

**В. Г. КОСЕНКО<sup>1</sup>, Г. Т. КРАСИЛЬНИКОВ<sup>1</sup>, М. И. АГЕЕВ<sup>1</sup>, Л. М. ШУЛЬКИН<sup>1</sup>, Н. А. КОСЕНКО<sup>1</sup>,  
Ю. В. ГРИДИНА<sup>2</sup>, Я. А. ЗАХАРОВА-МАКАГОН<sup>1</sup>, Н. В. ИСАЕВА<sup>2</sup>**

## ВРАЧЕБНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Седина, д. 4, Краснодар, Россия, 350063.

<sup>2</sup> ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, ул. Красная, д. 1, Краснодар, Россия, 350007.

### АННОТАЦИЯ

**Цель.** Отразить теоретические основы и составить минимальный практический набор навыков лечебно-диагностического интервьюирования в психиатрии.

**Материалы и методы.** Для выполнения поставленной цели был осуществлен тематический отбор научных литературных источников как классических отечественных и зарубежных авторов, так и современных. Кроме того, авторы ориентировались на богатый личный опыт интервьюирования, который позволил выбрать и описать наиболее эффективные, практически значимые приемы и методы клинической диагностики в психиатрии в форме психиатрического интервьюирования.

**Результаты.** Описаны и проанализированы факторы, определяющие характер и содержание интервью: место, время, участники интервью – врач и больной. Приводится аналитическое описание основных психотехнологий, которые использует врач психиатр (психотерапевт) в процессе интервью: установление контакта, технологии слушания пациента, технологии задавания вопросов, технологии паузы и молчания, технология тактильного контакта, технология использования юмора, совета, рекомендации, интерпретации, окончания интервью, структурирования интервью.

**Заключение.** Клиническое интервью представляет собой основной диагностический и психотерапевтический инструмент врача психиатра, а особенно – психотерапевта. Диагностическая эффективность психиатрического интервью определяется тем, насколько полученная в ходе него информация структурируется в диагностическую концепцию, терапевтическая эффективность определяется тем, насколько пациент принимает концепцию понимания врачом его болезненного состояния (достигнутым комплаенсом).

**Ключевые слова:** врачебная беседа, психиатрическое интервью, психотехнологии интервью, структурирование интервью

**Для цитирования:** Косенко В.Г., Красильников Г.Т., Агеев М.И., Шулькин Л.М., Косенко Н.А., Гридина Ю.В., Захарова-Макагон Я.А., Исаева Н.В. Врачебное психиатрическое интервью. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018; 25(3): 149-154. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-3-149-154

**For citation:** Kosenko V.G., Krasilnikov G.T., Ageev M.I., Shulkin I.M., Kosenko N.A., Gridina Yu.V., Zakharova-Makagon Ya.A., Isaeva N.V. Clinical psychiatric interview (lecture). *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. 2018; 25(3): xx-xx. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-3-149-154

**V. G. KOSENKO<sup>1</sup>, G. T. KRASILNIKOV<sup>1</sup>, M. I. AGEEV<sup>1</sup>, L. M. SHULKIN<sup>1</sup>, N. A. KOSENKO<sup>1</sup>,  
YU. V. GRIDINA<sup>2</sup>, YA. A. ZAKHAROVA-MAKAGON<sup>1</sup>, N. V. ISAEVA<sup>2</sup>**

### CLINICAL PSYCHIATRIC INTERVIEW (LECTURE)

<sup>1</sup>Department of Psychiatry faculty of training and retraining of the SBEI HPE «Kuban State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Sedina str., 4, Krasnodar, Russia, 350007.

<sup>2</sup>State Budgetary Healthcare Institution "Specialized Clinical Psychiatric Hospital No. 1" of the Ministry of Healthcare of the Krasnodar Territory, Krasnaya str., 1, Krasnodar, Russia, 350007.

### ABSTRACT

**Aim.** To reflect the theoretical foundations and create a minimum set of practical skills of diagnostic and treatment interviewing in psychiatry.

**Materials and methods.** To achieve this goal a thematic selection of scientific literature sources of both classical and modern domestic and foreign authors was carried out. In addition, the authors focused on the rich personal experience of interviewing, which allowed choosing and describing the most effective, practically significant methods and methods of clinical diagnosis in psychiatry in the form of psychiatric interviewing.

**Results.** The factors that determine the nature and content of the interview: place, time, participants of the interview – doctor and patient have been described and analyzed. The analytical description of the main psychotechnologies which are used

by the psychiatrist (psychotherapist) in the course of interview is given: establishment of contact, technology of hearing of and listening to the patient, technology of asking questions, technology of a pause and silence, technology of tactile contact, technology of using humour, advice, recommendation, interpretation, technology of finishing the interview and its structuring.

**Conclusion.** Clinical interview is the main diagnostic and psychotherapeutic tool of a psychiatrist, and especially of a psychotherapist. The diagnostic effectiveness of a psychiatric interview is determined by the extent to which the information obtained in the course of it is structured into a diagnostic concept, the therapeutic effectiveness is determined by the extent to which the patient accepts the concept of understanding by the doctor of his painful condition (achieved compliance).

**Keywords:** medical interview, psychiatric interview, psychotechnology interview, interview structuring

### Введение

Основным методом обследования в клинической психиатрии является опрос (беседа). В США с 1950-х годов проводились исследования по методологии и технике диагностического интервью. "Психиатрическое интервью" как клинический термин введен Г. Салливаном для обозначения межличностной ситуации, возникающей между врачом психиатром и пациентом [1, 2]. В «большой» психиатрии это обычно называют врачебной «беседой» или «опросом». В отличие от привычного отечественного синонима «беседа с больным» термин «интервью» подчеркивает наличие у того кто его проводит специальных коммуникативных навыков и умений, а также заранее подготовленного плана его проведения [3, 4]. В отечественной литературе мало описаний по методологии и технологии проведения врачебного психиатрического интервью, хотя это основной инструмент исследования в клинической психиатрии [3, 5-8].

**Цель обзора:** отразить теоретические основы и составить минимальный практический набор навыков лечебно-диагностического интервьюирования в психиатрии.

### Материалы и методы

Для выполнения поставленной цели был осуществлен тематический отбор научных литературных источников как классических отечественных и зарубежных авторов, так и современных [2, 8, 9, 10]. Кроме того, авторы ориентировались на богатый личный опыт интервьюирования, который позволил выбрать и описать наиболее эффективные, практически значимые приемы и методы клинической диагностики в психиатрии в форме психиатрического интервьюирования.

### Результаты и обсуждение

Психодиагностическое интервью можно определить как основанный на межличностном взаимодействии врача и пациента метод получения информации (психопатологические симптомы, особенности личности, внутренняя картина болезни), а так же как способ терапевтической коррекции больного. От других областей медицины психиатрия отличается тем, что опрос используется не только для сбора анамнеза, но и для выявления клинических признаков. В интервью важна техника сбора информации, которая зависит от искусства врача психиатра создавать ситуацию

доверительного контакта, отчего результаты такого клинического обследования могут существенно различаться у разных врачей [11, 12, 13]. Для неспециалиста разговор в интервью может показаться бессистемным, его основная линия ускользает и от больного. А врач, несмотря на внешнюю спонтанность и непоследовательность беседы, имеет определенные цели и четкий план их достижения. Истинная психиатрическая диагностика без непосредственного обследования врачом пациента, т.е. без интервью – проблематична. Поэтому заочные и посмертные заключения о психическом состоянии предполагаемого пациента могут носить характер не более, чем предположительного диагноза [4, 14].

Врачебную беседу не следует вести в форме последовательного опроса в хронологическом порядке и сразу требовать обстоятельных ответов. Опытный врач предоставляет больному возможность высказываться спонтанно и самому выбирать более интересное и важное, особенно в начале интервью. Тогда встреча по форме похожа не на допрос, а на беседу обычных людей. Если выявляется симптоматика психического расстройства, то нужно четкое определение характера симптомов, времени их проявления и факторов, на них влияющих, а затем устанавливается последовательность появления и динамика симптомов. Для каждого комплекса симптомов имеются свои особенности формулирования выявляющих их вопросов. Для целостного представления пациента важно не только оценить психопатологические симптомы, но и выявить здоровые стороны психики и возможности социальной поддержки. В доверительной атмосфере интервью пациенты могут раскрывать темные моменты своей жизни, которых не рассказывают даже своим родственникам. Это накладывает на диагноста повышенную моральную ответственность за конфиденциальность информации [16-19].

Основные факторы, определяющие ход и содержание клинического психиатрического интервью: внешние условия, время, врач и больной.

Врач является главным действующим лицом в проведении психиатрического интервью. Личностные и профессиональные качества врача придают каждой беседе особый фон, определяют взаимоотношения между врачом и больным. У каждого врача складывается свой стиль ведения клинической беседы, определяемый характером, жизненным и профессиональным опытом, личностными

особенностями. В психиатрической клинике врач сам по себе представляет основной диагностический «инструмент». Для эффективного проведения интервью следует выделить профессионально важные психологические качества психиатра, которые поддаются тренировке в процессе профессионального и личностного развития: пластичность в общении (коммуникативность), интуиция, эмпатия, рефлексивность. Коммуникативная пластичность означает умение подстраиваться к миру пациента, учитывая его культурные, религиозные, этнические особенности и актуальное психическое состояние. Важной коммуникативной характеристикой является конгруэнтность поведения, как согласование интонации речи с невербальными сигналами (поза, мимика, жесты, вегетатика). Пластичность и конгруэнтность своего поведения доступны произвольному контролю и развитию [1].

Под клинической интуицией понимается непосредственное диагностическое заключение о больном без последовательного логического обоснования путем неосознанного и автоматизированного обобщения прежнего опыта. Для начинающего врача полезно развивать способность интуиции, обращая специальное внимание на сопоставление первого впечатления о больном с результатами, полученными в конце интервью. Наличие интуиции расширяет профессиональные возможности специалиста [19].

Значение эмпатии определяется тем, что она является необходимым компонентом доверительного диалога – интервью. Эмпатия врача – это постижение эмоционального состояния пациента. Эмпатическая способность в значительной степени врожденна, но ее уровень возрастает с ростом жизненного и профессионального опыта, а также при специальной тренировке. Под рефлексией понимается процесс самопознания человеком своего внутреннего мира, способность к самоотчету и самоанализу психических актов, свойств и состояний. При чрезмерной рефлексии возрастает критичность к себе, снижается самооценка. К профессиональным качествам психиатра относятся и состояние психического здоровья, эмоциональная стабильность. Для достижения понимающего резонанса с пациентом врачу необходимо найти что-то аналогичное в собственных переживаниях. Поэтому психиатрию нельзя выучить по книгам, нужно прочувствовать переживания больного и самому в какой-то степени их пережить, утверждал А. Кемпинский [18]. При этом активируются глубоко скрытые и подсознательные слои психики врача, что предъясняет повышенные требования к его психической саморегуляции и стабильности. Ведь врачу предписано профессией быть с больным не безразличным, не холодным, не с чувством превосходства, а неизменно с участием, дружеской серьезностью и искренним желанием помочь [1, 2].

Больной как фактор, определяющий беседу. Личностные особенности и психическое состояние

больного существенным образом определяют ход и характер интервью. Врач по необходимости ориентируется не только на то, что говорит пациент, но и на то, как он говорит и что он при этом пытается выразить. Часто при первой встрече у больных выявляются трудности в общении, в связном изложении мыслей от повышенной тревожности. По возможности следует успокоить и ободрить больного, ибо такой пациент выдает другую информацию по сравнению с ситуацией, когда врач пассивно слушает и позволяет больному самому «барахтаться в интервью».

В любом случае, контроль хода опроса остается за врачом, которому следует удерживать рамки темы беседы, молчаливых больных стимулировать, говорливых – сдерживать, корректировать нежелательные проявления поведения. Психиатрическое интервью организовывается по определенным правилам, следование которым повышает эффективность. Для этого интервью осуществляется с помощью набора специальных профессиональных приемов и методик, с применением которых психиатр профессионально структурирует беседу с больным и которые можно назвать **психотехнологиями**.

### **Основные техники интервьюирования**

**Техники установления продуктивного контакта.** Встреча начинается с приветствия и представления себя пациенту. Нельзя скрывать цель опроса, представляться непсихиатром. Это противоречит этическим требованиям и закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [19]. Пациент часто спонтанно не раскрывается, в этих случаях лучше начинать с вопроса о его жалобах или о поводе для консультации. Облегчает достижение продуктивного контакта применение техники присоединения, подстраивание к позе, движениям, речи пациента. Присоединение дает двойной результат: отзеркаливание внешнего поведения пациента облегчает врачу его эмпатическое понимание, а еще оказывает влияние на пациента, уменьшая у него ощущение отдаленности, создавая представление, что врач понимает его.

**Техники слушания.** Задавать вопросы и слушать ответы, наблюдая собеседника – основное в интервьюировании. Слушание собеседника может быть различным по степени активности. При пассивном слушании врач дает понять, что он слушает, понимает и готов поддержать больного. Здесь уместны реплики: «да-да,.. ага-ага,.. ну конечно...». Пассивное слушание целесообразно при эмоциональном возбуждении собеседника или в период откровенного спонтанного высказывания больного. Активное слушание применяется для уточнения того, насколько правильно мы понимаем собеседника, а он – нас, т.е. с установлением обратной связи. Обычно для этого используется повторение и обобщение

услышанного и сказанного. Типичные примеры активного слушания: «правильно ли я Вас понял, что ...» или «другими словами, Вы имели в виду...» и т.д. Другой вариант – просить пациента повторить сказанное ему врачом. Обратная связь дает больному возможность понять, как другие воспринимают его поведение, расширяет самовосприятие.

**Технология вопросов.** В психологии различают открытые вопросы и закрытые. В открытых вопросах исключается информация-подсказка для ответов, они дают полную свободу выбора ответа собеседнику. Это такие обращения: «Я Вас слушаю», «Что Вас привело?», «Рассказывайте...» и т.п. Открытые вопросы следует задавать пациентам без острого психоза, разговорчивым, с развитым интеллектом. Закрытые вопросы формулируются так, чтобы получить четкий и конкретный ответ и в выраженной форме требуют ответов «да» или «нет». При ограниченном времени беседы, при психозах, при низком интеллекте предпочтительнее более закрытые вопросы.

Вопросы врача могут оказывать суггестивное влияние на содержание ответов пациента. Эрнст Кречмер [20] выделял 4 степени суггестивности вопросов: нейтральные, альтернативные, пассивно суггестивные и активно суггестивные. Примеры вопросов: нейтральный – «Что бы Вы могли рассказать?»; альтернативный – «У Вас есть бессонница или нет?»; пассивно суггестивный – «У Вас есть бессонница?»; активно суггестивный – «Не правда ли, у Вас есть бессонница?». Диагносту полезно учитывать и контролировать возможное влияние суггестивности своих вопросов на ответы пациента.

**Технология паузы и молчания.** Если во время беседы возникает пауза, молчание, то этот эпизод может иметь различный смысл и значение. Во-первых, во время молчаливой паузы продолжается невербальная коммуникация собеседников, а во-вторых, происходит интерпретация и осмысление прошедшего, текущего и предстоящего времени беседы во внутреннем диалоге. Кроме этого, значение молчания зависит и от того, в начале, середине или в конце беседы оно возникает, привнося ожидание, тревогу или чувство неопределенности. Поэтому молчание может быть определено как эффективная технология сбора информации и психологического воздействия на пациента [21].

Технология интерпретации заключается в том, что врач задает новые рамки видения ситуации пациента, дает альтернативное восприятие его реальности, объясняет логические следствия его мышления и поведения.

**Технология использования юмора.** Юмор – это эмоциональная реакция, которая превращает потенциально отрицательную эмоцию в ее противоположность, в источник положительной эмоции. Тактичное использование юмора может помочь больному вновь обрести более «широкий взгляд»

на вещи. Иногда «несерьезным» подходом можно ослабить имеющееся напряжение и помочь пациенту лучше увидеть открывающиеся перспективы. В качестве средств, с помощью которых можно адресоваться к чувству юмора больного во время интервью, уместно применять ироническое освещение ситуации или проблемы, анекдот как метафору, юмористическое самораскрытие, юмористическую конфронтацию и другие способы [22]. Критерием, отличающим юмор, который может быть полезным, является смех не над больным, а вместе с ним над его заблуждениями, иллюзиями, поступками, действиями. Это тонкая техника, которая нуждается в филигранном исполнении. Больной должен сохранять постоянное ощущение, что врач относится к нему с уважением и любовью. Без этого будет впечатление, что врач высмеивает самого пациента. Поэтому данную психотехнологию следует применять осторожно, только врачу с достаточным клиническим опытом.

**Технология тактильного общения** – это способ общения и взаимодействия людей посредством чувства осязания. Тактильный контакт является составной частью невербальной межличностной коммуникации. К средствам тактильного контакта относятся: прикосновения, рукопожатия, поглаживания, похлопывания, объятия, поцелуи, и т. п. При тактильном контакте имеет значение вид контакта, место приложения, его длительность и интенсивность. С помощью тактильной коммуникации человек может оказать поддержку, привлечь внимание, выразить своё отношение к собеседнику, наладить контакт, но также может вызвать отрицательные эмоции. Прикосновением можно продемонстрировать эмоциональную поддержку и свое отношение. Чтобы прикосновение давало профессиональный эффект, оно должно быть спонтанным и искренним. При адекватном использовании в процессе интервью тактильный контакт является эффективным инструментом невербальной коммуникации.

**Техника совета.** Под советом понимается пожелание пациенту общей идеи о том, как действовать, думать, вести себя. Квалифицированное и умеренное предоставление советов дает пациенту полезную информацию, способствует достижению им желаемого результата. Однако, если совет навязывается, то он и не выполняется. А если советов дается много, то они могут восприниматься как чрезмерное психологическое давление и доминирование со стороны врача. Хотя у врача может сложиться иллюзорное представление об эффективности своей работы по количеству советов [3]. Директива (указание). Директива – это тоже пожелание, совет, но поданный в более императивной форме. При этом пациенту ясно указывается, что предпринять, какое конкретное действие от него ожидается. О том, как воспринята директива, можно выяснить с использованием обратной связи.

Технология завершения интервью и отсоединения. В конце беседы следует уделить несколько минут завершению интервью. Если по окончании беседы резко обрывается консультативный контакт, то и врач, и пациент испытывают дискомфорт. Оба переживают ощущение разрыва. Поэтому процессу отсоединения важно уделять такое же внимание, как и присоединению. Обычно отсоединение производится в обратной последовательности: отсоединение глазного контакта, позой и в последнюю очередь вербально.

Конечно, здесь описана только часть техник, используемых в мировой практике психиатрического интервью. У каждого врача свой стиль и может быть свой набор технологий. Но структурирование является важной и обязательной частью любой врачебной беседы.

### Структурирования интервью

На основании анализа литературы [1, 4] и собственного клинического опыта авторов выделим следующие этапы:

1-й этап: установление человеческого контакта и доверительных отношений. Используются техники раппортного присоединения, предъявления врачом себя, предоставление гарантий конфиденциальности. Выявляются мотивы обращения к психиатру, здесь активность и инициатива полностью на стороне врача. Этот этап самый важный и трудный, ибо здесь происходит не только оценка врачом пациента, но и оценка им врача, сравнение с его ролевыми ожиданиями, что определяет успех всего интервью.

2-й этап: оценка психического состояния пациента. Врач применяет техники активного и пассивного слушания, наблюдая за вербальным и невербальным поведением собеседника. Важно создавать возможность для спонтанных высказываний пациента, когда выявляются неожиданные факты, которые невозможно было бы выявить при ответах на задаваемые врачом вопросы. После свободного изложения больным своих проблем врач задает вопросы, позволяющие уточнить диагностическую и прогностическую оценку выявленных симптомов [22]. Этот этап завершается, когда у врача складывается определенное диагностическое заключение.

3-й этап: разработка плана возможного дальнейшего обследования и лечения. Помощь пациенту в принятии этого плана, достижение максимально возможного комплаенса. Цели этого этапа достигаются, если получено «информированное согласие» пациента на проведение дальнейшего обследования и лечения.

4-й этап: окончание интервью, обсуждение с пациентом итогов беседы. В это время больной может дать важную для врача информацию. В конце применяется технология отсоединения, которая осуществляется, как и присоединение, только в обратной последовательности.

### Заключение

Клиническое интервью представляет собой основную диагностический и психотерапевтический инструмент врача психиатра, а особенно – психотерапевта, и от искусства его проведения в значительной степени зависит клиническая эффективность врача. Профессиональную эффективность интервью следует оценивать по двум параметрам. Во-первых, оценивается, насколько полученная в процессе интервью информация о больном структурируется в диагностическую концепцию, дающую основание для прицельного обследования и лечения. С другой стороны, оценивается то, насколько больной принял концепцию врача, т.е. по качеству пациентского комплаенса [4, 14].

### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action.* World Health Organization. Geneva; 2013. 110 p.
2. Sullivan H.S. *The Psychiatric Interview.* W.W. Norton & Company, Inc.; 1970. 232 p.
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. М.: МЕДпресс информ; 2008. 528 с. [Mendelevich V.D. Psihiatricheskaya propedevtika. M.: MEDpress inform; 2008. 528 p. (In Russ., English abstract)].
4. *Психиатрия: национальное руководство.* Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 1000 с. [Psihiatriya: nacional'noe rukovodstvo. Pod red. T.B. Dmitrievoy, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.Ya. Semke. Moscow: GEHOTAR-Media; 2009. 1000 p. (In Russ., English abstract)].
5. Фарелли Ф., Брандсма Д. *Провокативная психотерапия.* Пер. с англ. Екатеринбург: Екатеринбург; 1996. 216 с. DOI: 18BX 5-88464-027-7. [Farelli F., Brandsma D. *Provokativnaya psihoterapiya.* Per. s angl. Ekaterinburg: Ekaterinburg; 1996. 216 p. (In Russ., English abstract). DOI: 18BX 5-88464-027-7].
6. Хритинин Д.Ф. *Предмет и задачи психиатрии. Классификация психических расстройств. Организация психиатрической помощи в России. Закон о психиатрической помощи.* Лекции по психиатрии и наркологии. М.: Издательство БИНОМ; 2015. 5-27. [Khritinin D.F. *Predmet i zadachi psihiatrii. Klassifikatsiya psicheskikh rasstrojstv. Organizatsiya psihiatricheskoj pomoshchi v Rossii. Zakon o psihiatricheskoj pomoshchi.* Lekcii po psihiatrii i narkologii. Moscow: Izdatel'stvo BINOM; 2015. 5-27. (In Russ., English abstract)].
7. Ягнюк К.В. *Анатомия терапевтической коммуникации. Базовые навыки и техники.* Учебное пособие. М.: Когито-Центр; 2014. 166 с. [Yagnyuk K.V. *Anatomiya terapevticheskoy kommunikatsii. Bazovye navyki i tekhniki.* Uchebnoe posobie. Moscow: Kogito-Centr; 2014. 166 p. (In Russ., English abstract)].
8. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. *Психиатрия:* Учебник. М.: Медицина; 2000. 554 с. [Zharikov N.M., Tyulpin Yu.G. *Psihiatriya:* Uchebnik. Moscow: Medicina; 2000. 554 p. (In Russ., English abstract)].
9. Менделевич В.Д. *Психиатрическая пропедевтика:* Практическое руководство для врачей и студентов. М.: ТОО «Техлит», «Медицина»; 1997. 496 с. [Mendelevich V.D. *Psihiatricheskaya propedevtika:* Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachej i studentov. Moscow: TOO «Tekhilit», «Medicina»; 1997. 496 p. (In Russ., English abstract)].

10. Bleuler E. *Руководство по психиатрии*: Пер. с нем. Ре-принтное издание; М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации; 1993. 573 с. [Bleuler E. *Rukovodstvo po psihiatrii*: Per. s nem. Reprintnoe izdanie; M.: Izdatel'stvo Independent Psychiatric Association; 1993. 573 с. (In Russ., English abstract)].
11. Sanchez-Villegas A., Schlatter J., Ortuno F. et al. Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 43.
12. Ventura J., Liberman R.P., Green M.F. et al. Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCIDI/P). *Psychiatry Res*. 1998; 79: 163-73.
13. Beck S.M., Perry J.C. The definition and function of interview structure in psychiatric and psychotherapeutic interviews. *Psychiatry*. 2008; 71(1): 1-12. <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.2008.71.1.1>
14. Айви А.Е., Айви М.Б., Саймон-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Пер. с англ. М.; 1999. 487 с. [Ayvi A.E., Ayvi M.B., Sajmon-Dauning L. *Psihologicheskoe konsultirovanie i psihoterapiya*. Per. s angl. Moscow; 1999. 487 p. (In Russ., English abstract)].
15. Williams J.B., Gibbon M., First M.B. et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Archives of general psychiatry*. 1992; 49: 630-6.
16. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M. et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 2002.
17. Stanghellini G. The grammar of the psychiatric interview. A plea for the second-person mode of understanding. *Psychopathology*. 2007; 40: 69-74.
18. Кемпинский А. *Экзистенциальная психиатрия*. М.-СПб.: Университетская книга, Совершенство; 1998. 320 с. [Kempinskiy A. *Ekzistencialnaya psihiatriya*. M.-SPb.: Universitetskaya kniga, Sovershenstvo; 1998. 320 p. (In Russ., English abstract)].
19. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. От 2 июля 1992 года № 3185- I [Zakon o psihiatricheskoy pomoshchi i garantiyah prav grazhdan pri ee okazanii. Ot 2 iyulya 1992 goda № 3185- I (In Russ., English abstract)].
20. Кречмер Э. *Медицинская психология*: Пер. с нем. СПб.; 1998. 232 с. [Krechmer E. *Medicinskaya psihologiya*: Per. s nem. SPb.; 1998. 232 p. (In Russ., English abstract)].
21. Красильников Г.Т. *Многозначность феномена молчания. Психотерапия*. 2013; 6: 102-104. [Krasilnikov G.T. *Mnogoznachnost fenomena molchaniya. Psihoterapiya*. 2013; 6: 102-104. (In Russ., English abstract)].
22. Жариков Н.М., Хритинин Д.Ф., Лебедев М.А. *Методы обследования психически больных. Справочник по психиатрии*. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство»; 2014. 31-72. [Zharikov N.M., Khritinin D.F., Lebedev M.A. *Metody obsledovaniya psihicheski bol'nyh. Spravochnik po psihiatrii*. Moscow: ООО «Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agentstvo»; 2014. 31-72. (In Russ., English abstract)].
23. Макаров В.В. *Психотерапия нового века*. М.: Академический Проект; 2001. 496 с. [Makarov V.V. *Psihoterapiya novogo veka*. Moscow: Akademicheskij Proekt; 2001. 496 p. (In Russ., English abstract)].

Поступила / Received 16.04.2018

Принята в печать / Accepted 25.05.2018

*Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов/ The authors declare no conflict of interest*

**Контактная информация:** Шулькин Леонид Маркович; тел.: 8(861) 268-22-14, +7 (918) 414-05-32; e-mail: shulkin\_m@mail.ru; Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Красная, д. 1.

**Corresponding author:** Leonid M. Shulkin; tel.: 8(861) 268-22-14, +7 (918) 414-05-32; e-mail: shulkin\_m@mail.ru; 1, Krasnaya str., Krasnodar, Russia, 350063.