05

Original file

5. **Klinické diagnostické metody – pozorování (1), diagnostické interview (2), objektivní a subjektivní anamnéza (3). Strukturované klinické rozhovorové metody (4).**

**Klinické metody **

- zaměřují na celek a hloubku zkoumané osobnosti, její složitý psychický stav

- jsou orientovány na poznání konkrétního individua v jeho celistvosti a jedinečnosti -

- nejsou psychometricky podloženy, mají **kvalitativní charakter**

- **idiomotorický charakter** – orientace na poznání konkrétního jedince

- východiskem je **fenomenologie**: sledujeme jen to, co je přímo pozorovatelné

- testové metody = odpovědi na dílčí otázky týkající se osobnosti

X klinické metody = **celkový obraz**

- cílem je **vytváření hypotéz** a teorií, snaha porozumět

Klinické (netestové) metody:

1. anamnéza, pozorování , rozhovor , analýza spontánních produktů

1 Pozorování

je **záměrné, cílevědomé a plánovité** sledování smyslově vnímatelných jevů. Jedna z nejběžnějších a nejdůležitějších metod v psychodiagnostice. Sledování vnějšího vzhledu a projevů jedince je **nedílnou součástí každého vyšetření** a především diagnostického rozhovoru.

Přednosti: - komplexnější vyšetřovací metoda než testy,

- vhodné pro individuální práci, může poskytnout mnoho informací o VO,

- nepotřebujeme žádné pomůcky - nejpřirozenější diagnostická metoda

Dle způsoby pozorování:

Rozlišujeme mezi **chováním** a **prožíváním**. Zatímco chování můžeme pozorovat zvnějšku, prožívání zahrnuje vnitřní pocity a myšlenky, k nimž má přístup výhradně dotyčný člověk ⇒ vnitřní prožívání je přístupné bádání díky informacím daného člověka.

**a) Extrospekce **(pozorování druhých)- zaměřené na vnější projevy- na *chování*.

Jsme omezeni přítomností, umožňuje zachytit jen vzhled nebo chování, nelze pozorovat city, ale jen jejich projevy

**b) Introspekce **(sebepozorování)- zaměřeno dovnitř, k subjektivnímu *prožívání*.

Hraje velkou roli při vyšetření klienta, protože ke zjištění pocitů a představ ne přímo pozorovatelných z funkčních poruch, ale i patologických jevů jako jsou *halucinace a bludy*, jsme zcela odkázáni na introspekci pacienta.

Dle metody pozorování:

1. Pozorování volné (orientační) – pozorovatelova pozornost je upoutána nějakým jevem, rysem, nápadností jednání; pozorování je bezděčné, nepodléhá pravidlům, není vymezen předmět pozorování; ví se, že se má pozorovat, ale neví se, co se má hledat, čeho si všímat

- *výhody*: Možnost všimnout si nějakého nápadného jevu (např. čím se jedinec vyčleňuje z normy), zorientovat se ve fenoménu, který chceme později podrobněji zkoumat.

- *nevýhody*: Mohou plynout z nestrukturovanosti- zahlcení, dezorientace v datech

**2. Pozorování zaměřené (systematické, kontrolované) **– omezeno a řízeno předem stanoveným plánem

- výhody: Jasně daná struktura, plán, lepší možnost srovnání ZO mezi sebou, lepší uchopení jevu…

Dle časového hlediska:

a) Krátkodobé

b) Dlouhodobé

Pozorování v psychodiagnostice:

a) pozorování chování klienta **během psychologického vyšetření**

b) pozorování **jako samostatná diagnostická metoda**

(např. metoda tzv. nepozorovaného pozorování – subjekt neví, že je pozorován - jednosměrné zrcadlo kombinované s elektrickým přenosem zvuku, videozáznamy)

Pozorování jako exaktní diagnostická metoda:

**a) plánovitost **– předem stanovený plán, obsah a postup pozorování

**b) systematičnost **– probíhá soustavně, dlouhodobě, v přesně určených časových proporcích

**c) přesnost, objektivnost **– předem vymezené kritérium posuzování, způsob registrace, nezávislost na osobě pozorovatele (možnost korelování pozorování dvou nebo více pozorovatelů)

Postup pozorování:

Stanovit si, co, proč a jak chceme pozorovat → vlastní pozorování (popis a registrace urč. jevů) → analýza získaných dat → interpretace pozorovaných jevů.

Zaměřujeme se na:

- **vzhled a tělesné charakteristiky** (stavba těla, fyziognomie, výraz tváře, způsob účesu, oblékání, způsob držení těla, rukou apod.)

- **motorika, tělesná aktivita** (jednání, prvky neverbální komunikace)

a) mimika (výrazy v obličeji)

b) pantomimika (pohyby celého těla, jeho držení)

c) gestika (pohyby rukou a paží)

d) orientaci

- chování k vyšetřujícímu prozradí sociální postoj k dospělým a autoritám (např. zpočátku bývá dítě obvykle pasivnější, postupně se uvolní)

- řečové projevy – množství a rychlost slovní produkce, její formální úroveň (spisovná řeč, nářečí, slang), intonace, hlasitost, slovní zásoba, utíkání od tématu, mlčení atd.

- afektivitu – celkové ladění (pozitivní, negativní), uvolněnost, radostnost, úzkost, projevy emocí (fyziologické projevy- blednutí, pocení atd. , intenzita, jejich ovládání)

- celkový dojem (odlišit první dojmy od dojmů z celkového vyšetření a spolupráce)

Podoby pozorování:

1. Pozorování chování

V rozhovoru musíme spoléhat na informace, které nám klient sdělí, ovšem ty jsou nevědomě či vědomě mnohdy zkreslené - filtrované vnímáním, zkušeností, zvládáním. Alkoholik např. může tendovat k uvádění nižší denní spotřeby, protože se stydí či odmítá problém. Během pozorování spoléháme sami na sebe.

2. Pozorování v přirozeném prostředí

Např. sledování dítěte doma či ve škole. Získáme informace o environmentálních a sociálních vlivech i o problematickém chování.

//nevýhody- //zdlouhavost, je to drahé, porušení důvěrnosti, lidé své chování modifikují, protože vědí, že jsou pozorování (=reaktivita), malý záběr chování, jež nemusí být typické, možná předpojatost pozorovatele

3. Sebeposouzení

Klient dostane instrukce jak se objektivně posuzovat a zaznamenávat své chování. Vedou si diář, zaznamenávají tam, své chování, priority a myšlenky, jež při něm měli. Používá se u poruch příjmu potravy, poruch spánku, kouření, úzkostných symptomů. Sebeposouzení může být i technikou léčby (pokud pacient musí zapisovat, co a kolik snědl, rozmyslí si, zda si dá vysoce kalorickou pochoutku.

nevýhody – neochota klienta provádět sebeposouzení, pocit zahanbení a odmítání

4. Kontrolované pozorování

V řízeném a důvěrném, prostředí simulujeme problémové chování, kterého se klient chce zbavit

Druhy kontrolovaného pozorování:

-stresový rozhovor- např. při přijímacím pohovoru požádáme uchazeče, aby otevřel zašroubované okno (pěkná pi*ovina…)

- použití skupin bez vůdce – požádáme je, aby řešily problém

- hraní rolí – požádáme např. pacienta, který je málo asertivní ve styku s rodinou, aby sehrál roli, kdy matce říká, že nebude doma na Vánoce atd.

Pozorovatel:

Pozorování je vždy ohroženo subjektivitou, která snižuje validitu pozorování.

Požadavky na pozorovatele jsou:

- schopnost přesných odhadů (porovnání subjektivního úsudků a objektivních záznamů), schopnost koncentrace pozornosti, oproštěnost od předsudků, zaujatosti a od návyku interpretace…

- autostereotyp (vnímání vlastní skupiny nebo i sebe samého (často pozitivní) a

- heterostereotyp (subjektivní stereotyp vnímání cizí skupiny nebo jednotlivců (často kritické až negativní)

2 Rozhovor

Je to dobře naplánovaná a promyšlená konverzace. Slouží k získání informací, které psychologovi umožní vytvoření pracovních hypotéz o problému a navržení možností řešení.

- informace o názorech, postojích, přáních a obavách klienta

- hlavním nedostatkem je jeho časová náročnost

- hlavně sbírání faktů, studování vztahů a zkoumání hypotéz

- cílem rozhovoru je diagnostika, navázání počátečního kontaktu nebo prohloubení intimní atmosféry.

- Je ale důležité si uvědomit rozdíly mezi diagnostickým, terapeutickým nebo pedagogickým rozhovorem

Z hlediska cíle existují rozhovory:

- Diagnostický

- Terapeutický

- Anamnestický

- Výzkumný

- Poradenský či výběrový

Součásti rozhovoru je: kladení relevantních otázek, pečlivé poslouchání odpovědí, pozornost vůči chybějícím a rozporuplným informacím, pozorování neverbálního vyjadřování, vytváření hypotéz a vyloučení alternativních hypotéz.

Získání objektivních dat:

1) Klient musí být schopen na otázky odpovědět (porozumění, paměť)

2) Klient musí být ochoten odpovídat

3) Tazatel musí být schopen vyčlenit ze subj. výroků klienta objektivní data

typy rozhovorů

1.Úvodní přijímací rozhovor (účel-pochopit pacientovy symptomy a obavy, doporučit léčbu, určit, zda ji terapeut bude schopen provádět)

2. Rozhovor pro stanovení psychického stavu (předběžné informace o pravděpodobných psychiatrických diagnózách, další nasměrování pro hodnocení a léčbu, obsahuje mj. vyšetření a pozorování vzhledu, charakteristik řeči, nálady, myšlen. procesů, vhledu,

úsudku, pozornosti, paměti, orientace)

3. Rozhovor v průběhu krize (zejm. na linkách důvěry, pohotovostech, ale i jinde); je třeba dostat se rychle k jádru problému a pohotově rozhodnout; zjistit riziko poškození sebe či druhých, určit, zda nebyla požita smrtelná dávka drog či alkoholu; větší direktivita, klid, instrukce co má klient dělat (vyvolání zvracení apod.)

4. Diagnostický rozhovor (účelem je jasně pochopit pacientovu diagnózu. DSM-IV nebo MKN 10. DSM – 5 os: I-přítomnost klinických syndromů, II – potenciální osobnostní poruchy, III-fyzické a medicínské problémy, IV – psychosociální stresory, V – celkové hodnocení fungování)

5. Strukturovaný rozhovor - vedeny snahou zvýšit reliabilitu a validitu klinických rozhovorů - př. strukturovaný klinický rozhovor pro DSM-IV (SCID-I, SCID-II) – nejběžnější

Cílem je získat diagnózu, zjistit, zda se pacient hodí pro specifický druh léčby. Obvykle se používá rozvětvené rozhodování – pokud klient na jednu otázku odpoví ano, následuje série doplňujících otázek, pokud ne, jsou otázky přeskočeny.

6. Rozhovor s využitím počítače - administrování komplexních a efektivních strukturovaných rozhovorů

7. Závěrečný rozhovor - vyhodnocení efektivity léčby, usnadnění přechodu pacienta do další terapeutické fáze, poskytnutí pocitu ukončení terapie

**8. Larvovaný rozhovor **– vyšetřovaná osoba si de facto neuvědomuje, že od ní získáváme záměrným způsobem informace

**9. Stresový rozhovor **– ve forenzní psychologii; vyšetřovaná osoba hovoří zároveň se skupinou examinátorů, kteří na ni působí často protikladně nebo záměrně ruší její pozornost.

V **přímém rozhovoru** je kladen důraz na obsah výpovědi, v **nepřímém rozhovoru** je kladen důraz na jiné aspekty výpovědi.

Neřízené – respondent má volnost ve výběru tématu, rozhovor není předem programován

Řízené – examinátor organizovaným způsobem získává informace o zkoumané osobě; Má několik variant lišících se mírou standardnosti:

►**strukturovaný** (standardizovaný)

- otázky, jejich pořadí a formulace jsou ustáleny, určitá volnost při kladní otázek musí být předem specifikována

- užívá rozhovorových schémat, která byla předem připravena, aby získala potřebné informace

►**nestrukturovaný** (nestandardizovaný) = volný

- je více pružný a otevřený, obsah, pořadí a formulace otázek závisí na pozorovateli, obvykle se neužívá žádného schématu

►**polostrukturovaný**

- záměr a cíl je jasně stanoven, ale uvolněná taktika jeho vedení, není nutné dodržovat pořadí a formu otázek

- tazatel může použít náhradní otázky pro jednotlivé respondenty a pro jednotlivé zvláštní otázky

Fáze rozhovoru

1. Úvodní fáze (navázání kontaktu, motivování klienta, vytvoření atmosféry). Úvodní otázky mají odstranit obavy z rozhovoru.

**2. Jádro rozhovoru **– cílem je získat maximum diagnostických informací, otázky mají tvořit urč. tématický celek. Vliv má nejen obsah otázek, ale taky jejich řazení. Řazení může mít podobu trychtýře __(od obecného ke konkrétnímu) nebo __obráceného trychtýře

a) od obecnějších problémů ke konkrétním údajům

b) od jednotlivostí k obecnějším výpovědím

c) od běžných a méně osobních údajů k více intimním tématům (progresivní technika)

d) diagnosticky relevantní otázky se prokládají více položkami, které nemají emocionální náboj a na které klient odpovídá bez rozpaků nebo obranných mechanismů

3. Závěr rozhovoru – uvolňuje se možná tenze, má dojít k potvrzení dobrého stavu mezi tazatelem a klientem

- Nutná je registrace rozhovoru buď během jeho trvání (působí rušivě) nebo vzápětí poté, je třeba se zaměřit na neverbální projevy, na to zda se shodují s verbální produkcí (v následném záznamu však zachytíme asi jen 40% info)

3 Anamnéza

(řecky *anamnesis = rozpomínání*)

Zjišťování údajů z minulosti jedince (trvalejších vlastností), které vedou k poznání osobnosti a pomáhají vysvětlit současný stav. Je snímána metodou řízeného rozhovoru, během nějž činíme zároveň podrobný zápis. Při snímání anamnézy, je dobré dodržovat taktická pravidla platná pro rozhovor (diskrétnost, důvěra apod.).

Osobní anamnéza

a) Autoanamnéza - subjektivní anamnéza – zdrojem informací je subjekt sám; může mít formu autobiografie (vlastního životopisu, napsáno volně nebo podle předem daných bodů; nízká validita, ale u volného psaní zajímavý výběr témat; vhodné pro dospívající)

**b) Heteroanamnéza - objektivní anamnéza **– informace podávají jiní lidé, příp. různé záznamy a zprávy

Oba druhy mohou být zatíženy zkreslením vyplývajícím z nepřesností vzpomínky, z neschopnosti vybavit si vzpomínku a z ochoty vzpomínku sdělit.

-Medicínská anamnéza je zaměřena hlavně na patologické projevy a vývoj, zjišťuje prodělané nemoci v příbuzenstvu i u klienta samotného.

- Psychologická anamnéza zjišťuje vývoj osobnosti jako celku a zaměřuje se na okolnosti, kt. vývoj osobnosti mohly ovlivňovat. Probíhá formou rozhovoru:

Anamnéza se zaměřuje na tyto okruhy:

- rodinně anamnestické údaje - somatické zdraví

- nukleární rodina- emocionální vývoj

- sourozenci- vývoj postojů k hodnotám

- prenatální období a porod- vývoj sociálních vztahů

- raný vývoj- návyky

- výchovné potíže, poruchy chování- pracovní vývoj

- další vývoj- eroticko-sexuální vývoj

- scholarita- další……

- výchovné potíže, poruchy chování

- vývoj abnormních, hraničních a patických jevů

V anamnéze rozlišujeme tzv. **tvrdá fakta** (údaje ze života dítěte, kt. mají objektivní platnost a jsou ověřitelné – datum narození, nemoci atd.) a **měkká fakta** (údaje, kt. podléhají subjektivnímu zkreslení – názory na povahu dítěte).

__Anamnestické údaje členíme na: __

a) **biologické** (sourozenci, nemoci, biologický vývoj)

b) **psychologické **(vztahy, výchovný styl, psychologický vývoj)

c) **sociologické **(bytové podmínky, místo bydliště)

Anamnestické údaje se objektivizují vzájemným srovnáváním dat auto- a heteroanamnézy, a srovnáváním s tzv. tvrdými daty a s výsledky jiných psychodiagnostických postupů.

4 Strukturované klinické rozhovorové metody

Raport

- positivní, na důvěře a respektu založený, akceptující a vstřícný pracovní – profesionální vztah

- je předpokladem terapie; zahrnuje techniky: **facilitace **(forma verbální i neverbální komunikace, kt. čl. povzbuzuje), **akceptace **(vyjádření, že klienta bereme na vědomí, že posloucháme), **technika podpory a ujištění **(odstraňuje zábrany, skýtá povzbuzení a oporu); zásady vytvoření raportu:

1. soustředění veškeré pozornosti na pacienta (nevyrušování),

2. udržování kontaktu (očního, absence fyzických bariér)

3. aktivní naslouchání

4. psycholog není kritický a nedělá soudy při interakci s pacientem

5. snaha o respekt, empatii, upřímnost, akceptaci, profesionalitu

Aktivní naslouchání - vnímat sdělení druhého, jeho obsah i pocity, jež za ním stojí, všímat si nevyřčeného; jde o aktivní naslouchání, kt. zahrnuje:

Technika jednoduché akceptace- vyjádření, že klienta posloucháme, bereme na vědomí (motivační charakter)

- verbální přitakávání, mimické i pantomimické projevy

Techniku zachycení a objasnění- zachycujeme podtext řečeno a objasňujeme pocity a skryté úmysly klienta (Rodič: „Ten náš kluk je ale nešikovný." Ψ na to: „Myslíte, že je spíše studijní typ?")

__*Techniku parafrázování* __- opakujeme část odpovědi klienta, což slouží k udržování hovoru

(Klient: „Hádáme se s bratrem každý den." Ψ: „U vás doma asi moc klidu není, viď?")

Technika interpretace – shrnují se a interpretují odpovědi klienta

(Klient: „Moje sestra se hádá s mým bratrem. Mám sestru rád, ale nerad vidím, když ubližuje bratrovi." Ψ: „Domnívám se, že máš silnější vztah k bratrovi.")

Technika ujištění- pomáhá odstraňovat zábrany, nabízí povzbuzení a oporu

- ψ: „Není tvojí vinou, že ses dostal do této situace, zkus mi však o tom povědět více."

Technika používání pomlk- pauzy jsou důležitou součástí rozhovoru, možnost přemýšlet a formulovat otázku odpověď; ticho někdy provokuje produkci klienta, u dětí ale používat sporadicky

Další zásady:

Technika kladení otázek - nechceme odpověď ano/ne, ale souvislou odpověď, otázky přímé, nepřímé, projektivní

(Přímé otázky mohou někdy mít sugestivní účinek. Musíme se jim vyhýbat. Místo otázky „Je vám špatně?" je lepší položit otázku „jak se cítíte?". Další chybou jsou příliš složitě formulované otázky.)

//Efektivní komunikace //- nemluvit odborně, ale jazykem klienta, požádat o objasnění nejasnosti.

//Pozorování chování //- neverbální komunikace. poskytuje cenné informace

Kladení správných otázek - pro to je třeba znát psychopatologii a lidské chování, mít zkušenost; patří mezi ně otázky po trvání, vážnosti a pacientovu vnímání etiologie problému, otázky vztahující se k nebezpečnému chování (sebevraždy apod.); technika používání pomlk, jež bývá nedílnou součástí vedení rozhovoru, dává možnost domyslet a zvážit, co bylo vysloveno, někdy provokuje další produkci

Rozhovor s dítětem má svá specifika: s dětmi můžeme hovořit o samotě i v přítomnosti rodičů. Účel rozhovoru má být dítěti vysvětlen, celá situace má být přizpůsobena zvláštnostem daného věku. Mladším dětem tykáme, starším nabídneme vykání. Věku přizpůsobujeme i téma hovoru a slovník. S technikou mlčení šetříme. Významná je také neverbální složka rozhovoru. Vhodné je postupovat od snazších otázek k obtížnějším tématům.