но не клиенту.

***2.Ускоряющие стрессоры.***

Существуют события, которые катализируют и обостряют текущие симптомы и проблемы клиента. Эти события могут быть истолкованы или как непосредственно ведущие к текущим проблемам или как увеличивающие тяжесть ранее существовавших проблем до уровня, имеющего клиническое значение.

***3. Предрасполагающие жизненные события.***

Травматические события и стрессоры, имевшие место в жизни человека, которые привели к возросшей уязвимости к возникновению симптомов. Предрасполагающие жизненные события можно разделить на три категории: ранняя жизнь (детство и подростковый возраст), прошлая взрослая жизнь и недавняя взрослая жизнь (2 года до обращения за помощью).

***4. Механизм, в котором делается заключение.***

Этот наиболее важный фактор представляет собой попытку связать и объяснить информацию предшествующих трех категорий. Данный механизм – это гипотеза клинициста о причине текущих трудностей пациента. Существуют три основных категории этого механизма: психологический, биологический и социокультурный. Психологические механизмы могут включать в себя ядерный конфликт; набор дисфункциональных мыслей, убеждений или схем; навыки; проблематичные аспекты или черты Я; проблематичные аспекты в отношениях с другими; защитные механизмы; проблемы с аффективной регуляцией. Биологические механизмы отсылают к генетическим и приобретенным состояниям, которые обуславливают или вносят вклад в проблемы пациента, например, генетическая предрасположенность к депрессии. Социокультурные механизмы – это такие факторы как национальность, социоэкономический статус, религиозные верования, отсутствие социальной поддержки.

**Различия между диагнозом и формулировкой случая.** По мнению Мэйка и Биньона (Make&Binyon, 2005) некоторые функции формулировки случая кажутся сходными с функциями диагноза. Однако, хотя и формулировка случая, и диагноз имеют функции суммирования и предсказания они все же существенно отличаются (табл. 3.1). Далее вкратце излагаются их взгляд на различия между диагнозом и формулировкой случая.

**Таблица 3.1**

**Некоторые основные различия между диагнозом и формулировкой**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Характеристика** | **Диагноз** | **Формулировка** |
| Форма | Описательный ярлык | Объясняющее резюме |
| Точка зрения | Что общего? | Что уникального? |
| Источник | Структурированное обследование | Интерактивное интервью |
| Использование теории | Нейтрален к теории | Связана с теорией |
| Предсказывает | Течение болезни | Реакции на болезнь |
| Лечение | Определяет лечение | Наполняет лечение |

Психиатрический диагноз представляет собой резюмирующий ярлык, например, параноидная шизофрения или посттравматическое стрессовое расстройство. Любой диагноз, по сути, является определением того, что данный пациент имеет общего с другими, оставляя формулировке случая выявление и объяснение того уникального, что присутствует у данного пациента. В отличие от диагноза формулировка случая нацелена именно на суммирование и объяснение наиболее важных факторов в интрапсихической и социальной жизни индивида.

Для постановки диагноза необходимо, чтобы в ходе сбора истории и проведения обследования психического состояния был собрана информация о симптомах и признаках, которые обеспечивают факты, позволяющие выбрать наиболее соответствующий определенным критериям диагноз.

Формулировка случая требует дополнительных видов информации, в частности того, как пациент чувствует и реагирует в различных ситуациях, почему события следуют друг за другом и какой смысл это имеет для пациента. Помимо детального опроса интервьюер использует опыт взаимодействия с пациентом для сбора информации, например, характер взаимодействия интервьюера и пациента и чувства интервьюера в ходе и после интервью могут помочь сделать заключение о характерных способах взаимодействия и реагирования на болезненные события.

Современные диагностические системы, такие как МКБ-10 и DSM-IV, не фокусируются на причинах, лежащих в основании проблем пациента. Диагностические термины также избегают теоретических коннотаций. В то время как объяснительный характер формулировки случая изначально предполагает, что она неизбежно нагружена или, даже можно сказать, вооружена теорией. В силу этого для овладения мастерством формулировки случая важны не только клинический опыт, но и развитие навыков концептуализации и повышение уровня искушенности в применяемой теории.

В отличие от диагноза, который содержит информацию о типичном течении болезни, формулировка случая, принимает во внимание и те индивидуальные факторы, которые позволяют дифференцировать ожидаемый прогноз одного индивида от другого. Ее предсказательная валидность может быть проверена последующим развитием событий. В случае неожиданного развития событий в лечении, формулировка случая, по всей видимости, нуждается в модификации, даже если диагноз пациента не меняется.

Широко распространено представление, что диагноз должен определять ход лечения. Однако если говорить о психологических видах лечения, сам по себе диагноз плохо помогает выбрать эффективное лечение. План лечения может и часто включает психотерапию с различными целями: уменьшение симптомов, улучшение функционирования, предотвращение рецидива, достижение инсайта и выявление препятствий прогрессу в терапии. Существуют реальные различия между индивидами в их откликаемости на различные методы лечения, поэтому такие, например, характеристики индивида как защитный стиль могут быть более важны для прогноза эффективности определенного метода психотерапии.

**Рекомендации для формирования биопсихосоциальной формулировки случая с акцентом на психодинамике: (Кэссо К, Габбард Г.О, 2009).**

1. Не пытайтесь учесть все.  Вы не можете объяснить все затруднения пациента. Фокусируйтесь на одной или двух ключевых темах, которые относятся к ядру проблем пациента.

2. Иллюстрируйте, как конкретный опыт в процессе развития мог поспособствовать текущим жалобам, которые пациент принес в терапию.

3. Распознавайте стрессоры, которые могли дать начало симптомам или неприятным аффективным состояниям, которые приводят пациента к тому, чтобы искать помощи.

4. Используйте данные переноса и контрпереноса здесь-и-сейчас из вашего взаимодействия с пациентом, которые могут связывать прошлое пациента с жизненными проблемами в настоящем.

5. Прогнозируйте, как паттерны взаимоотношений пациента могут проявиться в отношениях специалист-пациент и повлиять на ход психотерапии.

Не забывайте, что формулировка – это только гипотеза или набор гипотез. Формулировку необходимо постоянно пересматривать, поскольку появляются новые  данные.