Тема 5. Діагностична бесіда, клінічне інтерв'ю, спостереження та оцінка психічного статусу

План лекції

5.1. Діагностична бесіда: контакт, анамнез, скарги, структуроване, напівструктуроване й вільне інтерв'ю

5.2. Клінічне інтерв'ю та оцінка психічного статусу: зовнішній вигляд, мовлення, афект, мислення, увага, пам'ять, критичність

5.3. Спостереження за фіксованою схемою, невербальні сигнали, питання про суїцид, помилки інтерв'юера й контроль упереджень

Література: [9, 14, 15, 16, 20, 22]

5.1. Діагностична бесіда: контакт, анамнез, скарги, структуроване, напівструктуроване й вільне інтерв'ю

Діагностична бесіда є цілеспрямованою професійною взаємодією, метою якої є отримання інформації про скарги, історію розвитку проблеми, життєвий контекст і ресурси особи, а також формування терапевтичного альянсу. На відміну від звичайного спілкування вона має попередньо визначену мету, структуру, правила фіксації інформації й критерії інтерпретації. У практиці кризової, військової, рятувальної та клінічної психології бесіда лишається основним інструментом первинної оцінки, оскільки вона дає контекст, який не можна отримати стандартизованими шкалами [9; 14].

Контакт як передумова валідності інформації досягається через створення безпечної атмосфери: представлення фахівця, пояснення мети й меж конфіденційності, визнання права особи не відповідати на питання, нейтральна й доброзичлива інтонація, відповідність темпу мовлення стану співрозмовника. Поведінкові навички інтерв'юера охоплюють активне слухання,

перефразування, відображення почуттів, узагальнення, відкриті запитання, які спонукають до розгорнутої розповіді, і закриті, що уточнюють факти [20].

Окрему увагу приділяють формулюванню запитань. За типом запитання розрізняють відкриті (розповідь), закриті (так/ні, факт), уточнювальні (частота, тривалість, вплив), шкальні (оцінити від 0 до 10), гіпотетичні та підсумкові. Типові дефекти формулювань: подвійні запитання («Як ви спите й харчуєтеся?», що змішує дві ознаки), навідні запитання («Вас, мабуть, мучать кошмари?»), запитання з жаргоном або діагностичними термінами, надто довгі запитання. Для частих тем доцільно застосовувати стандартні формулювання, що забезпечують порівнянність між обстеженнями [16].

Структуру бесіди будують за принципом «воронки»: від відкритих запитань («розкажіть про те, що вас турбує») до дедалі конкретніших та закритих, що уточнюють частоту, тривалість і вплив симптому. Мотиваційне інтерв’ювання (В. Міллер, С. Роллнік) пропонує чотири базові прийоми: відкриті запитання, схвалення сильних сторін, рефлексивне слухання та підсумки. Додаткові відомості збирають від інформаторів (командири чи керівники, родичі, колеги) лише за згодою особи. Ці відомості розглядають як окреме джерело, що зіставляють із самозвітом.

У часовому вимірі структура діагностичної бесіди охоплює п’ять етапів: початок (знайомство, мета, правила); збір скарг (головна скарга власними словами досліджуваного); уточнення (початок, перебіг, провокувальні чинники, вплив на функціонування); анамнез (життєвий, сімейний, соціальний, професійний, медичний, досвід вживання речовин, попередня допомога); завершення (підсумок, питання особи, домовленості). Особливе місце посідає оцінка функціонування: сну, апетиту, працездатності, стосунків, соціальної активності.

Окремо фіксують історію теперішнього стану: вона послідовно описує початок симптомів (дата, подія-тригер), перебіг (постійний, епізодичний, наростання), провокувальні й полегшувальні чинники, вже отримане лікування

та його ефект, вплив на сон, роботу, стосунки та самообслуговування. Первинне інтерв'ю триває орієнтовно 45–60 хвилин, повторні – 20–30. Для кризових умов застосовують скорочену схему з пріоритетом безпеки й потреб.

За ступенем структурованості розрізняють три формати. Вільна бесіда надає максимум гнучкості й залежить від досвіду діагноста. Вона придатна для первинного налагодження контакту, але має низьку міжекспертну узгодженість. Напівструктуроване інтерв'ю містить обов'язкові теми й питання, але допускає варіювання послідовності та уточнення. Воно збалансовує стандартизацію й гнучкість. Повністю структуроване інтерв'ю передбачає фіксовані питання й порядок, що забезпечує високу відтворюваність.

Структуровані й напівструктуровані інструменти відрізняються призначенням: MINI забезпечує швидку підтверджувальну діагностику після скринінгу, SCID-5 – діагностику за критеріями DSM-5, CAPS-5 – діагностику посттравматичного стресового розладу, шкали Гамільтона та Монтгомері–Осберг – оцінку вираженості депресивної симптоматики інтерв'юером. Основні інструменти наведено нижче. Для діагностики в екстремальних професіях і кризових службах структуровані інтерв'ю доповнюють скринінговими шкалами, які дають швидку попередню відповідь про потребу в поглибленій оцінці [14].

Міжекспертна узгодженість структурованих інтерв'ю для поширених розладів у дослідженнях переважно помірна чи висока (каппа приблизно 0,6–0,8), тоді як за неструктурованого клінічного оцінювання вона нижча. Підвищення узгодженості забезпечують навчання інтерв'юерів за стандартними матеріалами, дослівне прочитання питань, дотримання правил переходу між модулями та супервізія записів. Нижча специфічність скринінгових питань у структурованому інтерв'ю компенсується обов'язковим клінічним уточненням позитивних відповідей.

У змісті бесіди розрізняють скарги й запит. Скарга – те, що особа повідомляє як проблему. Запит – те, чого вона очікує від допомоги.

Діагностичне питання формулює фахівець. Нерідко ці три рівні не збігаються: особа скаржиться на безсоння, очікує ліків, а діагностичне питання стосується залишкових симптомів травми. Уточнення цих рівнів запобігає непорозумінням і хибним висновкам [9; 22].

Питання про психотичні переживання ставлять поступово, у нормалізувальній формі, пояснюючи, що за безсоння чи сильного стресу люди іноді відчувають незвичайне: чи траплялося, що ви чули голоси чи звуки, яких не чули інші; чи здавалося, що за вами стежать чи вам загрожують; чи були відчуття, що ваші думки не належать вам. Уточнюють частоту, зміст, критичність, вплив на поведінку (імперативні голоси, підозрілість до оточення), зв’язок з недосипанням, речовинами або травмою голови. Позитивні відповіді є підставою для негайного звернення до лікаря.

Анамнез у військовому, рятувальному та кризовому контекстах має специфічні блоки: бойовий чи оперативний досвід і рівень загрози (бій, обстріли, пожежі, ліквідація наслідків катастроф, насильство), поранення та контузії, втрати серед побратимів і колег, моральні дилеми, умови повернення, стосунки в родині, використання алкоголю й інших речовин, раніші травми та їх лікування, функціонування до травматичних подій. Збір анамнезу чергується з регулюванням афекту: після важких тем фахівець повертається до нейтральних і підсумовує, що особа вже висловила. Фіксація охоплює час початку симптомів, послідовність подій і чинники, що ослаблюють або посилюють стан.

Типові помилки бесіди: надмірна кількість закритих питань, що формують відповіді; навідні питання («чи ж вас не мучать кошмари?»); перебивання; передчасні поради; оцінні судження; ігнорування невербальних сигналів; прагнення «закрити» діагноз із перших фраз. Для їх зменшення застосовують чек-лист етапів, аудіозапис за згодою (для навчання й супервізії) і структуровані протоколи, які фіксують усі необхідні блоки [16].

Методики. MINI (міні-міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю): призначення – швидка структурована діагностика основних психічних розладів за критеріями міжнародних класифікацій; структура – модулі за розладами (депресивний епізод, дистимія, суїцидальність, маніакальний епізод, панічний розлад, агорафобія, соціальна фобія, обсесивно-компульсивний розлад, ПТСР, залежності від алкоголю та речовин, психотичні розлади, анорексія, булімія, генералізований тривожний розлад, антисоціальний розлад); формат – питання «так/ні» з обов'язковими «фільтрами», що дають змогу пропустити модуль за відсутності ключових симптомів; час – 15–20 хвилин; користувач – підготовлений клініцист; сильні сторони – швидкість, порівнянність; обмеження – категоріальний формат, не оцінює тяжкість докладно [14].

CAPS-5 (клінічно адмініструвана шкала оцінки ПТСР за DSM-5) – еталонне структуроване інтерв'ю для діагностики ПТСР.

Перелік травматичних подій життя (LEC-5) слугує для виявлення критерію А – впливу травматичної події.

SCID-5 (структуроване клінічне інтерв'ю за DSM-5): призначення – діагностика розладів за критеріями DSM-5 (версії для клінічного застосування, для дослідницьких цілей, для розладів особистості); структура – модульна, із послідовним оцінюванням критеріїв, із можливістю використовувати відкриті питання й уточнення клініциста; час – 45–90 хвилин; користувач – клініцист із підготовкою; сильна сторона – висока валідність і відповідність критеріям; обмеження – тривалість, потреба в тренінгу.

Скерована та слабоскерована бесіда. У клінічній психології діагностичну бесіду поділяють на скеровану й слабоскеровану. Поряд із нею застосовують спостереження, експеримент та анамнестичний метод, що дає змогу відновити історію розвитку скарг. Методичні рекомендації з психодіагностики виокремлюють спостереження й інтерв'ю як базові методи збору даних [15].

5.2. Клінічне інтерв’ю та оцінка психічного статусу: зовнішній вигляд, мовлення, афект, мислення, увага, пам’ять, критичність

Клінічне інтерв’ю є поглибленою формою бесіди, спрямованою на встановлення критеріїв розладу, диференційну діагностику та оцінку ризиків. Воно поєднує розпитування про скарги з оглядом психічного статусу – систематичним описом поточного психічного функціонування особи на момент обстеження. Оцінка психічного статусу не є діагнозом, а фіксує спостережувані ознаки й суб’єктивні повідомлення за визначеною схемою.

Схема психічного статусу містить такі блоки. Зовнішній вигляд і поведінка: охайність, одяг, поза, міміка, моторна активність (загальмованість або збудження), контакт очима, співпраця. Мовлення: темп, гучність, зв’язність, зміст (бідність, надмірна кількість мови, персеверації). Афект і настрій: домінуючий настрій за повідомленням особи, афект за спостереженням (відповідність змісту, діапазон, стійкість, лабільність). Мислення: темп і логічність (прискорення, загальмованість, уривчастість), зміст (нав’язливі, надцінні, маячні ідеї), наявність суїцидальних думок. Сприймання: ілюзії, галюцинації, дереалізація, деперсоналізація.

Ключові поняття опису психічного статусу мають точні значення. Настрій – стійкий фон емоційного життя, афект – короткочасне виразне переживання. Його характеризують діапазон, відповідність змісту та стійкість: афект може бути сплощеним, лабільним, неадекватним. Нав’язливі ідеї усвідомлюються особою як чужі й супроводжуються боротьбою з ними; надцінні – емоційно перевантажені й домінують у свідомості, але є зрозумілими за змістом; маячні – хибні, не піддаються корекції аргументами та не відповідають освіті й культурі особи. Ілюзії є спотвореним сприйманням реального об’єкта, галюцинації – сприйманням за відсутності об’єкта (слухові, зорові, нюхові). Дереалізація – відчуття нереальності навколишнього, деперсоналізація – відчуження власного «Я». Рівень свідомості оцінюють окремо: ясна свідомість, оглушення, сопор, кома. Для травм голови застосовують шкалу коми Глазго (відкривання очей 1–

4, мовна реакція 1–5, рухова реакція 1–6; сума 3–15, де 13–15 відповідає легкій, 9–12 – помірній, 8 і менше – тяжкій травмі) [14].

До схеми належить також когнітивний блок, що охоплює орієнтування (в особі, часі, місці, ситуації), увагу й концентрацію (віднімання по сім, прямий і зворотний ряд цифр), пам'ять (негайне й відстрочене відтворення трьох слів, подій останніх днів), абстрактне мислення (тлумачення прислів'їв, пошук подібностей), виконавчі функції. Критичність до стану (інсайт) оцінюють за ступенем усвідомлення особою наявності проблеми та потреби в допомозі; судження – за здатністю ухвалювати адекватні рішення.

Стандартизовані проби когнітивного блоку: серійне віднімання сімки від ста (п'ять послідовних віднімань; оцінюють концентрацію уваги), прямий і зворотний обсяг цифр, запам'ятовування трьох слів з відтворенням через кілька хвилин, малювання годинника із заданим часом (перевіряє виконавчі та зорово-просторові функції), тлумачення прислів'їв і пошук подібностей (абстрагування). Помилки, що виникають несподівано в раніше збереженій функції, і коливання якості виконання протягом доби вказують на органічну причину й потребують огляду лікаря.

Оцінка психічного статусу дає змогу відрізнити функціональні порушення від органічних: гострий початок із коливаннями уваги й дезорієнтацією свідчить про можливий делірій (унаслідок інтоксикації, травми чи соматичного стану) і потребує негайного медичного огляду; тривале зниження настрою з ангедонією й когнітивними скаргами – про депресивний епізод; епізоди флешбеків із зміненим усвідомленням – про дисоціацію. Психолог не ставить діагноз, але своєчасно розпізнає симптоми, що потребують направлення до лікаря.

Інтерв'ю з особами, які пережили травму, будується за принципом поступовості: спершу безпека, стабілізація й контекст, потім – за потреби – оцінка симптомів, а не докладного опису події. Для оцінки ПТСР за CAPS-5 фахівець ставить питання про критерії (інтрузії, уникання, негативні зміни

когніцій і настрою, гіперзбудження) для основної події, не вимагаючи розгорнутої розповіді про неї. Тривалість симптомів і вплив на функціонування уточнюються окремо.

Важливим складником клінічної бесіди є дослідження ризиків: суїцидальних, агресивних, пов'язаних із зловживанням речовинами, ризику для дітей. Ризикові теми не обминають із остраху «спровокувати» – дослідження показують, що пряме запитання про суїцид не підвищує ризик, а полегшує розмову. Питання ставлять прямо, спокійно та поетапно (бажання не жити – думки про самогубство – план – засоби – наміри – минулі спроби).

Методики. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D): 17 (або 21) пунктів, які оцінює інтерв'юер на основі бесіди й спостереження (настрій, провина, суїцидальні думки, порушення сну, робота й діяльність, загальмованість, збудження, тривога психічна й соматична, соматичні симптоми, критичність тощо); діапазон 0–52 (для 17 пунктів); за поширеною градацією: 0–7 – норма, 8–13 – легка, 14–18 – помірна, 19–22 – тяжка, 23 і більше – дуже тяжка; призначення – моніторинг тяжкості депресії; обмеження – переважання соматичних пунктів, потреба в підготовленому оцінювачі.

Шкала Монтгомері–Осберг (MADRS): 10 пунктів, 0–6 балів кожен. Шкала чутливіша до змін, ніж HAM-D, і використовується в клінічних випробуваннях і моніторингу.

Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A): 14 пунктів, кожен оцінюють від 0 до 4; діапазон 0–56; орієнтовні межі: до 17 – легка, 18–24 – легка або помірна, 25–30 – помірна або тяжка тривога; пункти охоплюють психічну напруженість, страхи, безсоння, когнітивні порушення, пригнічений настрій, соматичні (м'язові, сенсорні, серцево-судинні, дихальні, шлунково-кишкові) прояви. Шкала не призначена для діагностики тривожного розладу, її застосовують для оцінки вираженості симптомів і динаміки.

Скорочена психіатрична оціночна шкала (BPRS): 18 (або 24) пунктів. Шкала оцінює загальну психопатологію (тривога, емоційна замкнутість,

концептуальна дезорганізація, почуття провини, напруженість, маньєризми, грандіозність, депресивний настрій, ворожість, підозрілість, галюцинаторна поведінка, моторна загальмованість, неспівпраця, незвичний зміст мислення, афект, збудження, дезорієнтація). Її використовують для оцінки тяжкості й динаміки, зокрема за психотичних проявів.

Теоретичні основи діагностичної бесіди. Опір і ухильність у бесіді розглядають як інформацію про стан і стосунки, а не як перешкоду. Причинами є недовіра, сором, побоювання наслідків, дисоціація, брак слів для опису переживань. Відповідь фахівця – відновлення безпеки, повторне роз'яснення мети, зниження тиску, зміна теми, пауза. З військовослужбовцями, рятувальниками й поліцейськими дотримуються прямоти й поваги до досвіду, не вимагають подробиць травматичних подій під час первинного обстеження та зберігають відчуття контролю обстежуваного над темпом розмови [20].

Клінічне інтерв'ю та система оцінки симптомів. Оцінка симптомів ґрунтується на чотирьох параметрах: наявність, частота, інтенсивність, вплив на функціонування. Окремо визначають початок і тривалість, зв'язок із подіями, провокувальні та полегшувальні чинники. Для відмежування стану від норми важливо з'ясувати, чи переживання є ситуативною реакцією на надзвичайні обставини, чи набуло стійкого й дезадаптивного характеру. Оцінку психічного статусу доповнюють з'ясуванням критичності, мотивації до допомоги та наявності ризику.

Структуроване спостереження та оцінка поведінки. У службовій діяльності в екстремальних умовах спостереження здійснюють психологи та керівники (командири, начальники змін). Воно допомагає виявити зміни поведінки (дратівливість, ізоляція, порушення сну, ознаки втоми, погіршення виконання завдань) на ранніх стадіях. Психолог навчає керівників фіксувати факти без інтерпретацій, передавати відомості в узгодженій формі й не ставити діагнозів. Результати спостереження поєднують зі стандартизованими

методиками та бесідою, що збільшує точність висновку та зменшує ризик помилкових рішень.

5.3. Спостереження за фіксованою схемою, невербальні сигнали, питання про суїцид, помилки інтерв'юера й контроль упереджень

Структуроване спостереження відрізняється від довільного фіксованою схемою: перелік поведінкових індикаторів, одиниці спостереження (інтервали часу або події), шкала оцінювання (частота, інтенсивність, тривалість) і правила фіксації. Розрізняють реєстрацію подій (кожен прояв фіксують із часом і контекстом), часову вибірку (поведінку оцінюють у коротких інтервалах, розподілених протягом спостереження) і реєстрацію тривалості. Спостереження буває включеним і невключеним, відкритим і прихованим, суцільним і вибірковим. Надійність підтверджують узгодженістю незалежних спостерігачів (коефіцієнт каппа не нижче 0,60). Для військових, рятувальних і кризових умов складають короткі спостережні листи: стан сну й апетиту, реакція на гучні звуки, соціальний контакт, виконання обов'язків, ознаки роздратованості, уникання, ізоляції. Спостереження проводять у природних умовах за помірної участі, щоб зменшити реактивність, тобто вплив присутності спостерігача [9; 22].

Невербальна поведінка надає додаткові дані, але потребує обережного тлумачення. Міміка, поза, тілесні реакції (тремтіння, пітливість, зміни дихання), зорові контакти й паузи можуть сигналізувати про емоційну напругу, втому, захисні реакції або фізичну травму. Одиничні невербальні ознаки не мають однозначного значення: тривога, соромливість, культурні відмінності, біль і вплив ліків спричиняють подібні прояви. Тому невербальні дані розглядають як гіпотези для уточнення, а не як докази.

Зокрема, системи кодування мімічних проявів (система кодування лицевих рухів П. Екмана) описують рухи м'язів обличчя як одиниці дії, але не встановлюють зв'язку конкретної міміки з конкретним станом без контексту.

Здатність людей розпізнавати обман за невербальними ознаками в середньому лише трохи перевищує випадкову (близько 54 % правильних рішень у метааналізі Ч. Бонда й Б. ДеПауло, 2006), тому «ознаки брехні» не використовують як доказ, а відсутність контакту очима чи рухові прояви не розглядають як свідчення нещирості.

Питання про суїцид належить до обов'язкових елементів клінічного інтерв'ю за наявності чинників ризику (депресивні симптоми, втрата, травма, безнадійність, зловживання алкоголем, доступ до зброї, нещодавні невдачі). Рекомендована послідовність та формулювання: «Чи бувало у вас останнім часом відчуття, що життя не варте продовження?»; «Чи були думки про самогубство?»; «Чи складали ви план?»; «Чи є у вас доступ до засобів?»; «Чи були спроби в минулому?»; «Що стримує вас?». Скринінгова версія C-SSRS структурує ці питання й дає змогу класифікувати ризик за інтенсивністю ідей і поведінки. Результат визначає подальші дії: безпечний план, залучення близьких чи керівника, направлення до лікаря або негайна допомога.

Помилки інтерв'юера класифікують за джерелами. Когнітивні: ефект первинності (перше враження домінує), підтверджувальне упередження (пошук даних на користь початкової гіпотези), ефект ореола (одна позитивна риса затьмарює інші), евристика доступності (діагноз, який нещодавно траплявся, видається найімовірнішим), якорення на першому діагнозі. Міжособистісні: контрперенесення (реакції фахівця на досліджуваного), стереотипи щодо віку, статі, професії, звання. Процедурні: нечітка фіксація, відсутність перевірки альтернативних гіпотез [14; 16].

Способи контролю упереджень охоплюють використання структурованих інструментів, паралельне збирання даних з кількох джерел (самозвіт, спостереження, документи, співрозмовники), явне формулювання альтернативних гіпотез і пошук даних, що їх спростовують, супервізію та розв'язання складних випадків у команді, ведення докладних записів, порівняння висновку з інструкціями методик. Правило «розгляду

протилежного» вимагає перед завершенням оцінки запитати себе: «Які факти не вписуються в мою гіпотезу?» [20].

Культурна й мовна чутливість впливає на інтерпретацію: прояви дистресу в різних культурах і професійних групах відрізняються (військові, рятувальники й поліцейські нерідко повідомляють не про настрій, а про фізичні скарги й дратівливість). Поняття «психічне здоров'я» може сприйматися як стигма. Фахівець використовує нейтральні формулювання («як ви відновлюєтесь після завдань», «як спите»), поважає цінності й звичну мову, уникає професійного жаргону.

Фіксація результатів бесіди й спостереження охоплює: дату й умови; джерела інформації; головні скарги в цитатах; перелік уточнених симптомів і їх тривалість; результати психічного статусу; використані шкали й бали; ризики; гіпотези; рекомендації. Записи роблять на основі фактів, а не оцінок («не відповідав на запитання протягом двох хвилин», а не «відмовляється співпрацювати»). Для виявлення змін між зустрічами застосовують однакову схему фіксації [9; 22].

Методики. Скринінгова версія C-SSRS: шість питань із відповіддю «так» або «ні». Питання 1–5 стосуються останнього місяця (бажання бути мертвим; неспецифічні активні суїцидальні думки; думки про спосіб без наміру; суїцидальний намір; план з наміром), питання 6 – суїцидальної поведінки (упродовж життя та в останні три місяці). Тріаж ризику: відповіді «так» на питання 1 і 2 – низький ризик; на питання 3, а також на питання 6 щодо поведінки давніше трьох місяців, – помірний; на питання 4, 5 або 6 щодо поведінки в останні три місяці – високий, що потребує негайної безпекової реакції. Шкалу застосовують після короткого навчання. Обмеження: вона структурує оцінку, але не прогнозує майбутніх дій.

Структурована схема оцінки психічного статусу для польових умов: зовнішній вигляд і поведінка (3–4 індикатори), мовлення (темп, зв'язність), настрій і афект (повідомлення особи, спостереження), мислення (логіка,

нав’язливі й маячні ідеї, суїцидальні думки), сприймання (галюцинації), орієнтування й увага (дата, місце, віднімання «сімка», цифри), критичність і судження. Оцінка займає 5–10 хвилин і дає змогу швидко визначити потребу в лікарській допомозі [14].

Ключові поняття теми: *діагностична бесіда; структуроване, напівструктуроване й вільне інтерв’ю; клінічне інтерв’ю (MINI, SCID-5, CAPS-5); оцінка психічного статусу; афект і настрій; критичність (інсайт); структуроване спостереження; скринінгова оцінка суїцидального ризику; ефект ореола й підтверджувальне упередження; контрперенесення.*

Питання для самоперевірки

1. Які етапи й навички становлять діагностичну бесіду та які їх типові помилки?

2. Чим відрізняються вільне, напівструктуроване й структуроване інтерв’ю? Наведіть приклади інструментів.

3. З яких блоків складається схема оцінки психічного статусу?

4. Як за результатами психічного статусу розрізняють функціональні й органічні порушення?

5. Як будується інтерв’ю з особами, які пережили травму, і чому не вимагають докладного опису події?

6. Яка послідовність питань щодо суїцидального ризику та чому пряме питання не підвищує ризик?

7. Які когнітивні упередження впливають на діагностичну бесіду та як їх контролювати?

8. Чим відрізняються скерована та слабоскерована бесіда й для чого застосовують анамнестичний метод?