

Крымский государственный медицинский университет
имени С.И. Георгиевского
Кафедра психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом
общей и медицинской психологии

Диагностическая беседа с психически
больным: особенности, стили,
рекомендации.

**«Интервью кажется
поразительно похожим
на беседу двух людей, отличаюсь
только частым проявлением
нетактичности»**

Э. Ноэль

Эволюция интервьюирования

- Kretschmer E., (1918, 1922); Birnbaum V., (1919) Анализ картины психоза с позиций соотношения роли множества участвующих в ее построении факторов — этиологических, патогенетических, патопластических и предрасполагающих. Оцениваются структура и динамика психоза в каждом конкретном случае и выделяется, помимо этиопатогенетических моментов, значение возраста, пола, конституционально-типологических особенностей личности, влияние окружающей среды.
- Whitehorn, (1944), Fromm-Reichmann, (1950), Sullivan, (1954) психиатрическое интервью, в центре которого стоит взаимодействие пациента и терапевта как основной источник информации.
- Gill et al., (1954) создал новую модель психиатрического интервью, направленного на всестороннюю оценку состояния пациента и на усиление его желания получить помощь.

Эволюция интервьюирования

- Deutsch, (1959) подчеркивал ценность психоаналитического интервью, которое раскрывает бессознательные связи между текущими проблемами пациента и его прошлым.
- Rogers, (1961) предложил такой стиль интервью, который помогает пациенту исследовать свои эмоциональные переживания и взаимосвязь между ними.
- MacKinnon and Michels, (1971) Для диагностики используются клинические проявления особенностей характера, которые пациент демонстрирует на интервью.

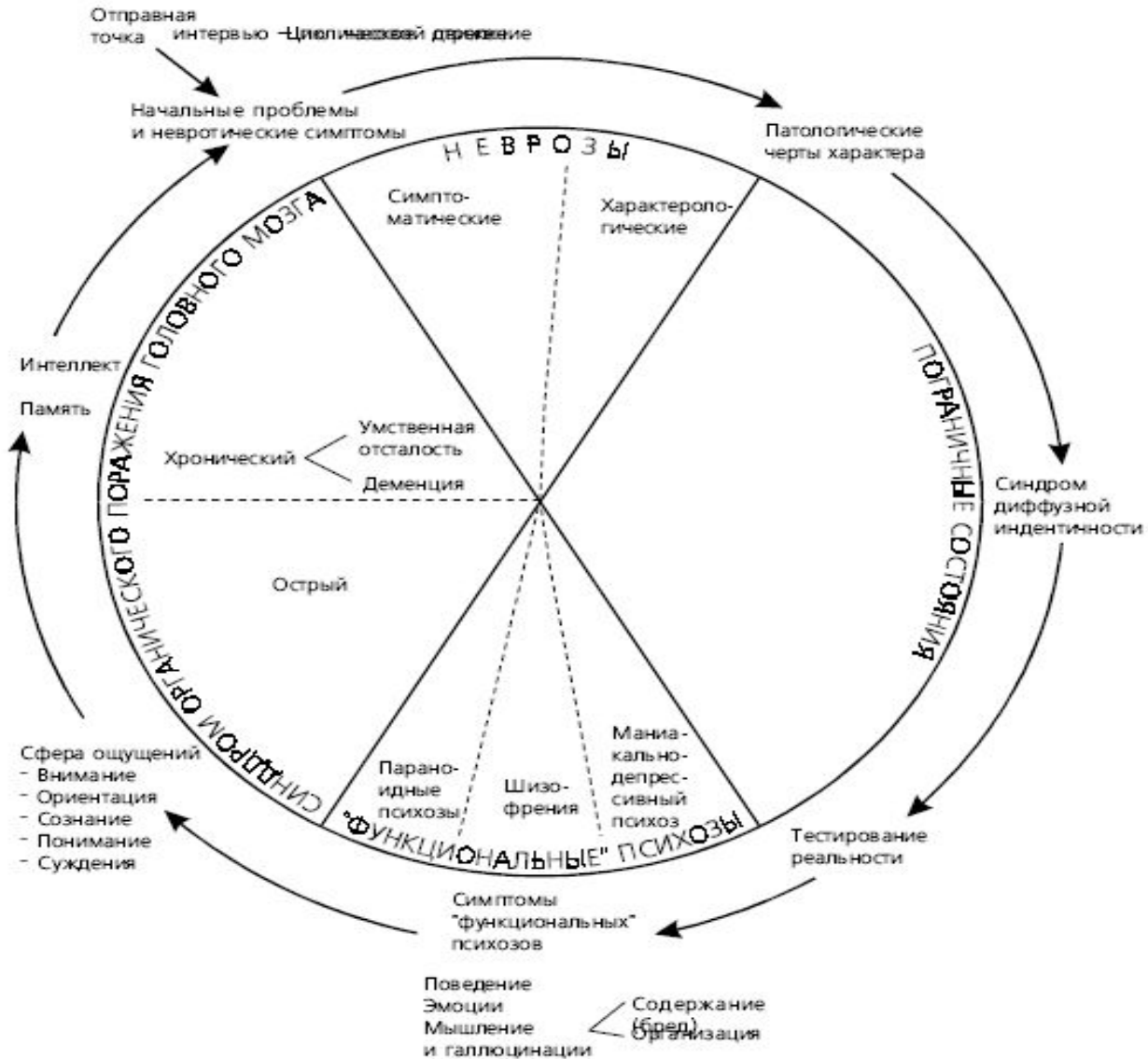
Эволюция интервьюирования

- Bellak et al., (1983) разработал форму структурного клинического интервью для дифференциальной диагностики. Такой подход позволяет различать нормальных людей, невротиков и шизофреников на основе структурной модели функционирования Эго.
- Otto F. Kernberg, (2000) Структурное интервью: внимание направлено на симптомы, конфликты и сложности, характерные для данного пациента, и особенно на то, как они проявляются здесь-и-теперь во взаимодействии с терапевтом, с последующей оценкой структурных характеристик трех основных типов личностной организации.

ОСНОВНЫЕ СТИЛИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ:

1. Стандартизированное интервью
2. Инсайт-ориентированный.
3. Симптом-ориентированный.
4. Неструктурированный стиль.
5. Структурированное интервью

СТРУКТУРНОЕ ИНТЕРВЬЮ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ (Otto F. Kernberg, 2000)



Структурная организация личности пациента

Таблица 1. Особенности личностной организации

Структурные критерии	Невротическая организация	Пограничная организация	Психотическая организация
Интеграция идентичности	Четкая граница между Я-репрезентациями и объект-репрезентациями Целостная идентичность: противоречивые образы Я и других интегрированы в цельную концепцию	Диффузная идентичность: противоречащие друг другу аспекты Я и других плохо интегрированы между собой и отделены друг от друга	Я-репрезентации и объект-репрезентации нечетко разграничены, либо же существует бредовая идентичность
Механизмы защиты	Вытеснение и защитные операции высшего уровня: реактивное образование, изоляция, уничтожение, рационализация, интеллектуализация Защиты оберегают пациента от интрапсихического конфликта. Интерпретация улучшает функционирование	Главным образом расщепление, а также другие защиты низшего уровня: примитивная идеализация, проективная идентификация, отрицание, всемогущество, обесценивание	Защиты оберегают пациента от дезинтеграции и от смещения Я и объекта. Интерпретация приводит к вытеснению
Тестирование реальности	Способность к тестированию реальности сохранена: способность различать Я и не-Я, отличать интрапсихическое от внешних источников восприятия и стимулов Способность оценивать себя и других реалистично и глубоко	Искажение реальности и чувства реальности	Способность к тестированию реальности утеряна

ТЕХНИКИ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТРУКТУРНОМ ИНТЕРВЬЮ:

Прояснение - мягкий когнитивный инструмент исследования границ осознания пациентом того или иного материала.

Конфронтация, второй шаг в процессе интервью стремится внести в сознание пациента потенциально конфликтные и несовместимые между собой аспекты материала.

Интерпретация, стремится к разрешению конфликта, что придает противоречивому материалу определенную логичность.

Интерпретация переноса прилагает все вышеперечисленные аспекты техники к актуальному взаимодействию пациента и терапевта.

Управление диалогом

- **Нерефлексивное слушание** — стиль ведения беседы, в котором используется лишь необходимый с точки зрения целесообразности минимум слов и техник невербальной коммуникации со стороны психолога.
- **Рефлексивное слушание** — стиль ведения беседы, в котором предполагается активное речевое взаимодействие психолога и респондента.

Основные приемы рефлексивного слушания

- ПЕРЕФРАЗИРОВАНИЕ – формулировка высказывания говорящего в ином виде.
- ОТРАЖЕНИЕ ЧУВСТВ – словесное выражение слушающим текущих переживаний и состояний говорящего.
- РЕЗЮМИРОВАНИЕ – это подытоживание мыслей и чувств говорящего.
- ВЫЯСНЕНИЕ – это обращение к респонденту за уточнениями, помогающее сделать сообщение более понятным.

Правила формулирования вопросов

1. Каждый вопрос должен быть логически отдельным.
2. Нежелательно применение малораспространенных, узко специализированных терминов, многозначных слов.
3. Следует стремиться к краткости, лаконичности.
4. К вопросам, касающимся малоизвестных слов, допустимо сделать небольшое предисловие в виде пояснения или примера.

5. Вопрос должен быть, насколько это возможно, конкретным.

6. Если в вопросе содержатся указания или намеки на возможные ответы, то спектр вариантов этих ответов должен быть исчерпывающим.

7. Формулировка вопроса должна предотвращать получение стереотипных ответов.

8. Недопустимы вопросы внушающего характера.

Роли и стратегии врача психиатра

■ А) Доминантный

Доминантность и авторитарность усиливают субмиссию (подчиняемость) пациента, но они часто важны, например, для быстрого снятия симптома у внушаемого пациента

■ Б) Эксперт

Как независимый эксперт врач может выступать в момент диагностической беседы. В этом случае он показывает, что его работа с расстройством носит исследовательский характер, и он ценит дополнительную информацию других специалистов. При этом он отстраняется от симптомов болезни, заставляя дистанцироваться от нее и самого пациента. Эта роль важна на стадии собственно диагностики.

■ В) Слушатель

Как эмпатический слушатель, врач лишь демонстрирует или по-настоящему сопереживает с пациентом. Именно с этой роли обычно начинается контакт с пациентом. Правда, некоторые пациенты оценивают врача как «внимательного» потому, что не замечают, что во время продолжительной беседы он засыпает.

■ Г) Помощник

Не стесняется ему сказать о сходстве некоторых собственных потрясений и переживаний с проблемами пациента.

Реакция врача на переживания пациента.

- Игнорирование (при неадекватности)
- Девальвация (ипохондрия - объяснение причин).
- Конфронтация (зависимости, при анозогнозиях)
- Преувеличение (последствия аномального поведения.)
- Повышение статуса переживаний (преодоление стигматизации)

Преодоление психологических защит пациента

- **Успокоение** - доминантный или просто ровный тон голоса.
- **Присоединение** - демонстрация заинтересованности и вовлеченности в переживания пациента.
- **Отвлечение** - отвлечению способствует переключение пациента на творчество и любую другую деятельность, «мы с вами потом это обсудим, а пока...».
- **Интерпретация** - интерпретация переживаний дает возможность преодолеть защиты и позволяет пациенту сформировать «язык» для объяснения собственных расстройств.

Благодарю за внимание!!!!

