راهنمای عملی مصاحبه روان‌پزشکی

تألیف

دانیل ج. کارلات

ترجمه

دکتر آتوسا فرمند

روان‌پزشک

با پیشگفتاری از

دکتر مهدی نصر اصفهانی

استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

کتاب ارجمند

تقدیم به

بیماران قبلی، فعلی و آتی‌ام.

ممنون از اینکه به من اجازه دادید یکی پس از دیگری از شما سؤال بپرسم،

و

تشکر از شما به خاطر پاسخ‌های بسیار صادقانه‌تان.

«دکتر دانیل ج. کارلات»

تقدیم به

مادرم، سرکار خانم زهرا مؤیدمحسنی
که واژه‌ایی برازنده وصف ایشان نیافتم

فهرست مطالب

پیشگفتاری بر ترجمه فارسی..... ۱۰

مقدمه مؤلف..... ۱۲

شرحی بر ویراست پنجم ۱۷

سپاسگزاری ۱۸

بخش اول. اصول کلی مصاحبه مؤثر

۱. مروری بر مقدمات مصاحبه. ۲۳

۲. مقدمات سازمان‌دهی: پیش از مصاحبه چه کنید؟ ۳۱

۳. اتحاد درمانی: چیست؟ چرا مهم است؟ و چگونه برقرار می‌شود؟ .. ۵۰

۴. طرح سؤالات – قسمت ۱: نحوه برخورد با موضوعات تهدیدکننده .. ۶۴

۵. طرح سؤالات – قسمت ۲: ترفندهایی برای بهبود یادآوری بیمار .. ۷۳

۶. طرح سؤالات – قسمت ۳: چگونه موضوعات را با سبکی خاص تغییر دهید ۷۷

۷. فنونی برای بیمار بی‌میل به مصاحبه ۸۰

۸. فنونی برای بیمار خیلی پرحرف ۸۶

۹. فنونی برای تمارض ۹۳

۱۰. فنونی برای بیمار بی‌قرار ۱۰۲

۱۱. فنونی برای مراجع نوجوان ۱۰۹

۱۲. مصاحبه با اعضای خانواده و سایر مطلعین ۱۲۵

۱۳. فنونی برای دیگر موقعیتهای چالش‌برانگیز ۱۴۲

۱۴. روان پویایی‌های قابل استفاده در مصاحبه تشخیصی ۱۵۲

بخش دوم. تاریخچه روان‌پزشکی

۱۵. کسب شرح حال بیماری فعلی ۱۷۵

۱۶. اخذ تاریخچه روان‌پزشکی ۱۸۶

۱۷. بررسی وضعیت طبی کلی بیمار ۲۰۰

۱۸. سابقه روان‌پزشکی خانواده بیمار ۲۱۵

۱۹. اخذ تاریخچه تکاملی (رشدی) و اجتماعی بیمار ۲۲۳

بخش سوم. مصاحبه برای تشخیص‌گذاری: مرور علائم روان‌پزشکی

۲۰. چگونه ملاک‌های DSM-5-TR را به خاطر بسپارید؟ ۲۳۷

۲۱. مصاحبه برای تشخیص‌گذاری: هنر آزمون فرضیه ۲۵۷

۲۲. معاینه وضعیت روانی ۲۶۵

۲۳. ارزیابی افکار خودکشی و دیگرکشی ۳۰۳

۲۴. ارزیابی اختلالات خلقی - بخش اول: اختلالات افسردگی ۳۱۷

۲۵. ارزیابی اختلالات خلقی - بخش دوم: اختلال دوقطبی ۳۳۷

۲۶. ارزیابی اختلالات اضطرابی، وسواس و استرس پس از سانحه... ۳۴۹

۲۷. ارزیابی اختلال مصرف مواد ۳۷۰

۲۸. ارزیابی اختلالات روان‌پریشی ۳۸۶

۲۹. ارزیابی اختلالات عصب‌شناختی (دمانس و دلیریوم) ۴۲۱

۳۰. ارزیابی اختلالات خوردن و اختلال علامت جسمی ۴۳۶

۳۱. ارزیابی اختلال نقص توجه بیش فعالی ۴۴۵

۳۲. ارزیابی اختلالات شخصیتی ۴۵۷

بخش چهارم. مصاحبه برای درمان

۳۳. نحوه آموزش بیمار ۴۸۳
۳۴. مذاکره درباره طرح درمانی ۴۹۵
۳۵. یادداشت نتایج مصاحبه ۵۰۳

پیوست‌ها

الف. کارت‌های جیبی ۵۲۵
ب. فُرم‌های اطلاعاتی برای مصاحبه ۵۳۱
ج. جزوات آموزشی بیماران ۵۵۱

منابع ۵۶۶

پیشگفتاری بر ترجمهٔ فارسی

کتاب ***راهنمای عملی مصاحبه روانپزشکی*** کارلات به ویراست پنجم رسید و روزآمد شد. در این ویراست علاوه بر حفظ چهارچوب اصلی کتاب، آخرین تغییرات ملاک‌های تشخیصی DSM-5-TR نیز در آن گنجانده شده است. اگرچه در ویراست جدید یک فصل درباره بیماران (فصل ۱۰: فنون مصاحبه با بیماری بی‌قرار) اضافه شده، ولی عمده محتوی کتاب درباره فنون مصاحبه با بیماران سرپایی است. چاپ‌های قبلی کتاب به دلیل اختصار و کاربردی بودنش مورد توجه بسیاری از فراگیران قرار گرفته و تاکنون به چندین زبان ترجمه شده است. چاپ ترجمه قبلی این کتاب هم که توسط همکار ارجمند سرکار خانم دکتر آتوسا فرمند به فارسی ترجمه شده بود مورد استقبال فراگیران مختلف فارسی زبان قرار گرفت. هم‌اکنون ویراست پنجم کتاب هم به همت ایشان به فارسی روان ترجمه شده و در اختیار علاقه‌مندان قرار گرفته است.

کتاب *راهنمای عملی مصاحبه روانپزشکی* علی‌رغم اختصار توانسته است. مفاهیم کلیدی و فنون انجام یک مصاحبه روانپزشکی را به خوبی در خود جای دهد و فراگیران را قدم به قدم برای رسیدن به یک تشخیص درست، درک مشکلات و ناراحتی‌های بیمار، تشکیل اتحاد درمانی و نحوه آموزش بیمار راهنمایی کند. کتاب به خوبی می‌تواند بسیاری از ابهامات فراگیران جوان را در برخورد با بیماران سرپایی برطرف نموده و آنان را یاری رساند تا با بکارگیری فنون مختلف ارائه شده، مشکلات مصاحبه را دریابند و شیوه‌های عبور از مشکلات را بیاموزند. علاوه بر این، مطالعه

کتاب برای روانپزشکان جوان، روانشناسان و سایر متخصصان بهداشت روان بسیار سودمند است. اینجانب خواندن و به کارگیری فنون آن را به همه درمانگران کشور توصیه می‌کنم.

دکتر مهدی نصر اصفهانی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
فروردن ۱۴۰۳

مقدمه مؤلف

در طی یک دوره کار حرفه‌ای چهل‌ساله، شما در حدود صدهزار مصاحبه تشخیصی انجام خواهید داد. به راستی مهم‌ترین ابزار در زرّادخانه هر بالینگری، مصاحبه تشخیصی است و با این وجود، برنامه‌های معمول آموزشی به منابع نسبتاً محدودی برای تعلیم اختصاصی مهارت‌های مورد نیاز برای مصاحبه دسترسی دارند. به نظر می‌رسد فرض کلی این است که اگر درمانگر به تعداد کافی و با انواع مختلفی از بیماران مصاحبه انجام دهد، طبیعتاً به مهارت‌های لازم دست خواهد یافت. این موضوع می‌تواند حقیقت داشته باشد، اما ممکن است زمان زیادی طول بکشد، و فرآیند یادگیری، شاید، آزاردهنده باشد.

ایده نگارش این راهنما نخستین‌بار در طی یکی از شبهای سال اول دوره دستیاری روان‌پزشکی به ذهنم رسید. آن شب در ابتدای شیفت کاریم در بخش حاد روان‌پزشکی (APS)، دستیاری که دستگاه پیامرسان بخش را به من تحویل می‌داد، اعلام کرد که علاوه بر پنج بیماری که در اتاق انتظار دیده بودم، دو بیمار دیگر هم هستند که در اورژانس تحت مهار فیزیکی قرار گرفته اند. در آن لحظه، با به صدا درآمدن دستگاه پیامرسان، با شماره موردنظر تماس گرفتم. "روان‌پزشکی؟ الیسون ٦ هستم. ما در اینجا بیماری داریم که میگوید افسرده است و می‌خواهد خودکشی کند. لطفاً بیایید و بیمار را ارزیابی کنید، فوراً"! و این بدین معنا بود که در مجموع هشت ارزیابی تشخیصی در پیش داشتم.

در ادامه آن شیفت کاری، مصاحبه هایم کوتاه و کوتاه‌تر شدند.

تاریخچه تکاملی اولین جزء مصاحبه بود که حذف شد و در پی آن، به سرعت معاینه رسمی وضعیت روانی (MSE) قلم خورد. این روند مختصرسازی مصاحبه تا ساعت پنج صبح ادامه داشت، زمانی که به نتیجه مضحک، اما اجتناب‌ناپذیر آن رسید. چنانکه کل مصاحبه من کمی بیش از سؤال "آیا قصد خودکشی دارید؟" نبود.

پس از تحویل دستگاه پیامرسان به همکارم در ساعت هشت صبح (درحالی‌که فقط 50 دقیقه، یعنی تقریباً برابر با طول مدت یک جلسه روان درمانی خوابیده بودم)، به تدریج به یاد مصاحبه‌های شب قبل افتادم. آیا بسیار کوتاه بودند؟ (مطمئناً بودند). آیا سودمند بودند؟ (شک داشتم). آیا کسی سیستمی برای اجرای ارزیابی‌های تشخیصی ارائه نکرده بود که هم سریع باشد و هم در عین حال به حد کفایت جامع باشد تا حق بیمار منصفانه ادا شود؟

جستجو به دنبال چنین سیستمی دغدغه بقیه سال‌های دستیاری من شد. پوشه یک پرونده کاغذی را *نکات مصاحبه* نام گذاری کرده و به تدریج خُرده اطلاعاتی از منابع مختلف از جمله کتب درسی مصاحبه، سخنرانی‌های میزگردهای روز چهارشنبه، و مباحثات خودم با ناظرین و سایر دستیاران را در آن جمع‌آوری نمودم. هنگامی که در بخش اعصاب و روان سرگروه دستیاران شدم، جلسات گزارش بیمار را ضبط ویدئویی کرده و از فنون مؤثر و جالب مصاحبه‌ها یادداشت برمی داشتم. بعدها، در طی اولین شغلم به عنوان استادیار روان‌پزشکی، این فنون را در مصاحبه با بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان آنا ژاک و همچنین بیماران سرپائی در مرکز خیابان هاریس بکار بسته و به دقت تصحیح نمودم.

در نهایت، به چکیده‌ای از توصیه‌ها و نکات رسیدم که به کارایی هرچه بیشتر مصاحبه‌های تشخیصی کمک می‌نماید و

امیدوارم انجام مصاحبه‌ها را هم فرح‌بخش سازد. یادآورها به خاطرسپاری سریع اطلاعات مورد نیاز را تسهیل می‌نمایند. فنون مصاحبه به افزایش سرعت پیشرفت مصاحبه کمک می‌کنند، بی‌آنکه بیماران را گریزان نمایند. هر فصل با کادری مشتمل بر مفاهیم پایه آغاز می‌شود که محتوی فهرستی از موارد حقیقتاً 'به‌یادماندنی'[1] از اطلاعات است. پیوست‌ها شامل جداول سودمند کوچکی در قالب "کارت‌های جیبی" با اطلاعات ضروری است که میتوان در صورت نیاز از آن‌ها کپی تهیه کرد. علاوه بر این، می‌توان از فُرم‌های موجود برای اطمینان از عدم فراموشی نکات مهم در طی مصاحبه استفاده نمود.

با این وجود، در این کتاب در جستجوی استدلال‌های نظری و شواهد دقیق درباره کارایی این فنون نباشید. بدین منظور، به سراغ یکی از کتب درسی متعدد در زمینه مصاحبه روان‌پزشکی بروید. هر نکته ای در این راهنما بایستی از ضابطه لازم الاجرای ذیل برخوردار باشد: بایستی برای کارآموز، دانش بلافاصله کاربردی درباره نحوه برخورد با یک بیمار جدید پیش رو به وجود آورد.

این راهنما درباره چیست؟

اول از همه، این کتاب *فقط* یک راهنماست و کتاب درسی دوره کارورزی و یا دستیاری نمی باشد. راه یادگیری نحوه مصاحبه با بیماران، انجام مصاحبه با آنان تحت نظارت مطلوب است. تنها بدین ترتیب می‌توان نکات ظریف مصاحبه، مهارت‌های شناخت و درک تعاملات بین درمانگر و بیمار را فراگرفت.

این کتاب ابزاری راهنما در تلاش‌های ابتدایی درمانگر برای مصاحبه با بیماران است. این حیطه‌ایی گیج‌کننده است. اشتباهات

1. Take-home

وافر برای ارتکاب و لحظات بی شمار شرمندگی و احساس ناشی گری در پیش است. این کتاب از تمام این اتفاقات جلوگیری نخواهد کرد، اما موجب رشد مهارت‌های مصاحبه ای خواننده خواهد شد.

این کتاب دستنامه ای برای کلیه بالینگران تازه‌کاری است که ارزیابی‌های روان‌پزشکی را به عنوان بخشی از دوره آموزشی خود انجام می‌دهند. این گروه شامل دستیاران روان‌پزشکی، دانشجویان پزشکی، کارورزان روانشناسی و یا مددکاری اجتماعی، کارکنان بهداشت روان، دانشجویان پرستاری، و دستیاران سایر رشته‌های طبی (که شاید تا قبل از ویزیت مشاور لازم گردد تا بیمار را مورد ارزیابی تشخیصی فوری قرار دهند) است.

این راهنما درباره چه نیست؟

این کتاب، *مرجع درسی* در زمینه مصاحبه روان‌پزشکی نیست. البته، تا به حال، چندین مرجع درسی در زمینه مصاحبه به چاپ رسیده اند (موریسون، ۲۰۱٤؛ اوتمر، ۲۰۰۱؛ شئا، ۱۹۹۸). از این میان، کتاب مورد علاقه من (مؤلف) *مصاحبه روان‌پزشکی: هنر درک بیمار* متعلق به دکتر شئا است. اگرچه کتب مرجع کاملتر و جامعتر هستند، اما ایراد این کتب آن است که نمی توانند راهنمای خوبی برای مبتدیان از نظر ارائه اطلاعات اساسی مورد نیاز آنان باشند. علاوه بر این، کتب درسی قابل‌حمل و نقل آسان نیستند. بنابراین، مایل بودم کتابی بنویسم که خواننده بتواند آن را همراه خود به مکانهای مختلف کاری‌اش ببرد. به عبارت دیگر، لطفاً کتاب مرجع خریداری نموده و آن را برای زمانی که تمایل به مطالعه عمیق مطالب دارید، در دسترس نگهدارید.

همچنین، این کتاب دستنامه اختلالات روان‌پزشکی نیست.

تاکنون کتاب‌های مطلوب فراوانی در این زمینه به چاپ رسیده اند، و این راهنما جهت رفع نیاز به یک خلاصه اجرایی برای تشخیص گذاری این اختلالات به نگارش درآمده است.

در نهایت، این کتاب یک راهنمای روان درمانی نیست. انجام ارزیابی سریع تشخیصی، روان درمانی محسوب نمی شود، با این وجود، میتوان بسیاری از مهارت‌های بکار رفته در مصاحبه اولیه را به روان درمانی تعمیم داد.

امیدوارم که از این کتاب لذت ببرید و اعتمادبه‌نفس شما در زمینه مصاحبه افزایش پیدا کند. پیش از آغاز مطالعه، این کلمات تئودور روزولت را به خاطر بسپارید: "تنها کسی که هرگز اشتباه نمیکند، کسی است که هرگز کاری انجام نمی‌دهد. " موفق باشید!

شرحی بر ویراست پنجم

از زمان چاپ اولین ویراست کتاب *مصاحبه روان‌پزشکی* ۲٤ سال می‌گذرد. آنچه در آغاز، در سال ۱۹۹۵، به هنگامی‌که سرگروه دستیاران بیمارستان عمومی ماساچوست بودم، پروژه محبوب کوچکی بیش نبود، در کمال تعجبم به درسنامه استانداردی برای جویندگان یک خلاصه راهنمای اجرایی در زمینه مصاحبه روان‌پزشکی تبدیل شد.

در این آخرین ویراست، تغییرات معیارهای تشخیصی چاپ شده در DSM-5-TR جدیدترین نسخه از طبقه‌بندی رسمی رشته روان‌پزشکی درباره اختلالات روانی- گنجانده شده‌اند. در این میان، اختلال سوگ طول کشیده یک تشخیص جدید است و فصلی نو درباره شیوه‌های مصاحبه با بیماران بی قرار نیز افزوده شده است. علاوه‌براین، با به‌روزرسانی مرور مقالات، چندین بازبینی نیز متعاقباً انجام شده اند.

مصاحبه روان‌پزشکی تاکنون به زبان‌های آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، پرتغالی و یونانی ترجمه شده است. مایه مسرت من است که بالینگران سراسر جهان اهمیت گوش کردن فعال و طرح پرسش‌های صحیح در زمان مناسب را درک نمایند. تبدیل شدن به بالینگری ماهر مستلزم احساس تعهدی مادام‌العمر است. همانند آنچه که وینس لومباردی زمانی گفت، "کمال دست‌نیافتنی است، اما اگر در جستجوی آن باشیم، تعالی خواهیم یافت. "

دانیل ج. کارلات، M. D.

نیوبری غربی، ماساچوست، ۲۰۲۳

سپاسگزاری

در این پنجمین ویراست، همانند چهار ویراست قبلی، تشکر را از مؤلف کتاب درسی کلاسیک، *مصاحبه روان‌پزشکی: هنر درک بیمار*، دکتر شائون شئا که مرا به این موضوع علاقه‌مند نمودند، آغاز می‌کنم. دکتر شئا دوست و مربی بزرگی در سراسر زندگی حرفه‌ای من بوده‌اند.

پدرم، دکتر پل کارلات، که ایشان نیز تا پیش از بازنشستگی روان‌پزشک بودند، کلیه ویژگی‌های فردی را که برای کار با بیماران سودمند هستند، در من نهادینه ساختند.

بسیاری از اعضای بیمارستان عمومی دانشکده ماساچوست (MGH)، جایی که دوران دستیاری خود را در آنجا گذراندم، در شکل‌گیری این دست‌نوشته بی‌نهایت مرا یاری رساندند. به‌ویژه تشکر می‌کنم از مرحوم دکتر اِد مسنر که رویکرد کاملاً عملی وی به نحوه مراقبت از بیماران روح‌بخش است؛ دکتر پل هامبورگ که همدلی و جنبه‌های بی‌شمار دیگری از ارتباط با بیماران را تعلیم داد؛ دکتر پل سومرگراد بالینگر مجرب و رئیس بخش اعصاب و روان در زمانی که سرگروه دستیاران بودم و از تلاش من برای برپائی یک دوره آموزشی در زمینه مصاحبه برای دستیاران حمایت کردند؛ دکتر کری گراس که مطالب بسیاری در زمینه نحوه تشخیص‌گذاری سریع و صحیح مشکل‌ترین بیماران به من آموختند؛ دکتر آنتونی اِردمان که سخاوتمندانه سؤالات غربالگری متعددی را ارائه نمودند. علاوه بر این، از مرحوم دکتر لستون هاوونس که در طول این پروژه مشوق بزرگی برای من بودند، کمال

سپاس و امتنان را دارم.

همچنین، از دستیاران روان‌پزشکی بیمارستان ماساچوست به ویژه سال تحصیلی ۱۹۹٤ تا ۱۹۹۵ سپاسگزارم که به هنگام تنظیم ضمن تدریس برنامه آموزشی‌ام برای مصاحبه کمال همکاری را داشتند و نیز دستیاران و دانشجویان روان‌شناسی کلاس‌هایم به‌خصوص دکتر کلودیا بالداسانو، کریستینا دموفولوس و آلن لایمن؛ اعضای باشگاه هاروارد گاردنز؛ و روان‌شناس سرشناس، دکتر رابرت مولر که همواره مشوق من بودند.

در نهایت، از کارکنان بخش اعصاب و روان بیمارستان آنا ژاک و همچنین، بخش‌های مِل رُز ویک فیلد و لارنس مموریال جایی‌که بسیاری از فنون معرفی شده در این کتاب را "به محک آزمایش" گذاشتم، تشکر می‌کنم. به‌ویژه از دکتر رائون هووخشتدلر، دوست و سرپرست پزشکی اسبق بیمارستان آنا ژاک، ممنونم که شاهدی زنده است بر این مدعا که مربیگری عالی می‌تواند بسیار فراتر از مرزهای آکادمیک تداوم داشته باشد.

۱

اصول کلی مصاحبه مؤثر

۱ مروری بر مقدمات مصاحبه

مفاهیم پایه

چهار تکلیف

- برقراری رابطه درمانی
- جمع‌آوری اطلاعات مهم روان‌پزشکی
- مصاحبه به منظور تشخیص‌گذاری
- مذاکره با بیمار درباره طرح درمانی

سه مرحله

- مرحله شروع
- بخش اصلی مصاحبه
- مرحله پایانی

چهار تکلیف مصاحبه تشخیصی

هنگامی‌که بیماری را برای اولین‌بار ملاقات می‌کنید، اطلاعات بسیار اندکی درباره وی دارید، اما می‌دانید که او در رنج است. اگرچه ممکن است این مسئله بدیهی به نظر برسد، اما اغلب از آن غفلت می‌کنیم. در حرفه ما، همه صحبت‌ها حتی همان سلام و علیک اولیه بیشتر در جهت این است که رنج بیمار را تخفیف دهیم تا این که بخواهیم تشخیصی را مطرح نماییم.

اشتباه نکنید!- تشخیص هم به‌نوبه خود مهم است. وگرنه، من (مؤلف) اکنون شما را مخاطب ویرایش دیگری از این کتاب قرار

نمی‌دادم! اما تشخیص‌گذاری تنها یک گام در مسیر کاهش تألمات بیمار است؛ و اغلب، شما در طی جلسه اول می‌توانید کارهای زیادی برای کمک به بیمار انجام دهید بدون آن که سرنخ‌های زیادی برای تشخیص‌گذاری رسمی DSM داشته باشید.

از سال ۲۰۰۵، زمان چاپ ویرایش دوم این کتاب، اعتبار قطعی طبقه‌بندی‌های تشخیصی در روان‌پزشکی زیر سؤال رفته است. بدین‌ترتیب، پی بردیم که "افسردگی عمده" نشان‌دهنده "بیماری" خاصی نیست بلکه طیف وسیعی از مشکلات بالقوه را در بر می‌گیرد. به عبارت دیگر، هر یک از بیماران با افسردگی مخصوص به خود مراجعه می‌کند که مستلزم رویکرد درمانی منحصربه‌فردی است. برای مثال، خانم ٢٤ ساله شکست‌خورده و سردرگمی چندین سال پس از فارغ‌التحصیلی از کالج افسرده شده است – و راه‌حل شاید کمک به وی جهت تبیین اهدافش باشد. مرد ٤٥ ساله‌ای که مدیر روابط عمومی است به‌تازگی به خیانت همسرش پی برده و افسرده شده است– و راه‌حل ممکن است کمک به وی جهت تصمیم‌گیری درباره امکان اعتماد مجدد به همسرش و شرکت در زوج‌درمانی باشد. خانم ۳۷ ساله‌ای که ازدواجی موفق داشته و صاحب سه فرزند برومند است می‌گوید که در زندگی‌اش مشکلی ندارد اما افسرده است– ممکن است به یک دوره درمان ضدافسردگی احتیاج داشته باشد.

و اما از این مثال‌ها چه منظوری دارم؟ هدفم این است که پیش از تأمل در زمینه تشخیص DSM بیمار، اکثر وقت ویزیت خود را به تفکر در زمینه زندگی بیمار اختصاص دهید. در این راه، از همدلی خالصانه، دلسوزی و شهود خود کمک بگیرید– چرا که این

خصایص جوهره شفابخشی روان‌شناختی هستند. و همواره، حتی با وجود پیشرفت شغلی و ویزیت بیماران متعدد، آنچه را که یک‌بار همکار فرزانه‌ام، برایان گرین برگ، بیان کرد، به خاطر داشته باشید: "من اغلب راهنمای DSM را کنار گذاشته و به خودم می‌گویم برایان، چگونه می‌توانی سفر زندگی این فرد را آسان‌تر کنی؟"

در حقیقت، مصاحبه تشخیصی برای درمان است و نه تشخیص. به‌خاطرسپاری این هدف بزرگ‌تر در ذهن در طی مصاحبه تشخیصی حائز اهمیت است، چرا که در غیر این صورت، بیمار هرگز دیگربار مراجعه نکرده و تشخیص دقیق *DSM-5-TR* شما در بایگانی پرونده‌ها خاک خواهد خورد.

بنا به تحقیقات، حدود ۳۰٪ از بیماران به طور زودرس از درمان ریزش می‌کنند و بسیاری از آنان پس از اولین ملاقات هرگز مراجعت نمی‌کنند (اولفسان و همکاران،۲۰۰۹). دلایل ریزش درمانی فراوان‌اند. برخی بیماران دیگر مراجعه نمی‌کنند چرا که رابطه درمانی خوبی با درمانگر برقرار نکرده‌اند. درحالی‌که بعضی دیگر اساساً به درمان علاقه‌ای نداشته‌اند و روحیه سایرین در همان جلسه اول به‌قدری تقویت‌شده که بر عوامل تنش‌زا غلبه یافته‌اند (پکاریک، ۱۹۹۳). نتیجه این‌که در طی مصاحبه اولیه بایستی کاری بیش از تشخیص‌گذاری انجام داد: برقراری رابطه درمانی، تقویت روحیه، و مذاکره درباره درمان نیز بسیار مهم و ضروری هستند.

چهار تکلیف مصاحبه مقدماتی درهم‌آمیخته‌اند. درمانگر همزمان که بیمار را می‌شناسد، رابطه درمانی را هم برقرار می‌نماید. پرسش از بیمار، به تنهایی، رابطه درمانی را شکل می‌دهد؛ ما اغلب