

## Capitolul VI

# **INTERVIUL CLINIC**

1. <i>Introducere</i> .....	167
2. <i>Interviul clinic psihiatric</i> .....	170
3. <i>Interviul clinic de evaluare</i> .....	180
4. <i>Modelul psihanalitic al interviului clinic</i> .....	186
5. <i>Interviul clinic non-directiv (C. Rogers)</i> .....	190
6. <i>Interviul clinic în terapiile cognitiv-comportamentale (TCC)</i> .....	198
7. <i>Interviul centrat pe obiective și soluții – în consiliere și psihoterapie</i> .....	212

# I. Introducere

## 1. Definiție. Caracteristici generale

după cum am mai amintit, termenul „clinic” își are originea în cuvântul grecesc *kline* care înseamnă „pat”. În medicină, examenul clinic vizează demersul de obținere de informații la patul bolnavului; astăzi se folosește și termenul „învățământ clinic” cu referire la procesul de dobândire de cunoștințe în contact direct cu bolnavul, lângă patul acestuia.

În domeniul psihologiei, termenul de *interviu clinic* are un sens oarecum diferit: el vizează dobândirea de informații și înțelegerea funcționării psihologice a unui subiect în focalizarea asupra trăirilor acestuia și punând accent pe relația stabilită în cadrul situației de interviu.

Interviul clinic este însăși paradigma muncii psihologului clinician. Utilizând interviul, acesta poate obține informații despre problemele și dificultățile subiectului, despre sentimentele trăite, istoria sa, relațiile cu ceilalți, viața sa intimă etc. El este, prin urmare, un instrument care ne permite accesul la subiectivitatea pacientului (clientului) și înțelegerea acestuia în specificitatea sa. Informațiile obținute cu ajutorul interviului clinic nu pot fi înțelese decât prin raportarea la cadrele de referință interne ale subiectului. De exemplu, dificultățile unui individ nu dobândesc sens decât dacă sunt resituate în cadrul de referință: istoria personală a subiectului, istoria sa familială, maniera în care se relaționează cu ceilalți, personalitatea sa.

Noțiunea de interviu clinic este legată de lucrările lui C. Rogers. Interesat de dinamica personalității și de valorile umane, C. Rogers a fundamentat o serie de noțiuni care astăzi constituiesc cadrul desfășurării practice a interviului clinic: „acceptarea celuiilalt”, „centrare pe persoană”, „empatie”, „non-directivitate”, „comprehensiune”. Ideea sa generală este că, în domeniul clinic, trebuie să abordăm subiectul fără un *a priori* teoretic: „să știm sigur pacientul știe unde și cum suferă”; trebuie deci să avem încredere în el, să-l ascultăm cu atenție, adoptând o atitudine comprehensivă și respectuoasă, care îi va permite să-și dezvolte toate resursele de care dispune.

Desigur, practica interviului clinic a fost influențată și de alte teorii și modele psihologice: psihanaliza, fenomenologia, abordarea sistemică, abordarea psihiatrică etc. Felul în care se derulează practic un interviu clinic se desfășoară în funcție de mai mulți factori:

- obiectivele interviului: diagnostic, terapie, cercetare etc.;
- modelele teoretice și formarea profesională a clinicianului;
- personalitatea, vârsta subiecților și aspectele particulare ale interacțiunii în cursul interviului;

- cine formulează cererea, cui îi aparține inițiativa interviului: subiectului, familiei, instituției, cercetătorului etc.;
- momentul și condițiile în care se desfășoară interviul: prima convorbire sau următoarele, mediu spitalicesc sau consultație externă, context de criză sau nu etc.

Lista nu este exhaustivă, interviul poate fi influențat de o multitudine de factori; de aceea fiecare interviu este unic, la fel cum fiecare individ este unic. Această constatare ne permite să subliniem că desfășurarea unui interviu clinic nu stă sub semnul improvizăției și că relația pe care acesta o presupune favorizează un dialog asimetric între un subiect și un *profesionist*, care trebuie să aibă competența de a lua o anumită poziție în acest dialog.

Dincolo de variabilitatea pe care o pot introduce factorii menționați, ceea ce rămâne relativ constant în timpul interviului este cadrul creat de reguli tehnice (*non-directivitate*, *semi-directivitate*) și de atitudinea (*atitudinea clinică*) adoptată de psihologul clinician.

## 1.2. Tipuri de interviu

În funcție de regulile tehnice privitoare la comportamentul clinicianului (pe axa non-directiv - directiv), în timpul interviului există mai multe tipuri de interviu clinic.

a) *Interviul non-directiv*. Acesta este un interviu centrat pe persoană în cursul căruia subiectul sau pacientul are libertatea de a vorbi despre problemele, dificultățile sau temele sale de interes. Clinicianul pune din când în când întrebări, circumscrie o anumită temă, apoi lasă subiectul să vorbească. Acesta poate să se abată de la tema propusă, evocând problemele sale de sănătate, amintiri din copilărie, viața sa de familie, problemele profesionale; clinicianul îl ascultă fără să-l întrerupă, deoarece tocmai aceste asociații libere sunt importante pentru accesul la structura profundă a universului interior al subiectului. El respectă momentele de tăcere, discontinuitățile, asociațiile; „ceea ce este important este ca subiectul să spună ceea ce are de spus, ceea ce vrea să spună și ce poate să spună” (C. Chiland, 1989).

Adoptând o atitudine respectuoasă, comprehensivă și empatică, clinicianul îi urmărește discursul și-l stimulează să vorbească prin manifestări non-verbale și verbale: mișcări ale capului, aprobări, reformulări. Deși acest feedback este furnizat într-o atmosferă de neutralitate binevoitoare, el influențează pozitiv discursul subiectului, încurajându-l să-și verbalizeze experiențele sale.

Clinicianul va putea să analizeze informațiile obținute în cursul unui astfel de interviu în funcție de *conținutul manifest* (ceea ce spune subiectul), dar și în funcție de *conținutul latent* (reprezentări și semnificații, uneori implicite, asociate discursului). Aceasta presupune ca psihologul să fie atent nu doar la *ce* anume spune subiectul, ci și la *cum* spune și *când* spune ceea ce spune. Dacă mesajul verbal face parte din discursul conștient al subiectului, manifestările paraverbale și non-verbale (tăceri, modificări ale mimicii, manifestări fiziologice, schimbarea temelor etc.) ne informează despre infrastructura inconștientă a acestuia și ne permit să accesăm la funcționarea veritabilă a subiectului și la maniera în care el se situează în raport cu discursul lui.

Interviul non-directiv creează cadrul adecvat de manifestare spontană a unor lanțuri asociative, care exprimă subiectul în unicitatea sa și permit clinicianului să verifice ipoteze pertinente în scopul înțelegerii lui. Ceea ce este dominant într-un interviu

decât lipsa intervențiilor verbale din partea clinicianului. De altfel, mulți subiecți ar recepta cu oarecare teamă și disconfort tăcerile prelungite ale clinicianului, interpretate ca lipsă de interes și empatie.

b) *Interviul semi-directiv*. La fel ca în cazul interviului utilizat în cercetare, acest tip de interviu se desfășoară în baza unui ghid, care cuprinde principalele teme ce vor fi explorate împreună cu subiectul. Întrebările cuprinse în ghid nu vor fi adresate într-o manieră strict ordonată, ci la momentul considerat oportun și doar în cazul în care subiectul nu a atins deja, în mod spontan, tema avută în vedere.

Interviurile cu scop diagnostic și o bună parte dintre interviurile terapeutice au această structură: în cadrul temelor propuse de clinician, subiectul are libertatea de a-și exprima, în felul său, gândurile, stările afective, experiențele.

c) *Interviul directiv*. Acest tip de interviu este utilizat în domeniul psihologiei clinice pentru completarea informațiilor obținute cu ajutorul altor metode. Caracterul clinic al acestui tip de interviu, în care subiectul răspunde la un set de întrebări strict ordonate, este mai puțin pregnant, din moment ce verbalizarea spontană a experiențelor este redusă la maximum, iar implicarea personală este minimă.

În această categorie putem include interviurile clinice standardizate cu scop diagnostic, utilizate de psihiatri. Acest tip de interviu va fi analizat în detaliu în paginile următoare.

### 1.3. Atitudinea clinică

Aspectele tehnice ale interviului clinic (non-directivitatea – directivitatea) sunt într-o strânsă relație cu atitudinea clinicianului. Iată câteva dintre elementele acestei atitudini (R. Mucchielli, 1994; Benony & Chahraoui, 1999):

- *Non-directivitatea*. Noțiunea de atitudine clinică este aproape de concepția rogersiană a non-directivității și poate fi definită astfel:

„Non-directivitatea este în primul rând o atitudine față de client. Este o atitudine prin care terapeutul își refuză tendința de a imprima clientului o direcție oarecare, într-un plan anume, își interzice să gândească ceea ce clientul trebuie să gândească, să simtă sau să acționeze într-o manieră determinantă” (M. Pages, 1965).

Se observă că elementul esențial al acestei atitudini este centrarea pe subiect; aplicată la relația de ajutor, această atitudine implică încrederea în capacitatea pacientului de autodeterminare, în resursele sale personale.

- *Individualizarea relației*. Personalizarea relației, a ajutorului este o necesitate și un drept al clientului. Oamenii nu admit ușor să fie „cazuri”, etichete, diagnostice, categorii.

- *Libera exprimare a sentimentelor clientului*. Preocuparea majoră a clinicianului nu trebuie să fie problema clientului, ci relația clientului cu problema sa, adică semnificațiile pe care i le atribuie acesteia.

- *Angajarea personală autentică fără implicare afectivă*. Este vorba despre ceea ce în unele lucrări se numește „implicare personală controlată” și ceea ce rogersienii numesc autenticitate și empatie. Este indispensabil ca intervievatorul să păstreze

numesc autenticitate și empatie. Este indispensabil ca intervievatorul să păstreze o capacitate de obiectivitate superioară celei a clientului său, adică un control de sine și o independență permanentă în situația de interviu.

- *Neutralitate binevoitoare.* Clinicianul nu trebuie să formuleze judecăți de valoare, critici sau dezaprobări cu privire la client. În același timp, neutralitatea nu trebuie confundată cu răceala sau cu luarea unei anumite distanțe față de client; dimpotrivă, neutralitatea se asociază cu bunăvoința și cu transmiterea către client a unui semnal de încredere în capacitatea lui de a se exprima liber.

- *Acceptarea clientului în realitatea și demnitatea sa.* Acceptarea clientului nu înseamnă aprobarea atitudinilor sale, a reacțiilor și a modului său de a trăi. Obiectul acceptării nu este Binele sau Răul clientului, ci realitatea sa. Fiecare are nevoie – spune C. Rogers – de o imagine pozitivă în tranzacțiile cu ceilalți. Acceptarea unei persoane ca ființă rațională și demnă de respect este o condiție ca persoana însăși să se accepte pe sine.

- *Autodeterminarea clientului.* Acest principiu este expresia recunoașterii dreptului clientului de a lua liber propriile decizii. Acest drept îl obligă pe clinician să stimuleze și să activeze potențialul de autoreglare al clientului, ajutându-l să identifice și să utilizeze mai bine resursele personalității sale, datorită recăștigării încrederii în sine.

- *Secretul profesional.* Secretul profesional se referă la păstrarea de către clinician doar pentru sine a informațiilor confidențiale pe care clientul i le-a transmis în cursul relației profesionale. Când clientul solicită ajutorul sau serviciile clinicianului, el știe că va trebui să-i dezvăluie fapte personale, sentimente intime etc. El comunică toate acestea cu speranța că astfel clinicianul va putea să-l ajute. De aceea el trebuie asigurat de păstrarea secretului.

## 2. Interviul clinic psihiatric

### 2.1. Structura și obiectivele interviului psihiatric

Deși ambele sunt necesare și complementare, interviul clinic utilizat în psihiatrie și cel utilizat în psihologie dobândesc caracteristici specifice în funcție de obiectivele urmărite și de teoriile care le fundamentează.

Psihiatrul își fundamentează demersul pe elemente clinice aparente pentru stabilirea unui diagnostic, pe care îl raportează apoi la un sistem nosografic; psihologul își propune să înțeleagă funcționarea psihologică a unui individ, raportând condițiile acestuia la un anumit context (istoria familială și personală a subiectului, însușiri de personalitate, relațiile cu cei din jur etc.). În acest ultim caz, sistemul de referință nu este alcătuit dintr-un sistem de categorii exterioare individului – ca în cazul diagnosticului psihiatric –, ci este reprezentat de individul însuși. În timp ce psihologul pune accent mai degrabă pe diferențele interindividuale, pe descrierea și înțelegerea individului în unicitatea sa, psihiatrul își propune să introducă mai mulți indivizi în aceleași cadre nosografice pe baza similarităților dintre aceștia.

În al doilea rând, psihiatrul își înscrie interviul clinic într-un demers terapeutic, chiar și diagnostică a interviului justificându-și existența prin obiectivul terapeutic final; demersul clinic al psihologului nu este terapeutic în sensul medical al termenului, el fiind înainte de toate valoare de ajutor, consiliere și intervenție psihologică cu valențe aplicative în domeniul schimbării psihologice a persoanei suferinde.

Interviul psihiatric este astăzi foarte impregnat de tradiția medicală, fapt care influențează structura și obiectivele acestuia, precum și condiția celor doi actori sociali - psihiatru, pacient - care interacționează.

Obiectivele interviului psihiatric sunt :

- identificarea tulburărilor psihopatologice - faza diagnostică ;
- stabilirea conduitei ulterioare - faza terapeutică.

Profesioniștii din domeniul bolilor mintale utilizează în principal două stiluri în realizarea unui interviu : unul de inspirație *psihodinamică*, orientat spre clarificare și înțelegere („*insight oriented*”) și altul *orientat spre simptom* (descriptiv) (Othmer și Othmer, 1994). Abordarea centrată pe simptom utilizează diverse cadre de clasificare și descriere a tulburărilor psihice (ultimul dintre acestea fiind DSM-IV). Ambele au avantaje și limite și pot fi utilizate pentru obținerea de informații aflate la diverse niveluri ; combinarea lor se poate dovedi utilă nu numai pentru realizarea unui diagnostic clar, ci și pentru identificarea mai multor alternative terapeutice.

*Interviul de inspirație psihodinamică* are la bază concepția lui S. Freud referitoare la conflictele profunde, deseori cu originea în prima copilărie, care dobândesc un caracter patogen și interferă cu acțiunile pacientului, introduc distorsiuni în percepțiile acestuia și conduc la apariția unor simptome, comportamente neadaptative și suferință. În cursul interviului, clinicianul își propune să descopere astfel de conflicte, să-l provoace pe pacient la conștientizarea lor, cu speranța rezolvării, a depotențializării de energie afectivă negativă asociată lor. Conștientizarea acestor conflicte este un travaliu dificil, deoarece pacientul se protejează prin utilizarea unor mecanisme de apărare inconștiente.

Metodele utilizate de practicienii acestui tip de interviu sunt deja clasice în domeniu : interpretarea „materialului psihologic” produs de pacient prin asociație liberă, interpretarea viselor, detectarea trăirilor anxioase, confruntarea pacientului cu comportamentul interpersonal, manifestat de acesta în relația cu terapeutul sau cu alte persoane semnificative, identificarea defenselor și analiza rezistenței manifestate în discuția conflictelor etc. Un astfel de interviu are un scop dublu : diagnostic și terapeutic.

*Interviul clinic centrat pe simptom* poate fi realizat într-o manieră mai mult sau mai puțin structurată.

Mulți clinicieni, influențați de ideile psihanalitice, preferă tehnici indirecte de realizare a interviului și un schimb liber cu pacienții. În general, un astfel de *interviu structurat* permite clinicianului o mare libertate în formularea întrebărilor, în introducerea unor noi teme de discuții, iar pacientului - o prezentare spontană a ideilor, gândurilor, afectelor, care poate furniza o imagine mai validă a dinamicii interne a subiectivității acestuia decât cea oferită de o abordare directivă. Practicarea unui interviu structurat sau slab structurat necesită din partea clinicianului o bună experiență clinică, prinderi adecvate și o formare pe măsură în acest domeniu. Probabil că de aceea majoritatea clinicienilor preferă să utilizeze un *interviu semistandardizat*. Obiectivul

general este acela de a obține o descriere amănunțită a problemelor pacientului, necesară fundamentării diagnosticului și terapiei. De asemenea, clinicianul își propune să înțeleagă principalele caracteristici ale personalității pacientului (atât părțile puternice, cât și aspectele vulnerabile), să obțină o imagine clară a relațiilor acestuia cu persoanele apropiate, atât în trecut, cât și în prezent, precum și o perspectivă comprehensivă a evoluției sale din copilărie până în prezent.

În mod frecvent, ghidul de interviu utilizat într-un interviu clinic semistrukturat conține următoarele teme (Wiens, 1990 ; Kaplan și Sadock, 1994) :

1. *Date de identificare* : nume, prenume, sex, vârstă, adresă, loc de muncă, profesie, status marital, internări în spital sau consultații clinice anterioare.

2. *Motivul internării* : problema care a determinat prezentarea la camera de gardă a spitalului sau solicitarea consultației. Pentru a se evita interferența informațiilor pacientului cu interpretările clinicianului, se recomandă ca toate acuzele să fie notate utilizând cuvintele pacientului. Aceste informații pot fi completate cu cele furnizate de persoanele care însoțesc pacientul.

3. *Istoria bolii actuale*. Această parte a interviului furnizează clinicianului o imagine cronologică a evenimentelor care au condus la solicitarea ajutorului. Se notează :

- factorii precipitanți care au condus la evenimentul actual ;
- împrejurările în care au început simptomele, durata și intensitatea acestora ;
- simptomele cu efectele invalidante cele mai grave ;
- cum a afectat boala viața socială, profesională, familială a bolnavului ;
- câștiguri secundare ale bolii ;
- atitudinea bolnavului față de boala sa ; nivelul anxietății și felul în care acesta se controlează etc.

4. *Boli anterioare*. Această secțiune a interviului își propune să producă informații referitoare la problemele psihiatrice și somatice anterioare. Sunt explorate și înregistrate într-o manieră cronologică : simptomele pacientului, gravitatea incapacității provocate de acestea, tratamentul urmat, numele spitalelor unde a fost internat, durata fiecărei boli, efecte ale tratamentelor anterioare, gradul de conformare la tratament. Deosebit de utile sunt informațiile referitoare la eventuale traumatisme cranio-cerebrale, consumul de droguri și alcool.

5. *Anamneza* (istoria personală). Aceasta este centrată pe etapele majore ale dezvoltării : perioada pre- și perinatală, copilăria, adolescența, perioada adultă. Se notează aspectele emoțional-afective dominante (conflicte, factori de stres, suferințe etc.) și problemele specifice fiecărei vârste. Dintre acestea, menționăm :

- informații despre părinți și alți membri apropiați ai familiei ;
- antecedente heredocolaterale de ordin somatic și psihopatologic ;
- experiențe și evenimente deosebite referitoare la dezvoltarea infantilă ;
- sexualitatea ;
- evoluția școlară și profesională ;
- experiențe sociale, maritale, militare și legale importante etc.

*Examinarea statusului mental*

descriere generală : impresia generală, comportament și activități psiho-motorii, atitudine față de examinator ;

dispoziție, stări afective și gradul de adecvare a acestora la situație ;

halucinații ;

tulburări perceptivă ;

gândire - procese, forme, conținuturi ;

processe senzoriale și cognitive : ritmul și nivelul conștiinței, orientare spațio-temporală, memorie, concentrare, gândire abstractă, nivel informațional și inteligență ;

capacitatea de autocontrol ;

coerență, claritate, spirit critic.

aceste teme pot fi abordate într-o manieră flexibilă, în funcție de desfășurarea interacțiunii verbale, respectând totuși o anumită logică a raționamentului clinic. Ghidul prezentat este utilizat de clinician, inclusiv pentru redactarea raportului clinic al pacientului examinat. Acest raport este completat cu următoarele rubrici : descriere, prognostic, recomandări terapeutice.

tehnici de evaluare comportamentală dezvoltate o dată cu expansiunea psihologiei comportamentiste au influențat și structura interviurilor clinice de tip psihiatric. Din această perspectivă, interviul clinic poate aborda următoarele teme :

analiza situației problemă (inclusiv excese comportamentale, aspecte pozitive și negative) ;

clarificarea situației problemă care menține comportamentul vizat de evaluarea clinică ;

analiza motivațională ;

analiza dezvoltării (care va include aspecte biologice, sociale, comportamentale etc.) ;

analiza capacității de autocontrol ;

analiza relațiilor sociale ;

analiza mediului socio-cultural și fizic.

Interviul clinic centrat pe simptom are la bază ideea că tulburările psihiatrice se manifestă printr-un set caracteristic de semne, simptome și comportamente. Deoarece factorii etiologici (de natură biologică și psihologică) implicați în aceste tulburări sunt insuficient cunoscuți, diagnosticul psihiatric este unul dominant descriptiv, iar descrierea are la bază mai degrabă anumite criterii clinice de clasificare, decât o înțelegere profundă (deși înșiși termenii de semn și simptom implică ideea că ceea ce observăm direct este expresia unor modificări profunde).

Dezvoltarea deosebită a mijloacelor de tratament în domeniul tulburărilor psihice, cu selecție asupra acestora, a stimulat punerea la punct a unor criterii de diagnostic și capacitate discriminativă din ce în ce mai mare. Dacă cu câteva decenii în urmă, psihoterapia tulburărilor psihice conținea un număr relativ redus de substanțe psihotrope, administrate unor grupuri largi de bolnavi, diagnosticul psihiatric își putea baza formulări generale, astăzi tehnicile de diagnostic trebuie să țină pasul cu evoluțiile psiho-farmacologiei și să conducă la formulări capabile să surprindă mai bine particularitățile interindividuale în domeniul manifestărilor psihopatologice.



Pe scurt, interviurile centrate pe clarificare și *insight* (de inspirație psihodinamică) și cele centrate pe simptom au obiective diferite; primul tip propune o abordare interpretativă și *explicită* semnele, simptomele și comportamentele, în timp ce al doilea tip are la bază o abordare descriptivă și *clasifică* semnele și simptomele într-o anumite categorie.

Un clinician poate utiliza ambele tipuri de interviu încorporate într-o abordare secvențială. Dacă pornește de la ideea că pacientul are tulburări psihiatrice majore, dar și tulburări de personalitate și conflicte inconștiente, atunci el poate, într-o primă fază, să diagnosticheze tulburările psihiatrice majore și de personalitate, în conformitate cu criteriile DSM-IV. Dacă după tratament conflictele interpersonale persistă, el poate trece la realizarea unui interviu centrat pe *insight* și clarificare, completând prima fază cu o a doua.

## 2.2. DSM-IV – ghid pentru interviul clinic psihiatric

Interviul semistrukturat centrat pe simptom este compatibil cu abordarea de tip descriptiv și ateoretic propusă de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Clinicianul organizează informațiile obținute de la pacienți în semne și simptome – elemente ale diagnosticului descriptiv (DSM-IV, Axa I și Axa II). El include o evaluare a capacității de adaptare și control a pacientului, modalitatea personală de a face față bolii, o evaluare a aspectelor medicale, a problemelor psihosociale și de mediu ale acestuia.

Manifestările aceleiași tulburări variază de la pacient la pacient, ca și mecanismele de apărare și răspunsurile la tratament. Mai mult, comorbiditatea unor tulburări clinice și de personalitate, precum și impactul stării medicale generale, al factorilor de stres din viața cotidiană și al conflictelor interpersonale complică procesul adaptării psihosociale și face problematică realizarea unui prognostic. Admițând existența acestor factori, psihiatrii care practică un interviu centrat pe simptom iau în considerație retardarea mentală și tulburările de personalitate (Axa II), aspectele medicale generale (Axa III), problemele psihosociale și de mediu (Axa IV), evaluarea globală a funcționării pacientului (Axa V) și intervenția mecanismelor de apărare psihologică (Axa VI).

Într-o lucrare recentă, Othmer & Othmer (1994) fac o prezentare amplă a interviului clinic, punând accent pe tehnicile de evaluare care pot produce informații relevante în raport cu sistemul de clasificare propus de DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Autorii menționați consideră că interviul clinic are patru componente principale:

a) *Raportul*. Raportul se referă la felul în care pacientul și clinicianul interacționează. Procesele psihologice și comportamentele implicate de interacțiunea actorilor sociali în situația de interviu au fost deja menționate într-un paragraf anterior. Acum subliniem doar faptul că ambele tipuri de interviu clinic (centrat pe clarificare/*insight* și centrat pe simptom) acordă o importanță deosebită stabilirii, monitorizării și menținerii raportului. Interviul centrat pe *insight* conceptualizează raportul în termenii transferului/contră transferului și pune accent pe identificarea repetării unor patternuri relaționale infantile în situația de interviu, în timp ce interviul descriptiv, centrat pe diagnostic, descrie raportul ca interacțiunea dintre pacient și clinician care „progresează de la înțelegere spre adevăr” (Othmer & Othmer, 1994). Pentru o bună monitorizare a raportului cu pacienții, Othmer & Othmer propun o listă de control utilă mai ales pentru clinicieni

debutanți. Prezentăm câțiva dintre itemii acestei liste de control care are în total 31 de întrebări (Othmer & Othmer, 1994, p. 42) :

„Am înțeles suferința pacientului ? ”

„Am manifestat empatie pentru suferința lui ? ”

„I-am comunicat pacientului un obiectiv clar al tratamentului ? ”

„Întrebările mele l-au convins că simptomele tulburării sale îmi sunt familiare ? ”

„Pacientul mi-a recunoscut competența ? ”

„Am înțeles atitudinea pacientului față de boala sa ? ”

b) *Tehnica*. Această componentă se referă la metodele utilizate de clinicieni pentru stabilirea raportului și obținerea de informații. Tehnicile se situează pe un continuum care evoluează de la întrebările deschise la confruntare, de la interpretare la interogare. Ambele tipuri de interviuri (centrat pe *insight*/centrat pe simptom) acordă o importanță deosebită tehnicilor, dar utilizează abordări diferite. Interviuul centrat pe *insight* utilizează tehnici capabile să conducă la conștientizarea conflictelor inconștiente, precum asociația liberă, confruntarea și interpretarea, în timp ce interviul descriptiv pune accent pe tehnici orientate spre evaluarea simptomelor, semnelor, comportamentelor și disfuncțiilor psihologice.

Un bun clinician poate începe abordarea unei teme cu întrebări deschise, largi ; devine apoi din ce în ce mai focalizat asupra unor aspecte și sfârșește abordarea temei respective prin întrebări din ce în ce mai detaliate, mai specifice. Conducerea unui interviu eficient cu un pacient psihiatric este mai dificilă decât cu orice altă persoană, deoarece abilitățile lui de relaționare și de formulare a răspunsurilor pot fi afectate.

De obicei, pacienții comunică problemele lor în una dintre următoarele modalități :

- spunând tot ce au pe suflet, uneori cu un debit verbal greu de întrerupt (plângeri, acuze) ;
- evidențiind anumite probleme, dar trecând sub tăcere, ascunzând unele aspecte neplăcute, jenante (rezistență) ;
- prezentând o imagine confuză a problemelor lor (expresie a mecanismelor de *apărare*).

În fiecare dintre aceste trei situații clinicianul trebuie să utilizeze tehnici adecvate.

Când pacientul comunică sub forma plângerilor și acuzelor, intervievatorul nu face altceva decât să ajute pacientul să-și descrie problemele cât mai detaliat posibil. Pentru aceasta, el utilizează tehnici precum : formularea de întrebări deschise, tehnici de clarificare, aprofundare și urmărire.

Interviuul este mai dificil cu pacienții rezistenți. Cele mai utilizate tehnici cu pacienții rezistenți sunt acceptarea, confruntarea, abordarea indirectă etc. Clinicianul trebuie să aibă abilitatea de a comunica pacientului atât deschiderea și înțelegerea sa în raport cu rezistențele și reținerile acestuia de a aborda anumite probleme, cât și priceperea de a-l convinge de utilitatea – din perspectiva diagnosticului și tratamentului – de a depăși aceste rezistențe.

c) *Statusul mental*. Această componentă a interviului clinic se referă la starea generală psihică, mentală pe durata interviului. Este pacientul clar sau confuz în răspunsurile

sale, își amintește ușor sau cu dificultate informațiile care i se cer, exteriorizează o stare de confort sau de iritare, de deschidere sau de suspiciune, este bine ancorat în realitate sau verbalizează idei bizare? Interviuul descriptiv ghidat de DSM-IV vizează mai multe dimensiuni, între care menționăm: comportamentul psihomotor, vorbirea și gândirea, starea afectivă, conținutul gândirii, memoria, orientarea, *insight*-ul, în timp ce interviul centrat pe *insight* își propune să treacă dincolo de tulburările funcționale și să identifice mecanismele de apărare și conflictele care le determină. Statusul mental este evaluat atât cu ajutorul observației, cât și prin utilizarea tehnicilor specifice interviului.

Exemplificăm ghidul de interviu propus de Othmer & Othmer, prezentând itemii care trebuie avuți în vedere de către clinician pentru evaluarea memoriei pacientului în timpul interviului:

- „Pacientul furnizează următoarele dovezi ale memoriei pe termen scurt, mediu și lung:
- 1 = repetă numele dumneavoastră (sau gri, atenție, floare, dreptate);
  - 2 = reamintire imediată a numelui dumneavoastră (sau a celor patru cuvinte);
  - 3 = își reamintește, pe parcursul interviului, numele dumneavoastră (sau cele patru cuvinte);
  - 4 = își amintește evenimentele din ultimele 24 ore;
  - 5 = discută despre evenimente îndepărtate verificabile”. (op. cit. p. 154)

d) *Formularea diagnosticului*. Cu cât clinicianul află mai multe despre punctele puternice și slabe ale pacientului, despre suferința lui, cu atât va fi mai capabil să formuleze un diagnostic clar și corect. Ambele tipuri de interviu urmăresc realizarea unui diagnostic, dar urmează rute diferite. Interviul centrat pe *insight* identifică conflicte și structuri comportamentale stimulate inconștient, cu scopul realizării unei formulări psihodinamice, în timp ce interviul centrat pe simptom își propune să colecteze un set de simptome și semne, care să poată fi raportate la criteriile de diagnostic propuse de DSM-IV.

### 2.3. Limitele diagnosticului psihiatric

Obiectivul interviului clinic psihiatric este, după cum am subliniat deja, formularea unui diagnostic și a unui plan terapeutic. Din această perspectivă ne punem întrebarea firească referitoare la validitatea și fidelitatea diagnosticului psihiatric obținut cu ajutorul interviului clinic.

Un diagnostic este valid când se achită de scopul care a determinat realizarea lui respectiv determinarea tipului de intervenție terapeutică adecvat pacientului diagnosticat (Goldemberg, 1997). Cel mai important instrument în procesul stabilirii diagnosticului este clinicianul însuși. Acest „instrument” are, incontestabil, resurse deosebite, dar și o serie de limite. Un experiment interesant realizat de Temerlin (1968) evidențiază cât de ușor diagnosticul psihiatric poate fi influențat de sugestia venită din partea unei alte persoane cu prestigiu (profesionist în domeniu). Un interviu înregistrat cu un actor a fost astfel realizat încât să prezinte imaginea unei persoane normale, fericite și care nu a trăit nici cea mai mică tulburare ocazională (de pildă, neînțelegeri cu soția). Înaintea prezentării interviului înregistrat audio, grupului de psihiatri, psihologi clinicieni și studenți cărora li s-a spus că ulterior trebuie să formuleze un diagnostic independent - li s-a comunicat de către un profesionist de prestigiu (care de fapt era complice

experimentatorului) că individul este probabil psihotic. Această sugestie a avut un efect evident asupra celor trei grupuri: 60% dintre psihiatri l-au apreciat pe pacient ca psihotic, dintre psihologi doar 28% au pus același diagnostic, în timp ce studenții s-au dovedit cei mai puțin sensibili la sugestie – 11% dintre ei au diagnosticat pacientul ca având psihoză (Goldemberg, 1977).

Validitatea diagnosticului psihiatric este pusă sub semnul întrebării și de studiul lui D. Rosenhan – *A fi sănătos într-o lume bolnavă* (*Être sain dans un environnement malade*, 1973/1988). În cadrul acestui studiu, participanții, persoane sănătoase, s-au prezentat la camerele de gardă ale mai multor spitale de psihiatrie, acuzând că aud din când în când o voce, nu totdeauna foarte clară, care spune „Viața mea este goală și inutilă”. În ciuda manifestării doar a acestui simptom unic, unsprezece dintre „pacienți” au fost internați cu diagnosticul de schizofrenie, iar unul, deși acuza același simptom, a fost internat cu diagnosticul de psihoză maniaco-depresivă. Utilizarea acestui ultim diagnostic, care se referă la o psihoză cu un prognostic mai favorabil decât schizofrenia, este pusă de D. Rosenhan pe seama faptului că spitalul unde a fost admis „bolnavul” respectiv era singurul spital privat din lista de spitale vizate de experiment și pe seama influenței pe care o exercită apartenența la o clasă socială asupra diagnosticului psihiatric (Rosenhan, 1988, p. 137).

În ceea ce privește factorii care conduc la o fidelitate scăzută a diagnosticului psihiatric, menționăm constatările a două studii semnificative pentru acest domeniu.

Într-un studiu din 1962, C.H. Word și colaboratorii menționau următorii factori responsabili de dezacordurile dintre diagnosticile psihiatrice (cf. Goldemberg, 1977):

1. Inconsecvența din partea pacientului (5% dintre dezacorduri):

- pacientul oferă spontan material diferit fiecărui clinician (2,5%);
- pacientul se schimbă ca urmare a primului interviu (2,5%).

2. Inconsecvența din partea diagnosticianului (32,5% dintre dezacorduri):

- diferențele în tehnicile de interviu conduc la culegerea unor informații diferite (5%);
- acordarea unei ponderi diferite simptomelor constatate în momentele formulării diagnosticului (17%);
- diferențe în interpretarea aceleiași patologii;
- alte tipuri de diferențe între clinicieni.

3. Inadecvările nosologiei (62,5%):

- imposibilitatea unei diferențieri fine; imaginea clinică este ambiguă și nu poate fi clasificată conform necesităților, exigențelor nosologiei (7,5%);
- alegerea forțată a categoriei majore predominante;
- criterii neclare; incertitudinea privind criteriul pentru stabilirea unui diagnostic derivă din insuficienta clarificare din nomenclatura prezentă.

La o distanță mai mare de un deceniu de studiul menționat, Spitzer, Endicott și Robins (1975) identifică cinci factori importanți, responsabili de fidelitatea scăzută a diagnosticului psihiatric:

1. Variația determinată de subiecți : pacienții oferă informații diferite în momente diferite ;
2. Variația determinată de împrejurările în care are loc evaluarea (de pildă, un bolnav diagnosticat ca fiind maniaco-depresiv va oferi informații diferite în faza depresivă față de cele din faza maniacală) ;
3. Variația determinată de sursa de informații (clinicienii pot avea informații din surse multiple - pacient, aparținători etc. - sau informațiile, chiar dacă provin de la aceleași surse, se referă la domenii diferite) ;
4. Variația introdusă de observația pacientului (nu toți clinicienii observă aceleași manifestări la același pacient) ;
5. Variația introdusă de criteriile de diagnostic utilizate.

În acord cu studiul anterior, Spitzer și colaboratorii consideră că sursa cea mai importantă a fidelității scăzute a diagnosticului psihiatric o constituie variația determinată de criteriile de diagnostic. De aceea ei s-au implicat în mod deosebit în dezvoltarea criteriilor de diagnostic incluse în DSM-III.

În ceea ce privește reducerea variației determinate de informațiile utilizate (al doilea factor cu impact important asupra fidelității diagnosticului), Spitzer și colaboratorii au dezvoltat un interviu clinic standardizat, care își propune să diminueze efectul stilului intervievatorului și al gradului de acoperire a domeniilor psiho-comportamentale importante de către interviu asupra informațiilor obținute.

Preocuparea continuă de îmbunătățire a criteriilor de diagnostic s-a concretizat în realizarea de către American Psychiatric Association a unor ediții consecutive ale Manualului Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale (DSM). Ultima ediție, din 1994, este cunoscută sub denumirea de DSM-IV.

Obiectivul principal care a stat la baza dezvoltării DSM-IV a fost acela de a furniza o mai puternică bază empirică pentru categoriile diagnostice propuse decât cele existente în edițiile anterioare și de a apropia aceste categorii de cele propuse de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (Murphy și Davidshofer, 1994). Deși obiectivele generale ale DSM au fost unanim apreciate, reviziile sale repetate au fost frecvent criticate. În primul rând s-a exprimat o anumă rezervă cu privire la *motivele reale* ale „îmbunătățirilor” repetate aduse DSM-ului ; se pare că *motivele economice* (veniturile realizate prin vânzarea noilor ediții, politica instituțiilor de asigurare etc.) au fost la fel de importante ca cele științifice atunci când s-a luat decizia editării DSM-III-R și DSM-IV ; apoi, a existat o anumă presiune de a include categorii diagnostice potențial discutabile (a fost cazul ediției DSM-III-R) ; în sfârșit, nici o ediție nu a reușit să definească exact la ce anume se referă DSM-ul.

În mod deosebit criticile se referă la faptul că nu există un consens clar cu privire la ce anume se înțelege prin tulburare și boală ; astfel, nu există criterii clare pentru a distinge în ce condiții tratamentul cel mai adecvat este de ordin medical, psihiatric sau psihologic sau pentru a diferenția tulburările mentale de o gamă largă de probleme minore de adaptare, care, potențial, pot fi trăite de oricine. În aceeași ordine de idei, Ivey și Ivey (1999) afirmă că DSM-IV nu reușește să ia în considerație aspectele dezvoltamentale și sistemice și continuă punctul de vedere tradițional, care localizează problemele doar în interiorul individului. Această perspectivă conduce clinicianul la prescrierea unui tratament rupt de contextul psihosocial în care evoluează pacientul.

Eysenck, Wakefield și Friedman (1983) subliniază faptul că problemele psihologice nu sunt, în general, analoge problemelor medicale (bolilor), deoarece primele sunt, deseori, exemple extreme ale comportamentului manifestat de persoanele „normale” în viața de zi cu zi, în timp ce multe dintre problemele medicale reprezintă categorii distincte care, adesea, pot fi determinate de un singur agent patogen. Atâta timp cât categoriile diagnostice utilizate sunt formulate de psihiatri, tradiția medicală a diagnosticului categorial are mari șanse să continue. Nu este exclus totuși ca în viitor să se adopte o abordare mai degrabă dimensională decât categorială; adică, în loc ca un individ să fie introdus într-o categorie diagnostică distinctă, separată de celelalte, el să fie descris prin intermediul mai multor dimensiuni psihologice semnificative, adecvat măsurate (de pildă - inteligență, extraversiune, nevrozism etc.). Astfel, în loc să spunem că un pacient suferă de o tulburare anume, poate fi mult mai util să descriem funcționarea individului în termenii unui set relevant de dimensiuni cognitive, emoționale și comportamentale.

#### **2.4. Utilizarea computerului în realizarea interviului clinic psihiatric**

Pentru eliminarea factorilor care afectează fidelitatea diagnosticului psihiatric, soluția propusă de tot mai mulți clinicieni și cercetători a fost realizarea unui interviu puternic structurat și standardizat. Acesta conține reguli clare privind formularea și ordinea întrebărilor, înregistrarea și evaluarea răspunsului. Clinicianul devine astfel o piesă interschimbabilă într-o mașinărie care produce evaluări psihiatrice (Wiens, 1990). De aici până la realizarea unor programe computerizate de realizare a interviurilor nu rămânea decât un pas, care a și fost făcut. În 1987 erau deja peste 300 de programe destinate evaluării și modificării comportamentului uman, 8% dintre acestea fiind interviuri structurate, majoritatea destinate autoadministrării.

La fel ca interviewerul uman, computerul poate fi programat să adreseze întrebări de urmărire și aprofundare sau să sară peste anumite întrebări referitoare la domenii unde nu sunt probleme. Gradul de personalizare a interviului în funcție de pacientul interviuat atinge performanța de a formula întrebările într-un limbaj accesibil acestuia și de a compara răspunsurile la întrebările din diverse secțiuni ale interviului. Înregistrarea simultană a unor indicatori psiho-fiziologici - latența răspunsului, pulsul etc. - permite computerului ca în comentariul final al răspunsurilor să introducă și aspecte referitoare la nivelul stimulării emoționale a subiectului pe durata interviului.

Este evident totuși că interviul computerizat nu poate beneficia de informațiile transmise non-verbal și paraverbal de către pacient în cadrul unei relații interpersonale (deși se recunoaște că nu întotdeauna clinicianul poate utiliza toate informațiile obținute în cadrul relației sale cu clientul pentru formularea diagnosticului).

Personal, consider că interviul computerizat nu poate fi utilizat cu orice tip de pacient și că majoritatea persoanelor care solicită ajutorul unui psihiatru au nevoie de contactul securizat, de empatia, înțelegerea și suportul acestuia chiar din faza interviului diagnostic. De aceea, interviul computerizat poate fi indicat doar pentru anumite categorii de pacienți și în anumite momente ale procesului diagnostic.

### 3. Interviu clinic de evaluare

#### 3.1. Obiective

Interviul clinic reprezintă doar una dintre multiplele modalități de evaluare clinică, alături de anamneză, examenele psihologice care utilizează probe standardizate, observația în mediul natural sau clinic etc. Interviul de evaluare are două obiective importante:

- *un obiectiv diagnostic*: identificarea simptomelor, clarificarea și analiza acestora și implicit cunoașterea și înțelegerea funcționării psihologice;
- *un obiectiv terapeutic*: uneori interviul are un efect terapeutic imediat, cel mai adesea el permite crearea unei bune relații între clinician și terapeut și - prin elementele diagnostice pe care le oferă - orientează strategia terapeutică.

Pentru descrierea și înțelegerea activității și funcționării psihologice a persoanei, clinicianul utilizează informații care se referă la:

- *manifestări obiective*, vizibile - comportamente care pot fi direct observate, măsurate sau înregistrate (de la comportamente complexe până la gesturi simple sau manifestări subtile prin care se exprimă emoțiile);
- *manifestări subiective*, senzații, imagini, gânduri care sunt produsul activității mentale a subiectului și care îi sunt accesibile doar lui. Aceste manifestări pot fi descrise de subiect în timpul interviului și pot face obiectul interpretării clinicianului.

La fel ca și în cazul altor tipuri de interviuri clinice, cel de evaluare poate fi liber (nestructurat), semiestructurat și structurat.

#### 3.2. Aspecte specifice și dificultăți

Dacă ținem cont de faptul că obiectivul principal al interviului clinic este *înțelegerea individului în globalitatea și singularitatea sa subiectivă*, atunci toate informațiile obținute în cursul interviului capătă sens doar raportate la cadrele de referință specifice acestuia: așteptări, condiții de viață, istoria personală și situația sa actuală, modul de funcționare psihică etc. Imaginea care rezultă în urma interviului este unică. Astfel, interviul clinic de evaluare se deosebește de cel de cercetare; acesta din urmă își propune să obțină informații reproductibile, comparabile cu cele obținute de la ceilalți subiecți incluși în cercetare.

În al doilea rând, deoarece interviul clinic vizează cazul singular, unic și în dimensiunea sa esențialmente subiectivă, el implică din partea clinicianului mobilizarea la cel mai înalt grad a *capacității sale empatice*, fără de care demersul comprehensiv ar fi imposibil.

În aceeași ordine de idei, a abordării individualizate, interviul clinic, pentru a-și atinge obiectivele sale, trebuie să dezvolte o căutare mai activă, mai centrată, care să vizeze *comportamentele sau simptomele mai neobișnuite, „insolite”*, precum și unele elemente precise, care pot fi introduse în anumite categorii. Comportamentele comune,

obișnuite, performanțele medii nu ne sunt de prea mare folos în alcătuirea portretului clinic al unei persoane ; ceea ce individualizează oamenii și-i diferențiază de ceilalți sunt comportamentele neobișnuite, excesele comportamentale (pozitive sau negative), performanțele extreme (foarte mici sau foarte mari). O evaluare corectă a informațiilor ține cont de sursa acestora ; nu trebuie să situăm pe același plan simptomele observate și simptomele trăite de pacient ; de asemenea, trebuie să diferențiem între interpretarea pe care pacientul o dă simptomelor sale și cele realizate de clinician sau de membri ai anturajului (părinții unui copil, soțul/soția, anturajul familial în cazul unei persoane în vârstă etc.).

O dificultate frecvent întâlnită în discuțiile de cazuri între clinicieni este confuzia între planurile la care se realizează evaluarea clinică : *symptomatic, structural și etiologic*. De pildă, o tendință întâlnită în domeniul psihopatologiei infantile este aceea de a apropia tablourile clinice infantile de cele adulte – cu atât mai mult cu cât clinicianul este și el un om adult ; în acest context există tendința de banalizare și de ignorare a factorilor specifici dezvoltării infantile, a stilului, a ritmului de creștere al copilului, variabilitatea simptomatică proprie vârstei etc.

În fața tabloului clinic divers pe care i-l oferă subiectul interviuat, clinicianul reușește să ajungă la o construcție logică și semnificativă, apelând la diverse modele teoretice (psihanalitic, etnopsihiatric, fenomenologic, psihosocial etc.). Aceste modele nu numai că permit introducerea unei ordini în datele obținute, ele fundamentează și ipotezele care orientează evaluarea și, eventual, intervenția terapeutică. Deși foarte utile, *teoriile riscă să dezvolte un caracter autoconfirmativ* – ele pot conduce clinicianul să observe și să rețină doar informațiile care validează modelul la care acesta aderă.

În sfârșit, interviul clinic de evaluare presupune o *relație specifică*. Clinicianul are în fața sa, de cele mai multe ori, o persoană care suferă. Prin procedee verbale și non-verbale specifice, clinicianul favorizează emergența unor fenomene inconștiente (dorițe, reprezentări, afecte, modalități specifice de gândire etc.), ajungând astfel să cunoască subiectul în toată complexitatea sa. Se întâmplă deseori ca subiectul să adopte o atitudine oarecum paradoxală : deși este invitat să descrie ceea ce simte și gândește, deși înțelege că pentru rezolvarea problemelor sale clinicianul trebuie să-l cunoască cât mai bine – subiectul nu poate, nu știe cum sau nu vrea să se lase cunoscut. De aceea, psihologul trebuie să faciliteze, să încurajeze și să susțină cât mai mult posibil exprimarea gândurilor și stărilor afective de către subiect, știind în același timp că pentru aceasta trebuie să depășească unele mecanisme de apărare mai mult sau mai puțin intense.

În cazul în care interviul clinic este asociat unui examen psihologic, el furnizează informații utile și diverse asupra pacientului : aspecte istorice, conduite habituale, evoluția unor tulburări, aspecte privind funcționarea psihică generală etc.

### 3.3. Niveluri de evaluare în cadrul interviului clinic

Distingem cel puțin două nivele de evaluare : nivelul simptomatic sau descriptiv și nivelul funcționării intrapsihice.

a) *Nivelul simptomatic sau descriptiv*. La acest nivel, descrierea clinică a pacientului se realizează cu ajutorul informațiilor produse în timpul interviului și observației directe. Trebuie să amintim că aceste informații sunt, de cele mai multe ori, de natură calitativă



și, în funcție de obiectivul evaluării și amploarea procesului evaluativ pus în act de către clinician, completează informațiile psihometrice obținute în urma testelor și asigură un cadru adecvat interpretării acestora.

- **Gândire, raționament, simț critic.** Calitatea activității intelectuale se exprimă prin capacitatea subiectului de a-și organiza gândirea, de a înțelege și utiliza adecvat conceptele și de a proiecta acțiuni coerente în vederea atingerii unui obiectiv. Această capacitate poate fi evaluată la nivelul discursului spontan al subiectului și punându-i întrebări pentru a vedea cum își argumentează răspunsurile. Perturbarea activității intelectuale poate să-și aibă sursa fie în tulburări de ordin cognitiv, fie în probleme de natură emoțională.

Simțul critic, dezvoltarea socio-cognitivă pot fi evaluate prin capacitatea subiectului de ierarhizare a unor fapte și idei, în funcție de o scară de valori adaptată contextului. Se evaluează, în general, suplețea, stabilitatea, soliditatea argumentării etc. Capacitatea de judecată este tulburată când subiectul se manifestă într-o manieră rigidă, inadaptată, inconsistentă, incoerentă, inadecvată (de pildă, incapacitatea subiectului de a-și modifica o opinie, în ciuda informațiilor noi care intră în dezacord cu aceasta).

Parazitarea fluxului gândirii de către activități apropiate visului (onirism), obnubilarea (între confuzie și vigilență normală) sau, dimpotrivă, hipervigilența (reactivitate atențională, stare de hiperalarmă) semnalizează alterări ale vigilenței. Gândirea poate fi lipsită de fluență, digresivă, în timp ce atenția poate fi mai mult sau mai puțin intensă, stabilă, concentrată, prelungită sau eficientă.

- **Memoria.** Memoria poate fi și ea evaluată în timpul interviului. Se manifestă pierderea unor amintiri recente sau mai vechi, o imposibilitate de fixare a unor informații noi, o dezorganizare a amintirilor (de pildă, amestecarea prezentului și trecutului, a realului și imaginarului)?

- **Imaginația.** Imaginația poate fi săracă, stereotipă sau, dimpotrivă, exaltată, bogată, antrenând combinații neașteptate.

- **Aspectul general.** Prezentarea, ținuta, gradul de igienă și curățenie sunt revelatori semnificativi ai adaptării și caracterului.

- **Atitudini.** Atitudinile manifestate în timpul interviului furnizează și ele informații importante referitoare la confortul psihologic al subiectului, la nivelul anxietății, la nevoia de control etc. De asemenea, expresivitatea mimico-gestuală permite cunoașterea stărilor afective trăite de subiect; observăm: sărăcia sau excesul mimico-gestual, discordanța dintre mimică și discurs, manierism etc. Este important să apreciem activitatea psiho-motrice deoarece ea poate evidenția, de pildă, agitație sau pasivitate, dar și agresivitate, persecuție, depresie; limbajul și forma discursului, în general - debit verbal, mutism, bâlbâială, repetiția unor cuvinte fără adaptare la situația de interviu - ne informează despre stările atitudinal-afective ale subiectului.

- **Starea emoțională.** Putem distinge, pe de o parte, modificări moderate, comparabile cu cele care pot fi observate la subiecți normali și care se produc ca reacție la o situație; iar pe de altă parte, modificări de natură patologică, determinate de o disfuncție afectivă (tulburări afectiv-dispoziționale).

Starea afectivă se exprimă prin intermediul unor manifestări paraverbale, al gesturilor, mimicii sau modificărilor vasomotrice. Putem observa disproporția, inadecvarea sau discordanțele dintre aceste manifestări și caracteristicile situației de interviu.

• **Conștiința de sine și de mediu.** Conștiința de sine și de mediu poate fi perturbată datorită tulburării unor funcții intelectuale superioare sau a stării emoționale. În cursul interviului este important să apreciem cum se vede subiectul pe el însuși și cum percepe lumea, deoarece viziunea sa ne furnizează informații semnificative despre personalitatea lui. Pentru aceasta dispunem, pe de o parte, de ceea ce subiectul ne povestește despre reacțiile sale la diverse situații de viață și de informațiile furnizate de comportamentul său (verbal și non-verbal) în timpul situației de interviu. De pildă, în delir, conștiința de sine și de lume este tulburată, subiectul afișând o convingere de neclintit în afirmațiile sale.

• **Percepții.** În cursul interviului putem evalua existența unor anestezii isterice, a insensibilității în raport cu anumiți stimuli sau a unor manifestări de tip halucinator.

*Alte manifestări :*

- particularități ale somnului (insomnie, hipersomnie, coșmaruri, somnambulism etc.);
- conduite alimentare (bulimie, anorexie, coprofagie); controlul sfincterian;
- conduite sexuale (dezinteres, impotență, frigiditate, perversiuni etc.);
- conduite sociale (încălcări ale legii precum: furturi, escrocherii, agresiuni, crime etc.);
- comportamente neconforme regulilor familiale și/sau sociale, precum fuga de acasă, tentative de suicid, consum exagerat de alcool (beție);
- conduite simptomatice pentru anumite particularități psihice precum atitudini agresive, cheltuieli exagerate, provocări sau refuzul de a munci – fără ca acestea să fie, în mod necesar, patologice.

*b) Nivelul funcționării intrapsihice. Adaptarea unei perspective dinamice.* Modalitățile de relaționare în timpul interviului au o importanță considerabilă, deoarece solicitarea ajutorului și fenomenele transferențiale induc o dinamică revelatoare pentru personalitatea subiectului examinat. Trăsăturile de personalitate și personalitatea patologică adaugă relației caracteristici semnificative pentru funcționarea psihică normală și patologică.

Descrierea și analiza funcționării psihice presupune adoptarea unei perspective dinamice asupra personalității. Psihologii cu o orientare psihodinamică se concentrează asupra identificării conflictelor primare, a analizei mecanismelor de apărare, a principalelor teme fantasmatiche etc. Acestea structurează într-un anumit fel personalitatea subiectului și felul în care acesta se manifestă în relația cu clinicianul – dezvoltă mecanismele profunde ale funcționării sale psihice.

Indiferent dacă psihologul aderă sau nu la modelul psihanalitic, travaliul său este diferit de cel necesar descrierii semiologice, deoarece el se concentrează îndeosebi asupra raportului dintre conținutul manifest și cel latent al discursului pacientului. Particularitățile psihice care se exprimă în planul conduitelor și relațiilor sunt explorate prin prisma a ceea ce pacientul povestește despre viața lui și prin prisma reacțiilor transferențiale, manifestate în cursul interviului.

Aceeași conduită poate avea mai multe sensuri și totdeauna este mai ușor să o descrii decât să înțelegi care anume este semnificația ei. De aceea este preferabil să adoptăm mai întâi un demers descriptiv și abia apoi să dezvoltăm o analiză comprehensivă.

- **Evaluarea tipului de tulburare a personalității.** Tulburările de personalitate, funcționarea patologică a acestora pot fi identificate prin analiza comportamentului verbal și non-verbal manifestat în situația de interviu.

- **Personalitatea paranoică.** Interviul este dificil în măsura în care persoana interpretează fără să țină cont de contextul în care o anumită acțiune a fost realizată. Ea se îndoiește, fără nici un motiv, de loialitatea persoanelor din anturajul său. În mod frecvent, subiectul este gelos, bănuitor, într-o continuă alertă și într-o continuă căutare de argumente care să-i confirme bănuielile. Interviul poate deveni tensionat deoarece pacientul este puțin sensibil la punctul de vedere al celuilalt și puțin înclinat să accepte o atitudine critică; el rămâne rece, distant, rigid.

- **Personalitatea schizotipică/schizoidă.** Personalitatea schizotipică se distinge printr-o gândire plină de credințe și gânduri persecutorii, de credințe bizare, în timp ce personalitatea schizoidă este infiltrată de indiferență în relațiile sociale și multiple restricții afective. De aceea contactul în situația de interviu va fi rece, sărac, fără ritm; clinicianul puțin experimentat poate trăi un sentiment neplăcut de singurătate și imposibilitate de comunicare.

- **Personalitatea histrionică.** Amplitudinea răspunsurilor emoționale, solicitarea excesivă a atenției, căutarea constantă a laudelor și a unui feedback securizant facilitează contactul în situația de interviu, dar pacientul rămâne intruziv, excesiv, egocentric. El este animat, influențabil, intuitiv, impresionabil, viu, fără autenticitate și nu se simte prea bine când nu se mai află în centrul atenției; pacientul histrionic dramatizează și se arată puțin tolerant la frustrare. Cu astfel de pacienți, clinicianul se poate lăsa antrenat de solicitările lor excesive și fără limite și riscă să depășească timpul alocat inițial interviului.

- **Personalitatea dependentă** va afișa un comportament dependent și conformist, de supunere, deoarece este incapabilă să ia decizii fără a fi consiliată sau securizată într-o manieră excesivă de altă persoană; în lipsa acestui feedback securizant, persoana poate dezvolta contra-atitudini de iritare, enervare, agasare.

- **Personalitatea obsesional-compulsivă** se caracterizează prin perfecționism și rigiditate și se află într-o continuă căutare a perfecțiunii. Un astfel de pacient insistă, uneori într-o manieră absurdă și cu o perseverență surprinzătoare, ca ceilalți să se conformeze intențiilor lui și induce, astfel, clinicianului sentimentul că este prins într-un sistem impenetrabil în care activitatea asociativă a pacientului este foarte săracă, deoarece este hipercontrolată. Rezultă astfel un interviu care are puține șanse să producă informații noi, schimbări de perspectivă, noi posibilități de acțiune.

- **Personalitatea ezitantă** manifestă o teamă continuă de a fi evaluată nefavorabil și, de aceea, manifestă, în situații sociale – inclusiv în situația de interviu – teamă, jenă, timiditate. Ea se implică cu greu în relații cu ceilalți. În aceste condiții, interviul poate fi oarecum tensionat și cu greu ar putea avea acces la zonele intime ale personalității pacientului.

• **Personalitatea antisocială.** Interviuul cu un subiect cu o structură antisocială se caracterizează printr-o distanță defensivă banalizantă, asociată cu un sentiment de inautenticitate, trăit de psiholog în situația de interviu. Faptele pot fi relatate *stricto sensu*, cu absența sentimentelor de jenă și culpabilitate, iar răspunsurile pacientului evidențiază un univers interior gol, inafectiv, rudimentar. În cazul personalităților antisociale, tulburările de comportament debutează încă din copilărie sau adolescență cu simptome precum minciuni frecvente, furturi, vandalism, fugă de acasă.

### 3.4. Descriere sau interpretare ?

Manifestările psihopatologice și entitățile observabile clinic sunt în continuă schimbare, la fel și descrierea și înțelegerea acestora. Disputele teoretice privind *normalitatea/anormalitatea* psihologică, evoluția modelelor și teoriilor din domeniul psihologiei și psihiatriei justifică întrebarea din titlul acestui paragraf. În secțiunea dedicată interviului psihiatric am evidențiat două tipuri de abordare : interviul centrat pe *insight*, de factură psihodinamică și interviul centrat pe simptom ; în timp ce primul pune accent pe interpretare și comprehensiune, al doilea, adoptând cadrul „ateoretic” al DSM-ului, își propune să furnizeze descrieri sistematice ale manifestărilor psihopatologice. Care abordare este de preferat ? „Este preferabilă o bună descriere care permite accesul la elementele obiective ale cazului, pentru ca apoi să le discutăm în plan clinic mai degrabă decât să ne abandonăm interpretării, desigur bogată și deseori fecundă pentru gândire, dar și sursă posibilă de erori, de globalizări excesive, de imprecizii și subînțelesuri. Dimpotrivă, absența generării de ipoteze goleşte gândirea și «sfrijeste» creativitatea” se spune în Benony și Chahraoui (1999, p. 103). Rezultă că soluția ar fi păstrarea unei anume proporții între descriere și interpretare.

De cele mai multe ori – și este bine așa –, clinicienii aderă explicit sau implicit la un model teoretic care le orientează căutarea, organizarea informațiilor obținute și înțelegerea lor. Deși clinicianul își propune să fie cât mai „obiectiv” în descrierea faptelor și interpretarea lor, aceste activități interferează în mod inevitabil în cadrele sale interne de referință, care își au originea în felul său de a fi în lume, de a gândi, de a simți. În aceste condiții, riscul apariției erorilor este mare. Pentru a micșora acest risc, putem să ne refugiem într-o abordare strict descriptivă, cât mai obiectivă posibil, dar rezultatul ar fi o cunoaștere seacă, săracă, incapabilă să surprindă dimensiunea istorică, dinamică a ființei umane. Același comportament observabil, manifestat de mai multe persoane, exprimă „istorii” diferite, este efectul unui întreg univers mai mult sau mai puțin conștient/conștientizabil și care îi dă un anumit sens. Acest univers psihologic este reconstituit – între anumite limite – de către clinician printr-un intens travaliu interpretativ-comprehensiv. În timpul interviului, clinicianul trebuie să recepteze nu numai mesajele digitale, conținutul semantic al cuvintelor, ci și mesajele non-verbale. Acestea din urmă exprimă infrastructura inconștientă a comportamentului subiectului în situația de interviu. Ea face obiectul interpretării clinicianului. Fără interpretare rămânem superficiali, iar interpretând riscăm să ne înșelăm ! Dilema în sine evidențiază faptul că, pentru a realiza astfel de interviuri, spontaneitatea clinicianului nu este suficientă ; ea trebuie dublată de o formare specifică.

Credem că cele două niveluri – *descriptiv* și *comprehensiv* – sunt complementare și necesită o integrare suplă în cadrul interviului. Nivelul comprehensiv presupune

o abordare metapsihologică a faptului psihic și, în acest caz, conduita psihică este rezultatul mecanismelor interne aflate într-o strânsă relație cu întreaga istorie a individului și cu conflictele sale intrapsihice. Dar metapsihologia, pentru a fi acceptabilă, trebuie să aibă o anumită coerență internă, o soliditate empirică și să fie în acord cu observațiile clinice.

Însuși termenul de *simptom* are la bază ideea că manifestările observabile, accesibile într-o manieră directă, sunt expresia unei realități mai profunde, „realitate” care, în psihologie, are de cele mai multe ori un caracter ipotetic și este construită printr-un demers inferențial de către psihologul-clinician.

## 4. Modelul psihanalitic al interviului clinic

### 4.1. Obiectivul general al curei psihanalitice

În conformitate cu teoria psihanalitică, terapia tulburărilor nevrotice se realizează prin explorarea unor aspecte ale istoriei individului și prin descoperirea relațiilor lor cauzale cu starea psihologică prezentă. Afirmarea fundamentală a psihanalizei este aceea conform căreia simptomele prezente își au originea în conflicte inconștiente. Procesul terapeutic constă, în principal, în aducerea acestor conflicte la suprafață, în domeniul conștientului. Conflictul nevrotic este rezolvat când acele părți ale Eului, Sinelui și Supraeului, respinse din câmpul conștientului în timpul dezvoltării, sunt integrate. Obiectivul curei este acela de a motiva Eul să renunțe la mecanismele de apărare patologice sau să găsească altele mai adecvate. Aceste schimbări structurale ale eului sunt considerate a fi singura soluție viabilă a conflictelor bazale și, în același timp, garanția unei schimbări de durată.

După studiile realizate alături de Berheim, Freud a început să-și trateze pacienții utilizând *metoda cathartică*. Această tehnică situează *cuvântul* în centrul dispozitivului terapeutic, deoarece *catharsis*-ul (eliberarea emoțională) era obținut cu ajutorul cuvântului. Ființa umană – spune Freud – găsește în limbaj un echivalent al actului, echivalent datorită căruia afectul poate fi descărcat, eliberat. Această metodă era în acord cu teoria propusă de Freud, conform căreia nevroza era expresia unor conflicte anterioare care nu făcuseră obiectul unei eliberări emoționale. Dacă inițial *catharsis*-ul era obținut prin hipnoză, ulterior Freud a abandonat-o în favoarea *metodei asociațiilor libere*, care stă la baza dispozitivului psihanalitic.

### 4.2. Structura curei psihanalitice

Cura psihanalitică nu s-a modificat prea mult de la Freud până în prezent și continuă să se bazeze pe metoda asociației libere.

*Primele ședințe* au ca obiectiv principal stabilirea indicației de a începe cura psihanalitică, precum și fixarea cadrului de desfășurare a acesteia. În vederea obținerii elementelor necesare luării unei decizii privind începerea unei cure analitice cu pacientul care îi solicită ajutorul, analistul își propune în timpul primelor ședințe :

- să asculte pacientul într-o manieră non-directivă, vorbind despre istoria tulburărilor și problemelor sale, despre istoria vieții sale, în general ;