From this classification, then, early methods of treatment were derived. “San­guine” individuals (those believed to have an excess of blood) were optimistic. Now, there does not appear to be anything inherently wrong with being opti­mistic. But what if that optimism is so extreme as to become mania? What kind of a treatment might this system recommend for a person with an excess of blood? One of the early treatments used was bloodletting. With this method, some of the patient’s blood was drained. Another technique used to ease the mania presumed to be brought about by an excess of blood was to use leeches.

Although bloodletting and the use of leeches would strike most persons as barbaric, think about the rationale employed in making such decisions. Consid­ering that this theory was proposed in medieval times (even earlier if you look at the foundation work for this theory done by Hippocrates), it was really quite ahead of its time. There are several important reasons to consider this theory groundbreaking, including: (a) the classification of individuals into types, which was an early precursor to trait approaches to personality, (b) the assumption that the underlying cause of abnormal behavior involved imbalances in the biology of the body, (c) the belief that such imbalances could be corrected, and (d) the incorporation of those corrections into a treatment methodology.

**Conclusions**

This chapter lays the foundation upon which the rest of this text is based. Per­spectives drive the assumptions we make about why people do the things they do. In addition, perspectives provide a framework around which ideas about treatment can be built. Although this chapter has presented the perspectives as it they are isolated and mutually exclusive, we have done so only to illustrate the differences between them. In reality, most clinicians, psychologists, therapists, case workers, and counselors will use a combination of approaches. Many indi­viduals needing an intervention will show a variety of symptoms, have available different coping resources, and pursue specific goals for recovery. Thus, even people with the same diagnosis are not always treated the same way or viewed from the same perspective. Each perspective is incomplete and oversimplified when considered alone.

A man who is seeking counseling for alcohol use disorder, for example, will need more than just help to get over his physical addiction to alcohol. It is also very likely that his personal relationships have suffered, his self-esteem may be low, and he may have difficulty imagining that he has the willpower to over­come the allure of the alcohol. Surely, the professional engaging in treatment with this person will want to consider what to do from multiple fronts. The per­son is likely to suffer biological challenges during withdrawal from the alcohol. But there will be psychological concerns to deal with as well. In the end, the treatment regimen that is utilized will depend upon the particulars of the case being considered.

When appropriate in the cases that come later in this text, we will illustrate how multiple treatment methods may be employed when multiple problems are present. As you read the following chapters, we will provide you with oppor­tunities to reflect on these perspectives, the assumptions each makes about the underlying causes of abnormal behavior, and the treatment techniques each per­spective would suggest we employ in order to bring those abnormal behaviors “back in lin

CASE FORMULATION INTERVIEWS

The Importance of Critical Thinking in the Clinical Process

Before discussing the process of diagnostic interviewing, we want to say a few words about the concept of assessment. Assessment is a word with which most people are familiar, yet it is difficult to define. Nietzel, Bernstein, and Milich (1994) define assessment as “the process of collecting information to be used as the basis for informed decisions by the assessor or by those to whom results are communicated.” An important part of the clinical process involves the assess­ment. Clinical assessment “is the evaluation and measurement of psychological, biological and social factors in an individual with a possible psychological disor­der” (Durand tk Barlow, 2013).

In order for a diagnosis to be made, the clinician must gather the appropriate information. Every one of us utilizes the process of assessment on a daily basis. Whether we work in customer service for a retail store, are teachers attempt­ing to grade a student paper, or are trying to make judgments about which interviewees to hire for a new position in our company, many of our daily tasks involve gathering information and trying to make informed judgments about that data. Clinical assessment is not fundamentally different from this. We must, however, remind ourselves of the importance of this assessment process. Many dramatic decisions can be made on the basis of this assessment. As such, the quality of the assessment is crucial to the well-being of the individual with whom we are working. If the assessment data that we are gathering is to be used to make diagnostic decisions about a person, it is easy to understand how much care we should take in making that assessment. We will cover assessment in detail in the next chapter. It is important, however, to understand the important connection between the Case Formulation Interview and the broader concept of assessment

What Is a Case Formulation Interview?

An interview is the most widely used assessment tool in clinical psychology. Regardless of what other information might exist about a particular client and a particular case, nothing currently seems likely to replace the importance of the interview. Both the manner in which the person is interviewed and the content ot that interview are crucial. Working with a client requires the development of a trusting relationship. This sense of trust will begin to develop during the interview process.

An interview is a directed conversation between two persons in which there is a defined goal. In fact, interviews can include multiple goals for each of the members of the interview relationship. If it is a job interview, the goal for the applicant is to do well during the interview and get the offer while the goal for the interviewer is to find the best possible person to fill the job opening. Both participants will engage in behaviors designed to maximize the likelihood for fulfilling the desired goals. The interviewee will attempt to answer all questions with clarity and obvious knowledge. The interviewer will attempt to ask quality questions to elicit pertinent details and behaviors from the applicant so that the person’s appropriateness for the position can be assessed.

Rather than approaching assessment like a traditional interview (such as for a job), many clinicians now emphasize Case Formulation skills as fundamental to providing effective treatment. In an early review of the literature on Case Formulation skills, Eells, Kendjelic, and Lucas (1998) found “strikingly little research on such skills.” According to these authors, Case Formulations share three features regardless of whether they are designed to follow psychodynamic, cognitive-behavioral, interpersonal, behavioral, or blended orientations. These features are: “(1) They emphasize levels of inference that can readily be supported by a patient’s statements in therapy, (2) The information they contain is based largely on clinical judgment rather than patient self-report, and (3) The Case Formulation is compartmentalized into preset components that are addressed individually in the formulation process and then assembled into a comprehensive formulation” (Eells et al., 1998, p. 145).

How to Structure the Interview

Structure is an important issue to consider in the interview process. On one hand, the clinician needs to ensure that there is enough structure to the inter­view to provide guidance and ensure progress. Yet, on the other hand, there needs to be enough flexibility in the interview to allow for it to move in direc­tions consistent with the client’s responses.

If you have ever interviewed for a job, you will know that interviews are structured in such a way as to gather as much relevant information as possible, yet. at the same time, place the interviewee at ease. If the individual who is being interviewed feels comfortable, he or she is significantly more likely to open up and respond honestly than if he or she feels that the interview is hostile or confrontational. One of the challenges to constructing and conducting a success­ful Case Formulation interview is to maintain a sense of relevancy. The person being interviewed needs to sense that the questions being asked are relevant to the help that he or she may need. There is a balance to strike here and a good clinician will adjust the degree of structure within the interview to maximize what is learned.

The goals of the interview will also aid the clinician in determining the amount of structure that would be appropriate. If the interview is taking place in response to a crisis—a person rushed to a facility after a suicide attempt, for example—the interview will be much more highly structured. If, how­ever, there is not an emergency—as in the case of a person voluntarily seeking treatment for anxiety—the clinician will probably use a less structured, more nondirected technique. With a nondirective interview technique, the clinician will allow and actively encourage the client to do the majority of the talking. While the client is talking, the clinician will listen, perhaps take notes, and will encourage the client to take the interview in directions that the client chooses.

Interviews, like a book or course paper, need to tell a story. There needs to be enough information available so that the “reader” knows where the story starts, understands what occurred to mark the transition (perhaps such as what prompted the individual to seek out or be referred for services), and has some sense of where this particular person might be going in the very near future.

To understand where the story starts, the interviewer will need to gather honest feedback from the person being interviewed. Again, this is only likely to the extent that the interviewer can establish a sense of comfort about the inter­view process. One effective method for establishing this comfort is to be honest about the interview process itself. Regardless of how the individual came to the interview setting, he or she is bound to be nervous and apprehensive about that process. Explaining the process can put the individual more at ease.

Another successful technique involves establishing the boundaries of the early part of the interview. The interviewer might want to let the client know, for example, that lie or she does not have to answer questions that feel too uncomfortable to discuss. It should be made clear, however, that these questions will be asked again and that, to maximize the process, the questions will eventu­ally need to be answered. This takes some of the pressure off of the client when the interview process is new and unknown. Such an approach also establishes the fact that all questions are important even if they are not all answered during the initial part of the interview process.

Once a sense of comfort or rapport has been established, most interviews will progress into the fact-finding stage. During this stage of the interview, the goal is to discover information relevant to understanding the particular case. Eells and colleagues (1998) recommend four broad categories of information that are contained in most Case Formulation methods:

1. symptoms and problems
2. precipitating stressors or events
3. predisposing life events or stressors
4. a mechanism that links the preceding categories together and offers an explanation ot the precipitants and maintaining influences of the individual’s problems.

In “The Art of Case Formulation,” Dr. Adam Blatner points out that Case Formulation is “not a case summary.” According to Dr. Blatner, “formulating a case involves making appropriate inferences about a person’s problem in light of an understanding of the nature of normal and pathological development. Draw­ing inferences and constructing a story goes beyond a mere summary of the relevant facts of a case and addresses a higher level of abstraction” (Blatner, 2006).

In addition, Blatner suggests a summary “should include the distilled elements ot the history, physical and mental status examination, relevant tests, etc. These should be distilled down into the key positives and negatives sufficient to make a descriptive diagnosis. A formulation then draws those facts into a meaningful pattern. Admittedly, there’s a knack to this skill, and it develops with practice and clinical experience” (Blatner, 2006).

Table 2.1 illustrates Blatner’s recommended system for a Case Formulation interview. As one can see from this listing, it is more a system of questions to be answered than an exact framework for going about answering those questions. The framework often comes from one’s clinical perspective and experience.

More recent efforts at Case Formulation (often referred to as Case Con­ceptualization), come from Sperry (2010; Sperry A[[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2) [[3]](#footnote-3) [[4]](#footnote-4) [[5]](#footnote-5) [[6]](#footnote-6) [[7]](#footnote-7) [[8]](#footnote-8) Sperry, 2012). In Sperry’s view, an effective Case Conceptualization (after having gathered the necessary background information on the client) accomplishes four things. First, a success­ful Case Conceptualization develops a diagnostic formulation that emphasizes

TABLE 2.1 Systems of Organizing a Formulation

TABLE 2.2 Siassi’s Mental Status Exam

1. General appearance and behavior
2. Speech and thought
3. Consciousness
4. Mood and affect
5. Perception
6. Obsessions and compulsions
7. Orientation
8. Memory
9. Attention and concentration
10. Fund of general information
11. Intelligence
12. Insight and judgment
13. Higher intellectual functioning symptoms, but not those noted from the background information. Instead, it focuses on symptoms as presented within the context of the therapy. Second, the Case Conceptualization requires the therapist to develop a clinical formulation in which she or he attempts to understand how the symptoms developed and what might be occurring in the client's situation that is keeping the symptoms going. Third, a successful Case Conceptualization requires understanding the individual from a cultural standpoint. The bottom line here is quite simple: Culture impacts how symptoms are expressed. There are, for example, cultural differences in the words people use to express physical pain (e.g., Campbell & Edwards, 2012). It would not be a surprise, then, to find out culture likely would also influence how psychological symptoms are expressed. Fourth, a successful Case Conceptualization is the treatment formulation. Based on the first three steps, the therapist develops a picture of what the primary symptoms are, how they developed and are being expressed, and the role that culture plays in the expression and, therefore, the treatment of those symptoms.

Interview Tactics

The determination as to what interviewing tactics to use is just as important as the choice the clinician makes about how to structure the interview. Again, the tactics can be more or less directive. Nondirective interview tactics may: (a) encourage the client to expand on what was said, (b) rephrase what the client said, or (c) ask open-ended questions that allow the client to respond in ways with which he or she is comfortable.

Questions that encourage the client to say more about a topic should remain as nondirective as possible. This means that questions should encourage more information but not guide the direction toward which that information will proceed. If a client suggests, for example, that his job might be causing his anxiety, a follow-up response might be to ask a question seeking more details. Two examples are:

1. Could you tell me more about that?
2. How often do you feel that way?

In both cases, the clinician responds to the comment by encouraging more information, but in such a way that the assumption the client is making has neither been confirmed nor challenged.

The primary goal with nondirective questions is to keep the client talking. In addition, the nature of the questions encourages the client to focus on whatever topics he or she is interested in discussing. The drawback to such techniques, however, is the fact that the conversation may continue down a path that eventu­ally proves to be fruitless.

Interview questions, however, can also be direct. With direct questions, the clinician will make more specific requests based on prior case history infor­mation or as a result of questions answered earlier during the same interview. Examples of such questions include:

1. When was the first time you noticed this?
2. Have there been other times when this has been a problem for you?
3. Do you think this is related to your job in any way?
4. What have you done to deal with this in the past?

The most common interview would begin with the clinician offering some information to let the client know the purpose and nature of the interview, proceed to a discussion designed to help build rapport between the interviewer and the client, progress to nondirected questions to begin accessing informa­tion about the person and the nature of the problem or problems prompting the diagnostic interview, and then transition into direct questions based on the progression of the interview. When the interview is over, the process is not complete. The clinician may make some preliminary summary statements to the client—focusing on positives as much as possible. Again, this helps build rapport and establishes a sense that the person has already made good progress. Last, the clinician will probably schedule a follow-up session to begin planning a treat­ment program or to gather additional information if making a diagnosis is not currently possible.

Далее, следуя этой классификации, были получены первые методы лечения. "Полнокровные" индивиды (т.е. те, у которых предполагался избыток крови) были настроены оптимистично. Казалось, не могло случиться ничего принципиально плохого из-за такого оптимизма. Но что если этот оптимизм был настолько силен, что превратился в одержимость? Какого рода лечение данная система могла рекомендовать для человека с избытком крови? Одним из первых методов лечения было использование кровопускания. По данному методу выпускалось небольшое количество крови пациента. Другим методом, используемым для облегчения мании, которая, как предполагалось, вызвалась избытком крови, было использование пиявок.

Хотя кровопускание и использование пиявок сейчас может поразить большинство людей своим варварством, подумайте о рациональных обоснованиях, используемых при принятии таких решений. Учитывая, что эта теория была предложена во времена средневековья (даже ранее, если Вы рассмотрите фундаментальную работу по данной теории, сделанную Гиппократом), она действительно далеко опережала свое время. Есть несколько важных причин считать эту теорию прогрессивной, среди которых: (а) разделение лиц на типы, что было первым предвестником появления подходов к трактовке личностных свойств; (б) предположение о том, что основной причиной аномального поведения являются патологические дисбалансы в биологии тела; (в) вера в то, что такие дисбалансы могут быть исправлены; и (г) внедрение данных исправлений в методологию лечения.

Заключение

В этой главе закладывается фундамент, на котором базируется остальная часть данного текста. В ней мы приводим различные варианты объяснения того, почему люди делают то, что они делают. Кроме того, приведенные точки зрения служат основой для составления плана лечения. Хотя в этой главе представлены обособленные и взаимоисключающие точки зрения, мы делаем это только для иллюстрации различий между ними. На самом деле, большинство врачей, психологов, психотерапевтов, социальных работников и консультантов будут использовать комплексный подход. Многие люди, нуждающиеся в помощи, демонстрируют различные симптомы, обладают различными ресурсами для борьбы со стрессом, и преследуют конкретные цели восстановления. Таким образом, даже для людей с одинаковыми диагнозами, не всегда выбирают одинаковые методы лечения, или рассматривают их с одной и той же точки зрения. Каждая точка зрения является неполной и чрезмерно упрощённой, если рассматривать ее саму по себе.

Например, человеку, который консультируется по вопросу лечения от алкоголизма, потребуется больше, чем просто помощь в преодолении его физической зависимости от алкоголя. Кроме того, весьма вероятно, что пострадали его личные отношения, у него может быть низкая самооценка, и он может испытывать трудности, воображая, что у него хватит силы воли, чтобы преодолеть соблазн алкоголя. Несомненно, профессиональный подход к лечению этого пациента требует рассмотреть вопрос о необходимых действиях комплексно, со всех сторон. Во время выхода из алкогольной зависимости человек, скорее всего, будет страдать от физиологических симптомов. Но также придется иметь дело с психологическими проблемами. В конце концов, используемая схема лечения будет зависеть от особенностей рассматриваемого случая.

По мере возможности, в случаях, приведенных далее в этом тексте, мы покажем, как, при наличии множественных проблем, могут быть использованы комплексные методы лечения. Когда Вы будете читать следующие главы, мы предоставим Вам возможность рассмотреть различные точки зрения, каждая из которых строит гипотезы об основных причинах аномального поведения, а также методы лечения, которые, по данным точкам зрения, предлагается использовать для того, чтобы привести это аномальное поведение «в нормальное русло».

ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ФОРМУЛИРОВКИ СЛУЧАЯ

Важность критического мышления в клиническом процессе

Прежде чем обсуждать процесс диагностического опроса, мы хотели бы сказать несколько слов о концепции оценки. Оценка представляет собой понятие, знакомое большинству людей, но которому трудно дать определение. Найтцель, Бернштейн и Милич (1994) определяют оценку как «процесс сбора информации, которая будет использоваться в качестве основы для принятия обоснованных решений экспертами-консультантами или теми, кому сообщаются результаты». Оценка – важная часть клинического процесса. Клиническая оценка – это «определение и количественное сравнение психологических, биологических и социальных факторов, влияющих на личность с возможным психическим расстройством» (Дюренд и Барлоу, 2013).

Консультирующий врач должен собрать соответствующую информацию для того, чтобы поставить диагноз. Каждый из нас ежедневно производит процесс оценки. Вне зависимости, является ли человек продавцом, обслуживающим клиентов в магазине розничной торговли, учителем, проверяющим тесты студентов, или управляющим, который пытается решить, кого из соискателей принять на новую должность в компании, многие из его повседневных задач включают сбор информации и попытки принять решение на основе этих данных. Клиническая оценка не имеет принципиальных отличий от этого процесса. Мы, однако, всегда должны помнить о важности процесса оценки. На ее основе может быть принято множество важных решений. Таким образом, качество оценки имеет решающее значение для благополучия человека, с которым мы работаем. Если данные, собранные в процессе оценки, будет использоваться, чтобы вынести диагностическое заключение о человеке, легко понять, насколько внимательными мы должны быть во время ее проведения. Более подробно мы рассмотрим оценку в следующей главе. Нужно понимать, однако, важную связь между формулировкой случая и более широкой концепцией оценки.

Что такое интервью для формулировки случая?

Интервью является наиболее широко используемым инструментом оценки в клинической психологии. Независимо от того, есть ли у Вас информация о конкретном клиенте и конкретном случае, полученная из других источников, ничто в настоящее время не может сравниться по своей важности с интервью. Во время проведения интервью решающее значение имеет как манера, в которой человек ведет общение, так и содержание разговора. Работа с клиентом требует развития доверительных отношений. Именно в процессе интервью начинает формироваться это чувство доверия.

Интервью – это целенаправленный разговор между двумя людьми, у которых есть определенная цель. Более того, интервью может нести несколько целей для каждого из участников. Если это собеседование, то цель соискателя – хорошо показать себя и получить предложение по трудоустройству, в то время как цель интервьюера – найти наилучшую кандидатуру на открытую должность. Оба участники будут вести себя таким образом, чтобы максимизировать вероятность выполнения желаемых целей. Соискатель постарается ответить на все вопросы с ясностью и продемонстрировать свои знанием. Интервьюер будет стараться задавать подходящие вопросы, чтобы выявить необходимые подробности и рассмотреть поведение соискателя, так чтобы верно оценить, подходит ли этот человек на должность.

Вместо того чтобы производить оценку в виде традиционного интервью (например, при приеме на работу), многие консультирующие врачи в настоящее время выбирают формулировку случая в качестве основополагающего метода для обеспечения эффективного лечения. В раннем обзоре литературы по формулировке случая, Елс, Кенджелик и Лукас (1998) указывали, что обнаружили «поразительно мало исследований по данному методу». По мнению этих авторов, формулировку случая выделяют три особенности, независимо от того, следует ли она психодинамической, когнитивно-поведенческой, межличностной, поведенческой, или смешанной ориентации. Вот эти особенности: «(1) она выделяет уровни логических выводов, которые легко могут быть подтверждены утверждениями пациента во время терапии, (2) информация, которую она содержит, в значительной степени основывается на клинической оценке, а не на собственном мнении пациента, и (3) формулировка случая разбита на заранее заданные части, которые подбираются в индивидуальном порядке в процессе интервью, а затем собираются в едином заключении» (Елс и др., 1998, стр. 145).

Каким образом выстраивается структура интервью?

Важным вопросом для рассмотрения является структура интервью. С одной стороны, консультирующий врач должен убедиться, что интервью достаточно структурировано, чтобы обеспечить руководство и добиться прогресса. С другой стороны, тем не менее, интервью должно быть достаточно гибким, чтобы была возможность двигаться в направлениях, соответствующих ответам клиента.

Если Вы когда-либо проходили собеседование на работу, Вы знаете, что интервью структурировано таким образом, чтобы, насколько это возможно, собрать как можно больше необходимой информации, и, в то же время, обеспечить комфорт соискателя. Если человек во время интервью чувствует себя комфортно, у него значительно больше шансов раскрыться и отвечать честно, чем в случае, когда он чувствует, что беседа носит враждебный или конфронтационный характер. Одной из проблем построения и проведения успешного интервью для формулировки случая является поддержание чувства уместности. Человек, с которым проводится интервью, должен чувствовать, что задаваемые вопросы имеют непосредственное отношение к той помощи, которая может ему понадобиться. Необходимо соблюдать баланс. Хороший консультант будет регулировать степень структурированности в рамках интервью таким образом, чтобы получить максимум необходимой информации.

Цель интервью также должна помочь консультраующему врачу в определении уместной структуры. Если, например, интервью происходит с человеком в кризисном состоянии после попытки самоубийства, оно будет гораздо более структурированным. Если, однако, не требуется неотложная помощь – например, человек добровольно обращается за помощью в состоянии тревоги – врач-консультант, вероятно, использует менее структурированную, нестандартизированную технику. При нестандартизированной технике интервью, практикующий врач будет активно поощрять клиента свободно и полно высказывать свои мысли. Пока клиент говорит, косультант будет слушать, возможно – делать заметки, а также будет поощрять клиента к самостоятельному выбору направления интервью.

Интервью, как книга или курсовая работа, должно рассказать историю. В нем должно быть достаточно информации, чтобы «читатель» знал, где начинается история, понимал, что произошло в переломный момент (например, что побудило человека обратиться за помощью к специалисту), и имел представление о том, в каком направлении этот конкретный человек может двигаться в самом ближайшем будущем.

Для того чтобы понять, где начинается история, консультирующему врачу нужно установить честную обратную связь в человеком во время интервью. Опять же, это возможно, только если консультант сможет создать у клиента ощущение комфорта в процессе интервью. Один из эффективных методов создания такого комфорта – честно рассказать о предстоящем процессе. Вне зависимости от того, с каким настроем человек пришел на интервью, он обязательно будет нервничать и испытывать определения опасения. Объясняя процесс, можно помочь человеку почувствовать себя более непринужденно и комфортно.

Другой успешный метод заключается в установлении границ в начале интервью. Консуьтант, например, может сразу сказать клиенту, что не стоит говорить неправду, или что он не должен отвечать на вопросы, которые ему неудобно обсуждать. Однако следует уточнить, что эти вопросы будут заданы снова и что, в конечном итоге, на них необходимо будет ответить, чтобы получить максимальную пользу от обсуждения. Это оказывает некоторое давление на клиента, если процесс интервью является новым и неизвестным. Такой подход также подчеркивает тот факт, что все вопросы очень важны, даже если ответ на них не получен в самом начале беседы.

После того, как ощущение комфорта или раппорт был установлен, большинство интервью переходят в стадию установления фактов. На этом этапе цель состоит в том, чтобы получить информацию, относящуюся к пониманию конкретного случая. Елс и его коллеги (1998) рекомендуют четыре общие категории информации, содержащиеся в большинстве методов формулировки случая:

1. симптомы и проблемы

2. ускоряющие стрессоры или события

3. предрасполагающие жизненные события или стрессоры

4. механизм, который связывает предшествующие категории и предлагает объяснение влияния ускоряющих и сохраняющих проблемы индивидуума факторов.

В работе «Искусство формулировки случая» доктор Адам Блатнер указывает на то, что формулировка случая это «не краткое описание клинического случая». По словам Блатнера, «формулировка случая предполагает вынесение соответствующих суждений о проблеме человека в свете понимания природы нормального и патологического развития. Вынесение суждений и составление истории выходит за рамки простого обобщения соответствующих фактов по случаю и относится к более высокому уровню погружения мысли» (Блатнер, 2006).

Кроме того, Блатнер утверждает, что обобщение «должно включать краткую историю, экспертизы физического и психического состояния, соответствующие испытания и т.д. Оно должно быть сокращено до ключевых позитивных и негативных моментов, достаточных для того, чтобы поставить описательный диагноз. Затем формулировка сводит эти факты в релевантный шаблон. Общепризнано, что для этого необходимы определенные профессиональные навыки, и они развиваются с практикой и клиническим опытом» (Блатнер, 2006).

Таблица 2.1 иллюстрирует систему, рекомендуемую Блатнером для интервью формулировки случая. Как видно из данного списка, это скорее система вопросов, требующих ответа, а не строгая модель, согласно которой нужно отвечать на эти вопросы. Модель часто выстраивается согласно личной клинической точке зрения и опыту врача-консультанта.

ТАБЛИЦА 2.1 Система организации формулировки

ТАБЛИЦА 2.2 Исследование психического статуса

1. Общий вид и поведение

2. Речь и мышление

3. Сознание

4. Настроение и эмоции

5. Восприятие

6. Навязчивые идеи и компульсивность

7. Ориентация

8. Память

9. Внимание и концентрация

10. Выделение общей информации

11. Умственные способности

12. Проницательность и рассудительность

13. Высшая интеллектуальная деятельность

Более поздние исследования по формулировке случая (часто упоминаемые как концептуализация формулировки случая), были проведены Сперри (2010; Сперри А Сперри, 2012). По мнению Сперри, эффективная концептуализация формулировки случая (производимая после того, как была собрана необходимая справочная информация о клиенте) выполняет четыре функции. Во-первых, с помощью успешной концептуализации формулировки случая разрабатывается диагностическое решение, основываясь на симптомах, но не тех, которые были отмечены из справочной информации. Вместо этого она фокусируется на симптомах, выявленных в контексте терапии. Во-вторых, концептуализация формулировки случая требует от консультанта разработать клиническое решение, в котором он стремится понять, каким образом прорабатываются симптомы, и что может в дальнейшем происходить в ситуации клиента с данными симптомами. В-третьих, успешная концептуализация формулировки случая требует понимания личности с культурной точки зрения. Суть здесь довольно проста: культура воздействует на то, как выражаются симптомы. Например, от культурных различий зависит, какие слова люди используют, чтобы выразить физическую боль (Кэмпбелл и Эдвардс, 2012). Таким образом, не удивительно, что определив культурные особенности, мы, вероятно, также сможем определить, какое влияние они окажут на выражение психологических симптомов. В-четвертых, успешная концептуализация формулировки случая является основой для формирования методики лечения. На основе первых трех этапов, практикующий врач строит картину того, какими являются первичные симптомы, как они раскрываются и выражаются, и того, какую роль играет культура в выражении а, следовательно, и в лечении этих симптомов.

Тактика проведения интервью

Для врача-консультанта определение тактики проведения интервью так же важно, как и выбор структуры. Опять же, тактика может быть более или менее директивна. Недирективная тактика интервью может: (а) поощрить клиента более подробно рассказывать о своих переживаниях, (б) дать возможность перефразировать то, что сказал клиент, или (с) задавать открытые вопросы, которые позволяют клиенту отвечать удобным для него образом.

Вопросы, побуждающие клиента говорить больше о теме, должны оставаться как можно менее директивными.

Это означает, что вопросы должны поощрять клиента сообщать больше информации, но не задавать направление, в котором будет двигаться беседа. Если клиент, например, предполагает, что причиной его беспокойства может быть работа, консультант задает вопросы, с помощью которых можно получить более подробную информацию. Два примера:

1. Не могли бы Вы рассказать мне об этом подробнее?

2. Как часто Вы чувствуете себя таким образом?

В обоих случаях, врач-консультант отвечает на комментарий клиента таким образом, что поощряет получение большего объема информации, но, в тоже время так, что предположение клиента не будет ни подтверждено, ни оспорено.

Основной целью недирективных вопросов является поощрить клиента к разговору. Кроме того, характер вопросов побуждает клиента сосредоточить внимание именно на тех темах, в обсуждении которых он заинтересован. Недостатком таких методов, однако, является тот факт, что разговор может пойти по пути, который в конечном итоге окажется бесполезным для решения проблемы.

Вопросы интервью также могут быть директивными. Врач-консультант может составить список более конкретных директивных вопросов на основе предварительной информации из истории болезни или по результатам вопросов, ответы на которые были даны ранее в течение того же интервью. Примеры таких вопросов:

1. Когда Вы впервые заметили это?

2. Было ли это проблемой для Вас в другое время?

3. Как Вы думаете, это в любом случае связано с Вашей работой?

4. Что Вы делали, чтобы справиться с этим в прошлом?

В наиболее распространенном случае интервью начинается с того, что врач-консультант предоставляет клиенту информацию, позволяющую узнать цель и характер интервью. После этого следует планирование беседы, что помогает наладить раппорт между консультантом и клиентом. Далее задаются недирективные вопросы, что дает доступ к информации о личности в целом и о характере проблемы или проблем, вызывающих необходимость в диагностическом интервью. А затем можно переходить к директивным вопросам, основанным на предыдущих этапах интервью. Процесс не завершается с окончанием интервью. Консультант может сделать для клиента краткие предварительные выводы – максимально сосредоточив внимание на позитивных моментах.

Кроме того, это помогает поддерживать раппорт и подчеркивает, что человек уже достиг значительного прогресса. В завершение, врач-консультант, вероятно, может составить график дальнейшей деятельности, учитывая итоги сессии, чтобы начать планировать программу лечения или сбор дополнительной информации, если в данное время постановка диагноза еще невозможна.

1. Blatner’s recommended system for addressing the various aspects of a case: [↑](#footnote-ref-1)
2. What are the relevant factors at the different levels of psychological organization— somatic, intrapsychic, family, social network, culture, etc.? [↑](#footnote-ref-2)
3. What are the current roles and role strains, conflicts, imbalances, or deficiencies? [↑](#footnote-ref-3)
4. What are the stressors and precipitants in the case? [↑](#footnote-ref-4)
5. What are the psychodynamic issues? [↑](#footnote-ref-5)
6. What is the status of the relevant prognostic variables? [↑](#footnote-ref-6)
7. How can the Case Formulation be further summarized, considering the different types [↑](#footnote-ref-7)
8. of causation? [↑](#footnote-ref-8)