

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89-008:303.62

Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.

К ВОПРОСУ О ТЕХНИКАХ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ В ПСИХИАТРИИ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

Несмотря на огромное количество исследований проблемы психиатрической беседы (опроса, интервью), несмотря на богатейший опыт отдельных школ, клиник и неповторимый индивидуальный стиль специалистов, современная психиатрия не располагает и не может располагать единым подходом к распознаванию психопатологических симптомов и состояний.

Дословно термин «интервью» означает «взгляд между» и трактуется как взаимный обмен взглядами между двумя людьми, обсуждающими тему, интересную для обоих. В психиатрию под влиянием постмодернистской подмены понятий термин пришел из психологии и психотерапии, где интервью традиционно используется, например, для отбора клиента в психотерапию. Психиатрическое интервью (син. – «беседа», «опрос») используется для выявления психопатологических состояний пациента, при этом психиатр, в зависимости от поставленных целей, может включать дополнительные техники или даже видоизменять методологию беседы. Несмотря на эксплицитный характер современных классификаций (DSM, ICD), предлагающих свести диагностический процесс к определению и подсчету диагностических критериев (в современном понимании «феноменология» является указанием на круг характерных проявлений чего-либо), субъективное жизненное пространство больного, его мир болезни не могут оставаться без внимания думающего психиатра. Нередко формализованная беседа не позволяет обнаружить и квалифицировать психопатологические симптомы, в то время как сам больной, его поведение, а иногда и интуиция врача говорят о проблеме и заставляют продолжать диагностический поиск, заставляя психиатра осознанно или «по

наитию» использовать иные, неклассические, методологические подходы и приемы. Нельзя не согласиться со словами А. Osiatinsky (1976, с. 58): «Те, кто действительно хочет извлечь из работы пользу, решить конкретные вопросы, больше склонны учитывать качественные исследования, тогда как те, кто занят поисками алиби, выбирают количественные».

Отечественные психиатры в основном используют симптом-ориентированный, неструктурированный стили психиатрической беседы, техники которых хорошо известны. В контексте дименсионального подхода современные диагностические системы претерпевают все большую стандартизацию, что сопровождается внедрением в исследовательскую и клиническую практику стандартизованных интервью (например, MINI, SCID, KID-SCID), однако в отечественной клинической практике они распространения пока не получили. На основании собственного клинического опыта мы попытаемся показать полную совместимость структурного психодинамического и инсайт-ориентированного (феноменологического) стилей интервьюирования, их взаимную дополняемость при оценке психопатологического состояния пациента.

Актуальный и в настоящее время исследовательский подход, направленный на использование специфических вопросов для сбора определенных фактов (в том числе, психопатологических симптомов), уходит корнями в биологическую психиатрию XIX в. Тогда была оформлена трехступенчатая схема изучения психических расстройств: изучение «элементов» (симптомов: галлюцинации, иллюзии, компульсивные идеи, абulia и пр.), «форм» (синдромов: депрессия, мания, душевная спутанность, слабоумие) и попытка определения сущности душевных

болезней (например, по О.Блейлеру, слабость ассоциаций – основное расстройство при шизофрении, и из него выводились остальные симптомы болезней). Формирование нозологической систематики повлияло на развитие и внедрение схем психиатрического опроса Е. Kretschmer (1918, 1922), В. Birnbaum (1919), в которых оценивались структура и динамика психоза в каждом конкретном случае, и выделялось значение возраста, пола, конституционно-типологических особенностей личности, влияние окружающей среды [цит. по 2, с. 96].

В начале XX в. научная психиатрия рассматривала пациента как объект наблюдения и пыталась идентифицировать и описать признаки болезни с максимально возможной точностью. Э. Крепелин (1887) сожалел в этом контексте о том, что «обследование ментальных симптомов выглядит столь малообещающим и неудовлетворительным» [цит. по 3].

Развитие психоанализа сформировало иной подход к проведению диагностического интервью, положив в основу динамику отношений, основанную на собственно психоаналитической идее и получающую информацию из «восстановления инфантильных объектных отношений и переноса-контрпереноса между психотерапевтом и пациентом» [4].

3. Фрейд достаточно большое внимание уделял сравнению методов психоанализа и психиатрии, подчеркивая, что значение, которое имеет индивидуальное переживание для психоанализа, должно рассматриваться не как противоречие, а как дополнение к психиатрической феноменологии. Для него научно обоснованная психиатрия была «немыслима без основательного знания глубинных, неосознанных событий душевной жизни» [5]. 3. Фрейд считал, что «из самой природы предмета психоанализа следует, что чисто человеческим и социальным связям больного мы должны уделять в истории болезни не меньше внимания, чем соматическим данным и симптомам заболевания. Но в первую очередь мы должны обратить интерес к семейным отношениям больного, причем не только ради необходимого изучения наследственности, но и для понимания остальных отношений» [5].

Исходя из этого, М. М. Gill, R. Newman, создатели психодинамического интервью, концентрируясь на взаимоотношениях пациента и психиатра, исходили из возможности решения с его помощью трех задач: «Первая

задача - установить отношения между двумя незнакомыми людьми, один из которых - специалист, а другой - существо, испытывающее душевные страдания и способное причинять страдания другим... Вторая задача - оценить психосоциальное положение пациента... Третья задача - убедить пациента, если это возможно, согласиться на лечение и разработать вместе с врачом план дальнейших действий» [6].

В технике «психиатрического интервью» Н.С. Sullivan основной целью является установление межличностного характера процесса беседы. После фазы завоевания расположения («Warming-up phase») психиатр переходит ко второй фазе – «разведке» («Reconnaissance»), предусматривающей выяснению жизненных обстоятельств пациента и особенностей восприятия им этих обстоятельств. После подробного расспроса о жалобах устанавливается связь симптомов и страхов с биографией и внутренним миром пациента. Процедура завершается «заключением» («Final Statement»), из которого пациент узнает мнение психиатра и определение им дальнейших задач [7].

Еще больший акцент на личности и переживаниях психиатра в ходе беседы с больным делался в «диагностическом интервью» М. и Э. Балинтов (1961). Авторами рассматривались не только специфически профессиональные проблемы, которые возникают в ходе интервью, но и прослеживаемые в интервью взаимодействие переноса и контрпереноса, а также проявляющиеся у врачей защитные механизмы отрицания и идеализации [8]. Сегодня контрперенос и перенос понимаются как взаимный интерактивный процесс между пациентом и терапевтом. Это сложное взаимодействие реального актуального опыта и «невротических переносов» обоих: пациента и терапевта.

В последние годы были представлены интегративные модели интервью, предназначенные для клинических условий. Техника К. Jensen (1990) комбинирует первое психоаналитическое интервью, биографический анамнез и психоаналитический диагноз развития, что делают возможным описательный диагноз по МКБ [9]. Психодинамическое интервью S. Doering, G. Schüssler (2004) представляет собой параллельную последовательность психоаналитического интервью, исследовательского психопатологического осмотра и биографического анамнеза [10].

Таковы были предпосылки для разработки О. Кернбергом структурного интервью, которое относится ко второму поколению диагностических интервью, поскольку в нем исследовательский и динамически-отношенческий стили не просто последовательно соединены, но образуют интегрированный гештальт в рамках новой циклической концепции интервью [11].

Начиная с XIX в. многих психиатров не удовлетворяли существовавшие диагностические подходы как недостаточные для исследования переживаний и внутреннего мира пациентов. Ш. Блондель в своей книге «Болезненное сознание» показал, что названия и определения симптомов, не являясь неверными с технической точки зрения, лишь создают ложное впечатление, что мы понимаем больного; на самом же деле пациент живет в ином, субъективном

мире, который мы не можем понять, тем более – через формальное обозначение «симптомов». Таким образом был дан сигнал к поиску иных подходов к попыткам проникнуть во внутренний мир пациентов, и таким методом стала феноменология Э. Гуссерля, в идеях которого психиатры увидели возможности для решения ряда научных и практических задач. Э. Гуссерлем феноменология преподносится как форма исследования значений и структуры переживаний человека, способов восприятия и работы сознания, которая обеспечивает связность, осмысленность и сохранность во времени жизненного опыта. Цель феноменологии – в интуитивном, непредубежденном, доскональном, дескриптивном, аналитическом установлении различий и приведении к ясности феноменов сознательной жизни [12].

Таблица

Сравнительная характеристика структурно-динамического и феноменологического подходов в психиатрическом интервью

Структурный подход	Феноменологический подход
Предмет исследования	
Организация (структура) личности	Феномены психической жизни человека
Методы исследования	
Определение степени интеграции идентичности	Описательная феноменология
Выявление типов защитных механизмов	Генетико-структурный анализ
Обнаружение способности к тестированию реальности	Категориальный анализ
Средства анализа	
Техника включенного наблюдения за переносом и сопротивлением пациента (включая опрос с использованием техник прояснения, конфронтации, интерпретации)	Проникновение в поведение, поступки, выразительные движения
Техника интроспекции и осознания собственного эмоционального реагирования на больного	Опрос и направляемые врачом высказывания больного о себе
Письменные самоописания	
Задачи терапевта	
Исследование субъективного мира пациента	Формирование феноменологической установки (феноменологическая редукция), беспредпосылочность
Наблюдение за поведением пациента во взаимодействии с ним	Эмоциональное сопереживание (вчувствование, понимание)
Внимание к собственным эмоциональным реакциям на пациента	Представление (пресуществование настоящим)

Феноменологическая психиатрия сосредоточена на более полном и детальном исследовании субъективных переживаний больных, что нашло отражение в работах Л. Бинсвангера, Ю. Минковски, Э. Страуса, А. Кронфельда, В.Е. фон Гебсаттеля, Г. Элленбергера [12]. Огромную роль в закреплении феноменологического подхода в психиатрии сыграл К. Ясперс, предложивший феноменологические описания различных психопатологических проявлений (галлюцинаций, бреда и др.) [13]. Феноменологические методологические подходы положены в основу принципов экзистенциальной психологии и психиатрии позднего Л. Бинсвангера, Р. Мэя, Р. Лэйнга, Я.Х. Ван ден Берга и др., которые переориентировали ее с анализа структур сознания на анализ различных способов бытия человека в мире [12].

Таким образом, психодинамический и феноменологический подходы к психиатрическому исследованию развивались параллельно, используют различные лексикон и техники, но направлены на решение одной задачи – познание субъективного мира больного с психическими расстройствами через взаимодействие психиатра и пациента. В таблице представлена сравнительная характеристика структурно-динамического и феноменологического подходов в психиатрическом интервью.

Как видно из приведенной таблицы, психодинамический подход О. Кернберга и феноменологический подход в психиатрическом интервью имеют различные предмет и методы исследования, используют различные средства анализа, при их проведении психиатры решают различные задачи, однако более глубокий анализ практического использования обоих подходов позволяет обнаружить общие установки и приемы, конечная цель которых – выявление психопатологических расстройств и переживаний пациента для оказания ему как можно более полноценной помощи.

В основу структурного психодинамического интервью О. Кернберга положено стремление установить связь, во-первых, между особенностями организации личности и общим психическим поведением пациента (в том числе, вследствие наличия психопатологической симптоматики), во-вторых, - между взаимодействием пациента и психиатра. Обозначение интервью как «структурного» основано на следующих положениях: процесс

интервью позволяет обнаружить связанные со структурой личности характеристики, которые определяют тип организации личности (невротический, пограничный, психотический); психиатр исследует психическое функционирование и основополагающую матрицу индивидуума, которая задает симптоматический способ поведения; анализ полученных в ходе интервью данных позволяет описать стабилизирующую функцию трех форм внутренней организации, которые располагаются между этио-генетическими факторами и формами проявления психических расстройств (о них речь пойдет ниже). Именно эта структура участвует во взаимодействии врача и пациента и является предметом отдельного анализа. То есть предметом психодинамического структурного интервью О. Кернберга при использовании его в психиатрии является организация (структура) личности пациента.

В феноменологии предметом анализа служат отдельные качества или состояния (феномены в современном толковании [14]), извлеченные из подвижного контекста психической жизни. Феноменология в понимании К.Ясперса – эмпирический метод исследования, возможный только благодаря информации, поступающей от больного: «... мы изолируем, характеризуем и абстрактно определяем психические феномены» [15]. В качестве феномена К. Ясперсом рассматривается субъективный симптом, но не «симптом» в общемедицинском смысле. Психопатологические феномены им описываются как различные классы патологических душевных состояний. При этом симптом остается невозпринимаемым психическим процессом. Ни поведение, ни внешняя выразительность, ни высказывания больного симптомами не являются, а лишь приоткрывают доступ через нечто чувственно воспринимаемое психиатром к симптомам в их переживании пациентом. Обращенности к феноменам (субъективным симптомам) психического расстройства, переживаемым пациентом «изнутри», позволяет использовать феноменологический подход для углубленного исследования и понимания субъективного жизненного пространства личности больного.

При интервьюировании по О. Кернбергу психиатр сосредотачивается на симптомах, конфликтах и жалобах, о которых сообщает сам пациент и которые определяют характер

его взаимодействия с интервьюирующим в ситуации «здесь и теперь». Особое внимание уделяется интернализированным объектным связям, характерному способу защиты, уровню нарушений личности и тому, как все эти составляющие могут отражаться и диагностироваться при взаимодействии пациента и врача. Таким образом, используются основные методы психодинамического интервью: определение способности к личностной интеграции в противоположность патологической диффузии личности; выявление зрелых или примитивных механизмов защиты; определение степени способности к восприятию реальности.

В психиатрической феноменологии основной акцент делается на исследовании субъективных состояний сознания пациента. С этой целью применяются три основных метода: описательная феноменология, предусматривающая тщательное и точное описание субъективных переживаний пациентов, в котором делается попытка как можно ближе прочувствовать (*einfühlen*, по К. Ясперсу [15]) эти переживания; генетико-структурный метод, который постулирует фундаментальное единство в индивидуальном состоянии сознания и пытается найти общий знаменатель, то есть генетический фактор, с помощью которого можно постичь и воссоздать остальные факторы; категориальный анализ, использующий систему феноменологических координат, наиболее важными из которых являются время (или темпоральность), пространство (или пространственность), причинность и материальность. Психиатр анализирует, как пациент переживает каждое из них, с целью установления тщательной и детальной реконструкции субъективного внутреннего пространства переживаний пациента.

Таким образом, оба подхода имеют дело с двумя основными категориями внутреннего мира личности, каковыми являются время (темпоральность) и пространство (пространственность). При этом техники выявления и описания данных категорий весьма схожи в обоих подходах. Так, при проведении структурного интервью по О. Кернбергу пациент описывает чувство «потери реальности», которое возникло несколько лет назад и «в стёртой форме до сих пор присутствует», а также испытывает значительные затруднения при просьбе описать себя, после длительного размышления и паузы отказывается («затруд-

няюсь конкретно в данный момент что-то сказать, это нужно других людей спросить»). При изложении жалоб фиксирован на телесных ощущениях («в затылке тяжесть, будто что-то давит»), также описывает чувство давления в животе как «специфический субъективно выраженный дискомфорт»), однако по мере беседы оказывается, что это беспокоило больного какое-то время назад, а при попытке прояснить переживания в настоящем он уходит от ответа («затрудняюсь сейчас точно сказать»). Выявленная нарушенная способность к тестированию реальности в психодинамическом подходе настораживает исследователя в плане личностной дезорганизации пациента, а описания, позволяющие сделать определенные выводы, делаются в феноменологическом ключе как беспристрастное созерцание феномена без участия интеллектуальных суждений.

С нашей точки зрения, чему мы находим подтверждение в работах Г. Элленбергера [16], выявление механизмов психологической защиты, их описание пациентом есть не что иное, как феноменологическое описание, подлежащее диагностической трактовке. Например, больной заявляет: «да...нет, у меня голосов, это просто жена моя определиться не может, куда она хочет, вот и каша в голове», «я разговариваю сам собой, потому что тяжело, пытаюсь справиться с желаниями своей жены. Сегодня она хочет в Польшу, завтра в другое место, просто каша в голове». В психодинамическом интервью – это проявление психологических механизмов защиты (вытеснение, отрицание, рационализация), в феноменологическом подходе – субъективное переживание и описание галлюцинаторных феноменов.

По нашему мнению, вне зависимости от техники психиатрического интервью, отношения врача и пациента не только создают фон, на котором четче проявляются особенности организации личности и симптомов пациента, но и представляют собой исключительный опыт переживаний, подлежащих анализу и имеющих диагностическое значение.

Техника интервью О. Кернберга предусматривает не только относительно полное (насколько это возможно) понимание психиатром трудностей пациента (включая психопатологические переживания), но и осознание врачом особенностей их отношений. Так, техника включенного наблюдения за переносом и сопротивлением пациента, техники

интроспекции и осознания собственного эмоционального реагирования на больного (контрперенос) позволяют врачу выделить сознательные и бессознательные фрагменты моделей отношений, задаваемых пациентом.

Процесс структурного психодинамического интервью предусматривает концентрацию внимания психиатра на том, каким образом симптомы и конфликты пациента проявляются во взаимодействии с интервьюером. Концентрация беседы на конфликтах создает напряжение, которое позволяет проявиться структурной и защитной организации психических функций. Для этого используются техники: прояснения (мягкий когнитивный инструмент исследования границ осознания пациентом того или иного материала, предполагающий требование прояснения, а не предложение прояснения); конфронтации (психиатр стремится внести в сознание пациента потенциально конфликтные и несовместимые между собой аспекты материала и противоречия между вербальной и невербальной коммуникацией); интерпретации (предложение пациенту интервьюером объяснения бессознательных мотивов и защит, что способствует разрешению конфликта и придает противоречивому материалу, полученному в ходе интервью, определенную логичность).

К.Ясперс считал, что явления психической жизни (как и физической) могут стать симптомами только в том случае, если соответствующие им фундаментальные события (отражающие внесознательные элементы, недоступные прямому восприятию) рассматриваются с точки зрения причинности. Если пациент может непосредственно наблюдать свои психические процессы (рефлексия, интроспекция), то психиатр лишь посредством слов и записей другого, его поведения, положения тела и выражения лица попытаться приблизиться к пониманию мира пациента. Этот процесс осознания врачом внутреннего переживания другого через его внешние выражения опосредован, поскольку душевные состояния другого непосредственно не наблюдаются. К.Ясперс [13] выделял три рода средств феноменологического анализа для установления действительных переживаний больного: проникновение в поведение, поступки, выразительные движения пациента; исследование посредством опроса и направляемых психиатром высказываний больного

о себе; письменно изложенные самоописания, пусть редко полные, но всегда ценные и полезные. Все эти средства – феноменологические, поскольку направлены на психическое поле больного, а объективные проявления являются переходным моментом, способом, а не собственно предметом исследования.

Таким образом, в процессе и психодинамического, и феноменологического интервью специалист решает сходные задачи по исследованию субъективного мира больного, пониманию его переживаний, через которые возможно определение и особенностей личности пациента, и психопатологических симптомов. Оба вида интервью используют технику наблюдения за пациентами, однако психодинамическое интервью в большей мере, нежели феноменологическое, сконцентрировано на наблюдении процессом взаимодействия врача и больного. Психодинамическое интервью направлено на то, чтобы пациент наиболее полно выявил в условиях консультирования патологию Эго; проявил защитные действия, что позволяет интервьюеру оценить степень интегрированности Я- и объект-репрезентаций, типы основных защит, функцию тестирования реальности и таким образом получить информацию об организации нарушений. Особое значение в данном случае приобретает еще один аспект данного подхода – внимание врача к собственным эмоциональным реакциям на пациента, что требует и навыка анализа контрпереноса, и навыка интроспекции, и навыка контроля над собственными эмоциональными реакциями. О. Кернберг подчеркивал: «В анализе скрытых и часто совершенно неосознанных пациентом форм «обмена ролями» с аналитиком важнейшее место занимает изучение сиюминутных эмоциональных реакций, возникающих у аналитика по отношению к пациенту. С помощью такого анализа можно также отличить реакции контрпереноса в узком смысле слова (активизацию бессознательных конфликтов аналитика в ответ на перенос пациента) от общей эмоциональной реакции аналитика на пациента. Мы знаем, что два этих типа реакций дополняют друг друга. Такое разграничение позволяет аналитику с большей легкостью исследовать моментальные изменения в его эмоциональных реакциях и фантазиях, касающихся установок пациента в данный момент, и его привычных установок; таким образом обогащается понимание вербального содержания общения пациента» [17, с. 137].

Процедура феноменологического интервью также предусматривает особую роль психиатра, в задачу которого входит решение следующих взаимосвязанных задач: феноменологическая редукция; эмоциональное сопереживание (вчувствование, понимание); представление (пресуществление настоящим).

Формирование феноменологической установки (феноменологическая редукция) декларирует позицию некоторой отстраненности, эмоциональной незаинтересованности и беспристрастности, становящейся залогом объективности самого исследования и позволяющей психиатру осуществить контроль над собственными эмоциональными реакциями и требующей постоянного наблюдения самого себя. Беспредпосылочность, по К.Ясперсу, означает «постоянно делать над собой усилие не принимать во внимание теоретические предрассудки, так или иначе свойственные нашему разуму, и воспитывать в себе способность к непредвзятому восприятию фактов» [13, с.567]. При этом беспристрастность неразрывно сосуществует с сопереживанием. Достижение эмпатического сопереживания (вчувствование), которое К.Ясперс называет также «пониманием», означающим постижение психических процессов другого на основе восприятия его мимики или высказываний. Таким образом, понимание – это постижение психического через данность чего-либо не-психического, например, движений тела или артефактов культуры. Здесь важно различение двух форм «понимания»: понимание другого, когда его психические процессы или переживания являются объектами опыта исследователя, тем, что он осознает; понимание, если исследователь имеет те же переживания, что и больной [13, с.390]. Высокая степень понимания требует вчувствования, симпатии, или со-чувствия, повторного переживания, воссоздания и представления. Психиатр может погружаться в такое эмпатическое со-переживание, пытаться осуществить полное проникновение переносом в переживания другого, вследствие чего переживания врача станут более подобными переживаниям пациента. Достижение наглядности созерцания (пресуществление настоящим) означает спо-

собность психиатра испытывать переживания пациента как если бы они в действительности были даны непосредственно ему.

Таким образом, структурное психодинамическое интервью объединяет традиционное психиатрическое обследование и психоаналитически ориентированный подход, сфокусированный на прояснении, конфронтации и интерпретации конфликтов идентичности, защитных механизмов и дефектов восприятия реальности, проявляемых «здесь и сейчас». Феноменологический подход позволяет получить первичные, исходные представления об отдельных состояниях, описываемых в виде эмпирических феноменов. Феноменологическое познание помогает постичь взаимосвязи статических феноменов, их истоки и пути трансформации. Оно охватывает вытекание душевного из душевного, движение того психического, которое наблюдается в мотивационных взаимосвязях, контрастных взаимодействиях, диалектической противоречивости. Таким образом определяются возможные направления и опорные пункты дальнейшего психопатологического исследования, в том числе, и в процессе психодинамической оценки личностной организации. Наш клинический опыт показывает возможность сочетания данных подходов при проведении качественного психодиагностического исследования. Помимо этого, в процессе психодинамического интервью условно поддерживаются границы между психиатром и пациентом, что требует от специалиста одновременного самонаблюдения и интерпретации высказываний пациента, его эмоций и поведения, а также анализа взаимоотношений в процессе работы. Феноменологический подход сочетает в себе возможности беспристрастного интуирования и эмпатического понимания происходящего с больным. Эмоциональная вовлеченность и чувствительность психиатра оказываются востребованными, информативными и подлежащими самоконтролю и в первом, и во втором случае. Это определяет сходство структурного психодинамического и феноменологического подходов и является тем их прикладным аспектом, который может быть использован в повседневной практике.

К ВОПРОСУ О ТЕХНИКАХ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ В ПСИХИАТРИИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В статье рассматриваются возможности использования в психиатрической практике структурного психодинамического интервью О. Кернберга и феноменологического подхода в интервьюировании.

Показано, что структурное психодинамическое интервью объединяет традиционное психиатрическое обследование и психоаналитически ориентированный подход, сфокусированный на прояснении, конфронтации и интерпретации конфликтов идентичности, защитных механизмов и дефектов восприятия реальности, проявляемых «здесь и сейчас». Феноменологический подход позволяет получить первичные, исходные представления об отдельных состояниях, описываемых в виде эмпирических феноменов. Феноменологическое познание помогает постичь взаимосвязи статических феноменов, их истоки и пути трансформации. Оно охватывает вытекание душевного из душевного, движение того психического, которое наблюдается в мотивационных взаимосвязях, контрастных взаимодействиях, диалектической противоречивости. Таким образом определяются возможные направления и опорные пункты дальнейшего психопатологического исследования, в том числе, и в процессе психодинамической оценки личностной организации. Показана возможность сочетания данных подходов при проведении качественного психодиагностического исследования. Подчеркивается, что в процессе психодинамического интервью условно поддерживаются границы между психиатром и пациентом, что требует от специалиста одновременного самонаблюдения и интерпретации высказываний пациента, его эмоций и поведения, а также анализа взаимоотношений в процессе работы. Феноменологический подход сочетает в себе возможности беспристрастного интуирования и эмпатического понимания происходящего с больным. Эмоциональная вовлеченность и чувствительность психиатра оказываются востребованными, информативными и подлежащими самоконтролю и в первом, и во втором случае. Это определяет сходство структурного психодинамического и феноменологического подходов и является тем их прикладным аспектом, который может быть использован в повседневной практике.

Ключевые слова: психиатрия, психодинамическое интервью, феноменология, О. Кернберг

TO THE QUESTION OF TECHNIQUES OF DIAGNOSTIC INTERVIEW IN PSYCHIATRY

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article discusses the possibilities of using in psychiatric practice the structural psychodynamic interview of O. Kernberg and the phenomenological approach in interviewing.

It is shown that a structural psychodynamic interview combines a traditional psychiatric examination and a psychoanalytically oriented approach, focused on clarifying, confronting and interpreting identity conflicts, defense mechanisms and defects of perception of reality, manifested “here and now”. The phenomenological approach allows one to obtain primary, initial ideas about individual states, described in the form of empirical phenomena. Phenomenological knowledge helps to understand the interconnections of static phenomena, their sources and ways of transformation. It covers the outflow of the spiritual from the spiritual, the movement of the psychic that is observed in motivational relationships, contrasting interactions, dialectical inconsistencies. In this way, possible directions and reference points for further psychopathological research are determined, including in the process of psychodynamic assessment of personal organization. The possibility of combining these approaches when conducting high-quality psychodiagnostic research is shown. It is emphasized that in the process of psychodynamic interviews, the boundaries between the psychiatrist and the patient are conditionally maintained, which requires the specialist to simultaneously observe and interpret the patient’s statements, his emotions and behavior, as well as analyze relationships in the work process. The phenomenological approach combines the possibilities of impartial intuition and an empathic understanding of what is happening with the patient. The emotional involvement and sensitivity of the psychiatrist is in demand, informative and subject to self-control in the first and second cases. This

determines the similarity of structural psychodynamic and phenomenological approaches and is their applied aspect that can be used in everyday practice.

Keywords: psychiatry, psychodynamic interview, phenomenology, O. Kernberg

Литература

1. Osiatinsky A. Tillampning av psykologiska kundskaper i naringslivet. Industriel mark- nadsforing. J. Arent, A. Friman (Eds.). Stockholm: Liber; 1976: 47—59.
2. Квале С. Исследовательское интервью. М.: Смысл; 2003. 301.
3. Loranger A. W., Sartorius N., Andreoli A., Berger P., Buchheim P. et al. The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. Archives of General Psychiatry. 1994; 51 (3): 215–224.
4. Janssen P. Psychoanalytische Therapie Borderlinestörungen. Berlin: Springer; 1990. 356.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука; 1991. 456.
6. Gill M.M., Newman R., Redlich F. The initial interview in psychiatric practice. New York: International Universities Press; 1954. 582.
7. Sullivan H.S. The Psychiatric Interview. W. W. Norton & Company, Inc.; 1970. 414.
8. Balint M., Balint E. Psychotherapeutic techniques in medicine. London: Tavistock; 1961. 236.
9. Jensen K. «As sollen wir denn noch tun?» Zur Supervision in einem Lehrerkollegium. Psychodrama. 1990; 3: 225-234.
10. Doering S., Schussler G. et al. Predictors of successful psychotherapy referral in a psychotherapy outpatient clinic and subsequent psychotherapeutic outcome. Z Psychosom Med Psychother. 2004; 50(2): 171-189.
11. Buchheim P., Clerpka M., Scheibe G. Das Verhältnis von Psychoanalyse und Psychiatrie - dargestellt am Beispiel von Konzepten für das psychiatrischpsychodynamische Erstinterview. In: Klusmann R., Mertens W., Schwarz F. (Hrsg.): Aktuelle Themen des Psychoanalyse. Berlin: Springer; 1988. 538.
12. Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии. Методология и история психологии. 2007; 2 (1): 130-151.
13. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика; 1997. 1053.
14. Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders и отрицание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий. Психиатрия и психофармакотерапия. 2007; 4: 44-49.
15. Ясперс К. Феноменологическое направление исследования в психопатологии. Логос. 1994; 5: 25-41.
16. Эллиенбергер Г. Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ. В: Экзистенциальная психология. Под ред. Р.Мэя. М.: Апрель Пресс & ЭКСМО-Пресс; 2002: 580-612.
17. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс»; 2000. 277.

References

1. Osiatinsky A. Tillampning av psykologiska kundskaper i naringslivet. Industriel mark- nadsforing. J. Arent, A. Friman (Eds.). Stockholm: Liber; 1976: 47—59.
2. Kvale S. Issledovatel'skoe interv'yuy [Research Interview]. Moscow: Smysl; 2003. 301 (in Russian).
3. Loranger A. W., Sartorius N., Andreoli A., Berger P., Buchheim P. et al. The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. Archives of General Psychiatry. 1994; 51 (3): 215–224.
4. Janssen P. Psychoanalytische Therapie Borderlinestörungen. Berlin: Springer; 1990. 356.
5. Freud Z. Vvedenie v psikhoanaliz. Lektsii [Introduction to psychoanalysis. Lectures]. Moscow: Nauka; 1991. 456 (in Russian).

6. Gill M.M., Newman R., Redlich F. The initial interview in psychiatric practice. New York: International Universities Press; 1954. 582.
7. Sullivan H.S. The Psychiatric Interview. W. W. Norton & Company, Inc.; 1970. 414.
8. Balint M., Balint E. Psychotherapeutic techniques in medicine. London: Tavistock; 1961. 236.
9. Jensen K. «As sollen wir denn noch tun?» Zur Supervision in einem Lehrerkollegium. Psychodrama. 1990; 3: 225-234.
10. Doering S., Schussler G. et al. Predictors of successful psychotherapy referral in a psychotherapy outpatient clinic and subsequent psychotherapeutic outcome. Z Psychosom Med Psychother. 2004; 50(2): 171-189.
11. Buchheim P., Clerpka M., Scheibe G. Das Verhältnis von Psychoanalyse und Psychiatrie - dargestellt am Beispiel von Konzepten für das psychiatrischpsychodynamische Erstinterview. In: Klusmann R., Mertens W., Schwarz F. (Hrsg.): Aktuelle Themen des Psychoanalyse. Berlin: Springer; 1988. 538.
12. Ulanovskii A.M. Fenomenologicheskii metod v psikhologii, psikhiiatrii i psikhoterapii [Phenomenological method in psychology, psychiatry and psychotherapy]. Metodologiya i istoriya psikhologii. 2007; 2 (1): 130-151 (in Russian).
13. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya [General psychopathology]. Moscow: Praktika; 1997. 1053 (in Russian).
14. Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders i otmiranie fenomenologii v Amerike: primer nepredvidennykh posledstviy [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and the death of phenomenology in America: an example of unforeseen consequences]. Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya. 2007; 4: 44-49 (in Russian).
15. Yaspers K. Fenomenologicheskoe napravlenie issledovaniya v psikhopatologii [The phenomenological direction of research in psychopathology]. Logos. 1994; 5: 25-41 (in Russian).
16. Ellenberger G. Klinicheskoe vvedenie v psikhiiatricheskuyu fenomenologiyu i ekzistentsial'nyi analiz [Clinical introduction to psychiatric phenomenology and existential analysis]. V: Ekzistentsial'naya psikhologiya. Pod red. R.Meya. Moscow: Aprel' Press & EKSMO-Press; 2002: 580-612 (in Russian).
17. Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva. Strategii psikhoterapii [Severe personality disorders. Strategies for psychotherapy]. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass»; 2000. 277 (in Russian).

Поступила в редакцию 20.09.2019