

اصول مصاحبه بالینی

بر مبنای DSM-5

جلد دوم: بیمار مشکل

ویراست سوم

تألیف

دکتر اکهارد اوتمر

دکتر زیگلیند اوتمر

تألیف و ترجمه

دکتر مهدی نصر اصفهانی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز تحقیقات بهداشت روان

با همکاری

دکتر نوشین خادم‌الرضا

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر شهربانو قهاری

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر شبینم نوحه‌سرا

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز تحقیقات بهداشت روان

American Psychiatric Publishing

(با مجوز رسمی ترجمه)



فهرست

سخن مترجم بر ویراست جدید	۱۱
سخن مترجم بر ویراست قبلی	۱۳
پیشگفتار مؤلفین بر ترجمه فارسی	۱۷
درباره مؤلفین کتاب	۲۳
مقدمه رئیس انجمن روان‌پزشکی امریکا	۲۵
پیشگفتار	۲۷
چارچوب	۲۹

بخش اول. زبان علائم

فصل ۱. تبدیل

۱. تبدیل چیست؟	۴۲
۲. تبدیل در وضعیت روانی	۴۵
۳. تکنیک: هیپنوتیزم	۵۰
۴. گام‌های پنج‌گانه برای برگرداندن تبدیل	۶۱
۵. مصاحبہ: شناسایی عوامل روان‌شناختی تحت هیپنوتیزم	۶۴
۶. تبدیل و هیپنوتیزم در اختلالات روان‌پزشکی	۷۹

فصل ۲. تجزیه

۱. تجزیه چیست؟	۸۴
۲. تجزیه در وضعیت روانی	۸۷

۳. تکنیک‌ها: تداعی آزاد و سوئیچ هیپنوتیزمی.....	۹۱
۴. گام‌های پنج‌گانه برای ارتباط مجدد.....	۹۴
۵. مصاحبه الف: تداعی آزاد و فراموشی تجزیه‌ای	۹۶
۵. مصاحبه ب: سوئیچ هیپنوتیزمی و اختلال هویت تجزیه‌ای	۱۱۳
۶. تجزیه، سوئیچ هیپنوتیزمی، هیپنوتیزم و تداعی آزاد در اختلالات روان‌پزشکی	۱۳۴

فصل ۳. استرس پس از سانحه

۱. اختلال استرس پس از سانحه چیست؟	۱۴۰
۲. استرس پس از سانحه در وضعیت روانی	۱۴۶
۳. تکنیک‌ها: تجسم و گوش دادن فعال	۱۵۳
۴. گام‌های پنج‌گانه برای تجربه مجدد تروما.....	۱۶۲
۵. مصاحبه الف: تجسم برای رؤیت تروما.....	۱۶۳
۵. مصاحبه ب: گوش دادن فعال برای تقویت یادآوری	۱۷۴
۶. استرس پس از سانحه، تجسم، و گوش دادن فعال در اختلالات روان‌پزشکی	۱۹۱

فصل ۴. جسمانی کردن

۱. جسمانی کردن چیست؟.....	۱۹۵
۲. جسمانی کردن در وضعیت روانی	۱۹۸
۳. تکنیک: تأیید علائم جسمی	۲۰۵
۴. گام‌های پنج‌گانه برای اطمینان‌بخشی دوباره به بیمار.....	۲۰۸
۵. مصاحبه: تأیید علائم جسمی	۲۱۰
۶. جسمانی کردن و تأیید علائم جسمی در اختلالات روان‌پزشکی	۲۳۰

بخش دوم. ارتباط سایکوتیک

فصل ۵. بروونریزی سایکوتیک

۱. بروونریزی سایکوتیک چیست؟.....	۲۴۲
۲. بروونریزی سایکوتیک در وضعیت روانی	۲۴۳
۳. تکنیک: تسهیل کردن اعمال واقع‌گرایانه و پراکنده کردن اعمال سایکوتیک	۲۴۸
۴. گام‌های پنج‌گانه برای هدایت بیمار جهت اعمال سازنده	۲۵۲
۵. مصاحبه الف: هذیان بزرگ منشی	۲۵۴

۵. مصاحبه ب: هذیان‌گرند و آسیب.....	۲۶۳
۶. خصوصیت و تسهیل در اختلالات روانپزشکی.....	۲۷۵

فصل ۶. کاتاتونیا

۱. کاتاتونیا چیست؟.....	۲۷۹
۲. کاتاتونیا در وضعیت روانی	۲۸۲
۳. تکنیک: آموباریتال یا لورازپام برای کاتاتونیای بدون حرکت	۲۸۵
۴. گام‌های پنج‌گانه برای مهارزدایی.....	۲۸۸
۵. مصاحبه: اختلال افسردگی اساسی، دوره واحد، شدید با خصوصیات سایکوتیک و کاتاتونیک ..	۲۹۰
۶. تکنیک: آرامبخشی سریع برای کاتاتونیای با فعالیت حرکتی مفرط	۳۰۱
۷. گام‌های پنج‌گانه برای بازگشت به واقعیت	۳۰۴
۸. مصاحبه: اختلال دوقطبی I، دوره اخیر مانیا با خصوصیات کاتاتونیا.....	۳۰۶
۹. کاتاتونیا، آموباریتال یا لورازپام و آرامبخشی در اختلالات روانپزشکی	۳۱۳

بخش سوم. نقص شناختی

فصل ۷. بی‌توجهی و بیش‌فعالی

۱. بی‌توجهی و بیش‌فعالی چیست؟.....	۳۳۷
۲. بی‌توجهی و بیش‌فعالی در وضعیت روانی	۳۳۹
۳. تکنیک‌ها: انجام آزمون فراخنای توجه، گوش‌بهزنگی و تمرکز.....	۳۴۱
۴. گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی بی‌توجهی.....	۳۴۴
۵. مصاحبه: مانیا در مقابل بیش‌فعالی - تکانشگری اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه	۳۴۵
۶. بی‌توجهی و بیش‌فعالی در اختلالات روانپزشکی	۳۵۱

فصل ۸. فراموشی

۱. فراموشی چیست؟.....	۳۵۵
۲. فراموشی در وضعیت روانی	۳۵۷
۳. تکنیک‌ها: آزمون موقعیت‌سنجی، حافظه چهار کلمه و القای افسانه‌سازی.....	۳۵۸
۴. گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی فراموشی.....	۳۵۹

۵. مصاحبه: هذیان در مقابل افسانه‌سازی در یک حالت فراموشی ۳۶۰
۶. فراموشی در اختلالات روان‌پزشکی ۳۶۶

فصل ۹. دلیریوم

۱. دلیریوم چیست؟ ۳۶۹
۲. دلیریوم در وضعیت روانی ۳۷۱
۳. تکنیک‌ها: معاینه مکرر موقعیت‌سنگی، حافظه چهار کلمه، فراخنای ارقام، هجی کردن کلمه، گوش به زنگی و مجموعه ۷ ها یا ۳ ها ۳۷۲
۴. گام‌های پنج‌گام برای شناسایی دلیریوم ۳۷۳
۵. مصاحبه: مانیا در مقابل دلیریوم ناشی از عفونت ویروسی نقص اینمنی انسان ۳۷۳
۶. دلیریوم در اختلالات روان‌پزشکی ۳۷۸

فصل ۱۰. اختلال عصب‌شناختی عمدہ (دمانس)

۱. اختلال عصب‌شناختی عمدہ چیست؟ ۳۸۳
۲. اختلال عصب‌شناختی عمدہ در وضعیت روانی ۳۸۷
۳. تکنیک‌ها: آزمون‌هایی برای آغازی، آگنوزی، آپراکسی، کارکردهای اجرایی، رفلکس‌های پاتولوژیک، قضادوت و بینش ۳۸۸
۴. گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی اختلال عصب‌شناختی عمدہ ۳۹۳
۵. مصاحبه الف: افسردگی با کدی روانی در مقابل آپراکسی در اختلال عصب‌شناختی ناشی از بیماری عروق مغزی ۳۹۵
۵. مصاحبه ب: مانیا در مقابل فقدان مهار لب فرونال در بیماری پیک ۴۰۸
۵. مصاحبه ج: تعارض زناشویی در مقابل آمنزی در اختلال عصب‌شناختی ناشی از بیماری آنرا یمیر ۴۱۶
۶. اختلال عصب‌شناختی در اختلالات روان‌پزشکی ۴۲۵

فصل ۱۱. ناتوانی ذهنی

۱. ناتوانی ذهنی چیست؟ ۴۲۷
۲. ناتوانی ذهنی در وضعیت روانی ۴۲۸
۳. تکنیک: آزمون هوش ۴۲۹
۴. گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی ناتوانی ذهنی ۴۳۲

۵. مصاحبه: اختلال عصب‌شناختی با توهمات در برابر اختلال دوقطبی با سایکوز در ناتوانی ذهنی . ۴۳۴
 ۶. ناتوانی ذهنی در اختلالات روان‌پزشکی ۴۴۳

بخش چهارم. رفتار فریبانه و خود - حفاظت‌گری

فصل ۱۲. پنهان‌کاری

- ۴۵۷ ۱. پنهان‌کاری چیست?
 ۴۵۸ ۲. پنهان‌کاری در وضعیت روانی.....
 ۴۶۶ ۳. تکنیک: رویکرد مثبت - منفی
 ۴۶۸ ۴. گام‌های پنج‌گانه برای لب به سخن گشودن
 ۴۷۷ ۵. مصاحبه الف: اختلال شخصیت مرزی.....
 ۴۸۶ ۵. مصاحبه ب: بجهه‌بازی منحصر به تجاوز به محارم
 ۴۹۵ ۶. پنهان‌کاری و رویکرد مثبت- منفی در اختلالات روان‌پزشکی

فصل ۱۳. تحریف و دروغگویی

- ۴۹۸ ۱. تحریف چیست?
 ۵۰۱ ۲. تحریف در وضعیت روانی ..
 ۵۰۸ ۳. تکنیک: بازجویی
 ۵۱۱ ۴. گام‌های پنج‌گانه برای بازجویی
 ۵۱۸ ۵. مصاحبه: اتهامات دروغ تجاوز به عنف توسط بیماری با خصوصیات اختلال شخصیت مرزی و اختلال سلوک.....
 ۵۴۵ ۶. تحریف و بازجویی در اختلالات روان‌پزشکی.....

فصل ۱۴. رفتار ساختگی

- ۵۴۸ ۱. رفتار ساختگی چیست?
 ۵۵۲ ۲. رفتار ساختگی در وضعیت روانی ..
 ۵۵۹ ۳. تکنیک: تحلیل استرس صدا ..
 ۵۶۶ ۴. گام‌های پنج‌گانه برای گره‌گشایی از جعل
 ۵۶۸ ۵. مصاحبه: اختلال ساختگی تحمیل شده بر دیگری.....
 ۵۸۳ ۶. جعل و تحلیل استرس صدا در اختلالات روان‌پزشکی.....

فصل ۱۵. رفتار خود - فریبانه

۱. رفتار خود - فریبی چیست؟	۵۸۸
۲. خود - فریبی در وضعیت روانی.....	۵۹۰
۳. تکنیک: تحلیل شناختی خود - فریبی.....	۵۹۶
۴. گام‌های پنج‌گانه برای برداشتن نقاب از چهره خود - فریبی	۵۹۸
۵. مصاحبه الف: اختلال سوء‌صرف الكل	۶۰۴
۶. مصاحبه ب: پراشتهایی روانی	۶۱۳
۷. خود - فریبی، تحلیل شناختی خود - گویی، و مقیاس کارکرد دفاعی در اختلالات روان‌پزشکی	۶۲۶
سخن آخر.....	۶۲۹
ضمیمه	۶۳۳
منابع	۶۵۵
واژه‌نامه	۶۷۳
نمایه	۶۹۳

بخش اول

زبان علام

مقدمه‌ای بر بخش اول

زبان علائم

بیمارانی که زبان علائم را به کار می‌برند، علائم جسمی‌ای را توصیف کرده و نشانه‌هایی را به نمایش می‌گذارند که از نظر پزشکی قابل توجیه نیستند، مانند درد در نواحی مختلف بدن، علائم گوارشی، جنسی یا تناسلی و شبه عصبی. در غیاب هرگونه شواهد جسمی مبتنی بر وجود اختلال شناختی، آنها فراموشی، گسست از واقعیت، گسست از خویشتن و به هم خوردنگی هویت خودشان را گزارش می‌کنند، آنها رفتار اجتنابی نسبت به موقعیت‌هایی را نشان می‌دهند که دیگران آن موقعیت‌ها را نسبتاً امن می‌دانند، از افراد نزدیک خود جدایی هیجانی نشان می‌دهند بدون اینکه شواهد و مدارکی وجود داشته باشد که این افراد آنان را تهدید و یا اذیت کرده باشند. به عبارت دیگر این بیماران علائمی را به نمایش می‌گذارند که ناشی از یک بیماری شناخته شده کنونی و یا سوء‌صرف مواد نبوده، بلکه واپسی به فرآیندی روان‌شناختی همچون تبدیل، تجزیه، فلاش بک و جسمانی کردن است. اختلالاتی که با این‌گونه فرآیندها مشخص می‌شوند عبارت‌اند از: اختلالات علائم جسمی، اختلالات تجزیه‌ای و اختلال استرس پس از سانجه.

در مورد اختلالات علائم جسمی و تجزیه‌ای، وجود یک اختلال طبی دیگر که بتوان علائم گزارش شده را به حساب آن گذاشت، غایب است. در مورد اختلال استرس پس از سانجه یک تهدید کنونی رانمی‌توان شناسایی نمود که بتواند اجتناب از افراد و موقعیت‌ها را توضیح دهد. برطبق DSM-5 (انجمان روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، به نظر می‌رسد شروع یا تشدید علائم بیان شده همراه با عوامل روان‌شناختی و تعارضاتی باشد که اثرات خود را با علائم طبی همچون علائم عصبی و بیشتر با رفتار اجتنابی شدید نشان می‌دهند. از این رو این قبیل بیماران به جای توصیف تعارضات خویش، خودشان را در قالب علائم بیان می‌کنند. بنابراین، به کارگیری زبان علائم تنها مشخصه مشترک اختلالاتی است که در بخش ۱ مورد بحث قرار گرفته است.

این مشخصه مشترک با وجود همبودی این اختلالات با همدیگر نیز روشن می‌شود. برای نمونه، علامت‌شناسی دو اختلال از طبقه‌بندی اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط (یعنی اختلال علائم جسمی و اختلال تبدیلی) و یکی از اختلالات تجزیه‌ای (مانند اختلال هویت تجزیه‌ای) هم پوشانی دارند (مارتین^۱، ۱۹۹۶). مثلاً ۴۰٪ تا ۷۰٪ از بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای، علائم تبدیلی را نشان می‌دهند (کونز^۲ و همکاران، ۱۹۸۸؛ پوتنام^۳ و همکاران؛ ۱۹۸۶؛ راس^۴، ۱۹۹۰، ۳۵٪ بیماران مبتلا به اختلال تجزیه‌ای علائمی دارند که ملاک‌های تشخیصی اختلال علائم جسمی را تکمیل می‌نمایند (راس و همکاران، ۱۹۸۹). علائم تبدیلی خود بخشی از ملاک‌های تشخیصی اختلال علائم جسمی هستند. در مطالعه گوز^۵ و همکاران (۱۹۷۱) که ملاکی را به کار گرفت که نیازی به وجود علائم تبدیلی نداشت، بیش از ۹۰٪ بیماران با هیستری مشخص (یعنی جسمانی کردن) حداقل یک علامت تبدیلی و حدود ۸۰٪ آنها چندین علامت تبدیلی را داشتند. حداقل دو علامت تجزیه‌ای که بخشی از ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه است، این اختلال را با اختلال تجزیه‌ای پیوند می‌دهند، به عبارتی فلاش‌بک تجزیه‌ای دوره تروماتیک (ملاک B3 اختلال استرس پس از سانحه) و فراموشی تجزیه‌ای برای جنبه‌های مهم تروما (ملاک D1 اختلال استرس پس از سانحه) از جمله این موارد است. مطالعات فامیلی و دوقلوها نشان داده‌اند که تمایل به گزارش علائم تبدیلی، داشتن علائم هویت تجزیه‌ای، تجربه استرس پس از سانحه و جسمانی کردن حداقل به طور نسبی به ارث می‌رسند (انجمن روان‌پژوهشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

تظاهرات اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط و اختلالات تجزیه‌ای بر عکس اختلالات ساختگی و تمارض تحت‌کنترل ارادی بیمار نیستند (مارتین، و یوتزی^۶، ۱۹۹۴). متخصصین بالینی پذیرفته‌اند که علائم اجتنابی پس از سانحه هم تحت‌کنترل نبوده، بلکه ظاهری از اضطراب بیمارگونه هستند که می‌توانند با فلاش‌بک تجزیه‌ای همراه شوند.

در اختلال تبدیلی، اختلال هویت تجزیه‌ای، اختلال علائم جسمی و اختلال استرس پس از سانحه، یک رابطه دوسویه بین تجربه علائم جسمی و عوامل روان‌شناسختی در نظر گرفته می‌شود. در DSM-5 تأکید شده است که این اختلالات باید به طور عمده کارکردهای شغلی و اجتماعی را مختلط سازند. بر عکس، ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال استرس پس از سانحه شامل عوامل روان‌شناسختی

1. Martin

2. Coons

3. Putnam

4. Ross

5. Guze

6. Yutzy

بوده و باید داوری گردد که این عوامل با شروع یا تشدید این اختلال همراه است. از سوی دیگر ۸۵٪ بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای و ۵۰٪ بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی، سوء رفتار جنسی دوران کودکی را گزارش می‌کنند که این میزان وقوع به مراتب بیشتر از بروز ۱۵٪ سوء رفتار جنسی گزارش شده در بیماران مبتلا به اختلال خلقوی است (مارتین، ۱۹۹۶). از این‌رو، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در بیماران مبتلا، بین وقوع قبلی عوامل روان‌شناختی و اختلالات تجزیه‌ای و اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط و همچنین اختلال استرس پس از سانحه رابطه‌ای وجود دارد. هنوز هم بیمارانی که مبتلا به این اختلالات هستند گرایش دارند تا بر جسمی بودن علائم تبدیلی و تجزیه‌ای خود و یا رفتار اجتنابی خویش در اختلال استرس پس از سانحه تأکید بورزنده و اغلب نمی‌توانند و یا نمی‌خواهند که عوامل روان‌شناختی همراه، بررسی و شناخته شوند. مبتلایان به اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط و همچنین اختلالات تجزیه‌ای، به جای اینکه علائم را با عوامل روان‌شناختی پیوند دهند، آنها را به عنوان شواهدی از وجود یک اختلال طبی در نظر می‌گیرند.

بنابراین بیمارانی که اختلال علائم جسمی دارند بر ماهیت جسمانی بودن اختلال خویش تأکید می‌ورزند و اغلب عوامل روان‌شناختی را به عنوان مسئول علائم، خشمگینانه رد می‌کنند. برای نمونه، بیمارانی که اختلال تبدیلی دارند، آگاه نیستند که ناتوانی شبه عصبی آنها مربوط به درخواستی است که نمی‌توانند با آن برخورد کنند. بیماران مبتلا به اختلال تجزیه‌ای به کرات فراموشی خود را برای هر رویداد آشکارکننده گزارش می‌کنند، اما درباره رابطه بین عامل تنفس‌زای اخیر و حالت تجزیه‌ای خود حرفی نمی‌زنند. عین همین ماجرا برای بسیاری از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه هم صادق است که اجزایی از یک سانحه را به طور مکرر به صورت فلاش‌بک غیرارادی، کابوس شبانه و خاطرات مربوط به آن تجربه می‌کنند. آنها نیز به جای تمرکز بر مشکلات وضعیت کنونی زندگی خویش به یک ترومای قبلی اشاره کرده تا اضطراب‌ها و اجتناب‌های خود را توجیه کنند. به عبارت دیگر آنها هنوز قادر به نبوده و یا مایل نیستند تا آن ترومای را به تفصیل مرور کنند. همه این بیماران تمایل دارند به جای شکایات روان‌شناختی، ناراحتی خویش را به صورت علائم جسمی بیان کنند.

از جمله مشکلاتی که شما هنگام مصاحبه با این قبیل بیماران تجربه می‌کنید اضطراب یا ناتوانی و یا مقاومتی است که بیماران برای بررسی همه جنبه‌های اختلال روان‌پزشکی خویش به خصوص عوامل روان‌شناختی دارند. با وجود دو مانع زیر تشخیص درست برای نقص کنارآیی^۱ دشوار می‌شود، اول:

1. Coping deficit

علائم به جای روشن کردن نقص کنارآیی روان‌شناختی، آنها را پنهان می‌کنند. دوم، زبان علائم، ناتوانی بیمار یا بی میلی وی را برای گفتگو با یک متخصص بهداشت روان بیان می‌کند. بیمار ممکن است ترجیح دهد تا با یک متخصص داخلی (برای نمونه، بیمار مبتلا به اختلال علائم جسمی) و یا متخصص مغز و اعصاب (برای نمونه، بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی و اختلال تجزیه‌ای) گفتگو کند. بیمار مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای به غیر از مواردی که علائم ناتوانی را اخیراً تجربه کرده باشد اساساً احساس نیازی به کمک نمی‌کند. بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ممکن است از گفتگو در مورد سانحه با هر کسی خودداری ورزد. در هر صورت ناتوانی بیمار و یا عدم تمایل وی برای گفتگو در مورد جنبه‌های روان‌شناختی بیماری خود، مفهوم جسمانی کردن استکل¹ را به عنوان اختلالی جسمی که بیانگر نوروزی عمیق است را تأیید نمی‌کند. چنین ارتباطی هم تاکنون ثابت نشده است.

این وظیفه مصاحبه‌گر است تا علائم بیمار را به عنوان نشانه‌ای از مشکلات برای کنارآیی، تشخیص داده و بی‌درنگ او را یاری رساند تا درباره این اضطراب‌ها و مشکلات گفتگو کند. تأیید علائم بیمار، هیپنوتیزم برای بیرون کشیدن تعارضات بین‌فردي، کنکاش برای خاطرات سرکوب شده با تداعی آزاد و کمک کردن به بیمار برای یادآوری سانحه با تجسس و همگامی هیجانی از جمله راهبردهایی هستند که می‌توانید استفاده کنید. این تکنیک‌های مصاحبه به شما این امکان را می‌دهند تا عوامل روان‌شناختی و یا رویدادهای تروماتیکی را بررسی کنید که ممکن است همراه اختلال باشد، جدای از اینکه این عوامل، سهمی روان‌شناختانه در وقوع، شروع و سیر اختلال داشته یا نداشته باشند.

عبارت "تکنیک‌های آشکارسازی"² برای بعضی از تکنیک‌هایی همچون تداعی آزاد، هیپنوتیزم و مصاحبه با آموباریتال و لورازپام به کار گرفته شده است. هنگامی که ما عبارت "آشکارسازی" را به کار می‌بریم، منظورمان این نیست که این تکنیک‌ها سبب‌شناصی و عوامل روان‌شناختی را آشکار می‌کنند، بلکه آنها فقط محتوى فکری بیمار را آشکار کرده که بیمار قبلاً نمی‌توانست گزارشی راجع به آنها به مصاحبه‌گر بدهد.

فصل ۱

تبدیل

۱. تبدیل^۱ چیست؟

۲. تبدیل در وضعیت روانی

۳. تکنیک: هیپنوتیزم

۴. گام‌های پنج‌گانه برای برگرداندن تبدیل

۵. مصاحبه: شناسایی عوامل روان‌شناختی تحت شرایط هیپنوتیزم

۶. تبدیل و هیپنوتیزم در اختلالات روان‌پزشکی

خلاصه

بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی معمولاً^۲ یک نقص در سیستم حرکتی (مثل فلچ اندام) یا سیستم حسی (مثل نایینایی) نشان می‌دهند. این علائم از طریق یک اختلال طب عمومی یا یک اختلال نورولوژیکی قابل توجیه نیست. این علائم انعکاس‌دهنده درک بیمار از سیستم عصبی است (برای مثال، این نشانه‌ها از علائمی که نشان‌دهنده آسیب فیزیکی سیستم عصبی است، متفاوت هستند).

1. Conversion

تکنیک‌های استاندارد مصاحبه در آشکار ساختن هدف زیربنایی علامت تبدیلی مؤثر نیستند. هیپنوتیزم می‌تواند برای بر ملاکردن رویدادهای آشکارساز و گاهی نیز به روشن ساختن هدف و منظور علائم تبدیلی کمک کرده و آن را برطرف کند.



نکته‌ای که شایسته توجه خاصی است، وضعیت ذهن در مراحل مختلف ناشی از ... هیپنوتیزم است. در یک مرحله، قدرت شگفت‌آوری از تمرکز فکر را نشان داده، ... درحالی که در مرحله دیگری قوه ناطقه یا تخیل را به طور کامل برانگیخته و نمایان می‌سازد، از این رو وسیع‌ترین، روشن‌ترین و سوزان‌ترین صحنه‌ها و تصاویر به کمک قوه تخیل با حرارت بیان می‌شود.

جمز برید^۱، علم خواب آوری^۲ (۱۸۴۳)



۱. تبدیل چیست؟

بر طبق معیارهای DSM-5 (انجمن روان‌پژوهشی آمریکا، ۲۰۱۳) تبدیل یک نوع اختلال کارکرد عصبی به شمار می‌رود. اختلال تبدیلی به میزان ۱۱ تا ۵۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت عمومی رخ می‌دهد و نیز تا ۵٪ بیماران سرپایی ارجاع شده به کلینیک‌های بهداشت روان را شامل می‌گردد. بیشترین شیوع علائم تبدیلی بین ۱ و ۱۴ درصد در بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی یافت شده است. اختلال تبدیلی از نظر پژوهشی نشان‌دهنده کارکرد مختلط آشکار و غیرقابل توضیح سیستم عصبی عضلانی ارادی (مانند فلنج) یا اختلال در سیستم حسی (مانند فقدان درک درد) است. نفائص این چنینی با مسیرهای آناتومیکی منطبق نیستند، بلکه انعکاس‌دهنده ادراک بیمار از کارکرد بدن می‌باشد. برای نمونه، بیماری مدعی می‌شود که حس درد در دست راستش از بین رفته، اگرچه درک حس حرارت سالم است. از نظر آناتومیکی هردو حس به وسیله اعصاب محیطی مشابهی منتقل می‌شوند، بنابراین کسی که توانایی درک تغییرات درجه حرارت را دارد، نمی‌تواند توانایی تجربه درد را از دست بدهد.

در طول مصاحبه با بیمار، نشانه‌های مثبت و منفی تبدیلی ممکن است آشکار گردد. نشانه‌های منفی نشان‌دهنده از دست دادن کارکرد (مانند فلچ، اختیاض ادراری، ناشنوایی و بی‌حسی) و نشانه‌های مثبت نشان‌دهنده اعمال پاتولوژیکی است (مانند تشنج‌های کاذب، لرزش‌ها، حرکات عجیب و غریب، توهمات و گزگز شدن).

به دنبال مفهوم جراح^۱ که در سال ۱۸۳۷ توسط بنجامین بروودی^۲ ارائه شد، فروید^۳ اصطلاح تبدیل را در سال ۱۸۹۴ به منظور توصیف فرآیندی به کار گرفت که بیمار از طریق آن هیجانی را به تظاهری جسمانی تبدیل می‌نماید (زیگلر^۴ و همکاران، ۱۹۶۰). در ۵-DSM، وقوع علائم قابل ملاحظه تبدیلی از نظر بالینی در حضور اختلال علائم جسمی هم به عنوان یک اختلال در نظر گرفته می‌شود.

پژوهش اخیر سه یافته را در رابطه با اختلال تبدیلی ارائه می‌دهد. اول: بیماران با یک علامت تبدیلی ممکن است اختلالات نورولوژیکی را نشان دهند که همان قسمتی از بدن را گرفتار می‌کند که تحت تأثیر علامت تبدیلی است. این یافته با بهره‌برداری بیمار از نقص خود برای اجتناب از انعام یک کار یا وظیفه سازگار است. بیمار ممکن است صرفاً در یک نشانه درست اغراق نماید ولی از نظر بالینی اختلال نورولوژیکی را به دلیل نیاز به رهایی از تکلیف مخفی می‌کند (ویلرمن و کوهن^۵، ۱۹۹۰). از طرفی نقص نورولوژیکی ممکن است از آتروفی مربوط به عدم به کارگیری یک عضو ناشی گردد. در یک مطالعه پیگیری (اسپیرینگز^۶ و همکاران، ۱۹۹۰) در ۵۲ کودک از ۸۴ کودک بستری در بیمارستان (۶۲٪) که برای آنها اختلال تبدیلی تشخیص داده شده بود، کسانی بودند که (جدا از بیماری‌های معمول دوران کودکی) تاریخچه‌ای از یک اختلال طبی دیگر داشتند. بنابراین، وقتی شما با بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی روبرو می‌شوید، باید بررسی کنید که آیا یک اختلال نورولوژیکی یا بیماری طب عمومی دیگری تبدیل را تسهیل کرده است یا نه (گات‌فیلد^۷ و گوز^۸، ۱۹۶۲، استفانسون^۹ و همکاران، ۱۹۷۶). از طرف دیگر ۴۵٪ از اعضای خانواده ۸۴ کودک که اختلال عضوی داشتند، ۴۴٪ از آنها بیماری‌های روان‌تنی و ۲۶٪ اختلالات روان‌پزشکی داشتند (اسپیرینگز و همکاران، ۱۹۹۰). از این رو شما باید هم استرس و هم اختلال کارکرد خانواده را بسنجید، زیرا چنین مواردی در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال تبدیلی گزارش شده‌اند (سیگل^{۱۰} و بارتل^{۱۱}، ۱۹۸۶).

1. Surgeon

2. Benjamin Brodie

3. Freud

4. Ziegler

5. Willerman & Chohen

6. Spierings

7. Catfield

8. Guze

9. Stefansson

10. Siegel

11. Berthel

دوم: از نظر تاریخی عوامل روان‌شناختی با مفهوم تبدیلی در هم تبیه شده‌اند (مارتین^۱، ۱۹۹۲). عوامل روان‌شناختی به عنوان ملاک تشخیصی برای اختلال تبدیلی در DSM-III (انجمان روان‌پژوهشکی آمریکا، ۱۹۸۰) و DSM-III-R (انجمان روان‌پژوهشکی آمریکا، ۱۹۸۷) وارد شده است. البته هنوز از نظر تجربی قدرت اثباتی این عوامل برای تمایز اختلال تبدیلی از یک اختلال جسمی، ضعیف است (کلونین جر^۲، ۱۹۸۷). راسکین^۳ و همکاران (۱۹۶۶) به طور موفقیت‌آمیزی توانستند ۳۲ بیمار مبتلا به علائم تبدیلی را از ۷ بیمار مبتلا به اختلالات جسمی تفکیک نمایند. همه این بیماران به دلیل اینکه مشکوک به اختلال تبدیلی بودند از یک مرکز نورولوژیکی ارجاع شده بودند "با این قضاوت که آیا علائم تبدیلی که با استرس آشکار شده‌اند برای حل تعارضات روانی به کار گرفته شده‌اند یا نه" (کلونین جر، ۱۹۸۷، صفحه، ۲۴۸۰). مشاهدات انجام شده توسط پژوهشگران، که ۲۶ مورد از ۳۶ بیمار سابقه‌ای از علائم جسمی داشتند که از نظر پژوهشکی قابل توجیه نبود، این قضاوت‌ها را گیج‌کننده کرده است. بنابراین، این موضوع با توجه به ملاک مصاحبه‌گر سؤال‌برانگیز است، بدین معنی که علامت نورولوژیکی که در اثر استرس به وجود آمده و بدون یافته‌های جسمی آشکار برای حل تعارضات روانی به کار گرفته شده است، آیا می‌تواند به شناسایی آن علامت به عنوان یک علامت تبدیلی کمک کند. بدون توجه به این استدلال، شما به عنوان یک مصاحبه‌گر ممکن است تکنیک آشکارسازی^۴ را برای یک علامت تبدیلی مشکوک به کار گیرید، زیرا که این تکنیک می‌تواند دو اثر مثبت داشته باشد: ۱) علامت تبدیلی را می‌تواند برطرف کند و ۲) می‌تواند شما را به سمت تعارض روانی بیمار و اینکه آیا این تعارض روانی از نظر سبب‌شناسی در بروز اختلال نقش داشته است یا نه، هدایت کند.

سوم، برویر و فروید (۱۹۵۷)، شارکو^۵ (گویل لاین^۶، ۱۹۵۹) و سایرین (ژانه^۷، ۱۹۰۷، ۱۹۱۱)، بایننسکی^۸ (گولد^۹، ۱۹۹۲) در مشاهدات خود به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی می‌توانند به راحتی هیپنوتیزم شوند. بنابراین برخی از تئوری‌پردازان معتقدند که مکانیزم روان‌زاد^{۱۰} اختلال تبدیلی، خودتلقینی^{۱۱} یا خودهیپنوتیزمی است. با وجود این، همه افرادی که می‌توانند به راحتی هیپنوتیزم شوند علائم تبدیلی را نشان نمی‌دهند. از این رو برای به وجود آمدن علائم تبدیلی،

-
- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1. Martine | 2. Cloninger |
| 3. Raskin | 4. Uncovering technique |
| 5. Charcot | 6. Guillain |
| 7. Janet | 8. Bobinski |
| 9. Gauld | 10. Psychogenetic |
| 11. Autosuggestibility | |

تلقین‌پذیری شرط ضروری بوده ولی کافی نیست. برای به کارگیری مصاحبه هیپنوتیزمی چه برنامه‌ریزی بکنید یا نکنید توصیه می‌شود که قابلیت خلسه یا قابلیت هیپنوتیزم شدن بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی را بیازمایید (قسمت زیر را نگاه کنید). حتی اگر هم مصاحبه هیپنوتیزمی را به کار نبرید، آزمون می‌تواند به عنوان تأییدی برای وجود یک شرط ضروری یعنی تلقین‌پذیری برای اختلال تبدیلی به کارگرفته شود. مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی مشکلات مربوط به خود را دارد، از این رو مصاحبه‌گر برای تشخیص دادن اختلال تبدیلی باید کلیه عوامل روان‌شناختی و تعارضات یا عوامل تنفس‌زای دیگری را که با علائم تبدیلی مرتبط هستند، در نظر بگیرد.

هنگام برخورد با بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی با دو مشکل روبرو هستید. ابتدا شما باید به منظور تشخیص قطعی تر اختلال، رویداد آشکارسازی که احتمالاً همراه اختلال تبدیلی است را شناسایی نمایید. سپس، باید بیماران مبتلا به اختلالات نورولوژیکی، بیماران مبتلا به بیماری‌های طب عمومی، بیمارانی که تحت تأثیر مستقیم یک ماده هستند و یا بیمارانی که مطابق با تجارب یا رفتارهای فرهنگی خویش عمل می‌کنند را از یکدیگر تفکیک نمایید (ملک C). چنین بیمارانی ممکن است تلقین‌پذیر بوده و علائم تبدیلی اضافی دیگری را نشان دهند.

در کودکان یا برخی از بیماران با هوش پایین، برای استخراج اهمیت یک رویداد آشکارساز اغلب می‌توانید هدف از تبدیل را مجدداً بازسازی کنید. با وجود این، چنین رویکردی در اکثر بزرگسالان مؤثر نخواهد بود زیرا معمولاً آنها نسبت به تعارضات زیربنایی دخیل در اختلال، ناگاه هستند و معتقدند که علائم و نشانه‌هایی که از آن رنج می‌برند علت پژوهشی دارد و به بیماری تظاهر نمی‌کنند بیماران ممکن است نسبت به شما رفتاری مبهم، مضطرب و خصم‌مانه داشته باشند. بنابراین شما باید با به کارگیری روش‌های خاص اختلال به عوامل روان‌شناختی پیشین یا همراه پی ببرید.

۲. تبدیل در وضعیت روانی

بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی چهار خصوصیت ویژه از خود نشان می‌دهند:

۱. هیجان مبالغه‌آمیز در پاسخ به یک درخواست ویژه، تبدیل به یک نقص^۱ می‌شود.

۲. بی‌نقاوی زیبا^۱ نسبت به نتایج اختلال
۳. بیمار نسبت به اختلال، درک روان‌شناختی ندارد.
۴. فقدان جرأت ورزی در هماهنگی بین نیازهای خویش با درخواست‌های مردم، به طوری که یک واکنش تبدیلی گریزناپذیر می‌شود.

هیچ‌کدام از این خصوصیات نمی‌تواند اختلال تبدیلی را از یک بیماری طب عمومی تفکیک نماید.

خانم ایکس^۲، پسر پنج ساله‌اش پیتر^۳ را به درمانگاه سرپایی آورد زیرا پیتر احساس می‌کرد که پاهایش فلچ شده و شب‌ها فقط می‌توانست روی زانوهایش راه ببرود. این نشانه با هیچ‌گونه نقص نورولوژیکی قابل توجیه نبود، بلکه دال بر برداشت پیتر از یک ناتوانی نورولوژیکی بوده است.

در کودکان و نوجوانان، فلچ یک علامت تبدیلی غالب همچون مشکلات راه رفتن و تشنج است (لهم‌خنهل^۴ و همکاران، ۱۹۸۹). در کودکان زیر ۱۰ سال اختلال تبدیلی در پسران و دختران یکسان دیده می‌شود. در سنین بالاتر این اختلال در زنان بیشتر دیده می‌شود (اسپیرینگر^۵ و همکاران، ۱۹۹۰). اکنون بیایید تا چگونگی کاربرد این چهار خصوصیت تبدیل را در این نمونه کاوش کنیم.

پاسخ مبالغه‌آمیز^۶

پیتر و خواهر ۸ ساله‌اش سارا^۷ اتاق خواب مشترکی داشتند. سارا هر شب پس از اتمام مطالعه از پیتر (حتی زمانی که او خوابیده است) در خواست می‌کرد از جا برخاسته، به طرف کلید برق رفته و چراغ را خاموش کند. پیتر دلش نمی‌خواست بیدار شود و تمایل نداشت که به منظور اطاعت از خواسته خواهرش رختخواب گرم را ترک کند. رنجش و ناراحتی او از این کار باعث شکل‌گیری علامت تبدیلی راه رفتن بر روی زانوها در او شد. در واقع، هم خشم و هم راه رفتن بر روی زانوها هر دو پاسخ مبالغه‌آمیز او به درخواست سلطه‌جویانه خواهرش می‌باشند.

1. La belle indifference

2. Mix X

3. Peter

4. Lehmkuhl

5. Spieringe

6. Exaggerated response

7. Sara

اسپیرینگر و همکاران (۱۹۹۰)، دریافتند که ۸۸٪ از کودکانی که با اختلال تبدیلی بستری شده بودند سبب شناسی روانزادی^۱ مشابه همین مورد را نشان دادند.

ب) تفاوتی زیبا^۲

وقتی از پیتر پرسیده شد که آیا به دلیل ضعف در پاهایش ناراحتی یا ترسی را احساس می‌کند؟ وی لبخندی زد و گفت: "او من حالم خوبه." وقتی به او گفته شد، که اگر فلچ پاهایش گسترش یابد، قادر به بازی فوتبال^۳، بیس بال^۴ یا ورزش‌های دیگر نخواهد بود، او نگران نشد. او عمق هیجان خود را محبوس کرده و سهل‌انگارانه با ناتوانی خویش مدارا می‌کرد.

تظاهر نمایشی این ناتوانی همراه با بی‌تفاوتی زیبا را اولین بار پی‌بر ژانه^۵ (ژانه ۱۹۴۷ - ۱۸۵۹) توصیف کرد. با وجود این، بیمار مبتلا به یک اختلال طبی نیز ممکن است نگرش خویشتن‌دارانه‌ای نشان دهد، یا اگر بیماری دچار آسیب قشر آهیانه‌ای^۶ نیمکره غیرغالب باشد، ممکن است به ناتوانی در شناسایی نقص بدنی یا بیماری (آنوزوگنوزیا^۷) مبتلا شود.

فقدان بینش روان‌شناختی: پیتر با راه رفتن روی زانوها، نمی‌توانست دست خود را به کلید برق برساند از این رو، دیگر مجبور نبود به خواسته خواهرش تن در دهد. وی احساس نمی‌کرد که نسبت به فلچ شدن پاهایش کنترل ارادی دارد و یا اینکه تمارض می‌کند. او معتقد بود پاهایش فلچ است و نمی‌دانست که قصد و هدف او از فلچ ممکن است برای متخصصین روشن و آشکار باشد.

وقتی بیماران به اختلال تبدیلی دچار می‌شوند، معمولاً رابطه آن را با یک عامل تنفس‌زا انکار می‌کنند. هرچند ممکن است خودشان به توالی عامل تنفس‌زا در بروز اختلال تبدیلی اشاره کرده باشند. آنها آنچه را که یک ناظر حرفه‌ای به وضوح به عنوان علت و معلول می‌شناسند به هم ربط نمی‌دهند. توانایی درون‌نگری و به عبارت دیگر بینش این بیماران ضعیف است. در نمونه ما پسر بچه ۵ ساله ادعا می‌کرد که ناتوان شده است و به این ترتیب قادر بود تا بر هدف و منظور تبدیل غلبه یابد.

1. Psychogenic

2. La belle indifference

3. Soccer

4. Baseball

5. Pierre Janet

6. Non dominant parietal cortical hemisphere

7. Anosognosia

فقدان جرأت ورزی: فلچ پاها این امکان را به پسرچه داد تا از خواسته‌اش مبنی بر مخالفت با خواهر به صورت مستقیم و یا شکایت از او به مادر صرف نظر کند. فلچ همچنین این فرصت را به او داد تا وانمود کند که می‌خواهد خواسته خواهرش را پیروی کند ولی توانایی انجام آن را ندارد. وی به جای ابراز وجود، خواسته‌هایش را از طریق علامت تبدیلی ابراز می‌کرد. چنین واکنشی به او کمک می‌کرد تا از رویارویی^۱ اجتناب نماید. حل تعارض^۲ او توسط علامت تبدیلی و با حفظ فقدان جرأت‌مندی او بود. در این مورد خاص، پس از آنکه مصاحبه‌گر پیتر را از هدفی که در ورای راه رفتن روی زانوها بود، آگاه کرد و مادر نیز چراغ مطالعه‌ای در کنار تخت سارا قرار داد او مجدد توانایی راه رفتن با پاهاش را به دست آورد.

قابلیت هیپنوتیزم شدن^۳

مقیاس‌هایی برای اندازه‌گیری قابلیت هیپنوتیزم شدن تدوین شده‌اند. نظیر مقیاس استاندارد هیپنوتیزم شدن استانفورد^۴ و مقیاس استعداد هیپنوتیزم شدن گروه هاروارد^۵ (اورن^۶ و دینجز^۷، ۱۹۸۹). این مقیاس‌ها چهار طبقه از تلقین‌ها را در بر می‌گیرند: تکالیف فکری حرکتی^۸، چالش‌ها^۹، تکالیف شناختی^{۱۰} و تکالیف حافظه^{۱۱}.

تکالیف فکری حرکتی آسان‌ترین روش تعیین استعداد هیپنوتیزم شدن در بیمار هستند. در اینجا ما سه نوع تکالیف فکری حرکتی را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

- آزمون نوسان^{۱۲}. از بیمار بخواهید راست بایستد و چشم‌هایش را بیند. از او بخواهید تا تصویر کند که در انتهای یک تخته ایستاده است و شخص دیگری انتهای دیگر تخته را بالا می‌برد و سبب می‌شود که او به سمت عقب پرت شود. شما پشت بیمار می‌ایستید و بیمار را می‌گیرید. یک آزمون موفقیت‌آمیز نشان می‌دهد که بیمار تا چه اندازه به شما اعتماد دارد. اگر بیمار فوراً به سمت عقب پرت شود، شما احتمالاً با فردی روبرو هستید که قابلیت هیپنوتیزم شدن را دارد و می‌تواند با شما کار کند.

1. Confrontation

2. Conflict

3. Hypnotizability

4. Stanford Scales of Hypnotic Susceptibility

5. Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility

7. Dinges

6. Orne

9. Challenges

8. Ideomotor tasks

11. Memory tasks

10. Cognitive tasks

12. Sway test

- آزمون آونگ^۱. (از یک آونگ چورول^۲ استفاده کنید، رایت و رایت^۳، ۱۹۸۷). به بیمار ریسمان بلندی بدھید که حلقه یا وزنه‌ای به آن وصل شده است. سپس از بیمار بخواهید در حالی که با پاهای باز روی صندلی نشسته است، با دستی که به جایی تکیه ندارد ریسمان را نگهدازد. از او بخواهید تا تصور کند که آونگ شروع به نوسان می‌کند، ابتدا در یک مسیر دایره‌وار کوچک و سپس در مسیر دایره‌وار بزرگ و بزرگتر می‌چرخد. ابتدا شما این مورد را به بیمار تلقین کنید و سپس از او بخواهید تا خود او هم همین تلقین را به خودش بکند. با این آزمون، خود تلقین‌پذیری^۴ بیمار را با حداقل تأثیری که بر وی گذاشته‌اید، اندازه‌گیری می‌کنید.
- آزمون چشم^۵. از بیمار بخواهید به انگشت اشاره شما که حدود ۳۰ سانتی‌متر جلو و بالای چشم او قرار گرفته نگاه کند. از او بخواهید بدون آنکه سرش را بلند کند بر انگشت نشانه شما تمرکز کند. از او بخواهید تا بدون پلک زدن، تصور کند که چطور خستگی بر پلک‌هایش عارض شده به گونه‌ای که آنها سنگین و سنگین‌تر می‌شوند، آنقدر سنگین که بسته می‌شوند. اگر شما بتوانید نیمی از سفیدی چشم بیمار را ببینید که به تدریج در زیر پلک ناپدید می‌شود (به عبارت دیگر چشم‌های بیمار به طرف بالا بچرخد)، در این صورت، بیمار قابلیت هیپنوتیزم شدن را دارد. آزمون چشم با آزمون‌های دقیق‌تر قابلیت هیپنوتیزم شدن مانند، نیمرخ القاء هیپنوتیزمی گستره اسپیگل همبستگی خوبی دارد (اسپیگل^۶، ۱۹۷۵).

به عنوان یک تکلیف چالشی^۷؛ ما از آزمون قفل شدن انگشت استفاده می‌کنیم. این آزمون مکمل آزمون نوسان است، زیرا میزان همکاری بیمار را اندازه‌گیری می‌کند. بیماری که احساس می‌کند باید با افتادار شما مخالفت کند با احتمال زیادی در آزمون قفل شدن انگشت شکست خواهد خورد، زیرا که نیروی اراده او را به چالش طلبیده‌اید. برای قبولی در این آزمون بیمار باید اراده خود را تسليم قدرت تلقین شما کند. از بیمار بخواهید دست‌هایش را به هم قفل کرده و تصور نماید که دو نیرو از دو طرف به انجستان او فشار می‌آورند و او نمی‌تواند آنها را از هم جدا کند. سپس بیمار برای جدا کردن انگشتان به چالش طلبیده می‌شود. اگر انجام چنین کاری برای بیمار دشوار باشد در این صورت وی تلقین‌پذیر است.

1. Pendulum test

2. Chevreul

3. Wright & Wright

4. Autosuggestibility

5. Eys test^۴

6. Spiegel's Extensive Hypnotic Induction Profile

7. Challenge task

در یک تکلیف شناختی^۱ که قابلیت هیپنوتیزم شدن فرد را اندازه‌گیری می‌کند، مصاحبه‌گر به بیمار تلقین می‌کند که هر دو چشمش را بسته و صحنه تلقین شده‌ای را که می‌بیند مجسم نماید، مانند، صحنه‌ای که او روی بالکنی نشسته است و منظره زیبای غروب آفتاب را نظاره می‌کند. بیماری که بتواند چنین صحنه‌ای را به طور کامل به تصویر در آورد و جزئیات آن را توصیف کند، فردی تلقین‌پذیر محسوب می‌شود.

در تکلیف حافظه^۲ به بیمار کلماتی ارائه می‌شود تا یادآوری کند سپس به او گفته می‌شود که حافظه‌اش بلوک شده و او قادر به یادآوری همه این موارد نیست. اگر او نتواند کلمات را به یاد آورد، درجه بالایی از تلقین‌پذیری را ثابت کرده است.

به طور خلاصه، هر چه بیمار سریع‌تر بتواند از تلقین شما پیروی کند (یعنی زمان همسوئی برای تحقق تلقین شما کوتاه‌تر باشد) وی قابلیت هیپنوتیزم شدن بالاتری داشته و برای انجام یک مصاحبه هیپنوتیزمی در یک جلسه ۵۰ دقیقه‌ای مناسب‌تر است.

۳. تکنیک: هیپنوتیزم

هیپنوتیزم برای یافتن تعارضات ماورای یک علامت تبدیلی مؤثر است، زیرا که همان مکانیسمی را برای از بین بردن علامت تبدیلی به کار می‌گیرد که از اول باعث ایجاد علامت تبدیلی شده است. تحت هیپنوتیزم، بیمار تعارضات روانی را گزارش خواهد کرد که پیش از این در زمان هشیاری به صورت مبهم آشکار شده بود.

مصاحبه هیپنوتیزمی برای بیماران مبتلا به اختلال‌های تبدیلی، تجزیه‌ای، فلاش‌بک‌های^۳ پس از سانحه و اختلال علائم جسمی بسیار مفید است. این شیوه همچنین می‌تواند برای بعضی از بیماران مبتلا به اختلال پانیک و اختلالات خوردن نیز مفید باشد. با وجود این شواهدی وجود ندارد که بیماران مبتلا به سوءصرف مواد، اختلال افسردگی اساسی، مانیا، اسکیزوفرنیا و اختلال هذیانی بتوانند از این روش سود ببرند.

هنگامی که تکنیک مصاحبه هیپنوتیزمی را به کار می‌گیرید، دو اقدام انجام دهید: اول، هیپنوتیزم را به بیمار القاء نموده و او را به عمق معینی برسانید. دوم، با بیمار تحت هیپنوتیزم مصاحبه کنید تا به قصد و منظور او از علائم تبدیلی پی ببرید.

1. Cognitive task

2. Memory task

3. Posttraumatic flashbacks

معرفی هیپنوتیزم^۱

قبل از به کارگیری هیپنوتیزم باید بدانید که هیپنوتیزم چه چیزی هست و چه چیزی نیست. هیپنوتیزم تکنیکی برای القاء حالت خاصی از هشیاری است. در این حالت، مرکز بیمار به طور فراینده بر روی تصاویر، کارکردهای فکری - حرکتی و ادراکات حسی تلقین شده، متمرکز می‌شود. حافظه و آگاهی محدود شده یا گسترش یافته و اجازه می‌دهد تا سفری به گذشته یا آینده کند. این حالت خلصه^۲ نامیده می‌شود. هیپنوتیزم می‌تواند به افزایش حافظه^۳ منجر شود، اما این نوع حافظه حتی زمانی که بیمار نسبت به دقیق یا درست بودن یادآوری اش کاملاً مطمئن است، ممکن است دقیق نباشد (شیهان، ۱۹۸۸). اگرچه هیپنوتیزم از لغت یونانی "هیپنوуз" به معنای "خواب" اقتباس شده است ولی به عنوان تکنیکی برای القای خواب به شمار نمی‌رود. نوار مغزی که در جریان هیپنوتیزم از بیماران گرفته شده، امواج آلفا را نشان می‌دهد که مشخصه بیدار بودن بیمار است و نه امواج تنا، دلتا، کمپلکس‌های K، و یا دوک‌های خواب که نشان‌دهنده حالت خواب است (داینس، ۱۹۴۷).

زمانی که از هیپنوتیزم استفاده می‌کنید سه پرسش زیر را از خودتان پرسید: ۱) قابلیت هیپنوتیزم شدن بیمار چگونه است؟، ۲) هیپنوتیزم چگونه باید القاء شود؟، ۳) هیپنوتیزم تا چه حدی باید عمیق باشد؟

۱. **قابلیت هیپنوتیزم شدن بیمار چگونه است؟** در بیماری که هیپنوتیزم کردن وی دشوار است، شما با زمان معمول ۵۰ دقیقه‌ای که برای تکمیل مصاحبه هیپنوتیزمی در اختیار دارید، مایل نیستید که موفق نشوید. چنانچه قبل اشاره شد اکثر بیمارانی که اختلال تجزیه‌ای یا تبدیلی دارند به راحتی هیپنوتیزم می‌شوند اما آنها ممکن است با شما تعارض اقدام^۴ را تجربه کرده و در برابر مهارت‌های هیپنوتیزمی شما مقاومت نمایند. از این رو توصیه می‌شود پیش‌اپیش قابلیت هیپنوتیزم شدن یا ظرفیت خلصه بیمار را بیازمایید. همچنین آزمون قابلیت هیپنوتیزم شدن، طریق مفیدی برای هماهنگ کردن بیمار در یک فرآیند هیپنوتیزمی است.

1. Introducing hypnosis

2. Trance

3. Hypermnesia

4. Sheehan

5. Dynes

6. Authority conflict

۲. هیپنوتیزم چگونه باید القاء شود؟ پس از آنکه مشخص شد بیمار قابل هیپنوتیزم شدن هست، روشی را انتخاب کنید که با میزان راحتی شما و بیمار هردو بیشترین تناسب را داشته باشد. هیپنوتیزم‌کنندگان تکنیک‌های زیادی را شرح داده‌اند که شامل القاء تن‌آرامی پیشرونده^۱، توالی اعداد^۲، خیرگی چشم^۳، بلند شدن بازو^۴، تجسم هدایت شده^۵، خواب برای خلسه هیپنوتیزمی^۶ (رایت و رایت^۷، ۱۹۸۷) و آموزش خودزاد^۸ (شولتز^۹، ۱۹۶۹). شرح این هفت روش به اختصار در زیر آورده شده است.

تن‌آرامی پیشرونده: به کمک این روش به بیمار آموزش می‌دهند تا بر روی عضلات هر قسمت از بدن تمرکز نماید. آرام‌سازی از پا شروع شده و به سر ختم می‌شود. به بیمار پیشنهاد می‌شود که عضلات هر قسمت از بدن را ابتدا منقبض نموده و سپس شل کند.

توالی اعداد: ترکیبی است از یک تجسم (برای مثال، بیماری که در صندلی راحتی نشسته است و آن صندلی بر روی یک پیاده‌روی متحرك قرار دارد مانند چیزی که در فروگاه‌ها دیده می‌شود) و تابلوهایی که شماره ۲۰ تا ۱ بر روی آنها نوشته شده است. حرکت صندلی همراه با کاهش شماره‌ها نشان‌دهنده پیشرفت بیمار به سمت تن‌آرامی بیشتر است که بیمار را برای وظیفه‌ای که در پیش دارد، آماده می‌سازد.

خیرگی چشم: در این شیوه با درخواست از بیمار برای تثبیت چشم‌ها بر نقطه مشخصی (مانند، چراغ یا انگشت هیپنوتیزم‌کننده)، هیپنوتیزم القاء می‌شود. سپس درمانگر به بیمار تلقین می‌کند که همراه با آرام‌سازی بدن و ذهن، پلک‌ها را به آرامی روی هم قرار داده و بدین ترتیب از تنش چشمی رهایی یابد (رایت و رایت، ۱۹۸۷).

بلند شدن بازو^{۱۰}: در این شیوه این ایده به بیمار القاء می‌شود که او می‌تواند به دنبال تجربه برخی افکار یا تصاویر تلقین شده از جانب درمانگر، با بلند کردن غیر عمدی دست، هیپنوتیزم را تجربه کند (رایت و رایت، ۱۹۸۷).

تجسم هدایت شده: این روش برای ایجاد خلسه در بیمارانی به کار می‌رود که قدرت تجسم خوبی دارند. هیپنوتیزم درمانگر تلقین می‌کند که بیمار موقعیتی را تجسم کند (مانند منزل) که در آن بیشترین امنیت و آرامش را احساس می‌کند (رایت و رایت، ۱۹۸۷).

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Progressive relaxation | 2. Number progression |
| 3. Eye fixation | 4. Arm levitation |
| 5. Guided imagery | 6. Sleep to hypnotic trance |
| 7. Wright & Wright | 8. Autogenic training |
| 9. Schultz | 10. Arm levitation |

خواب برای خلسه هیپنوتیزمی: این روش در بچه‌ها در ترکیب با یک برنامه درمانی روزانه به کار گرفته می‌شود. درمانگر (یا والدی که به عنوان درمانگر آموزش می‌بیند) با توجه به رفتار مطلوبی که کودک باید روزانه از خود نشان دهد تلقین‌هایی را در حین خواب و بیداری در گوش کودک نجوا می‌کند (رایت و رایت، ۱۹۸۷).

ما شیوه آموزشی خودزاد که توسط شولتز (۱۹۶۹) برای هیپنوتیزم کردن یا خود هیپنوتیزمی توسعه یافته است را تغییر داده‌ایم (توصیف جزئیات مربوط به آن را در زیرگام ۴ الف "القاء خلسه" ببینید). این شیوه هم‌سو با تغییرات فیزیولوژیکی است که در حین آرام‌سازی و شروع خواب روی می‌دهد. شما و بیمار هردو می‌توانید بر میزانی که بیمار تلقینات را جذب می‌کند نظارت نمایید. مسئولیت انجام این تلقینات با به کارگیری تمکر و تخیل بر عهده خود بیمار است. شما این عمل را بدون اقتدار خویش هدایت می‌کنید. این شیوه برای مصاحبه گر مبتدی آسان است، از آنجاکه تلقین‌های ساده‌ای (هم‌چون تجربه وزن اندام‌ها) به کار می‌رود، شباهت اندکی با نمایش‌های هیپنوتیزمی بازاری دارد، بنابراین خطری را که اشتباه‌آمیزی این روش را می‌تواند در منزل انجام دهد. گام‌های تدریجی به بیمار یا درمانگر فرصت می‌دهد تا آرام‌سازی و عمق هیپنوتیزم را مورد سنجش قرار دهد. اجرای این تکنیک در زیر آمده است.

از بیمار بخواهید تا به راحتی بنشیند. سپس دستورالعمل دو مرحله‌ای زیر را به بیمار ارائه دهید. در مرحله اول توجه بیمار را به قسمت خاصی از بدن (مانند سر، بازو و پا) و احساس مرتبط با آن (مانند وزن، دما، تنفس و ضربان قلب) هدایت کنید و در مرحله دوم در راستای گسترش آن احساسات، توصیه‌هایی را در بیمار تلقین نمایند.

سنگین	←	وزن
گرما	←	دما
کند و منظم	←	تنفس
محکم، آرام و منظم	←	ضربان قلب

در این شیوه بیمار نیازمند به دریافت بازخورد است. بنابراین از بیمار بخواهید وقتی از حس بخصوصی آگاه شد، انگشت نشانه دست راستش را بلند کند سپس از او بخواهید چنانچه در راستای تلقین، احساسات او تقویت شد دوباره همان انگشت را بلند کند.

ابتدا از سر شروع کرده و به بیمار فرصت دهید تا احساس کند که سرش سنگین شده است. می‌توانید

بگویید:

سر تو ول کن، به کشش عضلات گردنت توجه کن. احساس کن که سرت سنگین شده.
وقتی که عضلات گردنت واقعاً شل شد، اونوقت می‌توانی سنگینی سرتو حس کنی، اگه
سنگینی سرتو حس کردی، انگشت سبابه دست راست تو بلند کن.

اگر بیمار انگشت خود را بلند کرد به تلقین سنگینی ادامه بدهید:

به اینکه سرت داره سنگین و سنگین‌تر می‌شه توجه کن. هر چه که عضلات گردنت
شل‌تر بشه، سنگینی سرتو بیشتر حس می‌کنی، اگه بیشتر حس کردی، انگشت
سبابه دست راست تو بلند کن.

به بیمار بگویید، به این فکر ادامه دهد که:

سرم سنگینه.

برای شانه‌ها، بازوها، پاها و دست‌های بیمار هم دستورات دو مرحله‌ای مشابهی را به کار گیرید:

شونه‌ها، بازوها، دست‌ها و سرت سنگین شد. اگه سنگینی رو احساس می‌کنی، انگشت تو
بلند کن.

همین‌طور که پاهاتو شل می‌کنی، احساس می‌کنی که پاهات سنگین و سنگین‌تر
می‌شن، اگه سنگینی رو احساس می‌کنی، انگشت تو بلند کن.

سپس از بیمار بخواهید که این فکر را ادامه بدهد که:

شونه‌هام، بازوها، دست‌ها و پاهام سنگین شدن.

بیماران مبتلا به واکنش‌های تجزیه‌ای یا تبدیلی معمولاً مشکلی در انجام این تلقینات ندارند. اگر
مشکلی داشتند در هر زمان روی یک قسمت از هر اندام کار کنید.

دستور بعدی متمرکز بر دمای بدن است، به بیمار بگویید:

بدنت یه گرمایی داره، اگه در هر قسمت از بدنت بتونی گرمایی رو حس کنی، انگشت تو بلند کن. حالا سعی کن تا گرما رو در ناحیه شکمت حس کنی. اگه چنانچه اوно حس کردی، انگشت تو بلند کن.

توجه کن که ناحیه شکمت احساس گرمی می‌کنه، اگه این گرمارو حس می‌کنی انگشت خود تو بلند کن.

دققت کن که ناحیه شکمت داره گرم می‌شه. اگه چنین احساسی داری انگشت تو بلند کن. بذار میزان گرمای اون بیشتر و بیشتر بشه. اگه احساس کردی که گرمای بیشتر شده انگشت تو بلند کن. حالا در بازوها و دستهای گرمارو احساس می‌کنی. اگه گرمارو حس می‌کنی، انگشت تو بلند کن.

بذار تا گرما، بازوها و انگشتاتو فرا بگیره. وقتی احساس کردی که دستها و بازوها گرمتر شدن، انگشت تو بلند کن. به این موضوع فکر کن که "دستها و پاهام گرم هستن."

مشابه همین دستور را برای پاهای هم تکرار کنید، دستور را با این بیان خلاصه کنید که:

حالا دیگه سنگینی و گرما رو در تمام بدنت حس می‌کنی. اگه حس می‌کنی که بدنت سنگین و گرم شده، انگشت خود تو بلند کن.

در این سطح از آرام‌سازی معمولاً می‌توانید بیمار را به سمتی هدایت نمایید که برای اولین بار به وضوح توالی چگونگی پدید آمدن اختلال تبدیلی را توضیح دهد (مرحله ۴ ب "مصاحبه هیپنوتیزمی" را نگاه کنید).

عده‌ای از بیماران برای بازسازی مقاصد علامت تبدیلی، به سطح عمیق‌تری از آرام‌سازی نیاز دارند. بیمارانی که اضطراب و حملات پانیک را تجربه می‌کنند از تمرکز بر تنفس سود می‌برند. به بیمار بگویید تا به نفس کشیدن خود دقت کرده و آن را حس کند.

توجه کن که چه جوری نفس می‌کشی، بدنست با شما "نفس" می‌کشه، دقت کن بدنست چگونه با شما نفس می‌کشه، اجازه بده تا بدنست همراهت نفس بکشه. اگه نفس کشیدن بدن تو حس کردي، انگشت تو بلند کن.

با اين روش، حتی زمانی که شما هیچ تلقینی به او نکرده‌اید متوجه می‌شوید که بیمار به طور منظم تر و عمیق‌تر نفس می‌کشد. این مشاهده را با گفته زیر استحکام ببخشید.

توجه کن که بدنست چطور به طور منظم و عمیق نفس می‌کشه. کند و کندتر، آروم و آروم‌تر، عمیق و عمیق‌تر نفس می‌کشه. فکر کن که بدنست چطور، منظم، منظم و عمیق نفس می‌کشه. آروم، عمیق و منظم. اگه چنین احساسی داری انگشت سبابه دست راست تو بلند کن.

پس از اينکه بیمار به طور عمیق و منظم به مدت يك تادو دقیقه نفس کشید، توجه را به ضربان قلب وی جلب نمایید.

ضربان قلب خود تو حس کن. يه جای دیگه‌ای از بدنست می‌تونی ضربان قلب خودت رو حس کنی. ممکنه نبض رو در بازوها و دست‌هات احساس کنی. ممکنه نبض رو در گردنت و یا به طور مستقیم ضربان قلب رو در سینه خودت احساس کنی. اگه متوجه نبض یا ضربان قلب شدی، انگشت سبابه دست راست تو بلند کن.

حالا به این توجه کن که قلب چطور شروع می‌کنه که محکم، آروم و منظم بزنه. قلبت محکم، آروم و منظم می‌زنه، آروم و منظم. اگه که می‌تونی حس کنی که قلبت چطور آروم، محکم و منظم می‌زنه انگشت تو بلند کن.

تا اينجا حالت آرام‌سازی را برای بیمار خلاصه نمایيد:

حالا در بدنست گرمی و سنجینی رو احساس می‌کنی. بدنست به آرومی نفس می‌کشه. نفس کشیدنت عمیق و منظمه و ضربان قلبت آروم و محکمه، اگه چنین چیزی رو احساس می‌کنی انگشت تو بلند کن.

بیماری که بتواند همه این تلقینات را مجسم نموده و درک نماید به حالت خلسه رسیده است. بنابراین در این حالت او می‌تواند تلقینات پساهیپنوتیزمی^۱ را درک نماید. مانند:

وقتی جلسه‌مون تمام بشه من ازتون این سؤال رو می‌پرسم که "alan چه ساعته؟" و شما در پاسخ، از من راجع به رنگ سفید کتم سؤال می‌کنی. تو نمی‌تونی بفهمی که چرا چنین سؤالی رو از من می‌پرسی.

در صورتی که بیمار تلقینات پساهیپنوتیزمی شما را انجام دهد، بدانید که وی کاملاً با شما همکاری کرده است. بیمارانی که اختلالات تجزیه‌ای یا تبدیلی دارند تلقینات پساهیپنوتیزمی را به راحتی انجام می‌دهند.

۳. هیپنوتیزم تا چه حدی باید عمیق باشد؟ درمانگران هیپنوتیزمی با میزان تلقین‌پذیری که بیمار نشان داده است، عمق خلسه هیپنوتیزمی را اندازه‌گیری می‌کنند. سه سطح خفیف، متوسط و عمیق وجود دارد.

حالت خلسه خفیف^۲ با انجام تغییرات فکری حرکتی مانند: شناور یا سنگین شدن بازو تشخیص داده می‌شود. برای اینکه بیمار بتواند شرایطی که سبب اختلال تبدیلی شده است را مجدد تجسس کند، اغلب این مرحله از تن آرامی کافی به نظر می‌رسد. در خلسه متوسط^۳ علاوه براین، تغییرات حسی (نظیر: گرگر، بی‌دردی یا بی‌حسی)، فراموشی نسبی و پیروی از دستورات پساهیپنوتیزمی نیز وجود دارد. در خلسه عمیق^۴ پیروی از دستورات پساهیپنوتیزمی، توهمات لامسه، شنوازی و بینایی، تحریف زمان^۵، پس‌رفت سنی^۶، افزایش حافظه^۷ یا فراموشی انتخابی^۸، بی‌حسی عمیق و خلسه با چشم باز مشاهده می‌شود (اسپیگل^۹، ۱۹۷۵).

1. Posthypnotic

2. Light trance

3. Middle level

4. Deep level

5. Time distortion

6. Age regression

7. Hypermnesia

8. Selective amnesia

9. Spiegel

مصاحبه هیپنوتیزمی^۱

در مصاحبه هیپنوتیزمی، ما از ۱۰ اصلی که هیپنوتیزم درمانگران بر آن تأکید دارند پیروی می‌کنیم.

۱. زبان مناسبی را به کار گیرید، از لغاتی مشابه لغات بیمار استفاده کنید، لغاتی که بیمار با استفاده از آنها ناتوانی، احساسات مربوطه و جزئیات حوادث آشکارکننده خود را توصیف می‌کند.

۲. به موقعیت عینی^۲ بازگردید، آیا بیمار قادر است به شیوه‌ای کاملاً عینی صحنه و موقعیتی را که در آن علامت تبدیلی را تجربه کرده است، به یاد آورد. بیمار باید موقعیت‌های زیادی را در ذهنش مجسم کند و تنها در مورد خاطرات فراموش شده حرف نزنند. او نیاز دارد موقعیت یعنی محیط فیزیکی پیرامون و نیز افراد درگیر را ببیند، باید صحبت‌های آنها را بشنود، بوی آنها را استشمام نموده و دمای موقعیت را حس کند. تنها زمانی که بیمار از نظر حسی با موقعیت در تماس است، شما می‌توانید از او بخواهید پیش برود.

۳. بر موارد مثبت تأکید بورزید. تلقین‌ها و راهنمایی خود را به شیوه‌ای مثبت بیان کنید. برای نمونه به بیمار بگویید که ذهنش کاملاً مجدوب چیزهایی است که به فاصله کوتاهی قبل از شکل‌گیری علامت تبدیلی روی داده است. از اظهارات منفی دوگانه نظیر "شما آشفته نخواهید شد"، خودداری ورزید. زیرا بیمار ممکن است بر چنین افکاری تمرکز کرده و حواس او پرت شود. در عوض، بر موارد مثبتی همچون "شما آرام خواهید بود" تأکید ورزید. راسخ باشید و در رابطه با مواردی که می‌خواهید بیمار انجام دهد، به او اطمینان دهید. اصطلاح "سعی کن"^۳ را تنها زمانی استفاده کنید که در واقع مایل هستید بیمار شکست بخورد. برای مثال اگر بیمار یک صحنه را به وضوح و با جزئیات کامل به یاد آورد، با گفتن این جمله که "وقتی سعی می‌کنی که این تصورات رو از ذهنت بیرون کنی متوجه می‌شی که نمی‌تونی این کار رو بکنی و برعکس اونها قوی‌تر می‌شن" او را قاطعانه به "بازگشت به درون صحنه" ارجاع دهید.

۴. تلقین را به یادآوری بیمار پیوند زنید. تلقین‌های واقعی بیمار (مانند احساس سنگینی که بخشی از شیوه آموزش القاء خودزاد می‌باشد) را به صحنه‌هایی که مایل هستید بیمار به یاد آورد، مربوط سازید. وقتی احساس می‌کنی سنگین و سنگین‌تر شدی، در گذشته غرق می‌شی.

1. The Hypnotic interview

2. Concrete situation

3. Try