

## *Модель проведения первичного интервью. Появление пациента.*

Важно обратить внимание на высокий пациент или низкий по росту, как сложены его руки и ноги, он блондин или брюнет шатен или рыжий носит ли он очки или у него есть близорукость, хотя он и не носит очки, каковы черты его лица. К анатомическим наблюдениям нужно добавить описание элементов персоны - одежды, включая украшения и другие предметы, принесенные с собой, вроде кошелька. Сигнальный характер одежды, который позже легко можно связать с основными психологическими проблемами, помогает прояснить или подчеркнуть многие вещи независимо от того, бросаются они в глаза или нет. Надо выяснить, как в конкретный момент конкретный человек презентует себя другим.

†. Поведение пациента во время первичной беседы. Необходимо быть хорошим наблюдателем, обратить внимание на невербальное поведение пациента. Желательно повторить для себя после первой беседы специфические движения пациента, например, походку, как он скрещивает ноги, его позу, чтобы лучше понять нюансы переживаний, связанные с данным поведением. Часто можно сформулировать подробный диагноз, только наблюдая поведение пациента, еще до того как он сказал хоть одно слово.

2. Перенос и контрперенос. Эта область исследования относится к невербальному общению с пациентом. Внимательные наблюдения за собой являются источником информации о переживаниях пациента. Материал наблюдений за нашими контрпереносными реакциями помогает с большей ясностью понять перенос пациента и ролевые модели в ядре его главного психического конфликта. Необходимо дать детальное описание ваших собственных чувств и фантазий, констелированных пациентом, и не ограничивать себя сообщением, что пациент приятный человек. Составляя описание, необходимо помнить о неизбежности мощного субъективного фактора, из-за которого аналитику следует учитывать свою собственную личность.

3. Типология. Эта область занимает промежуточное положение между наблюдением и анализом вербального материала. После первого часа очень быстро определяется тип установки, так как экстравертированная или интравертированная установка ясно выражена в поведении пациента. Любая дополнительная информация помогает в оценивании то, как пациент презентует себя, обычно довольно отчетливо показывает, ориентирован ли он на внешние объекты или на внутренние субъективные факторы. Установление функциональных типов более сложная задача.

Особенно сложно идентифицировать две иррациональные функции ощущения и интуиции. Диагностирование интуиции и ощущения требует внимательного рассмотрения всего материала первичной беседы. Диагностирование типологии пациента стоит усилий, так как заодно с типологией мы проясняем симптоматику. Следуя Уилке ( 1974 ) стоит говорить прежде всего о проблемной функции, а не о лидирующей или вторичной функции

4. Содержание высказываний пациента. В начале первичной беседы желательно позволить пациенту взять инициативу на себя и даже создавать напряжение, оставаясь молчаливым несколько минут. Благодаря этому подходу во многих случаях появляется возможность непосредственно наблюдать изначальную проблему, что подобно сновидению, которые приносит пациент на анализ. Важно на какой области акцентирует внимание пациент-

1. на биографическом материале,
2. на текущей ситуации,
3. на симптомах и их возможных причинах.

Важно присутствие бессознательного материала - снов и фантазий, которыми пациент поделится в беседе. С диагностической точки зрения важно определить, в какой степени вообще возможен доступ к бессознательному.

5. Лакуны (описание заметных пропусков). Часто можно сделать больше выводов из того, что пациент не упомянул, чем из сказанного. Описание пропусков помогает определению диагноза. Начинаящему терапевту достаточно просто учитывать, что пациент может сказать что-то о своей биографии или происхождении, включая важных людей, конфликтные ситуации, спровоцировавшие болезнь, и описание текущей жизненной ситуации и что пациент должен оставить некоторое впечатление о том, как он ведет себя в отношении трех главных влечений ( голод, борьба за власть и сексуальность ).

6. Центральный комплекс. В процессе первичной беседы аналитик должен получить представление о центральном комплексе пациента и его предполагаемом архетипическом ядре (Великая мать и Великий отец). Умение правильно идентифицировать отцовского или материнского архетипов зависит от диагностических способностей индивидуума и знания соответствующих форм коллективных архетипических фигур.

7. Тесты и измерения. Тест словесных ассоциаций Грей-Вильрайта, Мейера-Бриггса и Сингера- Лумиса, в детской терапии- тест Сцено и Харвика, а также проективные тесты, которые аналитик может подобрать по своему усмотрению.

## **Заключение.**

1. Симптоматика с акцентом на первичном симптоме, т. е. на проблемах, заставивших обратиться за лечением, а так же всех других симптомах, наблюдаемых в процессе интервью или подозреваемых.
2. Подробное описание появления пациента, как мы обсуждали ранее.
3. Описание вербального содержания интервью, включая элементы переноса, а так же лакуны.
4. Результаты размышлений аналитика над психодинамикой пациента и происхождением его невротических моментов, включая провоцировавшую конфликт ситуацию.
5. Диагноз, охватывающий психическую структуру, типологию и выше описанное определение доминирующих комплексов.
6. Прогноз на основе всего ранее приведенного о пригодности пациента к аналитическому лечению и, что особенно важно в нашей школе, о возможностях индивидуации.

### **Структурное интервью состоит из трех техник.**

1. техника прояснения- уточнение места, времени, обстоятельств.
2. техника конфронтации- А какие у вас отношения с сестрой.
3. пробная техника- А вы знаете я несколько не понимаю ... , т. е. вы представляете взглянуть вашими глазами на клиента.

### **«Карта семьи» или «первичное интервью» по Вирджинии Сатир**

I. Сделайте карту семьи пациента в виде таблицы, в отделения которой поместите имена, даты рождения и смерти ваших родителей, родных сестер и братьев, бабушек, дедушек, дядей и тетей. Наряду с этим попытайтесь кратко (лучше тремя прилагательными описать каждого члена семьи, включенного в вашу таблицу).

II. После того как вы составили эту карту. письменно ответьте на следующие вопросы, касающиеся вашей семьи:

1. Не ругали ли вас порой за то, что вы видели такое, что было явно не для ваших глаз?
2. Дозволялось ли в вашей семье испытывать те чувства, что испытывали?  
Было ли так, что одни чувства считались приличными, а другие нет?
3. Позволялось ли в вашей семье **говорить** вслух то, что вы думаете и

чувствуете?

4. Позволялось ли просить что, что хочется?
5. Разрешалось ли вам вам рисковать?
6. Каковы были основные негласные законы вашей семьи?
7. Как вы думаете, какие роли вам приходилось брать на себя в семье?
8. Вы можете сказать, что в вашей семье общались честно и открыто, или же обманывали друг друга, скрывали правду? Как относились члены вашей семьи друг к другу - уважительно или с пренебрежением?
9. Какой способ поведения был свойственен вашим родителям и воспитателям в трудной, стрессовой ситуации: заискивание, обвинение, рационализация, избегание?
10. С вашей точки зрения, как в семье относились к переменам?
11. Как ваши родители (или те, кто воспитывал вас) относились к конфликтам, проявлению злобы и невыдержанности?
12. Насколько в вашей семье уделялось внимание своеобразию личности и разносторонним способностям человека?
13. Был ли в вашей семье кто-то главный? Чувствовал ли каждый себя равным другим, независимо от своего пола, возраста или роли в семье?
14. За воспитание каких сильных сторон вы можете поблагодарить свою семью?
15. В чем вы хотели бы поступать по-иному, чем принято в вашей семье?

