

اصول مصاحبه بالینی

بر مبنای DSM-5

جلد اول: اصول اساسی

ویراست سوم

تألیف

دکتر اکهارد اوتمر

دکتر زیکلیند اوتمر

تألیف و ترجمه

دکتر مهدی نصر اصفهانی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز تحقیقات بهداشت روان

American Psychiatric Publishing

(با مجوز رسمی ترجمه)



فهرست

مقدمه مترجم بر ویراست جدید	۹
سخن مترجم بر ویراست قبلی	۱۱
پیشگفتار مؤلفین بر ترجمه فارسی	۱۳
درباره مؤلفین کتاب	۱۹

فصل ۱. آغاز سخن : چارچوب

خلاصه	۲۱
۱. مصاحبه بینش‌گرا و مصاحبه علامت‌گرا	۲۲
۲. چهار جزء مصاحبه	۳۱
۳. رویکرد چند مرحله‌ای	۳۴
۴. مصاحبه برای اختلالات خاص	۳۵

فصل ۲. راهبردهای ایجاد رابطه

خلاصه	۳۸
۱. بیمار و خود را در شرایط راحت و آسوده‌ای قرار دهید	۳۹
۲. رنج و ناراحتی بیمار را دریابید و نسبت به آن دلسوزی نشان دهید	۴۹
۳. بینش بیمار را ارزیابی کنید و با بیمار همراه شوید	۵۳
۴. مهارت حرفه‌ای خود را نشان دهید	۶۲
۵. نقش هدایت‌گر را اعمال کنید	۶۶
۶. نقش‌ها را متعادل کنید	۶۸
فهرست	۷۸

فصل ۳. راهبردهای کسب اطلاعات: تکنیک‌ها

خلاصه.....	۸۲
۱. شکایات.....	۸۳
۲. مقاومت.....	۱۲۰
۳. دفاع‌ها.....	۱۳۵
فهرست.....	۱۶۳

فصل ۴. سه روش برای ارزیابی وضعیت روانی

خلاصه.....	۱۶۶
وسایل.....	۱۶۷
۱. مشاهده.....	۱۷۰
۲. گفتگو (Conversation).....	۱۸۰
۳. کاوش (Exploration).....	۲۰۳
فهرست.....	۲۴۷

فصل ۵. آزمون

خلاصه.....	۲۵۸
۱. سطح هشیاری: بی‌حالی (لتارژی)، بهت (استوپور) و اغما.....	۲۶۴
۲. توجه و گوش به زنگ بودن: حواس‌پرتی و درج‌ازدن.....	۲۶۵
۳. حافظه: فراموشی و ناتوانی در یادگیری.....	۲۶۸
۴. موقعیت‌سنجی: کونفوزیون (سردرگمی).....	۲۷۴
۵. زبان: آفازی (زبان‌پریشی).....	۲۷۵
۶. شناسایی: آگنوزی (ادراک‌پریشی).....	۲۸۶
۷. اجرا: آپراکسی (کردارپریشی).....	۲۸۸
۸. بازتاب‌ها و حرکات پاتولوژیک.....	۲۸۸
۹. طیف عاطفه.....	۲۹۲
۱۰. تلقین‌پذیری: تجزیه.....	۲۹۴
۱۱. تفکر انتزاعی: عینیت.....	۲۹۶
۱۲. هوش: دمانس، عقب‌افتادگی ذهنی.....	۲۹۷
۱۳. آزمون‌های زنجیره‌ای از حالات روان‌شناختی خاص.....	۳۰۱
فهرست.....	۳۰۶

فصل ۶. گام‌های پنج‌گانه برای تشخیص‌گذاری

خلاصه.....	۳۱۲
۱. سرنخ‌های تشخیصی.....	۳۱۹
۲. ملاک‌های تشخیصی.....	۳۳۶
۳. تاریخچه روان‌پزشکی.....	۳۷۶
۴. تشخیص.....	۳۹۶
۵. پیش‌آگهی.....	۴۰۵
فهرست.....	۴۰۶

فصل ۷. پنج مرحله و چهار جزء: چگونگی ترکیب آنها با یکدیگر

خلاصه.....	۴۱۰
۱. مرحله ۱: آماده‌سازی و غربال مشکل.....	۴۱۱
۲. مرحله ۲: پیگیری نظرات اولیه.....	۴۱۶
۳. مرحله ۳: تاریخچه و اطلاعات پایه.....	۴۱۷
۴. مرحله ۴: تشخیص و بازخورد.....	۴۲۱
۵. مرحله ۵: پیش‌آگهی و قرارداد درمانی.....	۴۲۲
۶. مصاحبه با بیماری که همکاری می‌کند.....	۴۲۵
۷. چارچوب تدوین گزارش خلاصه‌ای از بیمار.....	۴۵۶

فصل ۸. بیمار مشکل

خلاصه.....	۴۶۷
سخن آخر.....	۵۰۳

فصل ۹. مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات بالینی»

خلاصه.....	۵۰۶
۱. سردرگمی و سوءظن در اختلالات عصب‌شناختی.....	۵۰۷
۲. فریب و انکار در سوء مصرف الکل.....	۵۱۷
۳. بیش‌فعالی همراه با تحریک‌پذیری در اختلال دوقطبی.....	۵۳۰
۴. سوءظن در اختلال هذیانی.....	۵۳۸

۵۵۳	۵. اجتناب در فوبیا (هراس)
۵۶۱	۶. ناباوری و خجالت در اختلال پانیک
۵۷۴	۷. احساس‌های گزند و آسیب در عقب‌ماندگی ذهنی
۵۸۶	۸. تنبلی در نارکولپسی (خواب‌زدگی)

فصل ۱۰. مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات شخصیت»

۵۹۸	خلاصه
۶۰۲	۱. محرومیت هیجانی و رفتار عجیب و غریب - شاخه A
۶۱۳	۲. هیجان‌های مبالغه‌آمیز و نمایشی - شاخه B
۶۳۵	۳. اضطراب، سلطه‌پذیری همراه با مقاومت - شاخه C
۶۴۷	۴. سایر اختلال شخصیت
۶۶۵	سخن آخر

ضمیمه

۶۶۷	مصاحبه کارکرد اجرایی (EXIT) و ارزیابی کیفی دمانس (QED)
۶۶۸	مصاحبه کارکرد اجرایی (EXIT)
۶۷۲	وسایل لازم برای انجام EXIT
۶۷۹	برگ یادداشت ۱ EXIT برای سؤال دوم آزمون
۶۸۰	برگ یادداشت ۲ EXIT برای سؤال سوم آزمون
۶۸۱	نمره‌های EXIT و فعالیت‌های زندگی روزانه (ADL)
۶۸۲	کارت آزمون برای سؤال ۵
۶۸۳	کارت آزمون برای سؤال ۷
۶۸۴	کارت آزمون برای سؤال ۲۳
۶۸۶	رهنمودها
۶۸۹	منابع
۶۹۹	واژه‌نامه
۷۲۱	نمایه

فصل ۱

آغاز سخن: چارچوب

۱. مصاحبهٔ بینش‌گرا^۱ و مصاحبهٔ علامت‌گرا^۲
۲. چهار جزء مصاحبه
۳. رویکرد چند مرحله‌ای
۴. مصاحبه برای اختلالات خاص

خلاصه

در فصل یک، چارچوب و منطق مصاحبهٔ تشخیصی توصیفی^۳ مطرح می‌شود، سپس مصاحبه روان‌پویایی بینش‌گرا و مصاحبهٔ توصیفی علامت‌گرا با یکدیگر مقایسه شده و تلفیقی از این دو روش مطرح می‌گردد.

مصاحبه دارای چهار بُعد است و بنابراین دارای چهار جزء می‌باشد: رابطه^۴، تکنیک^۵، وضعیت روانی^۶ و تشخیص. معمولاً فرآیند مصاحبه دارای ۵ مرحله است. زمانی که آسیب‌شناسی بیمار در فرآیند مصاحبه مداخله می‌کند، مصاحبه‌گر باید استراتژی رویکرد خود را تغییر دهد.



-
- | | |
|---|---------------------|
| 1. Insight-oriented | 2. Symptom-oriented |
| 3. Descriptive psychodiagnostic interview | 4. Rapport |
| 5. Technique | 6. Mental status |

"چون حتی در خفیف‌ترین حالتش هم دربرگیرنده عظیم‌ترین رنج‌ها است که پزشک باید با آن روبه‌رو شود."

امیل کرپلین^۱

گفتارهایی در مورد روان‌پزشکی بالینی، چاپ دوم، ۱۹۰۶



توانایی اجرای یک مصاحبه بالینی جامع، نخستین و اساسی‌ترین گام در ارزیابی و درمان بیمار است. برای اجرای یک مصاحبه مؤثر، منعطف و سلیس، متخصصان بهداشت روانی باید اصول اساسی و زیربنایی فرآیند مصاحبه را بدانند. در این فصل، منطق مصاحبه توصیفی و تشخیصی بررسی می‌شود و اصول اساسی برای هدایت یک مصاحبه موفقیت‌آمیز ارائه می‌گردد.

۱. مصاحبه بینش‌گرا و مصاحبه علامت‌گرا

متخصصان بهداشت روانی از دو نوع مصاحبه استفاده می‌کنند: مصاحبه بینش‌گرا (روان‌پویایی) و مصاحبه علامت‌گرا (توصیفی). رویکرد علامت‌گرا، بیشتر منطبق با رویکرد توصیفی DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) است. هر دو نوع رویکرد دارای مزایایی هستند که با تلفیق آنها، می‌توان در جریان اجرای مصاحبه، اطلاعاتی در سطوح متفاوت و گسترده از بیمار به‌دست آورد. ابتدا اجازه دهید هر دو رویکرد را با تمرکز بر مفهوم زیربنایی بیماری، هدف و روش انجام مصاحبه به تفصیل مقایسه کنیم.

مصاحبه بینش‌گرا

این مصاحبه مبتنی بر این نظریه است که تعارضات عمیقی که اغلب مربوط به دوران کودکی است، به عوامل مزمن و آسیب‌زا تبدیل می‌شوند. این عوامل به روان و ذهن فرد صدمه زده، اعمال و فعالیت‌های او را مختل کرده، ادراکات وی را تحریف نموده و باعث پیدایش علائم، رفتارهای ناسازگارانه و رنج و ناراحتی فرد می‌شوند.

1. Emil kraepelin

در مصاحبهٔ بینش‌گرا، تلاش می‌شود پرده از تعارضات ناخودآگاه برداشته شده و این تعارضات به سطح آگاهی بیمار آورده شوند، با این هدف که بیمار بتواند آنها را حل کند. معمولاً بیمار با استفاده از "مکانیسم‌های دفاعی ناخودآگاه"، در مقابل شرح و بیان این تعارضات مقاومت می‌کند.

زیگموند فروید^۱ (۱۸۵۶-۱۹۳۹) نظریهٔ روان‌پویایی بیماری‌های روانی و روش‌های مصاحبهٔ بینش‌گرا را بنیان نهاد. در طول ۱۰۰ سال، محققان بعدی دربارهٔ این مفاهیم به فعالیت پرداخته و جایگاه آن را در روان‌پزشکی تثبیت نمودند (از جمله آدلر^۲، ۱۹۶۴؛ برن^۳، ۱۹۶۴؛ دوبوا^۴، ۱۹۱۳؛ اریکسون^۵، ۱۹۶۹؛ هورنای^۶، ۱۹۳۹؛ یاسپرس^۷، ۱۹۶۲؛ یونگ^۸، ۱۹۷۱؛ کلاین^۹، ۱۹۵۲؛ ماسرمن^{۱۰}، ۱۹۵۵؛ منینگر^{۱۱}، ۱۹۵۸؛ میر^{۱۲}، ۱۹۵۷؛ رادو^{۱۳}، ۱۹۵۷؛ ریچ^{۱۴}، ۱۹۴۹؛ راجرز^{۱۵}، ۱۹۵۱؛ سالیوان^{۱۶}، ۱۹۵۴؛ ولبرگ^{۱۷}، ۱۹۶۷).

روش‌هایی که در مصاحبهٔ بینش‌گرا استفاده می‌شوند، عبارت‌اند از: تعبیر رؤیا و تداعی‌های آزاد بیمار؛ جستجو و کشف اضطراب‌ها؛ رویارو کردن بیمار با رفتارهایی که نسبت به درمانگر و دیگران ابراز می‌کند؛ مشخص کردن دفاع‌ها و تحلیل مقاومت بیمار نسبت به بحث در مورد تعارض‌هایش. در این نوع مصاحبه، هدف مصاحبه‌گر هم تشخیص و هم درمان است.

مصاحبهٔ علامت‌گرا

این نوع مصاحبه از این مفهوم ریشه می‌گیرد که اختلالات روان‌پزشکی به صورت مجموعه‌ای از علائم، نشانه‌ها و رفتارها ظاهر شده، سیر مشخص و قابل پیش‌بینی دارند، نسبت به درمان خاصی پاسخ داده، و معمولاً یک رخداد خانوادگی هستند (DSM-5، ۲۰۱۳). همان‌طور که بررسی‌ها و مطالعات مربوط به دوقلوها و فرزندخوانده‌ها نشان می‌دهند، وراثت و نیز یادگیری در ایجاد این رخداد خانوادگی نقش دارند (گودوین و گیوز^{۱۸}، ۱۹۸۹).

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. Freud | 2. Adler |
| 3. Berne | 4. Dubois |
| 5. Erikson | 6. Horney |
| 7. Jaspers | 8. Jung |
| 9. Klein | 10. Masserman |
| 11. Menninger | 12. Meyer |
| 13. Rado | 14. Reich |
| 15. Rogers | 16. Sullivan |
| 17. Wolberg | 18. Goodwin & Guze |

ما کلیه عوامل سبب‌شناختی که باعث تظاهر بیماری می‌شوند را نمی‌دانیم. پژوهشگران تعدادی عوامل زیستی و روان‌شناختی را مشخص نموده‌اند، ولی یافته‌های موجود برای طبقه‌بندی بر مبنای سبب‌شناسی اختلالات کافی نیست. بنابراین، طبقه‌بندی بیشتر براساس ملاک‌های بالینی است تا براساس آسیب‌شناسی زیربنایی (مفروض) (لودویگ و اوتمر^۱، ۱۹۷۷؛ اکیس‌کال و وب^۲، ۱۹۷۸).

هدف مصاحبه علامت‌گرا، طبقه‌بندی شکایت‌ها و کژکاری‌ها، براساس طبقات تشخیصی معینی است (با استفاده از ملاک‌های DSM-5). چنین تشخیصی کمک می‌کند تا سیر آینده بیماری (پیش‌آگهی) مشخص شود و مؤثرترین روش‌های درمانی به‌طور تجربی انتخاب شوند، در حالی که در مورد علل بیماری صحبتی به میان نمی‌آید.

روش مصاحبه‌گر علامت‌گرا، مشاهده رفتارهای بیمار و برانگیختن وی برای توصیف دقیق مشکلاتش است. سپس، به منظور تشخیص توصیفی (اختلالات DSM-5)، مشاهداتش را به زبان نشانه‌ها و علائم ترجمه می‌کند. همچنین وی، مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری بیمار، و طریقه شخصی مواجهه بیمار با اختلالش را ارزیابی کرده، وضعیت پزشکی بیمار، و مشکلات روانی - اجتماعی و محیطی بیمار را بررسی می‌کند.

تظاهرات یک اختلال، از بیماری به بیمار دیگر تفاوت می‌کند. همین مطلب در مورد مکانیسم‌های مقابله‌ای و پاسخ‌های درمانی نیز صدق می‌کند. علاوه بر این، وجود هم‌زمان یک اختلال شخصیت و یا اختلال بالینی دیگر، تأثیر وضعیت طبی عمومی، عوامل استرس‌زای زندگی و تعارضات بین‌فردی، سازگاری روانی - اجتماعی، پیش‌آگهی را پیچیده‌تر می‌کند. به همین دلیل، در رویکرد DSM-IV-TR، از سیستم تشخیص چندمحوری استفاده شده بود و مصاحبه‌گر به ابعاد زیر نیز توجه داشت: عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات شخصیت (محور II)، وضعیت طبی عمومی (محور III)، مشکلات محیطی و روانی - اجتماعی (محور IV) ارزیابی کلی سطح کارکرد (محور V) و کارکرد دفاعی (محور پیشنهادی VI). این رویکرد در DSM-5 تغییر کرد و سیستم چندمحوری حذف شد. حذف سیستم چندمحوری در DSM-5 بدین معنا نیست که اختلاف بنیادی در مفهوم‌پردازی آنها وجود دارد و اختلالات روانی با عوامل و فرآیندهای جسمی و زیستی مرتبط نیستند، بلکه بیشتر به این دلیل است که این مفاهیم در تمام زمینه‌های طبی و مراقبت‌های بهداشتی هم مطرح است و انحصاراً مربوط به اختلالات روانی نمی‌شود.

پزشکان اهداف و روش‌های این نوع مصاحبه توصیفی را از حدود بیش از سه هزار سال پیش، به کار برده‌اند. در روان‌پزشکی این سنت در کارهای امیل کرپلین (۱۹۲۶-۱۸۵۶) و هم‌عصران، پیروان، و منتقدان وی (کلايست^۱، ۱۹۲۸؛ لئونارد^۲، ۱۹۷۹) تشریح شده است. دیدگاه چندین کتاب مصاحبه روان‌پزشکی جدید نیز؛ براساس چنین رویکرد توصیفی است (لئون^۳، ۱۹۸۹؛ هرسن و ترنر^۴، ۱۹۸۵؛ مک‌کینون و یودوفسکی^۵، ۱۹۸۶؛ شی^۶، ۱۹۸۸؛ سیمز^۷، ۱۹۸۸؛ موریسون^۸، ۱۹۹۳).

به‌طور خلاصه، مصاحبه بینش‌گرا و علامت‌گرا، اهداف متفاوتی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی دارند. مصاحبه بینش‌گرا با رویکردی تفسیری، علائم و نشانه‌ها و رفتارهای بیمار را توضیح می‌دهد. مصاحبه علامت‌گرا با رویکردی توصیفی، علائم و نشانه‌ها را برای دسته‌بندی اختلالات، طبقه‌بندی می‌کند.

هر دو رویکرد با یکدیگر سازگاراند و می‌توانند به‌نحو مؤثر و کارآمدی با یکدیگر تلفیق شوند. متخصصان بهداشت روانی بر این توافق‌اند که شخصیت، تعارض‌ها و مشکلات زندگی بیمار با رویکرد روان‌پویایی بهتر ارزیابی می‌شوند ولی، اختلالات شخصیت و اختلالات روان‌پزشکی اساسی با استفاده از روش توصیفی بهتر ارزیابی می‌شوند. ترکیبی از دیدگاه تفسیری و توصیفی می‌تواند بر نقاط مختلف این مسیر پل بزند.

مصاحبه‌گر می‌تواند طی دو مرحله از هر دو نوع مصاحبه استفاده کند، با این فرض که بیمار هم دارای یک اختلال اساسی روان‌پزشکی و اختلال شخصیت است و هم دارای تعارض‌های ناخودآگاه. مصاحبه‌گر علامت‌گرا با استفاده از ملاک‌های تشخیصی DSM-5، یک بیماری اساسی روان‌پزشکی و اختلال شخصیت را تشخیص می‌دهد. چنانچه بعد از درمان، تعارض‌های بین‌فردی ادامه یافت و یا به سطح آگاهی آمد، در مرحله دوم مصاحبه‌گر می‌تواند مصاحبه بینش‌گرا را شروع کرده و به این ترتیب، مصاحبه علامت‌گرا را کامل می‌کند.

در واقع، غالباً تعاملی بین تعارض‌های بین‌فردی و اختلالات روان‌پزشکی مشاهده می‌شود. اختلالات روان‌پزشکی می‌توانند تعارض‌های بین‌فردی را زنده کنند، یا آنها را تشدید کنند و یا تعارض‌های جدیدی ایجاد کنند. از طرف دیگر، تعارض‌های موجود نیز می‌توانند سیر یک اختلال روان‌پزشکی را تحریک یا تشدید کنند.

1. Kliest

3. Leon

5. Mackinnon & Yudofsky

7. Simms

2. Leonhard

4. Hersen & Turner

6. Shea

8. Morrison

در سال ۱۹۱۶، بلولر^۱، اولین روان‌پزشک برجسته‌ای بود که این دو رویکرد را تلفیق نمود (بلولر، ۱۹۷۲). بسیاری از روان‌پزشکان از این رویکرد تلفیقی پیروی می‌کنند که به آن روان‌پزشکی التقاطی^۲ نام نهاده‌اند. چنین رویکرد دو مرحله‌ای به‌طور جدی تضمین می‌کند که مصاحبه کاملاً با نیازهای بیمار هماهنگ باشد.

به‌کارگیری دو روش مصاحبه

گزارش زیر، این روش دو مرحله‌ای یعنی ابتدا توصیف و سپس تعبیر را به نمایش می‌گذارد.

جورجیا^۳، خانمی ۳۶ ساله، سفیدپوست و مجرد است که به مدت ۶ سال تحت درمان می‌باشد و از نظر تشخیصی بیماری‌های اختلال افسردگی اساسی، اختلال هذیانی و اختلال وسواسی - جبری بر طبق ملاک‌های DSM-5 را داراست. تشدید اختلال خلقی وی باعث تشدید علائم وسواسی - جبری و افکار گزند و آسیب شده ولی بهبود افسردگی وی با بهبود هیچ‌یک از اختلالات وسواسی جبری یا هذیانی همراه نبود. او مجرد و قبلاً شاغل ولی از نظر اجتماعی منزوی بود. علائم وی به کلومی‌پرامین (آنافرانیل^۴) جواب نداد ولی با ترکیبی از آمی‌تریپتیلین (الویل^۵) و تیوتیکسن هیدروکلراید (ناوان^۶) رو به بهبود گذاشت. با کاهش عقاید گزند و آسیب، مقدار ناوان به آهستگی کم شد تا از خطر دیسکنزی دیررس کاسته شود و همچنین به شکایت بیمار مبنی بر کاهش هشیاری و بی‌حالی که به علت ناوان بود، ترتیب اثر داده شود. وی اخیراً به علت انتقال شرکت محل کارش به شهر دیگر، شغلش را از دست داده بود.

او شغل دیگری یافته بود که در زمینه خرید و فروش کالا از طریق پُست فعالیت می‌کرد. وظیفه او در این شرکت، تصحیح دستور خرید کالا از طریق کامپیوتر بود و او مجبور بود دستورات خرید را در صفحه کامپیوتری تصحیح کند؛ که خطاگیر، اشتباه را به صورت ناحیه‌ای روشن، مشخص می‌نمود. او به این کار علاقه داشت و بسیار حرفه‌ای و سریع اشتباهات را تصحیح می‌کرد. در هفته‌های اول تا ۸۰۰۰ تصحیح را در یک روز انجام می‌داد.

1. Bleuler
3. Georgia
5. Elavil

2. Eclectic Psychiatry
4. Anofranil
6. Navane

یک روز، به‌طور اتفاقی متوجه شد بعضی از صفحات کامپیوتر بیش از یک ناحیه روشن دارند و فهمید که به علت اشتباه او که در هر صفحه فقط یک خط وجود دارد، همکارانش دچار دردسر شده‌اند و این موضوع او را بسیار ناراحت کرد. وی فکر کرد که به علت اشتباه وی، هزاران سفارش خرید اشتباه شده و خسارات جبران‌ناپذیری به شرکت وارد کرده است. همه این خسارت‌ها فقط به این علت است که او قصد داشته بهترین کارمند باشد.

چند روز این اشتباه را پنهان نگاه داشت و به‌طور معمول به کارش ادامه داد. بالأخره، احساس کرد نمی‌تواند بیش از این به پنهان‌کاری ادامه دهد. به همین دلیل، با مسئول واحد صحبت کرد و اشتباه خود را مطرح نمود. مسئول، اشتباه او را پذیرفت. وی بسیار خوشحال بود از اینکه مسئول واحد به‌خاطر سهل‌انگاری به او سخت نگرفت. جورجیا دو روز دیگر نیز کار کرد. هر روز به نظر می‌رسید در کارش پیش می‌رود. روز سوم، برای همکارانش پیتزا خرید و به این ترتیب مراتب سپاسگزاری و حق‌شناسی خود را ابراز کرد. بعدازظهر همان روز، یکی از همکارانش به‌سوی او آمد و گفت: «بهتر نیست کمی به انگشتان استراحت بدی؟» و در موقعیت دیگری نیز دوباره همین سؤال را مطرح کرد. او شوکه شد و مرتب در مورد این سؤال فکر می‌کرد. بعد متوجه شد که تعداد دستورات خریدی که به او محول شده، تنها یک دهم مقدار معمول است و بنابراین سفارشات جدید دیگری برداشت. نمی‌توانست کار کند و متوجه شد که ۳۰ کارمند دیگر که در اتاق کار بودند، بسیار آهسته تایپ می‌کنند، تقریباً شبیه این ریتم، تپ - تپ - تپ و نه صدای تند تایپ کردند نامه‌ها.

فوراً فهمید اتفاقی در حال رخ دادن است. مقدار کمی از سفارشات خرید را به او محول کرده بودند تا او نتواند کار کند و مجبور شود آهسته تایپ کند تا پیام آنها را متوجه شود: «تو خراب کردی، حالا مجبوریم خرابکاری‌های تو را اصلاح کنیم، آهسته‌تر کار کن تا دوباره کثافت‌کاری نکنی». او دریافت که اجازه دادن برای برگشت به کار، یک توطئه شیطانی است تا او را به‌خاطر اشتباهاتش تنبیه کنند. هر تپ، یک اعتراض بود و این انتقامی بود برای آنچه او مرتکب شده بود.

با چشم‌گریان پشت میز خود برگشت. آنها به‌خوبی او را مجاب کرده بودند، لیاقتش را داشت. این پستی و بی‌رحمی، بیش از اندازه ولی خیلی زیرکانه بود. هرکس که می‌دانست چگونه باید او را شکنجه کند از این کار ابایی نداشت. روز بعد، سر کار حاضر نشد و استعفا داد.

در اینجا، مصاحبه‌گر از رویکرد دو مرحله‌ای در مصاحبه با این بیمار استفاده می‌کند.

مرحله ۱: بخش پدیدارشناختی ارزیابی جورجیا قابل فهم است. جورجیا، سابقه هذیان‌های گزند و آسیب، در گذشته داشته است که گاهی همراه با علائم نباتی افسردگی و خلق دیس‌فوریک بوده‌اند، بدون اینکه هرگز توهمی وجود داشته باشد. از آنجا که پس از بی‌کاری او داروهای نورولپتیک قطع شد، هذیان‌های گزند و آسیب مجدداً عود کرد و تابلوی بالینی جورجیا، ملاک‌های اختلال هذیانی (۱-۲۹۷ DSM-5) را تأمین نمود درمان با ناوان (تیوتیکسن) دوباره شروع شد.

مرحله ۲: زمانی که جورجیا دوباره در جلسه حاضر شد و مشکلاتش را بیان کرد، رویکرد مصاحبه تفسیری روان‌پویایی انتخاب شد. در اینجا قسمتی از این مصاحبه ارائه می‌شود:

۱. م: شما دوره سختی رو گذروندین.
ب: آیا ناراحت‌کننده نیست؟ نمی‌تونم بفهمم چرا آدم‌ا نسبت به همدیگه چنین رفتاری دارن.
۲. م: موافق‌ام، چقدر عذاب کشیده‌ای.
ب: نمی‌فهمم. همشون خیلی خوب بودن، من مسئول قسمت خودمو واقعاً دوست داشتم. اون اجازه داد که برگردم و اصلاً به روم نیاورد. متعجبم چرا اون با من این‌طوری رفتار کرد.
۳. م: اما این او نبود که این‌طوری برخورد کرد، اونا هم نبودن.
ب: (هیجان‌زده، وحشت‌زده) اما دکتر، منظور تون چیه؟ من که گفتم اونا با من چی‌کار کردن. چطور می‌تونی بگی اونا نبودن؟
۴. م: برای اینکه این تو بودی ... تو خودت این کار رو کردی. تو فکر کردی گناه بزرگی مرتکب شدی که سزاوار مجازات و تنبیه هستی و وقتی تنبیهی صورت نگرفت، خودت اون رو برای خودت پیش آوردی.
- ب: (با هیجان بیشتر) اما دکتر شما حرف منو باور ندارین، شما آخرین امید من بودین، شما تنها دوست من هستین و منو باور ندارین ...
۵. م: به من هرچی که گفتی باور دارم. بیشتر مشاهدات تو درست بودن. مشکل من طرز تعبیرهای شماست. چیزی که از اونا برداشت کردی.
- ب: (با صدایی کمی آرام) اما چه توضیحی برای این دارین که اون یارو همکارم در مورد انگشتان پرکار من گفت، اینکه همگی به آهستگی تایپ می‌کردن؟

۶. م: نمی‌دونم. ولی بذار چندتا سؤال بپرسم. از وقتی اونجا کار می‌کردی، چند نفر در آن ماه شروع به کار کردن؟

ب: شش نفر از بین سی نفر.

۷. م: خب دقت کن. در شغلی مثل شغل تو که این همه تغییر و جایگزینی صورت می‌گیره، چطور ممکنه یه مسئول واحد، چند نفر رو جمع کنه که فقط برای آزار دادن تو آهسته تاپ کنن؟ چطور ممکنه بتونن چنین کاری بکنن؟ همهٔ اونا باید اینطوری فکر کنن که: اگه این کار رو در مورد جورجیا بکنم، دیگران هم همین کار رو در مورد ما می‌کنن. (استفاده از تمایلات آسیب و گزند جورجیا برای از بین بردن عقاید هذیانی او).

ب: من همون شب راجع به این فکر کردم. باز هم فکر کردم، نه، نه، همهٔ اون جریان‌ها واقعیت داشت.

۸. م: بله واقعی بودن. دلیلی برای اینکه بگویی این‌طور نبوده وجود نداره، حق داری. تو خطایی کردی، مسئول تو هم خطا کرد که اشتباه تو رو نادیده گرفت. من هم اشتباه کردم که داروی تو رو قطع کردم. چون این دارو به تو کمک می‌کرد بتونی بین آنچه در بیرون و درون تو اتفاق می‌افته، فرق بذاری. پس همهٔ ما اشتباه کردیم. بذار، اشتباهات رو اصلاح کنیم. من به تو یه نسخهٔ جدید می‌دم و تا چند هفته بعد دیگه این حالت‌ها اتفاق نمی‌افتن.

ب: (سرشو تکون می‌ده) دکتر، نمی‌تونم باور کنم که فکر می‌کنی من پارانوییدم.

۹. م: می‌دونم که نمی‌تونی و انتظار ندارم چیزی که گفتم رو باور کنی. حتی ممکنه فکر کنی من هم با اونا.

ب: بله، این از ذهنم گذشت، فکر کردم اونا با شما صحبت کردن.

۱۰. م: بله، این از ذهنت گذشت. تو نمی‌تونی طور دیگه‌ای فکر کنی.

ب: (با تنش کمتر) اونا واقعاً با شما صحبت کردن؟

۱۱. م: می‌خوای همین الان به مسئولت زنگ بزنی؟

ب: اما دکتر، اونا هیچ‌وقت اینو قبول نمی‌کنن.

۱۲. م: فکر نمی‌کنی اونا فقط راجع به اشتباه تو با هم صحبت کردن، نه اینکه بخوان تو رو به این شکل تنبیه کنن؟

ب: هوم ... فکر می‌کنم این‌طور باشه ...

۱۳. م: راهی هست که بتونه تو رو قانع کنه؟

ب: آره ... اگه اونا به من حقوق بدن. البته، اونا برای این کاری که من کردم به من حقوق نمی‌دن.

۱۴. م: اگه اونا حقوقت رو پرداخت کنن، به این معنی است که احتمالاً این خودت بودی که خودت رو شکنجه کردی ... در هر حال این نسخه جدید، می‌خوام از همین الان این داروها رو شروع کنی.

توضیح: بیمار با شرکت محل کارش تماس گرفت تا بفهمد آیا حقوقی برای او پرداخت شده و یا نه و به او اطلاع دادند که چکی به نام او وجود دارد. او از مسئولش عذرخواهی کرد و یک هفته بعد در ملاقات بعدی با مصاحبه‌گر و استفاده مجدد از نورولپتیک گفت:

ب: خیلی وحشتناکه که من این قدر پارانوئیدم هنوز احساس می‌کنم اون چیزها واقعی بود.
م: در آینده بسیار زود که داروها کاملاً اثر کنن این حالت برطرف می‌شه و دوباره داروها رو قطع نمی‌کنم، من از اشتباهی که کردم معذرت می‌خوام. این به بهای از دست دادن شغل تو تموم شد.

مورد بالا نشان‌دهنده رویکرد دو مرحله است.

مرحله ۱: جورجیا علائم پایدار و کافی برای تشخیص اختلال هذیانی (DSM-5) را داراست. تشخیصی که نشان می‌دهد در صورت قطع داروهای نورولپتیک، علائم عود خواهند کرد.
مرحله ۲: این مورد نشان می‌دهد جورجیا، سوپرایگوی تنبیه‌گری دارد که بعد از هر شکست چه عمدی و چه غیرعمدی او را سخت تنبیه می‌کند. یک تفسیر روان‌پویایی، محتوای هذیانش را برای او شرح می‌دهد؛ اگرچه تفسیر، نمی‌تواند عامل ایجاد هذیان ناشی از عوامل استرس‌زا و وقایع زندگی را بدون استفاده از داروها از بین ببرد.

البته نباید این مثال بد تعبیر شود، به این صورت که محتوای هر هذیانی را می‌توان و یا باید تفسیر کرد. یا اینکه اشتباهاً تصور کنیم شیوه تفسیر این مورد، الگویی برای تمام تفسیرهاست. دلیل ارایه تفسیر فقط برای این منظور بود که به بیمار کمی آرامش داده شود و انگیزه مصرف مجدد دارو در او ایجاد شود.

این نوع تفسیر تهاجمی نباید در اولین جلسه مصاحبه و در مورد بیماری که درمانگر او را نمی‌شناسد، به کار رود.

این کتاب، رویکرد سیستماتیک به دیدگاه پدیدارشناسی مصاحبه روان‌پزشکی را شرح می‌دهد (مرحله ۱). به هر حال این رویکرد، خالص نیست زیرا ترکیبی است از رویکرد توصیفی با الگوهای انتقال در فصل ۲ (رابطه) و مکانیسم‌های دفاعی در فصل ۳ (تکنیک‌ها)، و در فصل‌های ۴ و ۵ (وضعیت روانی و آزمون)، و در تعامل با مصاحبه روان‌پویایی (وایان، ۱۹۸۶).

۲. چهار جزء مصاحبه

تأکید بر پدیدارشناسی، مستلزم نگاهی جدید به تکنیک‌های مصاحبه است تا چنانچه فردی DSM-5 را دنبال می‌کند، بتواند آنها را با هدف مصاحبه مبتنی بر تشخیص، هماهنگ سازد: یعنی ارزیابی علائم و نشانه‌ها در یک مصاحبه روان‌تشخیصی.

یک مقایسه و تشبیه مفید در این زمینه، روشی است که هنرمندان قرن دوازدهم برای کشیدن صورت و تصویر انسان به کار بردند. پابلو پیکاسو^۱ در تابلوی سیلوت^۲، طرحی را ترسیم نمود که در موزه هنری شیکاگو است (گدو^۳، ۱۹۸۰) و این نوآوری را نشان می‌دهد. پیکاسو در این طرح، زنی را در تمام ابعاد ترسیم نموده است: جلو، پشت، پهلو، و همگی در یک تصویر و به‌طور هم‌زمان تصویر "کاملی" از یک انسان به دست داده است. تصویری فضایی برای معرفی جامع یک شخص.

در مصاحبه تشخیصی نیز باید از همین روش استفاده نمود. در این نوع مصاحبه، شما بیمار را در چهار بُعد می‌بینید: در رابطه‌اش با شما، در واکنش به تکنیک‌های مصاحبه شما (برای به‌دست آوردن همه اطلاعاتی که لازم دارید و برای حفظ جریان مصاحبه)، در وضعیت روانی و در نشانه‌ها و علائم اختلال(های) او که در فرآیند مصاحبه آشکار می‌شوند. بایستی این چهار جزء را در سراسر مصاحبه دنبال کنید. این چهار رهیافت هم در مصاحبه بینش‌گرا و هم در مصاحبه علامت‌گرا وجود دارند.

رابطه: منظور از رابطه چگونگی برقراری ارتباط بین بیمار و مصاحبه‌گر است. ایجاد رابطه به یک اندازه برای خبرنگاری که در گزارش خود چهار عامل را رعایت می‌کند، کجا، کی، چرا و چگونه و برای

1. Pablo Picasso

2. Sylvette

3. Gedo

ارایه‌دهنده خدمات که می‌خواهد برای محصول خود بازاریابی کند و باید نیازهای مصرف‌کننده‌های خود را بداند، اهمیت دارد.

در هر دو نوع مصاحبه روان‌تشخیصی، بر اهمیت ایجاد رابطه، بررسی و حفظ آن تأکید می‌شود. در مصاحبه بینش‌گرا، مفهوم رابطه براساس الگوهای انتقال^۱ و انتقال متقابل^۲ است و بنابراین تکرار روابط کودکانه در گذشته، در جریان مصاحبه جستجو می‌شود. در رویکرد توصیفی، رابطه را تعامل بین مصاحبه‌گر و بیمار می‌دانند که از درک و فهم به‌سوی اعتماد پیشرفت می‌کند.

تکنیک: منظور از تکنیک، شیوه‌هایی است که مصاحبه‌گر استفاده می‌کند تا رابطه را ایجاد کرده و اطلاعات را کسب کند. تکنیک، مایه مباهات مصاحبه‌گران است. مثلاً، باربارا والترز^۳ (خبرنگار تلویزیونی)، کتابی با عنوان "چگونه با هرکسی درباره هر چیزی صحبت کنیم" را تألیف نموده و دامنه گسترده‌ای از تکنیک‌ها را مطرح کرده است. دامنه تکنیک‌ها متفاوت است از سؤالات باز تا رویارویی با فرد، و از تفسیر تا بازپرسی.

هر دو نوع مصاحبه‌های بینش‌گرا و علامت‌گرا بر استفاده از تکنیک تأکید دارند، اگرچه روش‌ها متفاوت‌اند. مصاحبه‌گر بینش‌گرا از تکنیک‌هایی استفاده می‌کند که تعارضات ناخودآگاه را آشکار کند از قبیل: تداعی آزاد، رویارویی^۴ و تفسیر، در حالی که مصاحبه‌گر علامت‌گرا بر تکنیک‌هایی تأکید دارد که علائم، نشانه‌ها، رفتارها و اختلال در کارکردهای روانی را ارزیابی می‌کند.

وضعیت روانی: منظور از وضعیت روانی، حالت کلی روانی فرد به هنگامی است که با او صحبت می‌کنید. آیا پاسخ‌های وی واضح‌اند یا مبهم، یادآوری سریع است یا آهسته، بیمار عصبانی است یا خوشحال، بدبین و پنهان‌کار است یا راحت و رک، افکار بیمار واقع‌گرایانه‌اند یا عقاید عجیب و غریبی دارد؟ چنین ارزیابی‌ای در هر دو نوع مصاحبه وجود دارد. مصاحبه‌گر، کارکردهای روانی و روانی - اجتماعی را در خلال مصاحبه بررسی می‌کند و بر اهمیت این کارکردها واقف است. مصاحبه‌گر توصیفی این کارکردها را شرح داده و توجه خود را بر ابعاد کارکردهایی مانند رفتار روانی حرکتی، گفتار و تفکر، عاطفه، خلق، محتوای فکر، حافظه، موقعیت‌سنجی، بینش و قضاوت متمرکز می‌کند؛ در حالی که مصاحبه‌گر بینش‌گرا، از توصیف اختلال در کارکردها فراتر می‌رود و مکانیسم‌های دفاعی و تعارضات اساسی را مشخص می‌کند.

1. Transference

2. Countertransference

3. Barbara Walters

4. Confrontation

تشخیص: هرچه مصاحبه‌گر درباره نقاط قوت و ضعف، ناراحتی‌ها و رنج‌های بیمار بیشتر بداند، بهتر می‌تواند یک تشخیص صحیح و دقیق را مطرح کند. هرچه با تجربه‌تر باشد و هرچه در مورد اختلالات، عوامل استرس‌زا و مهارت‌های مقابله‌ای^۱ بیشتر بداند، بهتر می‌تواند آنها را ارزیابی کند.

هر دو نوع مصاحبه به دنبال تشخیص هستند ولی از مسیرهای متفاوتی عمل می‌کنند. در یک مصاحبه بینش‌گرا، به منظور فرمول‌بندی روان‌پویایی، تعارض‌ها و الگوهای رفتاری ناخودآگاه شناسایی می‌شوند، در حالی که در یک مصاحبه علامت‌گرا، تلاش برای جمع‌آوری مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌هایی است که متناسب با ملاک‌های تشخیصی اختلالات طبقه‌بندی شده است.

در این کتاب، هر یک از فصل‌های ۲ تا ۶، چهار جز مصاحبه روان‌تشخیصی علامت‌گرا، توصیفی به‌طور جداگانه بررسی می‌شوند. این دیدگاه تشریحی به مصاحبه، شبیه رویکرد دانشکده‌های پزشکی به بدن انسان می‌باشد؛ یک عضو، مکرراً در واحدهای مختلف تشریح، بافت‌شناسی، فیزیولوژی و بیوشیمی بررسی می‌شود. واضح است تشریح، بافت‌شناسی، فیزیولوژی و بیوشیمی، نمی‌توانند بدون وابستگی به یکدیگر بقاء داشته باشند. بلکه، برعکس آنها به‌شدت با یکدیگر مرتبط‌اند. ولی یک عضو از ابعاد مختلف بررسی می‌شود تا آموزش، تحقیق و فهم ما از بدن و آن عضو بدن بهتر شود و اختلال آن هم به‌نحو بهتری درمان‌گردد. به همین ترتیب تکنیک‌های ارزیابی معاینه وضعیت روانی و تشخیصی که بسیار با یکدیگر مرتبط‌اند به‌دلیل مسائل آموزشی، به‌طور جداگانه بررسی می‌شوند.

مصاحبه‌گر با بیمار، شبیه عملکرد دو فردی است که می‌کوشند یک پازل را درست کنند. بیمار قطعات، و مصاحبه‌گر تصویر کامل شکل را در اختیار دارد.

۱. هر دو نفر، مصاحبه‌گر و بیمار باید مایل باشند که چنین فعالیتی را به کمک یکدیگر انجام دهند (رابطه).

۲. مصاحبه‌گر باید بداند چگونه قطعات صحیح را از بیمار بگیرد و این قطعات کوچک را کنار هم قرار دهد (تکنیک‌های ارزیابی).

۳. مصاحبه‌گر باید همه قطعات را مدام در برابر بیمار جابه‌جا کرده و مورد بازبینی قرار دهد (وضعیت روانی).

۴. مصاحبه‌گر باید مرتباً آنچه را در کنار هم قرار دارد، با طرح اصلی مقایسه کند تا قطعاتی که مفقودند را بیابد (تشخیص).

۳. رویکرد چند مرحله‌ای

مصاحبه، فرآیندی است که در زمان رخ می‌دهد. اغلب کتاب‌ها، چه متون روان‌پویایی و چه متون توصیفی مصاحبه را به سه مرحله تقسیم کرده‌اند: شروع، مرحله میانی و مرحله پایانی مصاحبه (مک‌کینون و مایکلز^۱، ۱۹۷۱). اهداف این مراحل متفاوت‌اند.

در **مرحله شروع**، مصاحبه‌گر بیمار را آماده می‌کند، رابطه را ایجاد می‌کند و بیمار را برای وظیفه اصلی مصاحبه آماده می‌کند.

قسمت اعظم مصاحبه، **مرحله میانی** است؛ به همین علت، بیشترین زمان مصاحبه را به خود اختصاص می‌دهد. عده‌ای، مرحله میانی مصاحبه را براساس اهداف مصاحبه به بخش‌های بیشتری تقسیم می‌کنند. همان‌طور که ما نیز چنین کرده‌ایم. آشکار است چنین تقسیماتی اختیاری است ولی از نظر آموزشی بالارزش است.

در **مرحله پایانی**، مصاحبه‌گر، بیمار را برای اتمام مصاحبه آماده می‌کند و مطالب بسیار هیجان‌انگیز را مطرح نمی‌کند آنچه که از مصاحبه به دست آورده و همچنین دورنمایی از آینده بیمار را به طور خلاصه در اختیار بیمار می‌گذارد.

به منظور فهم بهتر فرآیند مصاحبه، آن را به صورت مشخص تری بیان کرده‌ایم. در مصاحبه ۵ مرحله وجود دارد که عبارت‌اند از:

۱. آماده‌سازی و غریبال مشکل

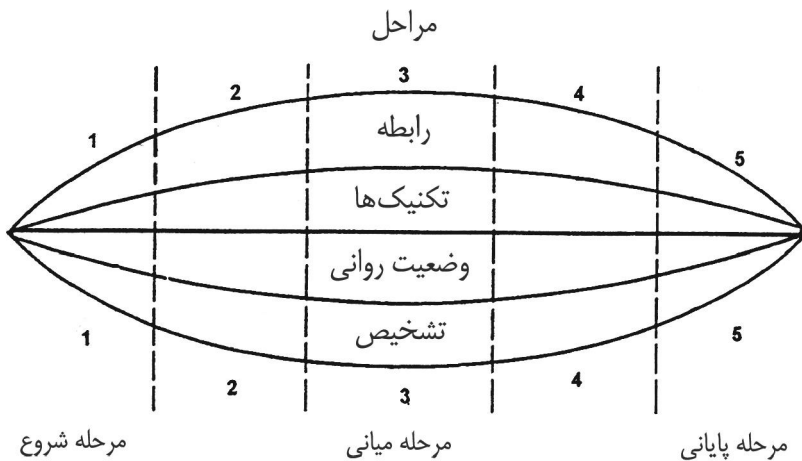
۲. پیگیری نظرات اولیه

۳. تاریخچه روان‌پزشکی

۴. تشخیص و بازخورد

۵. پیش‌آگهی و قرارداد درمانی

این ۵ مرحله و ادغام آنها با چهار جزء مصاحبه (شکل ۱-۱ را ببینید) در فصل ۶ شرح داده شده و مصاحبه‌های ضبط شده به نگارش درآمده‌اند.



شکل ۱-۱. پنج مرحله مصاحبه استاندارد

به هنگام انجام مصاحبه‌تان، معمولاً توالی چنین مرحله‌ای به هم می‌خورد و مراحل پس و پیش می‌شوند، زیرا معمولاً بیمار مصاحبه‌گر را هدایت می‌کند. با وجود این دانستن توالی منطقی این مراحل مهم است؛ بیشتر مصاحبه‌گران، این الگوی کلیشه‌ای را دنبال می‌کنند، به علاوه، اگر چنانچه از مسیر منحرف شوید، با دانستن این مراحل، می‌دانید به کدام مرحله برگردید تا اطلاعات مورد نیاز را به دست آورید.

۴. مصاحبه برای اختلالات خاص

یک مصاحبه‌گر ماهر، چنانچه با بیماری که همکاری نمی‌کند روبه‌رو شود، استراتژی خود را تغییر می‌دهد. در این موارد مصاحبه‌گر چه چیز دیگری می‌تواند از بیمار به دست آورد؟ در مورد بیماری که نمی‌خواهد صحبت کند یا بیماری که نمی‌داند شما می‌خواهید به او کمک کنید، چه می‌کنید؟ هر قدر بکوشید که علائم را جمع‌بندی کنید یا تعارض را جستجو کنید باز هم خجالت، گوشه‌گیری و خصومت بیمار مانع کوشش‌هایتان می‌شود. لذا، ممکن است پاتولوژی بیمار مانع شود تا رویکرد استاندارد می‌توانید با بیماری که همکاری می‌کند به کار برید (فصل ۷). بنابراین باید استراتژی خود را با رفتارهای بیمار که ویژه بیماری اوست منطبق کنید. فصل‌های ۸ تا ۱۰ کتاب، نحوه مصاحبه با اختلالات بالینی و اختلالات شخصیت را مطرح می‌کند. علاوه بر این می‌توانید به کتاب ما "مصاحبه بالینی بر مبنای