

Автор: Головчинер (Новикова) В.Ю.

Интервью – довольно часто используемая техника в практике соционической диагностики. Оно может проводиться как вариант открытого теста или как методика получения вербального и невербального материала для семантического анализа.

В любом случае, в рамках интервью неминуемо происходит психологическое взаимодействие типизируемого и диагноста, а психологическое состояние и настрой участников выступают важными факторами корректности результата типирования.

1 Типизируемый

Диагностическая ценность и корректность снимаемых показателей будет тем выше, чем более свободно и раскованно будет чувствовать себя типизируемый. На это состояние влияет степень внимания к себе, которое он ощущает в процессе интервью, невербальное взаимодействие, выбор тем для диалога и длительность диагностики.

1.1. Внимание.

Очень важный фактор. Легко можно лишить интервью диагностического смысла, оставив типизируемого в ощущении брошенности. Это происходит, когда диагност постоянно отвлекается, переговаривается с коллегами (если типизирует группа), не смотрит на типизируемого, беспрерывно что-то пишет в блокноте и т.п.

Типизируемый начинает чувствовать себя лишним, замыкается, сворачивает ответы, отвечает односложно. В худшем случае – обижается и уходит в оборону, что может вызвать активизацию блока ИД и искажение диагностических показателей.

В течение всего интервью типизируемый должен чувствовать себя в центре внимания, понимать, что весь его рассказ отправляется в копилку диагноста, каждое слово важно, каждая деталь учитывается. Такое внимание позволяет человеку легче успокоиться и

раскрыться, что, безусловно, положительно отражается на количестве и ценности получаемого диагностического материала.

Есть несколько техник, используемых в практике психологического консультирования, которые смело можно применить в рамках соционической диагностики.

- **Контакт глаз.** Первый признак того, что собеседник внимательно слушает – это постоянный контакт глаз. Сам типлируемый может отводить глаза в сторону, но когда он возвращается взглядом к диагносту, типлируемый должен видеть внимательный заинтересованный взгляд глаза в глаза. Это создает ощущение адресности монолога, того, что текст не уходит в пустоту, а значим и интересен для диагноста. А значит, и сам типлируемый важен тому, кто его слушает.

Это раскрепощает типлируемого и стимулирует поток диагностического материала.

Однако эта техника требует мастерства и чуткости, чтобы не превратить контакт глаз в выяснение, кто кого переглядит. Взгляд диагноста должен быть спокойным, нужно смотреть, а не всматриваться в глаза говорящему.

- **«Ага-угу».** Довольно часто в нашей обычной жизни, ведя разговоры по телефону, мы периодически угаваем в знак того, что слушаем собеседника. А если мы пропускаем очередное «угу», человек на другом конце провода начинает волноваться, спрашивать, слушаем ли мы его, или связь прервалась.

То же самое стоит делать в процессе интервью. Каждое «ага-угу» означает для типлируемого, что его внимательно слушают, что контакт есть, и связь не прервана. Это так же дает типлируемому ощущение значимости, успокаивает и раскрепощает.

- **Парафраз.** Техника, требующая определенного мастерства в применении, особенно полезна, когда типлируемому трудно даются длинные монологи, а методика диагностики требует, чтобы они были.

Парафраз – это повторение последнего произнесенного слова в той же интонации, в какой оно было сказано. Здесь важно, чтобы парафраз был произнесен без паузы, на том же дыхании, повторяя стиль типизируемого. Это должно быть дублирование последнего слова конечной фразы. И тут важно не ошибиться и не продублировать слово из середины монолога, что может просто прекратить подачу текстового материала.

Удачный парафраз стимулирует развитие мысли типизируемого и дальнейшее разворачивание темы, обогащая диагностический материал.

Безусловно, эти техники требуют мастерства, чтобы сам диагност не был похож на угавающего клоуна-повторяшку с вытаращенными глазами. Нарбатывать необходимые навыки лучше в беседах с близкими людьми, которые тоже хотят, чтобы их слушали внимательно.

1.2. Невербальное взаимодействие и воздействие.

Напомню, что для точности диагностики важно, чтобы типизируемый ощущал себя свободно и спокойно. Закрытая тревожная поза, скрещенные руки – сигнал того, что человек напряжен и готов к обороне. Самый простой невербальный способ снять эту напряженность – дать типизируемому что-то в руки (ручку, стакан чая). Конечно, это нужно объяснить: «Возможно, вы захотите что-то записать...» Предмет в руках играет роль эмоционального громоотвода, на который человек может сбросить волнение или напряжение. Человеку проще успокоиться, если можно покрутить ручку, постучать ею по столу и т.п. Кроме того, предмет размыкает руки, а разомкнутые руки – это уже сигнал тела психике, что можно открыться.

Такая техника хороша для снятия первичного напряжения, которое обычно возникает, когда человек попадает в новую обстановку. А диагностическое интервью – это как раз такая новая обстановка.

Однако если типизируемый в процессе разворачивания интервью продолжает или

возобновляет суетливые манипуляции предметом в руках, это сигнал о том, что нужно исправлять психологическую обстановку, применяя техники внимательного слушания, или меняя тему разговора, о чем подробнее будет рассказано далее.

Кроме того, невербальное поведение диагноста влияет на психологическое состояние типизируемого. Закрытая поза диагноста увеличивает психологическую дистанцию и разрушает контакт. И наоборот, подчеркнуто открытая поза (разомкнутые руки, в идеале – ладонями вверх, корпус тела немного наклонен в сторону типизируемого) способствует возникновению взаиморасположения собеседников, снимает напряжение и успокаивает типизируемого.

Практики НЛП для установления конструктивного психологического контакта с собеседником часто используют технику невербального зеркала, которая сводится к повторению поз и движений собеседника. Такой прием создает у типизируемого ощущение, что его не только слушают, но и понимают, причем понимают правильно. При таком ощущении человеку намного легче разговариваться, что опять-таки способствует получению ценного диагностического материала.

1.3. Темы для интервью.

Основное условие получения корректного и достаточного материала для диагностики – расположение и позитивный настрой типизируемого к разговору на определенную тему. А так же его спокойное и уравновешенное состояние.

Конечно, это условие проще выполнить, когда интервью проводится с целью набора текстового материала с последующим семантическим анализом, а не в качестве устного тестирования по конкретным вопросам.

Чтобы избежать напряженности, которая пагубно сказывается на диагностике, лучше не затрагивать болезненные или интимные темы, требующие особой откровенности от человека. Безусловно, такие темы у каждого могут быть разными, и представители разных ТИМов демонстрируют разную готовность к откровенности. Но тут уже стоит позаботиться о состоянии диагноста, так как слишком личная информация стремительно сокращает психологическую дистанцию между собеседниками, разрушает

исследовательский рабочий настрой, вовлекает диагноста в личность типизируемого, отвлекает от анализа диагностических индикаторов и в итоге пагубно сказывается на процессе типирования. Поэтому, если, вдруг, типизируемый сам переходит рамки допустимой откровенности (это легко отследить по ощущению неловкости, которое тут же возникает у диагноста), его лучше прервать и предложить поговорить на более нейтральные темы, обосновав такой ход пользой для диагностики.

По опыту соционической диагностики и психологического консультирования можно выделить несколько тем, наиболее опасных с точки зрения возникновения напряженности. Детство типизируемого, семейная жизнь, работа. Темы перечислены по убыванию возможной степени тревожности.

У подавляющего большинства людей в детстве кроются страхи и причины комплексов. Задавая вопросы об этом периоде, диагност рискует вернуть типизируемого в негативные переживания. А если вопрос случайным образом попадет в очень болезненную точку, вывести типизируемого из состояния детских переживаний будет сложно, особенно если диагност не обладает психологическим образованием и навыками соответствующей психологической работы. В легком варианте человек закроется и сам попросит уйти с болезненной темы, что следует сделать незамедлительно.

Семейная жизнь тоже не у всех складывается благоприятно, либо является слишком интимной темой для разглашения. Однако тут есть исключение. Родители довольно часто охотно рассказывают о своих детях, особенно, если есть, чем гордиться. И такой рассказ может дать богатый материал для диагностики.

Работа может нравиться, а может быть каторгой. Человек может быть изгоем в рабочем коллективе, а может быть его лидером. Эти обстоятельства обязательно скажутся как на желании типизируемого обсуждать соответствующую тему, так и на его состоянии. Конечно, лучший вариант, если человеку нравится его работа, и он ею гордится. Однако если на работе есть напряженность, но типизируемый смотрит на нее конструктивно – для диагностики это тоже хороший вариант. Уходить с темы работы нужно в случае, если у человека дела там откровенно плохи, он не может психологически с этим справиться, подавлен и удручен. Эти обстоятельства легко проясняются из рассказа типизируемого.

Наиболее благодатные, с точки зрения позитивности настроения и желания их обсуждать – темы об отдыхе и поездках, рассказы о городах и странах, в которых человек побывал.

Как правило, отдых связан с позитивными впечатлениями и радостным состоянием, о котором типизируемому приятно вспоминать и нравится рассказывать.

Для диагноста это означает получение большого количества корректного вербального и невербального материала.

1.4. Длительность интервью.

Довольно часто приходится слышать гордые рассказы и типизируемых, и диагностов о многочасовом процессе диагностического интервью. Либо пренебрежительное разочарование в том, что все закончилось за полчаса, а за это время невозможно полностью узнать человека.

Тут хочется напомнить обеим сторонам, что задача соционической диагностики – определить ТИМ, а не исследовать личность человека во всей ее глубине. В процессе диагностики отслеживаются определенные показатели информационного метаболизма, а для корректного результата нужно получить необходимое и достаточное количество диагностического материала. Этот процесс требует времени, которое зависит от скорости набора необходимого количества данных (буквально – от темпа речи типизируемого и желания говорить), от особенностей диагностической методики (допускает ли она только последовательное снятие показателей или возможно параллельное), от мастерства и скорости мышления диагноста.

И есть еще важный фактор, который в соционической практике почти не учитывается – накапливающаяся психологическая усталость типизируемого и диагноста.

В практике психологического консультирования длительность сессии (работы с клиентом) четко регламентирована – 50 минут. Это время выверено в интересах обеих сторон. В течение 50-ти минут человек может находиться в состоянии активной работы мысли и удержания контакта, после чего накопившаяся ментальная и психологическая усталость начинают сказываться на точности выражения мыслей и способности проведения адекватного анализа получаемой информации.

Диагностическое интервью – это двусторонний активный мыслительный и эмоциональный процесс, который обязательно приводит к перенапряжению и усталости. И этот процесс должен быть завершен до того, как показатели усталости начнут сказываться на точности диагностики.

50 минут – это порог длительности интервью, на который нужно ориентироваться. Он может немного (на 10-15 минут) двигаться в сторону увеличения, если в процессе задействованы этики экстраверты, которые легче переносят ситуацию прямого контакта с людьми. Если же типизируемый или диагност – логик интроверт, то переходить за порог 50 минут крайне нежелательно.

При этом, в первые 10 минут происходит первичное знакомство и налаживание контакта, и оставшиеся 40 минут тратятся непосредственно на диагностику. Далее 10-15 минут уходит на вынесение и обоснование версии ТИМа, если это предусмотрено процедурой типирования.

Такие временные рамки предъявляют особые требования к методикам типирования. Предпочтительными в этой ситуации представляются те методики, которые предполагают параллельное отслеживание нескольких диагностических индикаторов и более устойчивы к нежеланию типизируемого говорить на какие-то темы, либо к трудностям в изложении текстового материала вообще.

2. Диагност.

Состояние диагноста, его настрой на работу и установление контакта с типизируемым – еще один важный фактор, влияющий на процесс и результат диагностического интервью.

Здесь важна изначальная выработка правильной корректной позиции и удержание этой позиции на протяжении всей работы.

В рамках интервью диагност выступает как исследователь. Стоит подчеркнуть еще раз: исследователь, а не воспитатель, психотерапевт или друг.

Спокойное уравновешенное психологическое состояние – это рабочий инструмент диагноста наряду с методикой типирования.

2.1.Позиция исследователя.

Следует отметить, что позиция исследователя изначально нейтральна, беспристрастна и безоценочна. И такая позиция задает психологическую безопасность, которая необходима для комфортного эмоционального состояния типлируемого и его раскрепощения.

Безоценочность отличает исследователя от воспитателя. Это значит, что в процессе интервью не допустимо осуждение действий типлируемого, о которых он рассказывает, назидание и морализаторство в любой форме.

В противном случае интервью может вылиться в конфронтацию и потеряет свою диагностическую ценность.

2.2.Не вовлекаться в содержание рассказа.

Как правило, расшифровка диагностических показателей происходит параллельно рассказу типлируемого. Это довольно напряженный процесс, требующий внимания и сосредоточенности. И процесс этот прерывается, как только диагност вовлекается в повествование типлируемого и начинает сопереживать злоключениям, о которых тот рассказывает, или уточнять технику переворота на сноуборде, или спешит записать название вина, которое по словам типлируемого особенно хорошо подходит к рыбным блюдам, и т.п.

Любое вовлечение в рассказ – это, по сути, выпадение из процесса диагностики, что, конечно, скажется на результате.

2.3. Не вовлекаться в личность.

Между людьми всегда возникают какие-то отношения. Не осознано, не специально, просто в силу человеческой природы.

Сильная симпатия или сильная антипатия способна повлиять на сам процесс интервью и на диагностические выводы специалиста.

В случае сильной симпатии к типизируемому диагност часто неосознанно стремится предложить такую версию ТИМа, которая предполагает комфортные интертипные отношения с его собственным ТИМом. Особенно часто это бывает у тех, кто только начинает практиковать соционическое типирование. Опытные диагносты, как правило, умеют абстрагироваться от своих чувств. А начинающим можно порекомендовать дополнительную перепроверку версии ТИМа для исключения фактора симпатии.

При сильной антипатии стоит воспользоваться подходом психологов-практиков, которые не рекомендуют никакую психологическую работу в таком случае. При антипатии диагносту крайне сложно, практически невозможно, удерживаться в безоценочной исследовательской позиции. Очень трудно поддерживать спокойный контакт глаз и пр. Негативный настрой к типизируемому обязательно сказывается на общей атмосфере, считывается типизируемым, задает обстановку психологического дискомфорта и ставит под сомнение диагностический смысл интервью.

Если коротко: нравится человек – типизируйте с поправкой на фактор симпатии, не нравится человек – не типизируйте.

Резюме.

Предложенные рекомендации позволят начинающим соционикам легче и быстрее освоить технику проведения диагностического интервью, научиться лучше понимать

состояние и реакции типизируемого и получать более ценный с диагностической точки зрения материал для анализа.

Список литературы:

1. Бакиров А. С чего начинается НЛП. //М.: КПС+, 2001.
2. Немов Р.С. Психологическое консультирование. //М.: Юрайт, 2012.

Головчинер (Новикова) В.Ю. Психотехнические рекомендации по проведению диагностического интервью // СМиПЛ, 2013, №1.