

Osnovni principi prvog intervjuja

1. UVOD

Psihijatrijski intervju nije slučajan ili povremen sastanak lekara i pacijenta. Kao i ostale relacije između lekara i pacijenta, psihijatrijski intervju se bazira na principu da jedna osoba pati i želi oslakanje, koje očekuje od druge osobe. Pacijentova želja da mu se pomogne ga onemogućava da izrazi lične i često bolne misli, osećanja i iskustva.. Atmosfera poverenja i otvorenosti se postiže, sa jedne strane, empatijom ispitivača, kao i pacijentovim ubedjenjem u pouzdanost odnosa doktor- pacijent. U takvim situacijama, gde je pacijentovo vidjenje doktora, kao i potencijalnog izvora pomoći, lekar može dobiti zadovoljavajuću količinu informacija, isključivo slušajući. Međutim, postoji veliki broj slučajeva u kojima je pacijent nesposoban da, od samog početka veruje osobi koja ga intervjuje. U takvim situacijama, uspeh lekara se zasniva na njegovoj stručnosti. Razumevanje psihodinamike, povezano sa tehničkim principima intervjuisanja, je esencijalno ukoliko bi psihijatar funkcionalno kao ekspert koga pacijent želi i zaslužuje.

Efikasnost psihijatra kao osobe koja intervjuje se aktuelno sadrži u njegovoj senzitivnosti i empatskom kapacitetu. Ovim se ne podrazumeva nudjenje saosećajnog slušaoca. Empatija je mogućnost stavljanja sebe u poziciju drugog pri čemu se oseća ono što i ta osoba u datoj situaciji. Empatija, time pokazuje više nego što ispitivač može da oseti u situaciji opisanoj od strane pacijenata. Simpatija, sa druge strane ima mnogo jednostavniji koncept koji uključuje osećanje sažaljenja za nesreću drugog. Psihijatar nadalje, svoju stručnost demonstrira, kako izborom pitanja koja postavlja ili ne, kao i drugim veštinama o kojima će kasnije biti reči.

Psihijatar, kao i njegove kolege iz drugih medicinskih grana, je zainteresovan za pacijetove simptome, vreme pojavljivanja, kao i faktore života koji sa njima mogu biti u vezi. Češće nego kod drugih oboljenja, psihijatrijski poremećaji i poremećaji ponašanja, su bazirani na celokupnom ranijem životu pacijenta. Pored specifičnih uslova, lična anamneza obuhvata životni stil, samopouzdanje i svojstvene mehanizme ponavljanja. Psihijatrijski simptomi koji uključuju odbrambene mehanizme funkcionisanja ega, prezentuju nesvesne psihološke konflikte. Izuzimajući da se pacijent na ovaj način brani od straha od konflikta, oni ga takodje mogu ograditi od osobe koja ga ispituje. Tme, pacijent koji je motivisan da se otvori i traži oslobadjanje od svoje patnje, biva takodje motivisan da se ogradi od svojih najintimnijih osećanja i osnovnih razloga svog psihijatrijskog poremećaja ili poremećaja ponašanja.

Drugi faktor, bitan za pacijetovo uskraćivanje podataka je briga za utisak koji će tokom intervjuja ostaviti. Doktor, kao figura autoriteta, može simbolično da predstavlja pacijentove roditelje; uzročno, njegove reakcije bivaju bitne pacijentu. Ukoliko pacijent posumnja da su neki manje lepi aspekti njegove ličnosti uključeni u njegovu bolest, može nerado iznosititi takav materijal, sve dok ne bude siguran da time neće izgubiti doktorovo poštovanje. Reakcija psihijatra u odnosu na pacijenta je bitna, stoga što može da uspori ili ubrza proces zadobijanja poverenja, koji je esencijalan za samospoznaju. Pacijetova percepcija psihijatra jako utiče na sadržaj iznet lekaru.

U drugim medicinskim specijalnostima, postoji manja šansa da će se preskočiti neki bitan detalj, ukoliko se lekar striktno drži rutine intervjuja. Iskusni psihijatri, zaobilaze

previše strukturisani ili stereotipni pristup, pošto ne može očekivati da stvari nauči istim redom ili da u svakom intervjuu, pokriva isti materijal.

2. FAKTORI KOJI UTIČU NA INTERVJU

Faktori koji utiču, sa jedne strane na sadržaj, sa druge strane na proces intervju su brojni. Na primer, priroda pacijetovih simptoma ili konkretnog stila, bitno utiče na transfer i tok intervju. Specifične situacije (kao pacijent sa drugog odeljenja, pacijent sa psihosomatskim simptomima, psihološki nezreo pacijent, pacijent urgentno primljen), zahtevaju specifičan pristup intervjuu. Faktori koji utiču na na intervju mogu biti i tehnički, kao telefonski pozivi, prevodilac, uzimanje beležaka ili prostranost i komfor prostorije.

Profesionalac koji prvi dodje kontakt sa pacijentom, će imati drugačije iskustvo od onog koji bude češće sa njima u kontaktu, stoga što svaki u pacijentu izaziva različite promene. Pojava osobe koja intervjuiše, njegov retorički stil, njegova teoretska orijentacija, takodje utiču na sadržaj i proces intervju. Čak i upadice tipa "uh-huh" utiču na pacijentovu produkciju, pa on nesvesno biva vešto vodjen od strane lekara. Generalno, osoba koja intervjuiše, mora biti neutralna, zaniteresovana, pažljiva i ljubazna. Ovaj kompleks i preteći faktori su detaljno obradjeni u knjizi " The psychiatric Interview in Clinical Practice2 Mc Konnona i Michaela, W.B. Saunders, 1971.

3. ODNOS DIJAGNOSTIČKOG I TERAPIJSKOG INTERVJUA

Psihijatri obično prave razliku između dijagnostičkog i terapijskog intervju. Intervju koji je prevashodno orjentisan na uspostavljanje dijagnoze, pacijentu ostavlja utisak da je uzorak ispitivanja na patologiji i time ga inhibira u iznošenju odredjenih problema. Bit uspešnog intervju je nivo do koga pacijent i lekar razvijaju zajednički osećaj razumevanja. Psihijatar, koji uspostavi dobar terapijski odnos sa pacijentom, već tokom incijalnog intervju, dolazi do ohrabrujućeg i obilnog dijagnostičkog materijala. Takodje, dolazi u mogućnost da bolje proceni pacijentov stav prema lečenju. Ovaj stav se reflektuje pacijentovim odgovorima na intervencije psihijatra. Pacijent time oseća neko olakšanje, usmeravajući i uklanjajući svoje simptome i ostale probleme sa profesionalcem.

4. ULOGA TERAPEUTA

Najvažnija uloga terapeuta se sastoji u slušanju i razumevanju pacijenta, kao i beleženju podataka. Na osnovu ovih podataka i njihovim potpunim razumevanjem, može se doći do najprihvatljivijeg plana za daljnji tretman. Uloga terapeuta u incijalnom ili prvom intervjuu sastoji se od razuveravanja, razumevanja i empatije, zatim, sugestije i stvaranja ograničenog setinga, podržavanje pacijentovog samopoštovanja i prikladnih interpretacija.

5. PRAKTIČNI FAKTORI U INTERVJU

1. Faktor vremena

Psihijatrijski intervju traje različito dugo. Prosečno konsultacije ili terapijski intervju traje 45 do 50 minuta. Intervjui sa psihotičnim ili organski bolesnim pacijentima su najčešće kratki, zato što za pacijenta intervju može biti stresan ili zamarajući nakon 20 do 30 minuta. Često hitni prijemi ili spoljni pacijenti zahtevaju period duži od 50 minuta. U mnogim slučajevima, pacijenti bi aproksimativno trebalo da zna koliko će intervju trajati.

Pacijentovo uskladjivanje vremena ispoljavanja bitne faktore njegove ličnosti. Mnogi pacijenti stižu nekoliko minuta pre intervjuja. Anksiozni pacijenti mogu stizati pola sata ranije. Ukoliko pacijent stigne neuobičajeno rano, a nedeluje anksiozno, ovaj podatak obično zahteva eksploraciju tokom ranog stadijuma intervjuja. Pacijent koji značajno kasnije stvara problem terapeutu. Kad se to dogodi prvi put terapeut bi trebalo da sasluša objašnjenje koje on nudi. Simpatički odgovori su indikovani ukoliko je pacijentovo zakašnjenje usledilo sticajem okolnosti van njegove kontrole. Odgovor kao "Razumem kako vam je teško da nadjete taksi po ovakvoj kiši" je bolji komentar od "To je sasvim uredu". Ukoliko pacijent ima upadljiv otpor, kao kao "Potpuno sam zaboravio na sastanak", terapeut može da upita "Da li ste osetili da nemate želju da dodjete". Ukoliko je odgovor pozitivan, terapeut može kasnije da ispita suštinu. Medjutim, ukoliko je odgovor negativan, obično je mnogo bolje, do daljnjeg, ostaviti razlog po strani. Nekada je prikladno prokomentarisati "Pa, dobro, iskoristimo preostalo vreme na najbolji mogući način". Dešava se da pacijent na prvi intervju zakasni toliko, da preostane svega 5 do 10 minuta vremena. Ovakva situacija zahteva simpatiju i takt. Vreme je najbolje iskorišćeno, ukoliko se, upoznamo sa pacijentom i napravimo dogovor o narednom sastanku. Počinjanje razgovora sa pacijentom o poremećaju, za tako kratko vreme, može ga jedino učiniti da se oseća frustriranim, kada bude morao da svoju priču prekine u sredini. Interpretiranje pacijentovog prvog zakašnjenja je uzaludno i može pacijenta da obeshrabi da ponovo dodje. Ukoliko lekar ima, po rasporedu, slobodan naredni sat, bilo bi dobro da ga ponudi pacijentu.

Pacijentovo rukovođenje vremenom je vrlo bitno. Hronična nezainteresovanost za vođenje računa o vremenu, indikuje nedostatak zainteresovanosti za pacijenta. Ukoliko je psihijatar neočekivano sprečen da prisustvuje prvom razgovoru, pravilo je da ispolji svoje žaljenje što je pacijent morao da čeka.

5.2. Faktori okruženje

Većina pacijenata ne govori otvoreno, ukoliko im nije obezbedjena privatnost i sugirnost da će razgovor ostati tajna. Tiho okruženje omogućava usredsređivanje obe strane. Preidi su nepoželjni, ometajući je čak i kratak telefonski razgovor. Pravilno aranžirano sedenje takodje pospešuje konverzaciju. Obe stolice moraju biti približno iste visine, da nijedna osoba ne bi drugu gledala sa visine, poželjno je i da između lekara i pacijenta nema drugih komada nameštaja. Ukoliko se u sobi nalazi nekoliko stolica, doktor zauzima svoju i dozvoljava pacijentu da izabere onu u kojoj će se najprijetnije osećati. Zavistan pacijent će, na primer, zauzeti stolicu blizu lekara, dok će negativistični ili kompetitivni pacijent, izabrati dalju, najčešće nasuprot lekaru.

5.3. Beleženje

Različita su mišljenja medju iskusnim terapeutima, vezana za količinu i metod beleženja. Psihijatri koji se obučavaju, obično zapisuju tokom seanse, radi prezentacije

materijala supervizoru. Ovaj proces može promeniti, bilo pacijenta, bilo lekara, pogotovu ako supervizor zahteva beleženje "reč po reč". S obzirom na zakonsku i moralnu obavezu adekvatnog notiranja, dijagnostike i tretmana svakog pacijenta, potreba za čuvanjem napisanog materijala je jasna. Podaci o pacijentu, osim toga, pomažu psihijatru da zapamti podatke koji se tiču pacijenta. Svaki terapeut mora da odradi podatke koje ja najteže pamti, i da svoje znanje upotrebi za izbor najadekvatnijeg načina beleženja.

Raširena je praksa da se beleže kompletni podaci tokom prvih nekoliko seansi. Nakon toga, većina se psihijatrijskih izveštaja samo dopunjuje novim anamnestičkim podacima, bitnim izmenama u pacijentovom životu, ordiniranom terapijom i njenim efektima, transfernim i kontratransfernim odnosima, snovima i generalnim zapažanjima o promenama stanja. Alternativan metod je notiranje podataka, neposredno po završetku intervjua, seanse. Neke pacijente uzmenirava ukoliko lekar ne beleži ništa tokom razgovora. Oni osećaju da su sadržaji koje izgovore nebitni, ili da je lekar nezainteresovan. Drugi pacijenti ne mogu da podnesu zapisivanje, jer im se čini da to lekaru skreće pažnju. Ukoliko pacijent iskaže svoju uzmenirenost time da nema punu pažnju lekara, kao i da je lekar nezainteresovan, moguće je napraviti kompromis, i svesti beleženje na brzo i kratko. Tokom intervjua, može doći do trenutka kada je poželjno odložiti olovku i papir, radi veće intimizacije sa pacijentom. Ovo je uobičajena praksa kada pacijent iznosi sadržaje vezane za svoj seksualni život, svoja negativna osećanja prema prethodnom lekaru, ili kada komentariše terapeuta.

6. SADRŽAJ INTERVJUA

U sadržaj intervjua više autora uključuje načine klasifikacije, opservaciju i ispitivanje pacijenta. U sadržaj intervjua takodje su uključeni transfer, kontratransfer, otpor i iskustvo terapeuta.

7. RAZMATRANJA KOJA PRETHODE INTERVJU

7.1. Pacijentova očekivanja

Pacijentova prethodna saznanja i očekivanja od doktora, igraju bitnu ulogu tokom intervjua. U bolničkom ili kliničkom setingu, gde pacijenti nisu u mogućnosti da biraju lekara, od velikog je značaja institucionalni transfer. U ovakvom slučaju, lekar mora da ispita pacijentove razloge za izbor dotične klinike ili ustanove. Transfer pre intervjua, može biti pomeren, ukoliko pacijent izgleda iznenadjen doktorovom pojavom, ili primećuje "Ne izgledate kao psihijatar". Lekar može upitatiti "Kako očekujete da psihijatar izgleda" ukoliko pacijent odgovara "Pa, da je stariji"; terapeut može upitati "Možda mislite da bi stariji psihijatar bio iskusniji i time vam brže pomogao". Drugi pacijent bi mogao da pokaže uverenje da je psihijatra očekivao kao mnogo više zastrašujuću osobu. Ovakvi stavovi iziskuju važne, rane transferne postavke psihijatru. Oni omogućavaju otkrivanje želja i strahova, koji se moraju razumeti, da bi pomogli pacijentu da postane svestan svog nesvesenog otpora prema lečenju. U privatnoj praksi, pacijenti se, obraćaju odabranom lekaru. Terapeut je zainteresovan da čuje, šta je o njemu unapred rečeno pacijentu, da li mu je dato jedno ili lista imena. Kasnije, kako se odlučio da pozove baš njega, da li je on bio prvi kome se obratio. Neki

pacijenti saopštavaju da je presudna bila lokacija ordinacije, drugi odabiraju lekara na osnovu specifičnog etičkog porekla i slično.

7.2. Očekivanja terapeuta

Terapeut, obično, već pre prvog intervjua ima neko predznanje o pacijentu. Ono može poticati od nadležnog psihijatra ili od medicinske sestre ili socijalnog radnika, ukoliko je pacijent lečen u nekoj ustanovi. Neki zaključci o pacijentu se mogu doneti još prilikom telefonskog zakazivanja prvog intervjua. Iskusan terapeut ima lični odnos prema spoljnim informacijama o pacijentu. Neki žele da saznaju što je moguće više, drugi jedino neophodni minimum, što im dozvoljava da rade nesputano.

Svaki put, kada se terapeut iznenadi pri susretu sa novim pacijentom, trebalo bi da to preispita. Da li je bio zaveden informacijama druge osobe, ili je njegovo iznenadjenje porekla neke lične nerealne anticipacije. Privlačnost, koju i terapeut i pacijent, najčešće inicijalno, oseće, potiče iz njihovih nesvesnih fantazija i očekivanja od druge strane. Kako njihov odnos napreduje, početno formalno ponašanje biva zamenjeno intimnijim, koje mnogo više govori o njihovim pravim ličnostima. To se dešava u trenutku, kada njihova magijska očekivanja, bivaju podvrgnuta realnosti da je psihijatrov ekspertiza prevashodna.

8. POČETNA FAZA

8.1. Upoznavanje sa pacijentom

Prilikom prvog susreta sa pacijentom, lekar dolazi do mnogih informacija. Može da posmatra s kime je pacijent u društvu, ako je uopšte, kao i kako provodi vreme čekajući razgovor. Psihijatar se može pacijentu obratiti imenom i tek nakon toga se predstavi. Uopštene fraze tipa "Drago mi je da smo se upoznali" su neumesne. Ukoliko je pacijent preterano uznemiren, lekar može reći neki kratak društveni komentar, tipa da li je pacijent imao neke teškoće pri nalaženju ordinacije. Prirodan i ljubazan pristup terapeuta, čini da je pacijentu znatno lakše.

Iskusan terapeut, shvata mnogo pri upoznavanju sa pacijentom, i tome prilagodjava uvodne minute razgovora o pacijentovim potrebama. Odgovarajući je početak, pri kome se pacijentu nudi da sedne, i potom počne "koji vas je problem ovde doveo?", ili "Hoćete li mi reći nešto o svojim problemima". Manje direktivan bi bio pristup "Sa čime ćemo početi?" ili "O čemu želite da razgovaramo".

Sullivan je (1954), pisao o zaključcima vezanim za izveštaj druge osobe o pacijentu, i o promeni istih, kod psihijatra za vreme uvodnog telefonskog razgovora. Pacijentu, kome nedostaje poverenje u samog sebe, odgovara osećanje da psihijatar već nešto zna o njegovom problemu. Preterano detaljisanje može ga povrediti, jer će pacijentu teško izgledati potpuno ispravni. U ovakvom slučaju, terapeut biva zatečen, pacijentovim nastojanjem da se odbrani od pogrešne prezentacije činjenica. Uopšteni stav je preporučljiviji. Na primer, psihijatar može reći "Dr Milan mi je rekao da ste vi i vaša supruga imali izvesnih problema", ili "Poznato mi je da ste bili nešto depresivni". Obično, pacijent nastavlja sa pričom, ali se dešava i da kaže "Nije li vam reako sve detalje?".

Terapeut se može nadovezati "Rečeno mi je više o tome, ali bih detaljno želeo da čujem direktno od vas".

8.2. Razvoj intervjuja

- Razumevanje pacijenta

Radi izveštata o intervjuu, psihijatar mora obrazložiti da je počeo da razumeva pacijenta. Ovo se dešava, pomoću izgradjivanja lekarovog ličnog stava, kao i njegovih zabeleški. On ne želi da se stekne utisak da je sposoban da čita pacijentove misli, ali želi da on shvati da nije jedini koji je, od strane terapeuta lečen sa istim problemima, kao i da lekar može da razume iste, ne samo neurotske i psihotične prirode, već o obične živote probleme. Na primer, ukoliko mu se mlada domaćica požali ima ima četvero male dece i nikakvu pomoć u kući, terapeut može upitati "Kako to postižete". Pitanje tipa "Da li vas ikada iznerviraju", može pokazati nedostatak razumevanja. Ovakva reakcija, predstavlja klasičan problem mladog i neiskusnog terapeuta.

- Zainteresovanost lekara

Zainteresovanost lekara pomaže pacijentu da govori. Sa jedne strane, što više lekar govori, pacijent je više zainteresovan za ono što terapeut želi da čuje, pre nego za ono o čemu zbilja razmišlja. S druge strane, ukoliko ga terapeut ostavlja bez odgovora, pacijent se oseća napuštenim i zapostavlja sopstvena osećanja. Pažljivo vodjenje pacijenta, pitanjima kao što su "Šta se tada desilo?", "Nastavite molim vas", mogu to nadoknaditi, u trenucima kada je potrebna neutralna intervencija. Na primer, terapeut može reći "Dete je uznemireno razvodom svojih roditelja", ili "Ovo zvuči kao konstatacija da je vaša majka bila u mogućnosti da vas kontroliše nametanjem osećanja krivice". Takvi komentari ne spadaju u preuranjenje interpretacije, jer je uzimanje u obzir nesvesne želje i odbrane. Naprotiv, podstiču pacijenta da pruži više, kreiranjem atmosfere sigurnosti sa psihijatrom.

Pored toga u razvoju prvog intervjuja veoma važne komponente predstavljaju i poverenje i prepoznavanje skrivenih osećanja,

9. SREDNJA FAZA

9.1. Prekinuti prenos

Nakon pacijentovog saopštavanja sadašnje bolesti, ponekad je potrebno prekinuti dalji prenos. na primer, psihijatar može reći "Imam predstavu o problemu zbog koga ste ovde došli, a sada bih želeo da više saznam o vama kao osobi", ili "Možete li mi reći nešto o sebi, vezano za problem koji ste izneli?". U ovom trenutku, terapeut bi trebalo da posveti pažnju pacijentovom ranijem životu. Mesto odakle treba početi se određuje na osnovu toga koji je aspekt pacijentovog života naročito bio naglašen tokom prethodnog razgovora. U mnogim slučajevima, pacijent pre govori o svom sadašnjem životu, nego o prošlosti. Ukoliko pacijent, nije već naveo svoje godine, bračni status, dužinu braka, godine i ime supružnika, uzrast i imena svoje dece i roditelja, profesionalnu prošlost, opis sadašnje životne situacije, i drugo, terapeut bi trebalo da insisitra na tim detaljima. Preporučljivo je, prikupiti što više tih informacija, tokom razgovora o sadašnjoj bolesti. Pitanje kao što je "Kako ti simptomi utiču na vaš život", omogućava pacijentu da, pozivajući se na prethodne teme, da te podatke.

Ukoliko pacijent izgleda preokupiran svojim simptomima, prethodnom bolešću, ili bilo kojom drugom temom, terapeut će biti prinudjen da ga usmeri, oprezno, ali jasno. Usmeravanje se može postići intervencijom "Izgleda da vam je teško da se udaljite od te teme. Postoji li nešto što osećate, a što ja ne mogu da shvatim?", ili "Postoji mnogo stvari o kojima još nismo razgovarali, a ukoliko ne promenimo temu, može se desiti da do njih i ne dodjemo" ili "Naše današnje vreme je ograničeno, a još nismo razgovarali o vašem braku". Tokom srednjeg dela intervjua, mnogo je pravaca kojima se može ići, pa je nemoguće precizno dati instrukcije, vezane za to koji odabrati. Većina smernica se može dobiti iz pacijentovog aktuelnog sadržaja. Na takav način, intervju teče sa finim kontinuitetom, čak i kada su prisutne brojne digresije.

9.2. Ličnost pacijenta

Kada stekne neke prapredstave o pacijentovoj bolesti i njenoj trenutnoj životnoj situaciji, terapeut može da posveti pažnju, tome kakva je pacijent ličnost. Pitanje kao "Kakva ste vi osoba?", možete iznenaditi većinu ljudi, pošto nisu naviknuti da o sebi razmišljaju na takav način. Neki pacijenti odgovaraju lako, dok je drugima neprijatno i odgovaraju konkretno, ponavljajući podatke vezane za svoju životnu situaciju, kao "Pa, ja sam advokat" ili "Ja sam samo domaćica". Ovakvi odgovori nam pružaju i fenomenološke i dinamske informacije. Prvi odgovor je dao opsesivno-kompulsivni čovek, preokupiran pravilima i regulativama, vezanim ne samo za njegov posao, već i, uopšteno, međjuljudske odnose. Ono što je, zapravo govorio terapeutu je "Ja sam na prvom mestu advokat, i od toga ne mogu nikada da odustanem". Drugi odgovor je dobijen od fobične žene sa tajnim ambicijama vezanim za karijeru. Iskazivala je pacijentu svoje omalovažavajuće mišljenje o ženama, pogotovu domaćicama. I ona, kao i prvi pacijent nije bila u stanju da zaboravi na sebe. O nekim od pitanja, koja pacijentu olakšavaju sagledavanje samog sebe, bilo je reči ranije. Pitanja kao što je "Šta vam donosi najviše zadovoljstva?", ili "Šta vas, kada pomislite na sebe čini najviše ponosnim?", su uobičajeni primeri. Terapeut bi trebalo da pita pacijenta, da opiše sebe, onako kako ga drugi vide, i kako sam sebe vidi u bitnim životnim situacijama, uključujući porodične, poslovne, socijalne okolnosti, seks i stresne događaje. od pacijenta se obično zahteva da opiše svojih tipičnih 24 sata. Pacijent koji se može okrenuti svom unutrašnjem sadržaju, odgovarajući na ovakva pitanja, lako dolazi do samospoznaje.

9.3. Ispitivanje prošlosti

Psihijatar planira ispitivanje pacijentove prošlosti, u zavisnosti od vremena koje je na raspolaganju terapeutu, kao i predviđenog broja seansi. Važnost takvog materijala se procenjuje na osnovu pacijentovog problema, kao i prirode razgovora.

9.4. Potreba za razumevanjem

Tokom intervjua, pacijentu povremeno biva neprijatno zbog sadržaja koje iznosi. Ovakvo osećanje potiče iz njegove potrebe da od terapeuta bude prihvaćen, i što je je važnije, strah od samosagledavanja. Na primer, on može zastati i primetiti "Znam mnoge ljude koji rade iste stvari" ili "Nije li to normalno, doktore?", ili "Mislite li da sam loša majka?". Neki pacijenti zahtevaju razuveravanje da bi se uopšte uključili u razgovor, drugima je dovoljno pitanje kao "Šta vam je na umu?" ili "Zbog čega ste zabrinuti?".

9.5. Stimulisanje radoznalosti

Stimulisanje pacijentove radoznalosti vezane za samog sebeje fundamentalna tehnika svih intervjuja, koja ima za cilj upoznavanje dubokih osećanja. Najjednostavnije rečeno, terapeut koristi sopstvenu zainteresovanost za pacijenta da bi probudio njegovu sopstvenu. Za psihijatra je bolje da svoju radoznalost ne usmerava na najdublje potisnute ili sa najjačim odbranama, sadržaje, već da se okrene površnijim uzrocima pacijentovog konflikta. Doktorova preterana radoznalost, tokom prvih par intervjuja, vezana za motive pacijenta i njemu bliskih osoba, nije terapijska, jer podstiče pacijentove odbrane i može da zvuči kritički. Na primer, psihijatar može reći "Pitam se zašto vaš suprug provodi na poslu više vremena nego što je potrebno?", što pacijentkinja može da inskonstruiše kao neprijateljsku primedbu ili insinaciju. Slično tome, konfrontiranje pacijenta sa nelogičnostima u njegovoj priči, mora biti uradjeno pažljivo, da se pacijent ne bi osetio optuženim, lažljivim ili konfuznim. U takvim situacijama, bitan je i ton lekarovog govora. Može se reći pažljivo, neuznemiravajuće "Malo sam zbunjen. Mislim da sam vas razumeo da ste hteli da kažete...", ili "Ranije, tokom seanse ste svog supruga prikazali kao velikodušnog, ali mi sada govorite da vam jako organičava budžet, imate li nejasna osećanja vezana za njega". Ovakve intervencije se fokusiraju na nejasnoće u pacijentovoj priči, bez dovodjenja pacijenta u nezgodan položaj i koriste da zaštite ponos i samopoštovanje.

9.6. Navodjenje pacijentovih reči

Ponavljanje pacijentovih reči, ne samo da poboljšava kvalitet razgovora već pomaže da se izbegne otpor pacijenta koji koristi manje poznate izraze ili različita značenja za određene reči. ova tehnika je veoma važna kada psihijatar želi vraćanje na pacijentove tvrdnje koje je izrekao ranije tokom intervjuja. Ovakve okolnosti se pojavljuju kada terapeut želi da omogući pacijentu nastavak razgovora o započetoj temi, pre nego da ga omete nudeći drugu temu o kojoj je pacijent ranije govorio. Na primer, pacijent je opisivao kako mu je njegova impulsivnost donela probleme sa njegovim prepostavljenim, na sledeći način: "Moja supruga se prilično uzbuđivala zbog toga". Nakon završetka priče o problemima na poslu, psihijatar je komentarisao "Rekli ste da se vaša supruga prilično uzbuđivala takodje?", time otvarajući novu stranu problema i zapostavljajući kontinuitet intervjuja. Razvijanjem pacijentovih ličnih stavova ponekad omogućava psihijatru da nastavi i obavi intervju bez proširivanja teme.

9.7. Pitanja sa otvorenim krajem

U mnogim slučajevima, pitanja na koje se može odgovoriti sa da li ne, se previše oslanjaju na terapeuta i omogućavaju pacijentu da prihvati previše malu odgovornost za proces intervjuja. Ovo ne isključuje mogućnost da je ponekad potrebno pacijenta sklonog izbegavanju, pitati upravo takva pitanja. Čak i kada terapeut želi da ispita tačno određenu temu, svoje pitanje može da formuliše na način koji pacijentu ostavlja najveću mogućnost opširnijeg odgovora. Kao primer, možemo uzeti pacijentkinju koja navodi da joj njen suprug izgleda udaljen i preokupiran svojim poslom. Terapeut može upitati "Čime se vas dvoje bavljate?" ili "Recite mi nešto o vašem poslednjem letovanju", "Da li je uvek bio takav?" ili "Oko čega se svadjate?". Ovakva pitanja mogu otkriti važne

informacije ali terapeut ih može saznati, po nekad i jasnije, pitanjima: "Molim vas, nastavite" ili "Recite mi još nešto o vašem braku".

9.8. Tema osećanja

Takt terapeuta je neophodno potreban tokom celog intervjua, posebno kada se govori o osećanjima. Ono što određenoj temi približava osećanja zavisi od velikog broja faktora, uključujući pacijentove karakterne odlike kao i vremenski sled događaja u njegovom životu. Na primer, opsesivan pacijent može shvatiti pitanja o njegovim finasijama mnogo težim za razgovor, nego ona o njegovom seksualnom životu. Šta je traumatsko iskustvo skorijeg datuma, pacijentu će biti teže da o njemu govori. Terapeut se može pozabaviti sferom osećanja mnogo pažljivije čuvajući takva pitanja dok pacijent ne skrene na teme odnosa. Opsesivan pacijent iz prethodnog slučaja je rekao da je bitno unapredjen prelaskom na drugi posao. terapeut je tada bio u mogućnosti da pita: "Kolika vam je sada plata?". Na isti način se može pristupiti razgovoru o seksu. Mladić je opisao pojavu svoga interesovanja za devojke tokom adolescencije. U tom kontekstu psihijatra je bilo lako da upita: "Koje je bilo vaše prvo seksualno iskustvo?", što ga je na prirodan način dovelo do razgovora o pacijentovom sadašnjem seksualnom životu.

9.9. Rad na pacijentovoj anksioznosti i dovođenje pacijenta u stanje stresa

Psihijatra je, obično, neophodno da, tokom intervjua iskoristi pacijentov stres, radi kvalifikovanja dijagnoze. Kao primer, uzmimo stariju pacijentkinju sa suspektim deficitom u pamćenju, koji vešto prikriva. Na početku razgovora, pacijentkinja je rekla da je boravila u bolnici nedelju dana. Kasnije, govori o tome da je prethodnog dana večerala u kući svoje sestre. Psihijatar ju je upitao "Da li ste sigurni da je to bilo juče?". Pacijentkinja je zastala, a terapeut je nastavio "Ranije, tokom razgovora ste rekli da ste prethodnu nedelju proveli u bolnici, da li to znači da imate probleme sa pamćenjem?". Drugi primer se bavi procenom, da li je boderline pacijent psihotičan ili ne. Terapeut, jasno ali ljubazno konfrontirajući pacijentove idiosinkratske ideje sa postojanjem poremećaja u mišljenju, može da ustanovi dijagnozu.

Kada terapeut napravi stresnu konfrontaciju, trebalo bi da pacijentu ponudi izvesnu podršku, specifično dizajniranu da neutrališe efekte te konfrontacije. Korišćenje stresa u intervjuu, niako ne znači da pacijenta treba tretirati grubo ili bezosećajno. Pitanje "Da li ste sigurni?", upućeno starijem pacijentu koji izgleda zbunjen u vezi sa datumom stresa. Nedovoljna strukturisanost intervjua je stresna dezorganizovanom pacijentu. kada se u jednom trenutku, na ovaj način pokaže dezorganizovanost pacijenta, dalje izlaganje stresu nema svrhe. psihijatar bi trebalo, tada da obezbedi neophodnu strukturisanost intervjua, da bi pomogao pacijentu da izvrši reorganizaciju sopstvenih misli.

Određeni optimalni nivo anksioznosti, navodi pacijenta da potraži pomoć, ne umanjujući mu kapacitet da ispriča svoju priču ili odgovori na pitanja terapeuta. Iskustvo u praksi, omogućava prihvatanje količine anksioznosti, optimalne za svakog pacijenta. Ukoliko terapeut ima osećaj da će pacijent naglo napustiti prostoriju, ili neće doći na sledeći razgovor, znači da je pacijentu dozvolilo da razvije preteranu anksioznost. Sa druge strane, ukoliko pacijent deluje sabrano ali se prema intervjuu ophodi kao prema običnom sastanku, terapeut bi trebalo da ga forsirano konfrontira u vezi sa suštinom problema.

10. ZAVRŠNA FAZA PRVOG INTERVJUA

10.1. Pitanja pacijenata

Pri kraju intervjua, poslednjih 5 do 10 minuta, bi trebalo odvojiti za određene sadržaje. Pacijentu koji je plakao, potrebno je neko vreme da se sabere. Pacijentu, koji je na intervju došao sa pripremljenim pitanjima, potrebno je ostaviti vremena da na njih i dobije odgovore. Pacijent konsultacijom stručnjaka, zaslužuje profesionalno mišljenje o njegovom problemu. Ono uključuje pravu formulaciju problema, preporučivanje adekvatnog tretmana ili drugi vrstu saveta koji je od pomoći. Najčešće, ovakve konsultacije zahtevaju dva ili više sastanaka.

Kako se kraj razgovora bliži, terapeut može reći "Preostalo nam je još oko deset minuta, možda vi želite da postavite neka pitanja". Dešava se da pacijent tada kaže sadržaj od velike važnosti, još od početka intervjua. Opsesivni pacijenti se najčešće tako ponašaju. Najčešće, pacijenti se odlučuju da postave pitanja vezana za njegovu bolest ili eventualan dalji tretman.

S obzirom na sveprisutnu informisanost populacije, pacijenti i obično postavljaju pitanja o orednjenom vidu ili obliku lečenja, kao što je psihoterapija, psihoanaliza, bihevioralna terapija, hipnoza, farmakoterapija, grupna ili bračna terapija. bez obzira, što je to zahtev za direktnim odgovorima, nakon evaluacije pacijenta, psihijatra bi trebalo da, pavično zaključi da ovakva pitanja daju sliku pacijentove motivacije za lečenje ili intenzivnu psihoterapiju. Ona takodje odražavaju ulogu koju pacijent očekuje da će igrati tokom lečenja, kao i brzinu kojom će se rešiti svojih simptoma. Odredjeni otpori, do tada prikriiveni, mogu terapeutu nametnuti promenu plana lečenja. pacijenti ne prihvataju uvek savet terapeuta, pasivno prihvatajući preporučeno, ali to nikada ne ispunjavaju.

10.2. Plan tretmana

Ukoliko je uobičajena praksa terapeuta da preporučuje i naredne razgovore, da bi kompletirao svoje mišljenje o slučaju, pacijentu to treba napomeni još pre prvog razgovora. U drugom slučaju, pacijent bi na navedeni sastanak došao nepripremljen, a ukoliko njegova pitanja u završnih 10 minuta prvog razgovora nisu obradjena, može i odustati od narednog. Kada pacijent prihvata da su mu potrebni dalji sastanci, terapeut može reći da će se tada, odvojiti posebno vreme, za teme od važnostiza pacijenta. bez obzira, što se time odlaže stvaranje kompletnog mišljenja terapeuta, neke osnovne postavke bi trebalo reći pacijentu. Prikazivanjem terapijskog plana, stepenicu po stepenicu, terapeut može da prepozna oblast u kojoj pacijent biva zbunjen, postavlja pitanja ili sa kojim se ne slaže. Ovakve nijanse se ne mogu prepoznati ukoliko lekar prikriiva svoje mišljenje.

Uobičajene dijagnostičke procedure su od male vrednosti za samog pacijenta i čak mogu biti negativne, usled nesagledavanja od strane psihijatra njihovog svesnog ili nesvesnog značaja za pacijenta i njegovu okolinu. Nabolje smernice za pravilan postupak, potiču od samog pacijenta, koji, na primer može reći "Ja shvatam da to sve potiče iz moje glave" ili "Znam da je to neki psihološki defekt" ili "Znam da bi trebalo da nešto uradim sa majkom sa majkom". Bez obzira što je pacijentov stav mogao biti iznet na početku intervjua, lekar ga može upotrebiti i u sopstvenoj formulaciji, naknadno i time obezbediti da mu pacijent zbilja veruje. Primer ovog problema je pacijent

sa psihosomatskom glavoboljom koji kaže "Ja znam da sam sve umislio, doktore". Pacijent, u stvari ne prihvata psihološki uzrok svoje glavobolje i pokušava da uteši lekara. Terapeut može započeti iznošenje svog mišljenja ponavljanjem pacijentovih reči "Kao što ste ranije rekli, imate psihološki problem". Lekar potom može istaći probleme koji kod pacijenta smatra dominantnim i navesti da su svi povezani i deo istog poremećaja. Dobro je odvojiti akutne od problema hronične prirode. problemi koji su se poslednji pojavili, generalno uzevši su oni koji najbrže odgovaraju na terapiju. Ograničavanjem dijagnoze na najupadljiviju oblast poremećaja, psihijatar izbegava opasnost od preopterećenja pacijenta sa složenim mišljenjem, koje je obavezno da mu prikrije celu psihopatologiju. psihijatrima je jasno da je pacijent, na primer depresivan, ali da ne shvata da je njegov gubitak energije, interesa za ranija zadovoljstva, nezadovoljstvo načinom života u funkciji direktnog oboljenja. U ovakvim slučajevima, terapeut bi trebalo da ponudi sledeće "Mislim da bolujete od depresije", i potom da, zajedno sa pacijentom proradi podatke koji su ga doveli do tog zaključka.

Kada se obostrano identifikuju najvažniji problemi, lekar može preći na sadržaj lečenja. Ukoliko su na raspolaganju različiti načini lečenja doktor bi to trebalo da naznači. Najčešće, pacijent i dalje očekuje od lekara da mu preporuči odgovarajući. Termin "odgovarajući" ne podrazumeva samo dijagnostičku procenu, već i sagledavanje pacijentove emocionalne, finansijske i životne situacije. Ponekad, pacijent svoju uznemirenost predviđenim planom lečenja, može izreći "Ne mislite, valjda da je to toliko opasno?", ili "Pa, postoji li za mene neka nada?", ili "Koliko očekujete da će trajati moje lečenje?". Teško je, na početku predvideti dužinu lečenja, nije korisno ni reći pacijentu da će mu trebati godine lečenja. Umesto toga, treba reći da će, na terapiju prvi da odgovore akutni simptomi, nakon čega će pacijent moći da se suoči sa doživotnim problemima, koji zahtevaju dugotrajno lečenje. Na taj način, terapeut obezbeđuje oboma, vreme za ispitivanje međusobne povezanosti akutnih i hroničnih simptoma, kao i za procenu pacijentove motivacije i kapaciteta za rad na dubljim poremećajima ličnosti. pacijent zabrinut za dužinu lečenja, nije obavezno, u potrazi za magičnim izlečenjem, niti u nekom drugom otporu. Terapija je zahtevna, i materijalno i vremenski, i utiče na druge delove pacijentovog života. Ukoliko je vremenski ograničena, ili terapeut nije u mogućnosti da joj omogući trajanje koje pacijent očekuje, pacijent se o tome mora obavestiti. Pored toga, pacijent zaslužuje da bude obavешten o eventualnoj promeni terapeuta. Ukoliko je pacijentova finansijska situacija limitirajuća, odgovornost je na terapeutu da ga savetuje kako da dodje do većine novca.

10.3. Prognoza

Pacijent može da ispolji veliku zabrinutost vezanu za svoju dijagnozu. "Pa, ja sam zbilja prava kanta za djubre, zar ne?" ili "Da li ste ikada videli da se neko poput mene oporavio?". Pacijentu se može pomoći, prepoznavanjem, uz empatiju, njegovog osećanja beznadežnosti. nekada je prognozu teško rano predvideti, pa lekar može ozbiljno da naškodi pacijentu i njegovoj profesionalnoj reputaciji preteranim razuveravanjem i garancijama za dobar ishod. U slučaju depresivnog pacijenta, neki pozitivni stavovi, vezani za veru lekara da će pacijentu biti dobro, predstavlja i deo terapije.

11. NAKNADNI INTERVJUI

Jedan susret sa pacijentom se koristi isključivo u svrhe ukrštenih studija. Usled toga je dobro, rutinski odmah utvrditi dva sastanka, između kojih je par dana razmaka. U tom intervalu i psihijatar i pacijent imaju vremena da odreaguju na prvi intervju. o tom periodu sakupljene informacije, pomažu u proceni pacijentovih reakcija na dalji tretman. Naredni intervju, takodje i pomaže pacijentu da koriguje nejasnoće nakon prvog intervju. Obično je dobro, drugi razgovor započeti pitanjem pacijentu, da li je razmišljao o prethodnom razgovoru, kao i kako mu se čini to iskustvo. Varijacija na tu tehniku je lekarovo pitanje

"Ljudi najčešće posle odlaska, razmišljaju o temama o kojima su želeli da razgovaraju. O čemu ste vi razmišljali?". pacijent se može na to nadovezati ili reći da o tome nije razmišljao. U drugom slučaju, terapeut bi trebalo da ostavi pacijentu malo vremena da sabere misli. Ukoliko ovaj okleva, terapeut se može vratiti na neku od ranijih tema o kojima mu je bilo lakše da govori. Važne informacije se mogu dobiti i nakon ispitivanja sa kime je i na koji način pacijent razgovarao o prethodnom intervjuu. Ukoliko je bilo tako, dobro je da psihijatar upamti detalje tog razgovora i osbu sa kojom je obavljen. Ne postoje stoga pravila o tome koje su teme dobre za drugi intervju, ali generalno uzevši, kako se povećava osećaj ugodnosti i bliskosti sa terapeutom, pacijent će biti u mogućnosti da iznese veći broj intimnih detalja iz svog života.

12. INTERVJUI SA SRODNICIMA I BLISKIM OSOBAMA

Poslednjih godina, psihijatri su izgradili mnogo fleksibilnije stavove koji se tiču razgovora sa pacijentu bliskim osobama. Nekolicina terapeuta sada izbegava da razgovara sa supružnicima i roditeljima. Kao druga krajnost, postoje psihijatri koji anamnestičke podatke uzimaju isključivo od drugih osoba uz izgovor da pacijenti nisu u stanju da im daju relevantne podatke. gotovo svaki vid moderne edukacije, sadrži obuku u porodičnoj i partnerskoj terapiji, kao i ulogu bliskih osoba u prevazilaženju kriznog perioda za pacijenta. Ovakva iskustva oslaxšavaju psihijatru razumevanje i tretman pacijenata u specifičnom životnom okruženju.

12.1. Osnovna pravila

Postoje tri važne postavke u razgovoru sa srođnicima odraslog pacijenta. Prva je da treba videti pacijenta prvog. Kad god je to moguće obezano prvo treba obaviti razgovor sa pacijentom pre nego što se razgovara sa njegovim srođnicima. isto tako ne bi trebalo prikupljati informacije o stanju pacijenta pre nego što bude vidjen i obavljen prvi intervju. Drugi važan princip je da pre razgovora sa članovima porodice, obavezno je obezbediti saglasnost samog pacijenta. Komatozni, psihotični ili ozbiljno dezorjentisani pacijenti kao što su delirantni sindrom ili akutno konfuzno stanje predstavljaju jedini izuzetak od ovog pravila. Treće pravilo je, ne ugroziti pacijentovo poverenje, direktno ili indirektno. Ukoliko, bilo koju od informacije, dobijenih od pacijenta treba proveriti sa drugima, treba tražiti dozvolu od pacijenta. Kada je to moguće, treba pacijentu obezbediti da bude prisutan.

Ova pravila se izuzimaju. jedino u prilici kada je ugrožen život bilo pacijenta bilo osobe u njegovoj blizini. Ukoliko terapeut ne dobije dozvolu od pacijenata da obelodani njegove suicidalne ili homicidalne tendencije, i kada pacijent odbija hospitalizaciju, psihijatar je u obavezi da o tome obavesti porodicu i da predloži rešenje. Ukoliko

psihijatar ne može da, od pacijenta, dobije dozvolu da otkrije takve podatke, mora pacijenta pripremiti na to da namjerava da ih otkrije i zašto. Neki delovi pacijenata mogu ostati skriveni čak i kada je svestan i pravilno orjentisan. Pacijentovi srodnici mogu dati validne informacije koje se tiču pacijenta i time psihijatru olakšati planiranje lečenja. Sagledavanje pacijentovog supružnika, dece i roditelja omogućava psihijatru objektivan stav o ljudima koji su mu od vitalnog značaja. uz pomoć tih informacija, psihijatar može biti spremniji na konfliktne podatke, dobijene od pacijenata, i u mogućnosti da pacijentu brže pomogne iznoseći svoj pogled na poremećaje i konfliktna osećanja bliskih osoba.

12.2. Sastanak nasamo sa rođacima

Neki psihijatri odbijaju da razgovaraju sa rođacima bez prisustva pacijenata, drugi preferiraju vidjenje nasamo. Drugu grupu, dalje možemo podeliti na one koji smatraju ili ne, neophodnim da o svemu o čemu je bilo reči izveste pacijenta. Više rizika nosi, ne izvestiti pacijenta o detaljima razgovora, i ovaj pristup zahteva određenu praksu i iskustvo, senzibilitet i sud o tome šta je bitno a šta nije iz razgovora sa rođacima. jedan pravac zastupa mišljenje da u porodici nema tajni, samo prećutnog dogovora o temama o kojima se ne govori. bez obzira što je ovakav pregled primenjiv u mnogim situacijama, i dalje postoje tajne za koje je bolje da to i ostanu. na primer, majka 35-godišnjeg pacijenta je iznela psihijatru neke nejasnoće vezane za očinstvo nad njim. Imala je intenzivnu vezu sa drugim čovekom pre 36 godina i od tada ga nije videla. Prevazišla je to sa suprugom i ostala sa njim u monogamskoj vezi, sve vreme. Majčina briga je sadržavala nerazrešen osećaj krivice, i ništa se ne bi dobilo prenošenjem te informacije pacijentu, koji nije sumnjao ni u šta. Ukoliko bi se kasnije pokazalo, da je pacijent to nesvesno znao, i bio spreman da se sa time suoči, uvek bi bio u mogućnosti da, ukoliko oseti da na tome treba raditi, iznese problem sa majkom.

Intervjuisanje rođjaka nasamo, nije jednostavno i zahteva dosta veštine. Terapeut mora da upotrebi pravilno rasudjivanje i takt da bi odredio o čemu će od iznetog, kasnije razgovarati sa pacijentom. Ukoliko ta osoba počne da iznosi sadržaje koji čine da se terapeut oseća neugodno, to znajući a ne deleći informaciju sa pacijentom, može je prekinuti na sledeći način "Bilo bi bolje da mi o tome ne govorite, jer me to može dovesti u nezgodan položaj pred vašom suprugom".

12.3. Vraćanje poverenja i pitanja

Normalno je da rođjaci osećaju zabrinutost, vezano za drage osobe, kao i da postavljaju pitanja vezana za dijagnozu i plan lečenja, uključujući dužinu tretmana i prognozu. Postavljaju se isti, generalni principi, kao i pri razgovoru sa samim pacijentom. nakon prvog ispitivanja saznanja i razumevanja rođjaka za pacijentov problem, terapeut obično primećuje da je obuhvatio osnov pacijentovog oboljenja, bez otkrivanja bilo koje poverljive informacije. psihijatar bi trebalo da sledi iste principe i pri izlaganju predloženog plana lečenja i prognoze. Rodajci mogu da ispolje osećaj griže savesti ili odgovornosti za pacijentovu bolest. Važno je da se psihijatar ne udružuje sa svojim pacijentom protiv bliskih osoba. To čineći, podržava se samo jedna strana pacijentovih ambivalentnih osećanja, i udaljavaju bližnje, koji mogu biti još više obeshrabreni i odbijajući u odnosu na pacijenta, njegovog lekara i tretmana, uopšte. psihijatar nije sudija, mada povremeno može dati konstruktivan predlog rođjaku koji pita "Postoji li bilo šta što mogu uraditi da pomognem?". Sugestije treba da su praktične i da se tiču onoga na

šta pacijent može da odgovori, u dobroj meri, kao i da će ta osoba moći da ga u tome prati.