

راهنمای عملی مصاحبه تشخیصی
با استفاده از ملاک‌های DSM-5-TR

تألیف

آبراهام ناسبوم

ترجمه

دکتر فرزین رضاعی

استاد روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر علی اکبر فروغی

استادیار روان‌شناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر ابوذر گل‌ورز

پیش‌گفتار ۷

بخش ۱

- فصل ۱: مقدمه‌ای بر مصاحبه تشخیصی ۱۳
- فصل ۲: ایجاد اتحاد درمانی در طول مصاحبه تشخیصی ۲۸
- فصل ۳: مصاحبه تشخیصی در ۳۰ دقیقه ۴۲
- فصل ۴: فردی‌سازی تشخیص از طریق ابعاد ۵۹
- فصل ۵: تغییرات اساسی در DSM-5-TR ۷۲

بخش ۲

- فصل ۶: مصاحبه تشخیصی در DSM-5-TR ۹۵

بخش ۳

- فصل ۷: نسخه کوتاهی از DSM-5-TR ۲۴۹
- فصل ۸: شش پرسش برای تشخیص افتراقی ۲۵۳
- فصل ۹: معاینه وضعیت روانی: همراه با واژه‌نامه روان‌پزشکی ۲۵۸
- فصل ۱۰: طرح درمانی سلامت روان ۲۶۳
- فصل ۱۱: ارزیابی مهارت‌های بالینی: مورد روان‌پزشکی و نورولوژی آمریکا ۲۷۰
- فصل ۱۲: ابزارهای ارزیابی انتخاب شده DSM-5-TR ۲۷۴
- فصل ۱۳: تشخیص ابعادی اختلال‌های شخصیت ۲۷۹
- فصل ۱۴: دیگر نظام‌های تشخیصی و مقیاس‌های درجه‌بندی ۳۰۸
- منابع ۳۱۵

هنگامی که شما از نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR؛ انجمن روان پزشکی آمریکا ۲۰۲۲) به عنوان شیوه‌ای برای درک مراجعان استفاده می‌کنید، در واقع در حال کمک به آنها هستید. DSM-5-TR راهنمایی جامع برای بیماری‌های روانی است و برای هر اختلال، ملاک‌های تشخیصی و مباحثی را از دیدگاه‌های متفاوت فرهنگی، رشدی، جنسیتی، ژنتیکی، قانونی و مزاجی ارائه می‌دهد. کتاب حاضر، با عنوان راهنمای عملی مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های DSM-5-TR، همانند نقشه یا همراه عملی برای کاربرد DSM-5-TR در مصاحبه‌های تشخیصی عمل می‌کند. اگرچه این کتاب، جایگزینی برای خود DSM-5-TR و کتاب‌های مرجع مصاحبه روان پزشکی نیست (به مک‌کینون و همکاران، ۲۰۱۶؛ شی، ۲۰۱۷؛ سیمپسون و مک‌دوول، ۲۰۱۹؛ سالیوان، ۱۹۵۴ مراجعه کنید)، اما کمک می‌کند تا DSM-5-TR به ابزاری برای یک مصاحبه تشخیصی کارآمد تبدیل شود.

من هر روز به همراه دانشجویان، کارآموزان و دستیاران آموزشی با بیماران مصاحبه می‌کنم و این کتاب را برای تمامی مصاحبه‌کنندگان در هر سطحی از تجربه نوشته‌ام تا ساختار DSM-5-TR را در مصاحبه‌های تشخیصی به کار ببرند. این کتاب راهنما، ساختار DSM-5-TR را دنبال می‌کند. بنابراین در بخش اول، مصاحبه تشخیصی را معرفی می‌کنم. فصل‌های اول و دوم کتاب به اهداف مصاحبه تشخیصی می‌پردازد. فصل سوم، ساختار مؤثری را برای یادگیری مصاحبه تشخیصی ارائه می‌دهد و فصل‌های چهارم و پنجم، به توصیف تغییراتی می‌پردازند که DSM-5-TR در مصاحبه تشخیصی ایجاد می‌کند. در بخش دوم، ملاک‌های تشخیصی DSM-5-TR را برای کاربرد بالینی عملیاتی کرده‌ام. در بخش سوم، ابزارهای تشخیصی و اطلاعات تکمیلی را لحاظ کرده‌ام.

در کل، کتاب حاضر به شما کمک می‌کند در فرد دچار ناراحتی روانی در عین ایجاد اتحاد درمانی به تشخیص درست دست یابید. چیزی که هدف هر برخورد روان پزشکی و حتی برخوردهای کوتاهی مانند مصاحبه تشخیصی است.

قبل از شروع، به مطلب کوتاهی درباره زبان کتاب اشاره می‌کنم. در

این کتاب از آنجا که وجود فرد بر بیماری یا مصرف تقدم دارد، من از اصطلاح شخص برای توصیف کسی که تحت مصاحبه تشخیصی اولیه قرار می‌گیرد استفاده می‌کنم؛ و هر زمان که ممکن باشد از اصطلاحاتی که از لحاظ جنسیتی خنثی باشند برای مصاحبه‌گر و شخص مورد مصاحبه استفاده می‌کنم اما در مواردی که این کار از لحاظ دستور زبان نامناسب باشد، ضمائر مناسب را به کار خواهیم برد. زمانی که در مورد فردی که پس از مصاحبه تشخیصی وارد درمان روان‌پزشکی می‌شود صحبت می‌کنم از اصطلاح بیمار استفاده می‌کنم زیرا این اصطلاح هم بر آسیب‌پذیری فرد در درمان و هم بر مسئولیت‌های متخصصان سلامت روانی که از بیماران مراقبت می‌کنند، صحنه می‌گذارد (رادن و سادلر، ۲۰۱۰). این اصطلاح را به‌منظور تأیید وضعیت پدرمآبانه پزشکی به کار نمی‌برم بلکه هدفم از کاربرد آن تأکید بر روابط خاص و محافظت‌شده‌ای است که در مواجهه‌های بالینی ایجاد می‌شود و بهتر است به‌جای قراردادهای درمانی بین مصرف‌کننده و تأمین‌کننده خدمات، به صورت روابط درمانی بین بیمار و بالینگر توصیف شود.

سپاسگزاری

این کتاب با تلاش‌های ناشیانه من برای صحبت با افراد دارای ناراحتی روانی شروع می‌شود و به‌منظور بهبود این گفتگوها طراحی شده است، بنابراین از همه بیماران، دانشجویان و اساتیدم به‌خاطر اینکه در طول این مسیر از آنها یاد گرفتم تشکر می‌کنم. مسئله رازداری مرا از نام بردن بیمارانم باز می‌دارد. گذر زمان مانع از نام بردن تمام دانشجویانم نیز می‌شود. بنابراین از اساتیدم که تلاش می‌کنم پیرو شیوه آنها باشم، تشکر می‌کنم: لاسی اورتیز، بتسی بولتون، اندرو سیفرنی، استانی هاورواس، دان اسپنسر، سو استروف، امی اورسانو، گری گالا، دیوید مور، جولیا کتر، کارون داوکینس، ژول یاگر، اوا آگارد، رابرت هوس، وینس کالینز، ابی لوزانو، گرین هامالیان و مایکل میزنکو. در پایان از ملیسا موسیک، ملانی ریلاندر و هلنا وینستون برای خواندن (و اصلاح) دست‌نوشته‌های این کتاب تشکر می‌کنم. اصلاحات نسخه تجدیدنظر شده به‌طور عمده از طریق گفتگو با نویسندگان مشترک کتاب‌های مرتبط، رابرت جی. هیل، وارن کینگهورن و سوفیا وانگ صورت پذیرفت.

توضیح

نویسنده حق مالکیت کتاب را متعلق به انتشارات دانشگاه ییل می‌داند. وی بخش‌هایی از این کتاب از سایر کتاب‌هایی که پیش‌تر به‌طور مشترک با انتشارات انجمن روان‌پزشکی آمریکا تألیف کرده، اقتباس کرده است.

مقدمه‌ای بر مصاحبه تشخیصی

متنی را خوانده‌ام که نویسنده‌اش را به خاطر نمی‌آورم، اما هرگز درسی را که از آن گرفتم فراموش نکرده‌ام. ما با سؤالات مان به یکدیگر شکل می‌دهیم. نویسنده‌ای که اشاره کردم، مطلبی را دربارهٔ بیرون رفتن با نوه‌هایش نوشته بود. افراد غریبه به‌طور سرزده به او نزدیک می‌شدند تا بگویند که نوه‌هایش چقدر بامزه هستند؛ چقدر خوش‌لباس هستند؛ و او در مقام مادر بزرگ آنها بسیار احساس غرور می‌کرد. سپس یک روز، آنها با خانم مسن‌تری مواجه شدند. وی در مقابل دخترها خم شد و به‌طور مستقیم با خود بچه‌ها صحبت کرد، اما نه دربارهٔ ظاهرشان. آن خانم غریبه پرسید: «چه کتاب‌هایی می‌خوانید؟» بین او و نوه‌ها گفت‌وگویی شکل گرفت. نویسندهٔ مذکور تحت تأثیر شیوهٔ متفاوت صحبت زن غریبه با نوه‌هایش قرار گرفته بود: سؤال دربارهٔ کتاب‌های مورد علاقه‌شان، به‌جای لباس‌هایی که پوشیده بودند؛ پرسش دربارهٔ درک آنها از کتاب‌ها، به‌جای نحوهٔ لباس پوشیدن‌شان. این برای یک دختر نوجوان مواجههٔ متفاوتی بود: صحبت با او دربارهٔ آنچه می‌خواند، به‌جای صحبت دربارهٔ او در خصوص ظاهرش.

من مادر بزرگ نیستم، اما مطمئناً تجربهٔ او برای روان‌پزشکانی مثل من کاربرد دارد. هنگامی که از بیمار مبتلا به ناراحتی روانی سؤالاتی می‌پرسیم، تجربهٔ خودمان را از او شکل می‌دهیم. زمانی که نخستین پرسش من دربارهٔ خودکشی یا روان‌پریشی است، در واقع از او می‌خواهم که ناراحتی روانی‌اش را مد نظر قرار دهد.

به لحاظ عملی، این کار مناسب است زیرا افراد هنگامی به بالینگران مراجعه می‌کنند که از ناراحتی روانی رنج می‌برند.

زمانی که فردی ناراحتی روانی را تجربه می‌کند، نخستین مواجههٔ روان‌پزشکی او اغلب سردرگم‌کننده و ترسناک خواهد بود. قبل از اینکه فرد برای ناراحتی روانی خود مورد ارزیابی قرار گیرد، اغلب به میزانی بالاتر از دیگر حوزه‌های پزشکی باید بر بعضی موانع غلبه کند (رادن و سالدر، ۲۰۱۰). این موانع ممکن است شامل دسترسی، هزینه‌ها، ترس و انگ

بیماری روانی باشد، اما زمانی که فرد بر این مشکلات خاص چیره شد، سزاوار بر خوردی است که ماهیت رنجش را به رسمیت بشناسد و به او امکان دهد که بتواند رابطه مؤثری را شروع کند. اگرچه راه‌های متفاوتی برای پرداختن به رنج روانی وجود دارد، کتاب حاضر کاربرد نسخه جدید راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-5-TR) انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲)، یعنی جدیدترین نسخه از زبان تشخیصی مشترک متخصصان سلامت روان، را توصیف می‌کند. DSM-5-TR منتقدان تیزبین زیادی دارد (برای مثال نگاه کنید به آلساپ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کاسپی و همکاران، ۲۰۲۰؛ هیز و هافمان، ۲۰۲۰؛ کندلر، ۲۰۱۴b؛ کندلر، ۲۰۱۶؛ راسکین، ۲۰۱۹). من در این کتاب فرض را بر این نمی‌گذارم که DSM-5-TR عاری از عیب یا نسخه نهایی است، با این حال تصور می‌کنم که DSM-5-TR روشی مشترک در سازمان‌دهی مواجهه روان پزشکی برای رسیدن به تشخیص را ارائه می‌دهد که متخصصان فعلی هنگام تلاش برای درک فردی دیگر، می‌توانند به‌لحاظ عملی به کار ببرند (کینگ هورن، ۲۰۱۱).

درک فردی که بیماری روانی دارد و بیمار روان پزشکی است چالش برانگیز است. بیماران روان پزشکی اغلب آسیب‌پذیری‌های همپوشانی دارند، از جمله: اقلیت قومی، جنسیت، زبان، نژاد، مذهب و گرایش جنسی؛ و در زمینه‌های مختلف تجربیات متفاوتی دارند که عبارت‌اند از تحصیل، اشتغال، مسکن و روابط. هنگامی که فرد به بیماری روانی مبتلا می‌شود اهمیت این مسائل برجسته‌تر می‌شود. روان پزشکی به نام لورا رابرتز، متوجه شد آسیب‌پذیری‌های هر بیمار روان پزشکی «قدرت روان پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان و متخصصان سلامت روان را به شیوه‌های ظریف، پیچیده و اغلب مبتنی بر فرهنگ گسترش و افزایش می‌دهند» (رابرتز، ۲۰۱۶، صفحه ۶۷). بالینگران باید از قدرتی که در مواجهه بالینی به کار می‌برند آگاه باشند تا یافته‌های‌شان بر تأثیرات فرهنگی غلبه کند.

از آنجا که یافته‌های حاصل از معاینه روان پزشکی به اندازهٔ مشکلی مانند درد در ناحیهٔ شانه، آشکار و قابل فهم نیست، متخصصان سلامت روان به زبان مشترکی مانند DSM-5-TR برای توصیف یافته‌های‌شان نیاز دارند. یافته‌های روان پزشکی معمولاً به علائم^۱ (گزارش ذهنی فرد از

نابهنجاری) و نشانه‌ها^۱ (یافته‌های عینی از نابهنجاری) تقسیم می‌شوند. اما مهم‌ترین چیز در اینجا منشأ یافته روان‌پزشکی نیست بلکه نحوه استفاده بالینگر از قضاوت بالینی برای وزن دادن به نشانه‌ها و علائم در تشخیص، اهمیت بیشتری دارد. (کینگ، ۱۹۸۲). نشانه‌ها به‌خاطر اینکه مشاهده می‌شوند از علائم گویاترند، اما هر دوی آنها را می‌توان تفسیر کرد. هنگامی که شخصی اظهار خستگی می‌کند، ممکن است خستگی علامت بیماری‌های متعددی مانند کم‌خونی، اضطراب و وقفه تنفسی باشد. وقتی فردی را مشاهده می‌کنید که گریه می‌کند، اشک‌هایش ممکن است نشان‌دهنده گلوکوم یا سوگ باشد یا ناشی از گرد و خاکی باشد که زیر لنز تماسی وی رفته است. علامتی مانند خستگی با توجه به فردی که احساس خستگی می‌کند معنا می‌یابد. در اینجا نشانه‌ای مانند اشک، جدا از فردی که گریه می‌کند معنای چندانی ندارد.

اگرچه بسیاری از علائم و نشانه‌های روان‌پزشکی مختص به بیماری روانی خاصی هستند، با این حال بسیاری از آنها غیر اختصاصی هستند - برای مثال هر کسی ممکن است احساس خستگی کند، یا گریه کند - و اغلب مردم علائم و نشانه‌های روان‌پزشکی را تجربه می‌کنند، اما بیماری روانی ندارند. نشانه‌ها و علائم روان‌پزشکی بنا به ماهیت خود اغلب در گستره‌ای مابین موارد بهنجار و موارد مرضی قرار می‌گیرند (پی‌یر، ۲۰۱۰). واضح است که تفسیر این نشانه‌ها و علائم دشوار است و خطر تشخیص نادرست وجود دارد. بنابراین شما برای تشخیص تا حد امکان دقیق فرد رنج‌دیده پیش روی تان مسئولیت اخلاقی دارید.

مسئولیت شما این است که ارتباط بین نشانه‌هایی که مشاهده می‌کنید، علائمی که استخراج می‌کنید و معنای این دو برای فرد را درک کنید. این تأثیرات می‌تواند عمیق باشد زیرا با وجود اینکه همه بیماری‌ها تمامیت جسمی فرد را تهدید می‌کنند (کاسل، ۱۹۹۱)، اختلال‌های روانی می‌توانند توانایی فرد را برای تفکر، احساس و عمل مختل کنند. از آنجا که این توانایی‌ها عمده‌تاً می‌توانند با عاملیت (agency)، حس فرد از خود و هویت وی رابطه داشته باشند (مک هیو و سلاونی، ۱۹۹۸)، اختلال‌های روانی اغلب به صورت یک تهدید وجودی تجربه می‌شوند. بنابراین زمانی که فردی را برای اولین بار می‌بینید، به خاطر داشته باشید که او ممکن است چنین سؤالاتی را از خود بپرسد: «من چه مشکلی دارم؟ آیا دیوانه خواهم شد؟»

زمانی که به‌خوبی به گزارش بیمار گوش می‌دهید و به ماهیت رنج او پی می‌برید، با نام نهادن بر ترس‌های ناشناخته او می‌توانید باعث تسکینش شوید.

هنری کوهن، متخصص داخلی انگلیسی، معتقد است که: «تمام تشخیص‌ها فرمول‌های موقتی هستند که برای اقدام عملی طراحی شده‌اند» (کوهن، ۱۹۴۳، صفحه ۲۴). تشخیص‌ها موقتی هستند زیرا در آینده و بر اساس شواهد جدید تغییر خواهند کرد. تشخیص‌ها طراحی شده هستند زیرا به‌وسیله انسان‌ها ساخته شده‌اند. تشخیص‌ها برای اقدام عملی هستند زیرا هدف آنها کمک به افراد است تا در سلامت خود تغییر مؤثری ایجاد کنند و اگر تشخیص بالینگر نبود تغییری در وضعیت سلامت بیمار به وجود نمی‌آمد. هنگامی که بالینگر بیماری فرد را تشخیص‌گذاری می‌کند درمان را آغاز می‌کند و بدین‌وسیله طیف گسترده‌ای از تجارب پزشکی را در اختیار بیمار می‌گذارد. کوهن ادامه می‌دهد: «پس تشخیص به‌طور ضمنی به درکی از فرایندهای بیماری، جایگاه این فرایندها و علل بیماری اشاره می‌کند» (صفحه ۲۵). تشخیص برچسب نیست، بلکه شیوه‌ای برای درک است. «فقط با مهارت در مشاهده و تفسیر با کمک دانش و تجربه، فقط با تمرین مراقبت و صبر و با تقویت خرد و قضاوت می‌توان به مطلوب‌ترین دستاورد طبی، یعنی توانایی تشخیص بیماری، دست یافت» (صفحه ۲۵). تشخیص یک کنش قضاوت محتاطانه با هدف درک فردی دیگر است.

بالینگر باید تا جایی که می‌تواند رنج او را به‌دقت نام‌گذاری کند. در واقع، زمانی که ناراحتی روانی را از طریق تشخیص‌های اختلال‌های روانی مشخص می‌کنید، DSM-5-TR یک تلاش عالمانه برای بهبود قضاوت بالینی شما است.

DSM-5-TR دقت تشخیص‌های روان‌پزشکی را از طریق سنجش شدت اختلال، هم‌سو کردن تشخیص‌ها با سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات سلامت روان مرتبط (ICD)، ادغام پیشرفت‌های اخیر در علوم اعصاب و سازمان‌دهی تشخیص‌ها در راستای مسیرهای رشد و چرخه عمر، افزایش کاربرد در موقعیت‌های پزشکی قانونی، مفهوم‌سازی مجدد افکار و رفتار خودکشی و بذل توجه به فرهنگ، جنسیت و جنس بهبود بخشیده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این نسخه، متن DSM-5 را مورد بازبینی قرار داده است. هسته اصلی متن نسخه پیشین توسط رهبران انجمن روان‌پزشکی آمریکا و دیگر

گروه‌های سلامت روان شکل گرفت اما نهایتاً به‌وسیلهٔ بسیاری از افرادی متشکل از ۶ گروه مطالعاتی، ۱۳ گروه کاری تشخیصی و یک گروه اجرایی شامل طرفداران حقوق بیماران، بالینگران و محققان تدوین شد (ریگر و همکاران، ۲۰۰۹). ملاک‌های به دست آمده به‌منظور بررسی پایایی و اعتبار آنها از طریق نظرات عمومی و آزمون میدانی در سه نوبت به صورت آنلاین در دسترس قرار گرفت (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). DSM-5-TR به‌وسیلهٔ مرور و بازبینی متن‌های دست‌نویس کار آنها را گسترش می‌دهد.

پیشرفت مهم DSM-5-TR توجه مجدد به عوامل اجتماعی در حین تشخیص اختلال‌های روانی است. از این منظر DSM-5-TR مفهوم ابعاد DSM-5 را گسترش می‌دهد. یعنی علائم روان‌پزشکی که در درون یک اختلال و در میان اختلال‌های روانی اختصاصی بروز می‌کند. این «ابعاد» در فصل چهارم با عنوان «فردی‌سازی تشخیص از طریق ابعاد» به تفصیل مورد بحث قرار گرفته است، اما به‌طور خلاصه، هدف از ارائه این ابعاد کاهش موارد تشخیص هم‌ابتلائی و شروع حرکت به سمت یک سیستم تشخیصی است که به‌جای اینکه مبتنی بر علائم باشد، بر نشانه‌هایی استوار است که نشان‌دهندهٔ کژکاری در مدارهای عصبی هستند. این خصیصه وجه تمایز از نسخه‌های قبلی DSM محسوب می‌شود. DSM-5-TR با افزودن سایر علائم، به‌طور عمده اقدام به خودکشی، و با توسعهٔ ابعاد فراتر از علائم، به‌ویژه با افزایش توجه به تأثیر فرهنگ، جنسیت و جنس بر تجربهٔ سلامت روان فرد، این بینش را گسترش می‌دهد.

در ویرایش سوم DSM، مؤلفان تشخیص‌ها را بر اساس وجود، یا فقدان علائم تدوین کردند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰). گاهی این مدل تشخیصی، مدل طبقه‌ای نامیده می‌شود زیرا فرد بر اساس تعداد علائم خود یا یک بیماری روانی را دارد که با یک طبقهٔ تشخیصی هماهنگ است و یا اینکه ندارد. از زمان DSM-III -نویسندگان برای چهار ویراست نخست از اعداد رومی استفاده کردند اما پس از آن برای تسهیل امکان به‌روزرسانی‌های جدید سیستم عددنویسی عربی را به کار برده‌اند (برای مثال، ۵/۱، ۵/۲) - در ملاک‌های تشخیصی اشاره‌چندانی به علت اختلال روانی نشده بود که مصداقی از «اصل عاری از نظریه» بود (ویلسون، ۱۹۹۳). تمرکز بر توصیف یک اختلال به‌جای علت آن به متخصصان سلامت روانی که در مورد سبب‌شناسی ناراحتی روانی اختلاف

داشتند فرصت کار کردن با همدیگر را داد. DSM-III برای متخصصان سلامت روان در تحقیق و کار بالینی بسیار مفید بود لذا تجدیدنظرهای بعدی نیز مدل طبقه‌ای را حفظ کردند (دکر، ۲۰۱۳). هرچند، مشکلات این نوع طبقه‌بندی در طول زمان آشکارتر شدند. DSM در حال تبدیل به چیزی شبیه راهنمای تماشای پرنده‌ها در زیستگاه طبیعی خودشان بود که در آن بر اساس ویژگی‌های ظاهری و بدون توجه به علت این ویژگی‌ها، گونه‌های مخصوص پرندگان را شناسایی کرده و هر پرنده را در گونه خاص خود قرار می‌دهد (مک‌هیو، ۲۰۰۷) حتی بدتر اینکه صحت این راهنما در حین استفاده واقعی مشخص نبود (فیرست و همکاران، ۲۰۱۴).

به نظر ریچارد بنتال، روان‌شناس انگلیسی، از آنجا که افراد خوشحال از لحاظ آماری محدود هستند، تحریف‌های شناختی مانند خوش‌بینی دارند و مجموعه تشخیصی از علائم را تجربه می‌کنند، در نتیجه شادی یک اختلال روانی است. بر همین اساس، بنتال پیشنهاد می‌کند افرادی که شادکامی را تجربه می‌کنند باید به عنوان اختلال خلقی عمده نوع خوشایند تشخیص داده شوند (بنتال، ۱۹۹۲). بنتال در مورد این تشخیص مزاح کرده است اما در مورد انتقادش از سیستم تشخیصی که گاهی در تمایز بین حالت بهنجار اما نادر از حالت مرضی ناتوان است، جدی است (آراگونا، ۲۰۰۹).

در پاسخ به چنین نگرانی‌هایی مؤلفان DSM-5 در عین اصلاح مدل طبقه‌ای که اغلب مصاحبه‌گران حال حاضر با آن آشنا هستند، ارزیابی‌های ابعادی را نیز اضافه کرده‌اند که برای بسیاری از مصاحبه‌گران جدید است. ارزیابی‌های ابعادی به بالینگران اجازه می‌دهند که وجود تهدیدها و آسیب‌پذیری‌هایی را مشخص کنند که می‌توانند از خلال تعامل پویا بین فرد و محیط زندگی‌اش بیان شوند یا تخفیف یابند. (برای نمونه، صفات وسواسی ممکن است در یک برنامه آموزشی حرفه سلامت سودمند باشد ولی در یک رابطه مخرب باشد). از آنجا که DSM-5-TR به‌طور گسترده‌ای به کار خواهد رفت، این کتاب را به‌منظور راهنمایی مصاحبه‌گران مبتدی و باتجربه در انجام معاینه تشخیصی DSM-5-TR با استفاده از ارزیابی‌های طبقه‌ای و ابعادی، به رشته تحریر درآورده‌ام. این کتاب شامل یک بحث عملی در خصوص شروع و حفظ اتحاد درمانی در طول معاینه تشخیصی (فصل ۲)، اختصاص چندین فصل به نحوه تأثیرگذاری DSM-5-TR بر معاینه تشخیصی (فصل ۳ تا ۵) و یک نسخه

عملیاتی شده از DSM-5-TR برای انجام معاینه تشخیصی است (فصل ۶). قبل از اینکه شروع کنیم، در نظر گرفتن محصول نهایی مصاحبه تشخیصی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

اختلالات به‌جای بیماری‌ها یا ناخوشی‌ها

زمانی که مصاحبه تشخیصی را انجام می‌دهید، به یک تشخیص، یعنی یکی از «فرمول‌های موقتی» کوهن برای کنش‌های بالینی، می‌رسید. تشخیص‌هایی که با استفاده از مصاحبه‌های DSM-5-TR به دست می‌آیند، به‌جای بیماری‌ها یا ناخوشی‌ها، اختلالات نامیده می‌شوند. همه این اصطلاح‌ها تخریب‌هایی را در عملکرد بهنجار توصیف می‌کنند اما سیستم DSM به‌منظور تصدیق تعامل پیچیده عوامل زیستی، اجتماعی، فرهنگی و روانی اجتماعی در ایجاد ناراحتی روانی از اصطلاح/اختلال استفاده می‌کند.

پزشکان معمولاً در چارچوب «بیماری‌ها» (diseases) فکر می‌کنند، که آنها را می‌توان به‌عنوان ناهنجاری‌های مرضی در ساختار و کارکرد سیستم‌ها و اعضای بدن توصیف کرد. بیماران معمولاً با ناخوشی (illness)، یعنی تجربه آنها از ناهنجاری‌های مرضی و ناخوش بودن، مراجعه می‌کنند. بیماری‌ها و ناخوشی‌ها ممکن است که به ظاهر از نگاه بیمار و پزشک هر دو یکسان به نظر برسند. با این وجود، بیماری‌ای مانند فشارخون را در نظر بگیرید که اغلب به صورت تصادفی، بدون اینکه با یافته‌های بالینی همراه باشد، شناسایی می‌شود. برای پزشک تشخیص‌دهنده، فشار خون یک بیماری مزمن عروقی است که خطر سکته مغزی و حمله قلبی را افزایش می‌دهد اما بیماران خود را به صورت مریض یا کسی که ناخوشی دارد در نظر نمی‌گیرند. برعکس، بیماری ممکن است کاملاً احساس ناخوشی کند و دلش برای موطنش تنگ شده باشد اما پزشک این را به‌عنوان بیماری تشخیص ندهد. در واقع بیماری‌ها و ناخوشی‌ها به‌جای اینکه صرفاً دیدگاه‌های از هم متفاوت باشند، اغلب تجربی جدای از هم هستند، هم‌چنان که انسان‌شناسان نیز مکرراً مدارکی را برای آن جمع‌آوری کرده‌اند (اوبرلندر، ۲۰۱۹).

انسان‌شناسان همچنین اظهار می‌کنند که تجارب ناخوشی تحت تأثیر فرهنگ ایجاد شده‌اند. در مکان‌ها و زمان‌های متفاوت، حالات متفاوت

می‌تواند به‌عنوان بیماری یا ناخوشی شناسایی شود. با این وجود برای اینکه فرد به‌عنوان کسی شناخته شود که از یک بیماری یا ناخوشی رنج می‌برد، نیازمند یک نوع تشخیص است، تشخیصی که از سوی یک پزشک گذاشته می‌شود.

وقتی فرهنگی خاص، فرد را دچار حالتی از بیماری بشناسد که جایگاه او را در جامعه‌اش تغییر می‌دهد، او وارد آنچه که تالکوت پارسونز جامعه‌شناس آمریکایی (۱۹۵۱) آن را به خوبی «نقش بیمار» نامید، می‌شود. پارسونز مشاهده کرد افرادی که به‌عنوان مریض شناخته می‌شوند از نقش‌های اجتماعی به‌نجار معاف می‌شوند. افراد مریض مجبور نیستند که نقش‌های اجتماعی معمول خود را انجام دهند اما میزان معاف شدن از این نقش‌های اجتماعی به ماهیت و شدت ناخوشی، سن افراد و نقش‌های فرهنگی بستگی دارد. نمونه معاصر این حالت کودکی است که به‌خاطر تب و اسهال خفیف به‌جای مدرسه رفتن در خانه می‌ماند اما یک بزرگ‌سال مبتلا به کم‌درد تنها پس از تجربه سال‌ها درد کشنده به‌عنوان از کار افتاده شناخته می‌شود.

به‌عنوان بخشی از نقش بیمار، فرد بیمار در مقابل بیماری‌اش مسئول نیست زیرا اعتقاد بر این است که مریضی خارج از کنترل انسان است. بنابراین زمانی که پزشک فردی را به‌عنوان بیمار تشخیص می‌دهد، بیماری او را مشروعیت می‌بخشد و نقش او را به‌عنوان مریض می‌پذیرد (پارسونز، ۱۹۵۱). پذیرش نقش بیمار در فرهنگی مشخص، بخشی از آن چیزی است که در زمان تشخیص‌گذاری ناراحتی فرد به‌عنوان یک بیماری خاص روی می‌دهد و ضروری است که به یاد داشته باشید هر تشخیصی که بر روی ناراحتی فرد می‌گذارید، این کارکرد فرهنگی را دارد.

اگرچه همه تشخیص‌ها کارکرد فرهنگی دارند اما تشخیص‌های روان‌پزشکی به‌خصوص پیچیده هستند. اختلال‌های روانی ناشی از عوامل زیستی، ژنتیکی، محیطی، اجتماعی و رویدادها و فرایندهای روان‌شناختی هستند و این عوامل سببی به درجات متفاوتی در تشخیص‌های روان‌پزشکی متفاوت نقش دارند (کندلر، ۲۰۱۲). علاوه بر این، از آنجا که تشخیص‌های روان‌پزشکی کژکاری در توانایی‌هایی را توصیف می‌کنند که تصور می‌رود معرف تمامیت وجود هستند، اغلب تهدیدی برای حس فرد از هویت خود ایجاد می‌کنند (روسچ و همکاران، ۲۰۰۵). در نهایت، هم فرهنگ بالینگران و هم مراکز پزشکی مواجهه بالینی را شکل می‌دهند و

گفته‌ها، تظاهرات و پیامدهای تجربه بیمار را دستخوش تغییر می‌کنند (فیسلا و ساندرز، ۲۰۱۶؛ ساینی و همکاران، ۲۰۱۷).

مؤلفان DSM با علم به این پیچیدگی‌ها، اصطلاح/اختلال را برای توصیف تشخیص‌های روان‌پزشکی انتخاب کردند. اختلال را می‌توان به اختصار به صورت بر هم خوردن کارکرد روان‌شناختی یا جسمی تعریف کرد. این اصطلاح در پزشکی برای توصیف اختلالات ژنتیک و متابولیسم مورد استفاده قرار می‌گیرد. با این وجود، اغلب تشخیص‌ها در پزشکی به‌جای اختلال، بیماری نامیده می‌شود و نام‌گذاری تشخیص‌های روان‌پزشکی به‌عنوان اختلال، تمایز بین مشکلات روانی، یعنی اختلال‌ها را از مشکلات جسمی، یعنی بیماری‌ها تقویت می‌کند (والاس، ۱۹۹۴). در حالی که یک روان‌پزشک فرد را دارای «اختلال روانی» تشخیص می‌دهد، یک متخصص داخلی تشخیص «بیماری جسمی» نمی‌گذارد، در عوض به اختصار فرد را دارای «بیماری» تشخیص می‌دهد. استفاده از صفت «روانی» قبل از کلمه «اختلال» به‌طور ضمنی تقسیم‌بندی بین جسم و ذهن را تأیید می‌کند.

مؤلفان DSM-5-TR، هر جا که ممکن بوده، با نام‌گذاری سبب‌شناسی یک اختلال روانی این مرزبندی را کاهش داده‌اند. برای نمونه، آنها این کار را در خصوص اختلال‌های عصبی‌شناختی متعدد (مثل جسم لوی، آسیب مغزی تروماتیک، بیماری عروقی) انجام داده‌اند. به‌وسیله هرچند، تعریف و محدودیت‌های اغلب طبقات گسترده مانده است. اختلال‌ها طیفی را شامل می‌شوند که از رفتار غیر قانونی تا یک فرایند مرضی خاص با سبب‌شناسی، عوامل ژنتیکی و شیوع کاملاً مشخص را در بر می‌گیرد. بنابراین ابهام در مورد اینکه چه چیزی دقیقاً اختلال است همچنان باقی مانده است.

شاید این مسئله باید مورد توجه قرار گیرد.

با این وجود، همه تشخیص‌ها انتزاعی از تجارب فرد هستند و ویژگی‌های دوره‌ای را که در آن ساخته شده و به کار رفته‌اند شامل می‌شوند. برخی از تشخیص‌ها فقط در یک دوره وجود دارند؛ به مثال قبلی برگردیم، فشار خون در قرن ۱۸ تشخیص داده نمی‌شد زیرا همیشه امکان اندازه‌گیری فشار خون وجود نداشت. برخی از تشخیص‌ها تنها با شرایط یک دوره همخوان هستند؛ مانند زمانی که تشخیص‌های روان‌پزشکی برای آسیب‌شناسی مهاجران فقیر ایرلندی قرن ۱۹ (هیروتا، ۲۰۱۷) و

فعالان سیاه‌پوست قرن ۲۰ (متزل، ۲۰۰۹) به‌عنوان بخشی از ایدئولوژی‌های نژادپرستانهٔ کلاسیک به کار می‌رفتند. بخشی از تشخیص‌ها صرفاً در یک دورهٔ روان‌پزشکی جای می‌گیرند. برای نمونه، بعضی از رفتارهای موجود در حملات تشنجی را می‌توان به صرع یا اختلال روان‌پریشی نسبت داد (ساچدف، ۱۹۹۸). تشخیص‌ها کارکرد فرهنگی دارند.

به این معنا استفاده از واژهٔ *اختلال* برای توصیف ناراحتی روانی، توجه ما را به این جلب می‌کند که ناراحتی روانی چگونه عملکرد فرد را مختل می‌کند، به تعامل پیچیدهٔ بین رویدادهایی که به ناراحتی روانی منجر می‌شوند اشاره دارد و به‌طور ضمنی بر محدودیت‌های دانش ما در مورد علل ناراحتی روانی صحنه می‌گذارد. دانش ما در این باره کافی نیست که دقیق‌تر صحبت کنیم. در عوض، استفاده از واژهٔ *اختلال* در سیستم تشخیصی DSM را می‌توان به‌عنوان فرصتی برای فروتنی و انگیزه‌ای برای مطالعهٔ بیشتر در نظر گرفت. به گفتهٔ کن کندلر، یکی از داناترین کاوشگران معاصر تشخیص‌های روان‌پزشکی، «تحمלתوع و فروتنی با بلوغ علمی از راه می‌رسد» (کندلر، ۲۰۱۴a، صفحهٔ ۹۳۷).

تعریف DSM-5-TR از اختلال روانی

افرادی که ناراحتی روانی دارند و شما آنها را ملاقات می‌کنید، به‌سادگی نمی‌توانند منتظر دقتی شوند که شما و آنها خواستار آن هستید- آنها مستحق بهترین پاسخ‌های ممکن هستند که شما در آن لحظه می‌توانید ارائه دهید. یک انسان‌شناس فرهنگی به نام ریچارد شودر (۲۰۰۳)، به خوبی دریافت که با نگرستن از یک دیدگاه، هر چیزی ناکامل دیده می‌شود و مشاهده از دریچهٔ همهٔ دیدگاه‌ها به عدم انسجام می‌انجامد و اگر از هیچ دیدگاهی به مشاهده نپردازیم، چیزی نمی‌بینیم. شما مجبورید که یک نقطه‌نظر خاص را اتخاذ کنید اما به این نکته نیز آگاه هستید که علی‌رغم نیازی که دارید، دیدگاه شما لزوماً ناکامل است. انتقاد از تعاریف اختلال روانی به‌مراتب آسان‌تر از ارائهٔ یک تعریف دقیق، صحیح و سودمند است.

مؤلفان DSM-5-TR اختلال روانی را چنین تعریف می‌کنند: «سندرمی که از لحاظ بالینی با به‌هم‌ریختگی چشمگیر در شناخت، تنظیم

هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود و بازتاب کژکاری در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی زیر بنای عملکرد روانی است». آنها اختلال روانی را از «پاسخ‌های مورد انتظار و از لحاظ فرهنگی قابل قبول به یک عامل استرس‌زای رایج یا فقدان، نظیر مرگ عزیزان» متمایز می‌کنند. این مؤلفان در مورد «رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی منحرف محسوب می‌شوند (مانند رفتارهای سیاسی، مذهبی یا جنسی) و در مورد تعارض‌هایی که عمدتاً بین فرد و جامعه وجود دارند محتاطانه، این موارد تنها زمانی به‌عنوان اختلال روانی در نظر گرفته می‌شوند که انحراف یا تعارض ناشی از کژکاری در خود فرد باشد». این تعریف از اختلال روانی همراه با پافشاری مؤلفان بر اینکه تشخیص «سودمندی بالینی دارد» و «به بالینگران کمک می‌کند که پیش‌آگهی، طرح‌های درمان و پیامدهای درمانی بالقوه را برای بیماران خود مشخص کنند» (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲)، برای مصاحبه تشخیصی تلویحات چندگانه مهمی دارد (استین و همکاران، ۲۰۱۰).

نخست اینکه، این تعریف اختلال روانی را بدین صورت مشخص می‌کند که به لحاظ بالینی باعث به‌هم‌ریختگی چشمگیری در چندین حوزه می‌شود. این بدان معنی است که وقتی با فردی که دارای ناراحتی روانی است مصاحبه می‌کنید، لازم است بررسی کنید که ناراحتی وی به چه میزانی شناخت، هیجان‌ها و رفتارهای او را تخریب کرده است. با این وجود، این تعریف مشخص نکرده است که «تخریب چشمگیر» به چه معناست. به‌خاطر نبود چنین تعریف دقیقی، لازم است که در هر بیمار تخریب را بر اساس عملکرد وی قبل از شروع نشانه‌ها و علائمی که به‌خاطر ارزیابی آنها مراجعه کرده است، تعریف کنید. می‌توانید برای این کار از بیمار بخواهید زمانی قبل از شروع آخرین دوره ناراحتی‌اش را بیاد آورد و تفاوت بین عملکرد خود در آن زمان و در حال حاضر را توصیف کند. به‌طور ایدئال، کسب اطلاعات جانبی از افرادی که فرد را در چندین موقعیت می‌شناسند به ارزیابی توانایی و عملکرد پیش‌مرضی فرد کمک می‌کند. شما ممکن است بخواهید از نسخه ۲ جدول ارزیابی کم‌توانی سازمان بهداشت جهانی (WHODAS 2.0) ابزار ارزیابی کم‌توانی مورد تأیید مؤلفان DSM-5-TR، استفاده کنید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). این ابزار در فصل دوازدهم با عنوان «ابزارهای ارزیابی انتخاب شده DSM-5-TR» تشریح شده است. چندین ابزار دیگر برای سنجش

کم‌توانی وجود دارد اما فارغ از اینکه از چه ابزاری استفاده می‌کنید، لازم است که کژکاری و تخریب در عملکرد (نقصان عملکرد) و همچنین میزان آن را در هر شخصی که ارزیابی می‌کنید به‌طور فردی تعریف کنید. دوم، از آنجا که این تعریف کژکاری را ناشی از آشفتگی عمده در «فرایندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی زیربنای عملکرد روانی» می‌داند، لازم است که همهٔ این فرایندها را ارزیابی کنید. ملاک‌های DSM-5-TR رهنمودهای روشنی را برای چگونگی استخراج و سازماندهی علائم فرایندهای روان‌شناختی ارائه می‌دهد، اما برای ارزیابی فرایندهای رشدی و زیستی، رهنمودهای کمتری دارد. از آنجا که وظیفهٔ شما در نظر گرفتن کلیت فرد است، لازم است که حداقل در پی درکی از تاریخچهٔ پزشکی شخص و مراحل رشدی او باشید. ما به‌اختصار شیوه‌های ارزیابی این فرایندها را در فصل سوم تحت عنوان «مصاحبهٔ تشخیصی در ۳۰ دقیقه» و در فصل هشتم با عنوان «شش پرسش برای تشخیص افتراقی» مطرح نموده‌ایم.

سوم، این تعریف کژکاری‌های قابل انتظار را کنار می‌گذارد. این کژکاری‌ها شامل واکنش به رویدادهایی از قبیل از دست دادن یک رابطهٔ صمیمانه یا شغل است- رویدادهایی که در بسیاری از افراد، ناراحتی روانی ایجاد می‌کند. تعریف DSM-5-TR به واکنش‌هایی که «از لحاظ فرهنگی پذیرفته شده‌اند» اشاره دارد اما تعریفی از عناصر شکل‌دهنده یک فرهنگ و مقولات مورد تأییدش ارائه نمی‌دهد، این یعنی اینکه شما باید ارتباط بین علائمی که از مصاحبهٔ تشخیصی استخراج کرده‌اید و بافتار آنها در زندگی فرد را ارزیابی کنید. بنابراین، می‌توانید از فرد، خانواده، دوستان، همسر و یا همسالانش بپرسید که آیا واکنش‌های او با واکنش‌های فرهنگش هماهنگ است یا خیر، زیرا بررسی بافتار فرهنگی که در آن فرد دارای ناراحتی روانی قرار دارد، ضروری است.

چهارم، این تعریف به‌طور هم‌زمان، کژکاری‌هایی را که به‌وسیلهٔ عدم سازگاری بین فرد و فرهنگ گستردهٔ او ایجاد شده است کنار می‌گذارد. افکار و رفتارهای یک فرد ممکن است به‌وضوح با افکار و رفتارهای نزدیکانش و فرهنگ او در تعارض باشد. وجود تعارض به خودی خود دلیلی بر اختلال روانی نیست. یک فرد می‌تواند با رهبران کشورش مخالف باشد، از جامعهٔ هم‌کیشش جدا شود و یا از خواهر و برادرهایش متنفر باشد، بدون اینکه اختلال روانی داشته باشد. در مصاحبهٔ تشخیصی تعیین

انتظارات فرهنگی فرد و رفتارهای خط پایه حائز اهمیت است، به ویژه زمانی که با فردی مصاحبه می‌کنید که از لحاظ سن، جنسیت، فرهنگ، تجارب، مذهب، زبان یا سبک زندگی‌اش با شما متفاوت است - و به‌طور کلی، تقریباً هر کسی که با او مصاحبه می‌کنید. شما به‌جای اینکه در مورد معنای ناراحتی فرد فرضیه‌پردازی کنید، باید از او در مورد آن سؤال کنید. پنجم، این تعریف یک هشدار مهم را شامل می‌شود: تشخیص باید از لحاظ بالینی سودمند باشد. این هشدار به تمایز بین DSM-5-TR از یک راهنمای صرف کمک می‌کند، زیرا حتی اگر فرد تمامی علائم یک اختلال مشخص را برآورده کند، در صورتی که این اختلال به شکل سودمندی بر تشخیص، درمان یا پیش‌آگهی فرد تأثیر نگذارد، تشخیص نامناسب در نظر گرفته می‌شود. شرط لازم سودمندی بالینی به ماهیت عمل‌گرایانه DSM-5-TR اشاره دارد، سیستم تشخیصی‌ای که به‌جای تشخیص صرف اختلالات، به‌منظور ایجاد زمانی برای انتقال دقیق و پایای یافته‌های روان‌پزشکی طراحی شد.

سؤالاتی که در یک مصاحبه تشخیصی مطرح می‌شود

با مروری بر تعریف اختلال روانی در DSM-5-TR، مشخص می‌شود که مؤلفان DSM-5-TR خیلی از مفاهیم را تعریف نشده باقی گذاشته‌اند. فقدان این‌گونه تعاریف ضروری، همچنان که اغلب در روان‌پزشکی روی می‌دهد، تمرین خرد عملی را ضروری می‌کند (رادن و سادلر، ۲۰۱۰). در مصاحبه تشخیصی، این به معنی کاربرد طبقات تشخیصی برای فرد خاصی است که نمی‌توان او را به اختلال تشخیص داده شده، تقلیل داد. به‌منظور تعیین اختلال روانی در فردی که در حضور شماست، لازم است که در پی درک کاملی از او به‌عنوان یک انسان باشید. یک مصاحبه تشخیصی خوب علاوه بر اینکه منجر به یک تشخیص می‌شود، موضوعاتی را مطرح می‌کند که زمانی که در پی درک فرد هستید، نیاز به پرسیدن آنها خواهید داشت. این سؤالات می‌تواند مربوط به تشخیص، درمان و پیش‌آگهی باشد.

در پایان هر مصاحبه تشخیصی، شما باید بتوانید فهرستی از اطلاعات تکمیلی لازم را تهیه کنید که برای یک تشخیص قطعی‌تر به آن نیاز دارید. این اطلاعات تکمیلی می‌تواند سرراست باشد، همچون اطلاعات

جانبی که از افرادی که بیمارتان را در موقعیت‌های دیگر می‌شناسند، از قبیل گزارش‌های روان‌پزشکان قبلی، روان‌شناسان، درمانگران، مشاوران، پزشکان مراقبت‌های اولیه، روحانیون، کارفرمایان و همکاران، معلمان، همسالان، دوستان، خانواده و همسر. گاهی ممکن است که بخواهید حوزه‌های خاصی را به‌وسیله اجرای آزمون‌های تشخیصی تکمیلی مانند معاینات جسمی و عصبی یا آزمون‌های عصب-روان‌شناختی یا شخصیت بررسی کنید. قبل از اینکه آزمون‌های تکمیلی را اجرا کنید، می‌بایست با محدودیت‌ها و نقاط قوت هر آزمون آشنا باشید و در نظر داشته باشید که چگونه نتایج مثبت و منفی آزمون، ارتباط درمانی‌تان را تغییر خواهد داد. در نهایت، معمولاً جستجو برای درک بیشتر راهبردهای مقابله فرد و برداشت او از سبب‌شناسی و درمان ناراحتی روانی سودمند خواهد بود. بیماران با ناراحتی‌شان دیده می‌شوند اما آنها ناراحتی‌شان نیستند. بنابراین به دنبال شناسایی توانمندی‌ها و تمایلات‌شان باشید، فعالیت‌هایی که موجب شکوفایی آنها می‌شود (واندرویل، ۲۰۲۰).

اگرچه DSM-5-TR یک راهنمای درمانی نیست اما مصاحبه تشخیصی فرصتی است که دریابیم آیا درمانی لازم است یا نه و اگر پاسخ مثبت است چه درمانی مورد نیاز است (با هیل و ناسبوم، ۲۰۱۶؛ وانگ و ناسبوم، ۲۰۱۷ مقایسه کنید). در حقیقت، با کسب تجربه بیشتر می‌توانید درمان را از همان زمان مصاحبه از طریق تلفیق برخی فنون درمانی اصلی با مصاحبه تشخیصی، آغاز نمایید. بسیاری از اساتید برای یادگیری نحوه سازمان دادن مصاحبه روان‌پزشکی براساس ساختار شخصیتی بیمار، یک متن کلاسیک با عنوان «مصاحبه روان‌پزشکی در کار بالینی» را پیشنهاد می‌کنند (مک‌کینون و همکاران، ۲۰۱۶). اگر شما هنوز احساس می‌کنید که قادر به گنجاندن فنون درمانی در مصاحبه تشخیصی خود نیستید، باید حداقل در ذهن‌تان مورد بالینی خود را صورت‌بندی (فرمول‌بندی) نمایید و در زمان مصاحبه منابع مرتبط با مشکلات و توانمندی‌های مختص فرد را شناسایی کنید. روش‌هایی برای انجام این کار در فصل‌های بعدی مطرح گردیده است.

در نهایت، از آنجا که DSM-5-TR در زمینه پیش‌آگهی چیزی پیشنهاد نمی‌کند تا به بیمار کمک کند که از درمان پیشنهادی شما چه انتظاری باید داشته باشد، شما باید در فردی که با او مصاحبه می‌کنید امید واقع‌بینانه ایجاد کنید. این امید باید به‌وسیله بررسی مبتنی بر شواهد