

معاینه و روان‌درمانی

آسیه فرجی

فهرست

۷	پیش‌گفتار.....
۹	فصل ۱: استراتژی‌های مصاحبه.....
۹	مقدمه.....
۹	تأثیر محیط مصاحبه.....
۱۰	اصل رازداری.....
۱۱	حق حفاظت و اطلاع‌رسانی.....
۱۱	مدیریت وسوسه مطرح کردن نمونه‌ها.....
۱۲	مهارت‌های بین‌فردی.....
۱۳	ملاحظات تشخیصی.....
۱۴	رابطه ضعیف‌تر از رابطه مورد انتظار.....
۱۹	مصاحبه بالینی.....
۲۱	معایب مصاحبه‌های ساختار یافته.....
۲۱	بایدها و نبایدهای مصاحبه بالینی.....
۲۳	خلاصه.....
۲۵	فصل ۲: مشکل حاضر، تاریخچه مشکل حاضر و پیشینه اجتماعی.....
۲۵	دیدگاه کلی.....
۲۷	مشخصات اولیه.....
۲۸	شکایت کنونی.....
۳۰	تاریخچه شخصی.....
۳۱	خانواده.....
۳۱	تحصیل.....
۳۲	اشتغال.....
۳۳	تاریخچه مسائل جنسی، تولید مثل و زندگی مشترک.....

۳۴	پیشینه پزشکی و روانپزشکی.....
۳۴	پیشینه روان پزشکی یا پزشکی خانوادگی
۳۵	شخصیت
۳۵	صفات
۳۶	آلکسی تایمی
۳۷	منبع اطلاعات
۳۹	انگیزه، بی احساسی (بی تفاوتی) و اراده
۴۱	ملاحظات تشخیصی
۴۳	فصل ۳: معاینه وضعیت روانی
۴۳	مقدمه‌ای بر معاینه روانی
۵۱	وضعیت هیجانی
۵۱	خلق و عاطفه
۵۸	گفتار و زبان
۶۰	تفکر و ادراک
۶۱	فرم فکر
۶۲	اختلالات جریان تفکر
۷۰	هدیان
۷۶	ترس‌ها
۷۷	خود بیمارانگاری
۷۷	افکار خودکشی
۷۸	افکار وابسته به دیگرکشی
۸۰	ادراک
۸۱	خلق هدیانی
۸۳	توهم‌ها
۸۸	خطاهای حسی
۸۸	قضاوت و بینش
۹۱	وضعیت شناختی

حافظه.....	۹۳
تصاویر بالینی از دست دادن حافظه / فراموشی.....	۹۴
سندرم کورساکوف.....	۹۵
از دست دادن حافظه با منشاء روانی.....	۹۶
گریز رونزاد.....	۹۷
اختلال هویت تجزیه‌ای.....	۹۷
تحریف حافظه.....	۹۷
افسانه‌بافی.....	۹۷
دگرسان‌بینی خود و دگرسان‌بینی محیط.....	۹۸
آشناپنداری و ناآشنایی.....	۹۸
موقعیت‌یابی.....	۹۸
توجه (تمرکز).....	۱۰۱
سابقه و گفتگو.....	۱۰۲
دیگر کارکردهای شناختی.....	۱۰۲
زبان.....	۱۰۳
مهارت حرکتی و کنش‌پریشی.....	۱۰۵
شناسایی محرک‌ها و ادراک‌پریشی.....	۱۰۶
فصل ۴: مصاحبه تشخیصی و گام‌های آن.....	۱۰۷
مصاحبه تشخیصی و گام‌های آن.....	۱۰۷
گام اول: کلیدهای تشخیصی.....	۱۰۷
گام دوم: ملاک‌های تشخیصی.....	۱۱۳
گام سوم: تاریخچه روانپزشکی.....	۱۱۳
گام چهارم: تشخیص.....	۱۱۶
گام پنجم: پیش‌آگهی.....	۱۱۶
فصل ۵: تغییرات DSM-5-TR.....	۱۱۷
۱- اختلالات عصبی‌رشدی.....	۱۱۷
۲- اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک.....	۱۳۳

۱۴۳	.....	۲- اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک نامشخص
۱۴۳	.....	۳- اختلال دوقطبی نوع ۱
۱۵۷	.....	۴- اختلالات افسردگی
۱۶۶	.....	۵- اختلالات اضطرابی
۱۷۶	.....	۶- اختلالات وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن
۱۸۱	.....	۷- اختلالات مرتبط با تروما و استرس
۱۹۳	.....	۸- اختلالات گسستگی
۱۹۶	.....	۹- اختلالات سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن
۲۰۰	.....	۱۰- اختلالات خورد و خوراک
۲۰۵	.....	۱۱- اختلالات دفعی
۲۰۷	.....	۱۲- اختلالات خواب و بیداری
۲۱۹	.....	۱۳- اختلالات جنسی
۲۲۵	.....	۱۴- اختلال دیسفوریای جنسیتی
۲۳۲	.....	۱۵- اختلال اخلاص‌گرانه، کنترل-تکانه و سلوک نامشخص
۲۳۲	.....	۱۶- اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد
۲۵۹	.....	۱۸- اختلالات عصبی‌شناختی
۲۷۲	.....	۱۹- اختلالات پارافیلیک
۲۷۷	.....	۲۰- سایر اختلالات روانی و کدهای مکمل
۲۸۱	.....	فصل ۶: سوالات اختصاصی
۲۸۱	.....	سوالات اختصاصی برای واری اختلالات
۲۹۵	.....	منابع

پیش‌گفتار

با وجودی که استانداردهای بالینی در فرایند معاینه وضعیت روانی و مصاحبه‌های تشخیصی در طول زمان دائماً در حال تغییر هستند اما در تهیه این کتاب تلاش شده است تا اطلاعات ارائه شده در این رابطه تا حد امکان دقیق و مطابق با استانداردها و رویه‌های پذیرفته شده روز در حوزه روان‌شناسی باشد. به این ترتیب این کتاب با هدف افزایش مهارت‌های کاربردی درمانگران مبتدی در زمینه فرایند مصاحبه و معاینه وضعیت روانی مراجعان تدوین شده است و در این راستا ما تلاش نمودیم تا در جهت تکمیل آموزش‌های آکادمیک، روندی گام به گام را در این زمینه از منابع علمی مختلف گردآوری و تلفیق نمائیم تا بر اساس آن اصول اولیه چگونگی اجرای مصاحبه بالینی و شیوه‌های ارزیابی مراجعه‌کنندگان بصورت جامعه و در عین حال کاملاً ساده و عاری از پیچیدگی بیان شود. با این حال، از آنجایی که هیچ اثری نمی‌تواند بطور کامل تمامی مطالب مربوط به این حوزه را پوشش دهد، به خوانندگان محترم و علاقمندان ورود به این حیطه اکیداً توصیه می‌کنیم که در جهت تقویت مهارت‌های حرفه‌ای خود در این رابطه صرفاً به مطالبه ارائه شده در این مجموعه اکتفا ننمایند و از دیگر منابع مفید و متعدد موجود در این زمینه را نیز بهره ببرند. در نهایت امیدواریم مطالب ارائه شده در این کتاب بتواند با تقویت بینش و افزایش آگاهی درمانگران نوآموز نقش مؤثری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی مراجعین و جامعه داشته باشد.

فصل ۱

استراتژی‌های مصاحبه

مقدمه

استنباط کلی این است که مصاحبه بالینی^۱ سنگ بنای تمام فعالیت‌های بالینی مشاوره^۲ و روان‌درمانی^۳ است. در واقع شخص بدون پرورش مناسب مهارت‌های مصاحبه نمی‌تواند متخصص خوبی شود. اگرچه اغلب توجه خاصی به مصاحبه بالینی اولیه (یا اولین تماس بین متخصص و مراجع) می‌شود، اما غیرعقلانه است که فکر کنیم متخصصان اول مصاحبه را کامل می‌کنند و سپس درمان را شروع می‌کنند. بلکه درست‌تر این است که مصاحبه بالینی را بعنوان بخش مداومی از فرایندهای روان‌درمانی در نظر بگیریم (هوک، هودگس، سیگال و کولیدج، ۲۰۱۰). تلاش برای اداره کردن فرایند مصاحبه می‌تواند برای متخصصان تازه‌کار وظیفه‌ای ترساننده به نظر برسد، اما با راهنمایی و تمرین مهارت‌های مصاحبه‌های بهبود یافته و سرانجام بخش مهمی از خزانه ذهنی ایشان می‌شود (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰). در این راستا هدف این فصل بحث و ارزیابی برخی عوامل تسهیل‌کننده فرایند مصاحبه برای متخصصان تازه‌کار می‌باشد.

تأثیر محیط مصاحبه

شاید اولین عامل حیاتی که ماهیت مصاحبه را تحت تأثیر قرار می‌دهد محیطی باشد که مصاحبه در آن انجام می‌شود. محیط‌های مختلفی هستند که مصاحبه می‌تواند در آن صورت پذیرد،

-
1. clinical interview
 2. counseling
 3. psychotherapy

همچنین نوع بافت مصاحبه نیز اغلب تعیین کننده دیدگاه بیمار می‌باشد. به‌ویژه این که بافتی که در آن مصاحبه صورت می‌گیرد می‌توان به تعیین عمق و طول مدت مصاحبه، ابعاد کارکردی مورد ارزیابی، انواع سؤالاتی که باید پرسیده شود و درجه همکاری مورد انتظار کمک نماید. برای مثال، سطح همکاری مورد انتظار از یک نوجوان تحت بازداشت که به درخواست دادگاه در مصاحبه شرکت نموده است با بزرگسال یا سالمندی که مسئولیت‌های سنگین بیماری همسر یا والدین را به دوش می‌کشد و یا با کسی که مشتاقانه به دنبال روان‌درمانی در کلینیک سلامت روان است، قطعاً متفاوت می‌باشد. بر این اساس هر مصاحبه رویکرد متفاوتی دارد زیرا شرایط هر مراجع و انتظاراتی که از رفتار وجود دارد متفاوت است (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

اصل رازداری^۱

ویژگی بارز یک رابطه درمانی اصل رازداری است که در واقع جنبه‌های حیاتی برای پرداختن به مصاحبه می‌باشد. رهنمودهایی برای روان‌شناسان در خصوص رازداری توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) (۲) در اصول اخلاقی روان‌شناسان (APA) (۳؛ ۲۰۰۲) ایجاد شده است. زیرا نقض اصل رازداری یک اقدام مهم است و بیماران باید (بصورت شفاهی یا مکتوب) در ابتدای مصاحبه بالینی و قبل از صحبت درباره‌ی هرگونه اطلاعات دیگر از محدودیت‌های این اصل آگاهی یابند. بهترین کار این است که وقتی درباره‌ی محدودیت‌های رازداری با بیماران صحبت می‌شود این کار بصورت بی‌پرده انجام شود. با وجودی که پاسخ روشنی در این باره وجود ندارد که «آیا این فرایند باید در اولین جلسه حضوری یا در تماس اول بصورت تلفنی به بیمار گفته شود»، اما شاید بهتر باشد تا زمان ملاقات بیمار در اولین جلسه صبر نموده و بصورت حضوری مفاهیمی که بیمار باید بداند کاملاً برای وی توضیح داده شود (کنی، ۱۹۹۸). با این وجود این امکان نیز وجود دارد که در برخی اوقات لازم باشد که صحبت درباره محدودیت‌های رازداری بصورت تلفنی بیان شود. برای مثال، اگر بیمار جدیدی اصرار دارد که درباره جزئیات از پشت تلفن صحبت شود، لازم است که متخصص بصورت کوتاه و بقدر کفایت درباره‌ی اصل رازداری صحبت نماید (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

رازداری موضوع مهمی است که قوانینی برای آن وضع شده و رهنمودهایی در زمینه روابط

-
1. confidentiality
 2. american psychological association
 3. ethical principles of psychologists

بیمار درمانگر ارائه شده است. بطور خلاصه، متخصصان باید حریم ارتباطات و پرونده‌های بیمارانشان را حفظ کنند تا ارزیابی مؤثر و درمان امکانپذیر باشد. در واگذاری اطلاعات بیمار به هر شخصی باید احتیاط لازم به عمل آید و همیشه بهتر این است که خطا روی جنبه محافظه کارانه اتفاق بیفتد (فاوست، ۱۹۹۸).

حق حفاظت و اطلاع رسانی

یکی از محدودیت‌های اصل رازداری مسئولیت قانونی و اخلاقی متخصصان سلامت روان برای حفاظت از بیماران و اعضای جامعه از خطرات قریب الوقوع است. اگرچه ضرورت دارد متخصصان از نظر اخلاقی و قانونی اصل رازداری را بین خود و بیمارانشان حفظ کنند، اما از سوی دیگر نیز متعهد به حفاظت بیماران پرخطر از خودشان (نظیر، خودکشی) و قربانیان بالقوه از بیماران خطرناک (مانند، افراد قاتل یا سوء استفاده کننده‌گان از کودکان) هستند (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

مدیریت وسوسه مطرح کردن نمونه‌ها

اطلاعات جمع‌آوری شده از مصاحبه‌های بالینی نباید موضوع گفتگوهای غیرجدی تحت هر شرایطی باشند. حتی اطلاعات روایتی نامشخص نیز اگر موقعیت قابل تشخیص باشد می‌توانند تا حد زیادی قابل شناسایی باشند. توصیف یک بیمار طی مکالمه با همکاران متخصص در جایی که به نظر محیط خصوصی می‌رسد نیز ممکن است شنونده‌های ناخواسته‌ای را داشته باشد که می‌توانند اطلاعات بیمار را در نتیجه ویژگی‌های اختصاصی شرح داده شده، شناسایی کنند. متخصصان تازه‌کار ممکن است بیشتر در معرض بحث درباره تجارب درمانی خود با همسالان در بافت‌های نامناسب (مانند، رستوران‌ها و اتاق استراحت) باشند. همچنین ممکن است مجبور شوند اطلاعات بیماران را در مناطقی از محیط درمانی جایی که شنوندگان دیگر نیز حضور دارند (مانند، راهروها و آسانسورها) مطرح کنند. بیاد داشته باشیم که رازداری قاعده‌های برای اطلاعات جمع‌آوری شده در مصاحبه بالینی بوده و استثنائی وجود ندارد، دیگر این که رعایت اصل رازداری یکی از عناصر مهم در تحکیم گفتگوی باز و صادقانه است (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

مهارت‌های بین فردی^۱

الف: ارتباط^۲

ارتباط بعنوان یک اتحاد و پیوستگی با بیمار یا برقراری رابطه کاری تعریف شده است که در آن طرفین قادرند براحتهی و بطور گشوده افکار و احساساتشان را حتی اگر پیچیده یا اضطراب برانگیز هم باشند، بیان کنند (جانستون و همکاران، ۱۹۹۸). این فرایند با احساسی از بودن روی یک طول موج مشابه نیز توصیف شده است (گروبا-مککالیستر، ۲۰۰۵). موریسون بیان کرده بهتر این است که رابطه توسط حالت آرمی‌ده اما ترغیب کننده متخصص و محیطی غیرقضاوتی گسترش یابد. به بیان دیگر متخصصان باید نگرشی باز به هر آنچه بیمار بیان می‌کند داشته باشند و تمایل به گوش دادن بدون قضاوت و مورد احترام بودن دیدگاه بیمار را انتقال دهند (موریسون، ۱۹۹۵).

روش‌های خاص بسیاری برای تقویت رابطه وجود دارد که شامل توجیه فرایند درمان برای بیمار، صحبت درباره‌ی انتظارات بیمار از درمان و رسیدن به توافقی در خصوص نیت و اهداف جلسات می‌شود (گروبا-مککالیستر، ۲۰۰۵). بعلاوه، به وسیله توضیح جمله‌های بیمار، استفاده از عبارات یا خلاصه‌سازی آن برای درک واضح بیمار از موضوع، اداره‌ی مواد هیجانی حساس به شیوه‌های آرام و قابل ادراک، دقیق و متمرکز بودن روی جمله‌ها و رفتارهای بیمار طی جلسه و ایجاد آمی‌د به امکان تغییر نیز رابطه می‌تواند تقویت شود. شناسایی بیان بیمار و استفاده از آن طی جلسه نیز می‌تواند رابطه را تقویت نماید (لدلی و راوچ، ۲۰۰۵)، زیرا این فرایند می‌تواند حالت بدنی بیمار، ژستهای خاص، حالت‌های چهره و تن صدای بیمار را منعکس نماید (وولف، ۲۰۰۵). شوخ طبعی هم می‌تواند رابطه را تقویت نماید اما باید به دقت مورد استفاده قرار گیرد (لدلی و راچ، ۲۰۰۵). ممکن است شوخی کردن برای برخی بیماران به‌ویژه در جلسات اولیه ناخوشایند باشد، بنابراین متخصصان نباید بیش از حد در مصاحبه تشخیصی اولیه از آن استفاده کنند. در نهایت، متخصصان باید یاد بگیرند که به احساساتشان نسبت به درمان‌جو نظارت کرده و در راستای تقویت رابطه مواظب هرگونه ناراحتی یا احساسات منفی باشند (موریسون، ۱۹۹۵)، چرا که ممکن است رابطه با عدم توجه به نگرانیهای بیمار آسیب ببیند. تمرکز روی یک پروتکل محض از سؤالات در یک مصاحبه ساختار یافته نیز می‌تواند به رابطه آسیب بزند، به‌ویژه اگر بیمار احساسی از شنیده

1. interpersonal skills

2. rapport

شدن نداشته باشد یا معتقد باشد که دستور جلسه متخصص مهمتر از وی است. همچنین، اگر در یک مصاحبه ساختاریافته آهنگ سؤالات منطبق بر سطح راحتی بیمار نباشد نیز ممکن است رابطه دچار آسیب شود (لدلی و راوچ، ۲۰۰۵).

ملاحظات تشخیصی

رابطه بهتر از رابطه پیش‌بینی شده

این موضوع کمی دلسرد کننده است. وقتی رابطه میان بیمار و درمانگر بی عیب به نظر می‌رسد، لازم است که متخصص گوش به زنگ باشد. قطع به یقین در این میان چیزی اشتباه است.

اشخاص باهوش^۱

وقتی رابطه به چیزی بیشتر از حد پیش‌بینی شده گسترش می‌یابد، باید این امکان را در نظر داشت که با فردی فوق‌العاده باهوش و مطمئن سروکار داریم که مهارت‌های بین فردی را بخوبی آموخته و اختلال ذهنی ندارد. اما بعید است چنین شخصی در جستجوی ارزیابی روانپزشکی باشد.

خلق بالای ملایم^۲

نوع دیگر می‌تواند شخصی باشد که خلق بالای ملایمی دارد که باعث می‌شود وی مطمئن، تند و تیز، فریبنده، شاد و خندان باشد.

اختلالات شخصیت

امکان دیگری که وجود دارد این است که بیمار اختلال شخصیت نمایشی^۳ دارد و در واقع به صورت نمایشی، اغوا کننده و وابسته رفتار می‌کند. در اینجا لغت اغوا کننده در زمینه جنسی استفاده نمی‌شود (اگر چه می‌تواند در این مورد نیز بکار رود). چنین بیمارانی ممکن است به امیال ما متوسل شوند با گفتن (خب دکتر، شما ممکن است به این اعتقاد نداشته باشید اما من هیچ‌گاه این را قبل از این به کس دیگری نگفته‌ام، اما...). مراحل اولیه ارتباط با فرد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ممکن است خطوط مشابهی را طی کند.

1. gifted person

2. mild mood elevation

3. histrionic personality

رفتار جستجوی دارو/تمارض^۱

افرادی که برای سوء استفاده شخصی یا تجاری در جستجوی دارو هستند، ممکن است تلاش کنند روابط بخصوص نزدیکی را با متخصص ایجاد کنند. این رفتار بیمار می‌تواند باعث احساس وظیفه یا گناه در درمانگر گردد که اگر به وی کمک نکند مشکلات خاصی برای وی بوجود می‌آید. افراد متمارضی که در جستجوی پاداش، فرار از مسئولیت یا منافع نامناسب هستند نیز ممکن است در پی ایجاد رابطه ویژه‌ای باشند.

رابطه ضعیف‌تر از رابطه مورد انتظار

شخصیت پارانوئید^۲

اغلب ایجاد یک رابطه خوب با افراد پارانوئید بسیار دشوار است، این موضوع برای فردی با شخصیت پارانوئید به خوبی یک اختلال روان‌پریشی صدق می‌کند.

شخصیت اسکیزوئید^۳

افراد اسکیزوئید علاقه کمتر از معمولی به روابط بین فردی دارند، به پیرو آن ایجاد ارتباط با آنها نیز دشوار است.

شخصیت اجتنابی^۴

افراد با شخصیت اجتنابی احساس‌های ناقصی از لحاظ اجتماعی دارند، فوق‌العاده حساس هستند و از طرد اجتماعی می‌ترسند. بدیهی است که ایجاد ارتباط با یک چنین افرادی دشوار است. با این وجود اگر متخصص بتواند حمایت و اطمینان‌آفرینی کند، ممکن است چنین افرادی تمایل به درگیر شدن در یک رابطه خوب را نشان دهند.

اسکیزوفرنیا

افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نیز به سختی با دیگران رابطه برقرار می‌کنند. بعلاوه، نشانه‌های منفی این اختلال برقراری ارتباط را سخت‌تر نیز می‌کند.

1. drug seeking behavior/malingering
2. paranoid
3. schizoid
4. avoidant

افسردگی

همچنین برقراری ارتباط با بیماران شدیداً افسرده می‌تواند مشکل باشد. ممکن است آنها کندی روانی حرکتی و درخود فرورفتگی داشته باشند و به کندی صحبت کنند. صورت‌های آنها ممکن است بی‌روح و صداهايشان یکنواخت بوده و فاقد انرژی باشند. آنها ممکن است مشغول مشکلات خودشان باشند و علاقه‌ای به مصاحبه و مصاحبه‌گر نشان ندهند.

ب: همدلی^۱

همدلی بعنوان توانایی درک افراد از چارچوب خودشان تعریف شده است (کورمیر و نوریوس، ۲۰۰۳). پاسخدهی همدلانه متخصص را قادر می‌سازد که نشان دهد بدون قضاوت کردن، دنیای بیمار درک نموده و پذیرفته است (جانستون و همکاران، ۱۹۹۸). یاد گرفتن پاسخدهی همدلانه به نگرانی‌های بیمار، مجموعه لازمی از مهارت‌ها برای متخصصان در راستای ارتقاء کیفیت و اثربخشی رابطه درمانی است. این کار به‌ویژه می‌تواند از چندین راه به فرایند درمانی کمک نماید:

- با ایجاد اتحاد کاری با بیماران
- با تشویق بیمار به کاوش احساس‌ها، افکار و رفتارهای خود
- با اجازه دادن به بیمار برای کاوش دوسوگرایی رو به تغییر
- با فراهم کردن روش‌های برای روشن کردن پاسخ‌های بیمار طی جلسه
- با فراهم کردن پایه و اساسی برای مداخلات بعدی (جانستون و همکاران، ۱۹۹۸؛ میلر و رولنیک، ۲۰۰۲).

دو نوع پاسخ همدلانه اصلی وجود دارد که شامل پاسخ‌های تصدیق‌کننده^۲ و پاسخ‌های محدود شده^۳ می‌گردد (کورمیر و نوریوس، ۲۰۰۳). واکنش‌های تصدیقی آنهایی هستند که احساسات، تجارب و رفتارهای بیمار را منعکس می‌کنند (جانستون و همکاران، ۱۹۹۸). یک پاسخ تصدیقی، بیشتر از این که سعی در اصلاح دیدگاه یا ادراک بیمار داشته باشد به بیمار اجازه می‌دهد تا احساس شنیده شدن پیدا کند. پاسخ‌های محدود شده نیز به متخصص اجازه می‌دهد در جلسه محیطی حمایتی و جوی ایمن ایجاد کند که رشد کارکرد بیمار را ترغیب می‌کند (کورمیر و

1. empathy
2. validating
3. limit-setting

نوریوس، ۲۰۰۳). برای مثال، اگر بیمار مکرراً حرف متخصص را قطع می‌کند، متخصص می‌تواند پاسخ‌های محدود شده با توجه به رفتار بیمار ارائه دهد (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰). استفاده مداوم از پاسخ‌های همدلانه می‌تواند آنچه را که یک محیط درمانی مؤثر نامیده می‌شود، خلق کند (تیبیر، ۲۰۰۰؛ کورمیر و نوریوس، ۲۰۰۳). در چنین محیطی نه تنها متخصصان ادراک عمیقی از تجربیات بیمار بدست می‌آورند، بلکه محیط ایمن و ساختاریافته‌ای نیز برای بیماران فراهم می‌کنند تا آنچه را که تصور می‌کنند افکار و یا هیجاناتی طاقت‌فرسا هستند، تجربه نمایند. واکنش به عاطفه بیشتر از واکنش به محتوای گفته‌های بیمار به ایجاد محیطی ایمن و ترغیب‌کننده برای بیمار کمک می‌کند (جانستون و همکاران، ۱۹۹۸).

ج: استفاده از انعکاس^۱

فرایند انعکاسی به ارتباط با بیمار (کلامی یا غیر کلامی) پرداخته و معمولاً برای پررنگ کردن نکات خاص استفاده می‌شوند. با وجودی که یک جمله انعکاسی خلاصه است، اما معمولاً احساس یا نکته خاصی از اطلاعات را هدفگیری می‌کند، از این رو انعکاس می‌تواند به «انعکاس احساسات^۲» یا «انعکاس محتوا^۳» تقسیم شود که استفاده زیادی از آنها نیز در مصاحبه‌های بالینی می‌شود. زمانی که متخصص احساس یا محتوای آنچه بیمار می‌گوید را منعکس می‌کند دو فرایند مهم رخ می‌دهد: اول، احساسی از همدلی حاکی از این که وی کاملاً درک شده است را به بیمار انتقال می‌دهد که این کار به نوبه خود پیوند درمانی را تقویت می‌کند؛ دوم، بازتابی از احساسات و مطالب گفته شده فراهم می‌کند که شیوه فوق‌العاده برای درک بیمار از خودش می‌باشد (جانستون و همکاران، ۱۹۹۸). انعکاس مهارتی است که به بیمار کمک می‌کند حالت‌های احساسی متفاوت را بازبینی و شناسایی کرده و از راه درست آنها را ابراز نماید. در انعکاس محتوا متخصص گفته‌های بیمار را کاملاً یا بصورت خلاصه بیان می‌کند، بدین معنی که ماهیت آنچه که بیمار گفته است را منعکس نموده اما از همان لغات یا عبارتها استفاده نمی‌کند، به بیان دیگر مانند این است که به بیمار کمک شود به قلب موضوع دست پیدا کند (جانستون و همکاران، ۱۹۹۸). بطور خلاصه، جمله‌های انعکاسی می‌توانند به گسترش رابطه کمک کنند زیرا بیمار مشاهده

1. reflection

2. reflection of feelings

3. reflection of content

می‌کنند که به درستی و عمیقاً فهمیده شده است..

د: توجه به زبان و اجتناب از اصطلاحات

قسمت جدائی ناپذیر مصاحبه موفق ارتباط بین متخصص و مراجع است. متخصص برای رسیدن به یک تصویر تشخیصی صحیح باید آنچه از بیمار می‌خواهد را به وی منتقل نماید. در اینجا وضوح و قابل فهم بودن سؤالات، شناسایی اطلاعات مربوطه را تسهیل نموده و تقویت رابطه و اطمینان در روابط متخصص-مراجع را افزایش می‌دهد. اشتباه رایج برخی متخصصان تازه کار این است که از زبان تخصصی^۱ و ناآشنا برای بیمار استفاده می‌کنند که اغلب از ارتباط مؤثر بین متخصص و درمانجو جلوگیری می‌کند (فاوست، ۱۹۹۸).

ه: استفاده از شوخ طبعی^۲

در بافت مصاحبه، شوخ طبعی پتانسیل بالقوه‌ای برای کاهش حرارت مباحث ناراحت کننده دارد و برای رهایی از تنش جسمی نیز می‌تواند مفید واقع شود. تبسم یا حتی لبخند زدن به یکدیگر می‌تواند منبع اتصالی برای متخصص و مراجع باشد. علیرغم این جنبه‌های مثبت شوخ طبعی، هشدارهایی نیز درباره استفاده از آن وجود دارد. استفاده متخصصان از شوخی یا لطیفه باید بصورت محدود و با توجه به مستحکم بودن چارچوب رابطه درمانی صورت گیرد. اگرچه ممکن است نیت متخصص سبک کردن خلق مراجع باشد اما معمولاً اظهار نظر خنده دار طی یک ارزیابی بالینی اولیه مناسب نیست. زمانی هم که بیمار بر حسب عادت، الگویی از شوخ طبعی، خنده‌های تلخ یا لطیفه‌ها را بعنوان راهی برای تمایز خود از احساساتی که بیش از حد دردناک یا هراس‌آور هستند بکار می‌برد، واکنش متخصص باید تابع بافت موقعیتی باشد. در این زمان، متخصص می‌تواند عبارت تفسیری ملایمی مانند «من متوجه شدم وقتی که شروع به تجربه یا صحبت درباره احساسات بسیار دردناک نمودید، گاهی اوقات برای دور شدن از آن احساسات مزاح می‌کردید؛ آیا به این فرایند در خودتان توجه کرده بودید؟» مانند همه مداخلات و تاکتیک‌ها، شوخ طبعی نیز جای خودش را در مصاحبه بالینی دارد، بخصوص اگر در زمان درست و بصورت مقتضی بکار برده شود. صرف نظر از زمان استفاده از شوخ طبعی، بسیار مهم است که متخصصان به همراه

1. jargon

2. humor

بیماران‌شان بخندند نه به خودشان یا شرایط ناگوار ایشان (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

ی: پاسخدهی به سؤالات بیمار و هدایت خود-افشاگری^۱

چگونگی پاسخ بیمار به سؤالات به سطح آموزش متخصص و انواع سؤالات موجود بستگی دارد. در مراحل ابتدائی آموزش، متخصصان تازه‌کار عموماً باید درباره ارائه تشخیص یا تشخیص‌گذاری‌های نابجا بدون مطرح کردن اولیه آن با سرپرست خود هشیار باشند. برای مثال، اگر طی یک مصاحبه بیمار بپرسد: «آیا شما فکر می‌کنید من اسکیزوفرنی^۲ دارم؟»، متخصص باید به علائم و احساسات مرتبط با این برجسب تشخیصی پرداخته و تا قبل از مشورت با سرپرست خود در پاسخگویی مستقیم به سؤال درنگ نماید (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

برخی بیماران از متخصصان می‌خواهند که اطلاعات شخصی خود را افشا کنند که ممکن است هدایت کردن آن دشوار باشد. در این حالت «آیا متخصصان باید به خود-افشایی بپردازند و اگر چنین کاری کردند، چه جزئیاتی و چه اندازه‌های از آن باید بازگو شود؟». باتوجه به این که متخصصان عقاید بسیار متفاوتی روی ارزشها و منافع بالقوه خود-افشایی دارند، اشتراک ضمنی اطلاعات شخصی می‌تواند مصاحبه را تسهیل نموده و رابطه را تقویت نماید (کنوکس و هیل، ۲۰۰۳).

با این وجود همانند استفاده از شوخ طبعی، خود-افشایی نیز باید در زمان مناسب و بصورت محدود استفاده شود. یک تأثیر منفی افشای جزئیات شخصی این است که غالباً تمرکز از مصاحبه با بیمار به سمت متخصص تغییر می‌کند. در برخی موارد بیماران متخصصان را برای خود-افشایی ترغیب می‌کنند تا محدودیت‌های رابطه درمانی را بررسی نمایند. بنابراین متخصصان باید همیشه از خودشان درباره نیت و تأثیری که خود-افشایی می‌تواند بر پیشرفت بیمار به سمت اهداف شناسایی شده داشته باشد، سؤال کنند. بعلاوه، یک خود-افشایی نامتناسب نیز می‌تواند بار بیمار را سنگین تر نماید. به همین خاطر، متخصصان تازه‌کار باید بطور کلی خود-افشایی را به حداقل برسانند (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

1. self-disclosure

2. schizophrenia

ن: مهارت‌های فنی^۱

با وجود کثرت ابزارهای خود-گزارشده^۲، پرسشنامه‌ها و دیگر وسایل مورد استفاده برای اهداف تشخیصی در روان‌شناسی بالینی، گفتگوی رو در روی بیمار و ارزیاب پیش‌الگوی کاربران بالینی بوده (لونی و فریک، ۲۰۰۳) و رایجترین شیوه ارزیابی و تشخیصی برای افراد می‌باشد (سیگال و کولیدج، ۲۰۰۷).

مصاحبه بالینی

رویکردهای مصاحبه بدون ساخت^۳

این رویکردها به متخصصان اجازه می‌دهند که سؤالات خود را بسته به موضوع و نگرانی‌های بیمار تنظیم نموده و برای ثبت پاسخ‌های بیمار از شیوه‌های دلخواه استفاده نمایند (راجرز، ۱۹۹۵). در بکار بردن چنین شیوه‌هایی، تنها متخصص است که تعیین می‌کند چه سؤالاتی پرسیده شود و چگونه از اطلاعات برای رسیدن به تشخیص استفاده شود (سامرفیلد و آنتونی، ۲۰۰۲). این ناهمسانی و فقدان هنجاریابی مستلزم این می‌شود که متخصص به گفته‌های بیمار، ادراکات بالینی، مدل‌های نظری، آگاهی‌های پایه، نگرش آسیب‌شناختی و سبک‌های بین فردی هدایت فرایند مصاحبه تکیه نماید (سیگال و کولیدج، ۲۰۰۷).

مزیت عمده رویکرد بدون ساخت انعطاف‌پذیری^۴ موجود در آن است. چنین رویکردی تا حد زیادی به مصاحبه‌گر، مصاحبه‌شونده، نوع مصاحبه و موقعیتی که مصاحبه در آن انجام می‌شود وابسته است (ساتلر، ۱۹۹۲). این رویکرد به متخصص اجازه می‌دهد انعطاف‌پذیری در پرسش‌ها، گستره وسیعی از سؤالات، چگونگی بررسی الگوهای علائم و مقدار زمان صرف شده برای موضوعات مختلف را در اختیار داشته باشد که منجر به دستیابی به اطلاعات بالینی قابل توجه و درک عمیق از ساختار منحصر به فرد بیمار می‌شود (سیگال و همکاران، ۲۰۰۸). این عقیده وجود دارد که این انعطاف‌پذیری کمک بزرگی به ایجاد رابطه با بیمار بوده و باعث می‌شود نگرانی‌های اصلی بیمار طی مصاحبه مورد تمرکز قرار بگیرند، همچنین زمان کمی نیز صرف پرسش از حوزه‌ها

-
1. technical skills
 2. self-report instruments
 3. unstructured approaches
 4. flexibility

یا علائم دیگر شود (ماش و تردل، ۱۹۹۷؛ ساتلر، ۱۹۹۲). اما از سوی دیگر این انعطاف‌پذیری که نشانه رویکردهای بدون ساختار است، ارزش مصاحبه را با کاهش روایی^۱ و پایایی^۲ آن کاهش می‌دهد (راجرز، ۲۰۰۱). همچنان که پژوهش‌ها به وضوح نشان داده‌اند متخصصان در محیط‌های کاری مشابه و با آموزش‌های مشابه غالباً نمی‌توانند درباره تشخیص یک فرد به توافق برسند (آنگولد و فیشر، ۱۹۹۹).

رویکردهای مصاحبه ساختار یافته^۳

طی دهه‌های اخیر رویکردهای ساختاریافته گسترش یافته است که فرایند مصاحبه منظمی دارند (راجرز، ۲۰۰۱). این رویکردها در ابتدا به منظور استفاده برای بیماران بزرگسال در زمینه‌های پژوهشی ایجاد شدند، اما استفاده آنها برای جمعیت‌های کودک و نوجوان و زمینه‌های بالینی نیز گسترش یافت (لونی و فریک، ۲۰۰۳). در مصاحبه‌های ساختار یافته متخصص دو وظیفه دارد: الف) پرسیدن سؤالات و بررسی بعدی آن در روش و زنجیره‌های استاندارد شده؛ ب) نمره دهی به پاسخ‌های بیمار با استفاده از نمره گذاری‌های استاندارد شده (سیگال و گولیدج، ۲۰۰۷). عموماً پاسخ‌های بیمار توسط متخصص یا بصورت دو بخشی (بله/خیر) یا با استفاده از مقیاس لیکرت (که اجازه درجه بندی شدت علائم را می‌دهد) نمره گذاری می‌شوند. معمولاً سؤالات مصاحبه با یک سؤال محوری آغاز شده و با مجموعه‌ای از سؤالات طراحی شده برای ارزیابی فراوانی، استمرار و شدت رفتار مورد نظر ادامه می‌یابد (لونی و فریک، ۲۰۰۳).

مزایای رویکردهای ساختار یافته

مصاحبه‌های ساختار یافته قادرند ویژگی‌های روانسنجی را از خوب تا عالی نشان دهند، چیزی که حتی ارزیابی آن هم با مصاحبه‌های بدون ساختار دشوار است (راجرز، ۱۹۹۵). پوشش وسیع‌تری از دسته بندی‌های تشخیصی (شامل، تشخیص‌هایی که شیوع کمتری دارند) در مصاحبه‌های ساختار یافته وجود دارد (سیگال و هرسن، ۲۰۰۷). متخصص بجای این که صرفاً ذکر کند علائم وجود دارد یا خیر، با توجه به پاسخی که بیمار داده است می‌تواند شدت علائم و سطوح اختلال را درجه‌بندی کند (راجرز، ۱۹۹۵).

1. validity

2. reliability

3. structured approaches

جمله‌بندی عادی و ترتیب سؤالات در فرمت‌های ساختاریافته تا حد زیادی اجرای مصاحبه را آسان ساخته و همین امر هزینه‌های درمانی را کاهش داده است (شافر، فیشر و لوکاس، ۱۹۹۹).

معایب مصاحبه‌های ساختاریافته

انعطاف‌ناپذیری این مصاحبه‌ها می‌تواند با ارتباط آرمیده تداخل پیدا کند (راجرز، ۱۹۹۵). صرف نظر از این که علائم بدون ارزیابی شده باشند، شواهدی وجود دارد که بیماران علائم بیشتری در ابتدای فرایند مصاحبه گزارش می‌کنند (لونی و فریک، ۲۰۰۳). دلایل این فرایند مبهم است اما دو فرضیه عمده در این رابطه وجود دارد. اول این که بیماران طی زمان یاد می‌گیرند، تأیید علائم طول مدت مصاحبه را افزایش می‌دهد و بنابراین شروع به انکار علائم بعدی می‌کنند؛ دوم این که ممکن است بیماران با توجه کردن به سؤالات در بخش اول مصاحبه به آستانه گزارش موضوعات حساس شده باشند (لونی و فریک، ۲۰۰۳). این خطر وجود دارد که بیماران سؤالات را درست متوجه نشوند و پاسخ نامناسبی به آن بدهند (شافر و همکاران، ۱۹۹۹).

مصاحبه‌ها نمی‌توانند هر تشخیص و نشانه حاضر را پوشش دهند (شافر و همکاران، ۱۹۹۹). بطور خلاصه، فرمت‌های مصاحبه ساختار یافته مختلفی وجود دارد که در ساختار و گستره تشخیصی تحت پوشش خود متفاوت هستند. از این رو متخصصان برای اجتناب از فرایند تدریجی انحراف مصاحبه‌گر باید پایایی ابزار را احراز نموده و بصورت مداوم آن را بازبینی کنند. در مجموع متخصصان باید هشیار باشند که حتی فرمت‌های مصاحب‌های به شدت ساخت‌مند (برای مثال، مصاحبه بر مبنای DSM) را نیز هرگز نباید به تنهایی استفاده نمود و باید یافته‌های آن با ابزارهای جانبی تکمیل شوند (اورواسشل، ۲۰۰۶).

بایدها و نبایدهای مصاحبه بالینی

با وجودی که انعطاف‌پذیری بالایی در شیوه‌های اجرای مصاحبه بالینی یا تشخیصی برای متخصصان وجود دارد، در ادامه به راهنمایی‌هایی در خصوص برخی راهبردهای مثبتی که متخصصان به آنها گرایش دارند و تاکتیک‌هایی که از آن اجتناب می‌کنند اشاره می‌شود. ابتدا با «بایدهای» مصاحبه آغاز می‌کنیم که تمرکز زیادی روی گسترش رابطه و جمع‌آوری اطلاعات دارد. با توجه به این که دو هدف ابتدائی در مصاحبه بالینی بر ایجاد اتحاد کاری با بیمار و جمع کردن

اطلاعات مناسب درباره پس‌زمینه شخصی و مشکلات بیمار متمرکز است، هدف اول، که مهمتر نیز می‌باشد، برقراری رابطه است. در واقع بدون رشد و پرورش مداوم رابطه مثبت درمانی، عمل جمع‌آوری اطلاعات درباره بیمار بیهوده است، چرا که ممکن است وی برای درمان مداوم مراجعه ننماید (هوک و همکاران، ۲۰۱۰).

باید دستورالعمل و ساختاری برای مصاحبه فراهم شود (سیگال، مکسفیلد و کولیدج، ۲۰۰۸). با وجودی که یک مصاحبه بالینی بدون ساخت مزایایی مانند، انعطاف‌پذیری، ایجاد اتحاد درمانی قوی و بدست دادن فرصت گسترده برای همدلی با بیمار دارد و مصاحبه ساختار یافته نمی‌تواند چنین مزایایی را پوشش دهد، خطر بالقوه‌ای برای مصاحبه بدون ساخت این است که انحراف زیادی پیدا کند. قاعده کلی این است که اگر بیمار ساختار مقتضی با مصاحبه را رعایت کرد (بطور مناسب از موضوعی به موضوع دیگر رفت) در این صورت نیازی به سازماندهی متخصص نیست، اما اگر بیمار تلاش نمود ساختار دلخواه خودش برای مصاحبه را ایجاد کند (برای مثال، نسبت به مشکلات در دست بررسی زمان زیادی را صرف موضوع کوچک یا قابل‌تردیدی نمود)، متخصص باید هدایت‌گری بیشتری را بروز دهد (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

باید در مصاحبه اولیه توجه ویژه‌ای به زمان‌های پایانی شود (سیگال و همکاران، ۲۰۰۸). ترجیحاً پیش از پایان ناگهانی فرایند مصاحبه، متخصص باید به اطلاعات حساسی که مطرح شده توجه نماید، همچنین ممکن است متخصص بخواهد از بیمار برای مطرح کردن تجارب شخصی و بالقوه اضطراب‌آور تشکر کند. دیگر این که پایان مصاحبه می‌تواند فرصتی برای بررسی موضوعاتی که به آنها پرداخته شده و وسیله‌های برای امی‌دبخشی باشد، در این راستا متخصص می‌تواند برخی شیوه‌های روان‌درمانی که می‌تواند در پرداختن به شکایت کنونی بیمار مفید واقع شوند را مطرح نماید (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

نباید بجای فرضیات چندگانه فقط روی یک فرضیه تشخیصی تمرکز کنیم (سیگال و همکاران، ۲۰۰۸). اگرچه آگاهی از تشخیص‌های قبلی و برداشت‌های اولیه از بیمار مفید هستند، اما مهم است که ذهنی باز داشته باشیم. اگر متخصصان در تشخیص انعطاف‌پذیری نداشته باشند، ممکن است اطلاعاتی را که با فرضیه اولیه آنها منطبق نیست را نادیده بگیرند. همچنین داشتن فرضیه‌های چندگانه درباره مشکل بیمار برای تشخیص صحیح و فراهم کردن درمان مؤثر بعدی ضروری است (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

نباید گمانه‌زنی کرد (سیگال و همکاران، ۲۰۰۸). اعتقاد به این که وقتی بیماران برچسب

اختلالات را مطرح می‌کنند ما علائم آن را می‌دانیم، گمراه کننده است. برای مثال، وقتی شخصی می‌گوید که حمله‌های وحشتزدگی را تجربه می‌کند، تصور ضربان قلب افزایش یافته، عرق کردن و ترس شدید از در حال مرگ بودن و داشتن یک حمله قلبی آسان است. اما بدون بررسی ویژه و جمع‌آوری مثال‌های رفتاری خاص، روشن نیست که متخصص و بیمار علائم یا مشکل را شبیه به هم تعریف کرده باشند. در واقع ممکن است متخصص و بیمار درباره تجارب کاملاً متفاوتی فکر کرده باشند که این مسأله درمان مقتضی و مؤثر را غیرممکن می‌سازد (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰). در نهایت این که مهم است متخصصان اجازه ندهند عقاید یا ارزشهایشان وارد مصاحبه شوند (سیگال و همکاران، ۲۰۰۸). مواردی وجود خواهد داشت که متخصصان احساسی مغایر با تصمیمات و رفتارهای بیمار داشته باشند؛ با این وجود به استثناء فعالیت‌های مضر و غیرقانونی، فراهم کردن محیطی آزاد از سوگیری‌ها و ارزش‌های متخصص برای مراجع مهم است. این فرایند به‌ویژه اگر بیماری کارهایی انجام دهد که متخصص احساس نفرت کرده یا آن را سزاوار سرزنش بداند، چالش‌برانگیز خواهد بود که در این موارد، تلاش برای درک بیمار می‌تواند مفید واقع شود. برای احساس راحتی در مطرح کردن اطلاعات شخصی با یک غریبه، بیمار باید بیشتر احساس ایمنی کند تا اینکه نسبت به موضوعات مورد علاقه یا ناراحت کننده برای متخصص هشیار باشد. متأسفانه، سوگیری‌ها و قضاوت‌های شخص همیشه هشیارانه نیست، بنابراین باید توجه ویژه‌ای به واکنش‌های شخص به محتوای مصاحبه‌ها و جلسات روان‌درمانی شود (سیگال و هرسن، ۲۰۱۰).

خلاصه

مصاحبه مؤثر تنها شامل توانایی پرسیدن مناسب و پرسش مرتبط با هر موقعیت بالینی نمی‌شود، بلکه تنظیم اسلوبی برای دستیابی به مفیدترین اطلاعات و دریافت پاسخ کامل از هر بیمار نیز می‌باشد. متخصصان سؤالاتی برای پرسیدن در هر نوعی از مصاحبه (اعم از ساختار یافته و بدون ساخت) تنظیم می‌کنند. آنها پاسخ‌های مرتبط و مفید را به وسیله این سؤالات و مهارتشان در پاسخ‌های همدلانه و ایجاد ارتباط بدست می‌آورند. بنابراین آگاهی فنی و مهارت‌های بین‌فردی باید دست در دست هم برای یک مصاحبه تشخیصی مؤثر اجرا شوند.