

اصول مصاحبه بالینی

بر مبنای DSM-5

جلد دوم: بیمار مشکل

ویراست سوم

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 روان پزشکی امریکا.....	۲۵
پیشگفتار.....	۲۷
چارچوب.....	۲۹

بخش اول. زبان علائم

فصل ۱. تبدیل

تبدیل چیست؟.....	۴۲
تبدیل در وضعیت روانی.....	۴۵
تکنیک: هیپنوتیزم.....	۵۰
گام‌های پنج‌گانه برای برگرداندن تبدیل.....	۶۱
مصاحبه: شناسایی عوامل روان‌شناختی تحت هیپنوتیزم.....	۶۴
تبدیل و هیپنوتیزم در اختلالات روان‌پزشکی.....	۷۹

فصل ۲. تجزیه

تجزیه چیست؟.....	۸۴
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. برون‌ریزی سایکوتیک

۱. برون‌ریزی سایکوتیک چیست؟ ۲۴۲
۲. برون‌ریزی 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: هدایان بزرگ‌منشی ۲۵۴

۵. مصاحبه ب: هذیان گزند و آسیب. ۲۶۳
۶. خصومت 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 - نکانشگری 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 موقعیت‌سنجی، حافظه چهار کلمه، فراخوانی ارقام، هجی کردن کلمه، گوش به زنگی و مجموعه ۷ها یا ۳ها ۳۷۲
۴. گام‌های پنج‌گام برای شناسایی دلیریوم ۳۷۳
۵. مصاحبه: مانیا در مقابل دلیریوم ناشی از عفونت ویروسی نقص ایمنی انسان ۳۷۳
۶. دلیریوم در اختلالات روان‌پزشکی ۳۷۸

فصل ۱۰. اختلال عصب‌شناختی عمده (دمانس)

۱. اختلال عصب‌شناختی عمده چیست؟ ۳۸۳
۲. اختلال عصب‌شناختی عمده در وضعیت روانی ۳۸۷
۳. تکنیک‌ها: آزمون‌هایی برای آفازی، آگنوزی، آپراکسی، کارکردهای اجرایی، رفلکس‌های پاتولوژیک، قضاوت و بینش ۳۸۸
۴. گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی اختلال عصب‌شناختی عمده ۳۹۳
۵. مصاحبه الف: افسردگی با کندی روانی در مقابل آپراکسی در اختلال عصب‌شناختی ناشی از بیماری عروق مغزی ۳۹۵
۵. مصاحبه ب: مانیا در مقابل فقدان مهارت‌ب فرونتال در بیماری پیک ۴۰۸
۵. مصاحبه ج: تعارض زناشویی در مقابل آمیزی در اختلال عصب‌شناختی ناشی از بیماری آلزایمر 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

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

فصل ۱۳. تحریف و دروغ‌گویی

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

فصل ۱۴. رفتار ساختگی

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

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 سوء مصرف الکل ۶۰۴
 ۵. مصاحبه ب: پراشتهایی روانی ۶۱۳
 ۶. 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

سخن مترجم بر ویراست جدید

انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳ پس از گذشت حدود ۲۰ سال کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) را منتشر کرد. در چاپ جدید تغییراتی در بعضی از عناوین سرگروه‌ها، زیرگروه‌ها و ملاک‌های تشخیصی داده شده است. این تغییرات بر اساس نظر تدوین‌کنندگان DSM-5 علاوه بر اینکه ابهامات پیشین را برطرف نموده، فرآیند تشخیص‌گذاری را معتبرتر کرده است، ناگفته روشن است که با هر ویرایشی از DSM، طبقه‌بندی و ملاک‌های تشخیصی اختلالات تغییر می‌کند اما اصول مصاحبه بالینی، همچنان معتبر خواهد ماند. به عبارت دیگر تغییرات DSM، مهارت‌های بالینی همچون برقراری رابطه، به‌کارگیری تکنیک، ارزیابی وضعیت روانی، تشخیص و تشخیص افتراقی را دگرگون نمی‌کند. با این وجود، خوانندگان ما تمایل دارند که محتوای مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 تنظیم گردد.

اینجانب طی تماس‌های مکرری که با نویسندگان کتاب داشتم در مورد چاپ جدید کتاب مصاحبه بالینی پرس و جو کردم. آنان پاسخ دادند که فعلاً روزآمد کردن کتاب جدید را در دستور کار خود ندارند و درگیر پروژه دیگری هستند ولی این اجازه را به اینجانب دادند که با راهنمایی آنان کتاب را بر اساس DSM-5 روزآمد کنم. همچنین از اینجانب هم دعوت نمودند که در صورت تمایل نمونه‌هایی از مصاحبه خاص فرهنگی خودمان را نیز با نظارت آنان به آن اضافه کنم که البته این کار زمان‌بر بود و فعلاً انجام نشد.

از آنجا که مصاحبه بالینی عمدتاً تکیه بر آموزش مهارت‌های بالینی دارد، این کتاب نیز همچنان بر اهمیت تلاش برای شناخت واقعی بیماران تأکید ورزیده و فراگیران را برای رسیدن به تشخیصی صحیح یاری می‌رساند. با این حال در چاپ جدید برای روزآمد شدن کتاب، تغییرات عمده DSM-5 در کل کتاب اعمال شد ولی در ساختار اصلی کتاب تغییر اساسی داده نشد. کتاب به طور

کامل ویرایش مجدد شد و در بعضی موارد از واژگان رایج و مناسب‌تر به جای واژه‌های قبلی استفاده شد. همچنین به جای ترجمه‌های صوری ضرب‌المثل‌های انگلیسی، تا آنجا که ممکن بود از ضرب‌المثل‌های فارسی معادل استفاده شد تا متن برای خوانندگان فارسی زبان مأنوس‌تر باشد. امید است این تغییرات رضایت‌خاطر خوانندگان را فراهم آورد.

مهدی نصر اصفهانی

مرکز تحقیقات بهداشت روان

دانشگاه علوم پزشکی ایران

سخن مترجم بر ویراست قبلی

در آموزش مصاحبه بالینی یکی از مواردی که همواره مورد توجه فراگیران بوده و هست چگونگی مصاحبه با بیماران مشکلی است که در چارچوب مهارت‌های معمول آموخته شده آنان نمی‌گنجد. این فراگیران اغلب در مواجهه با این قبیل بیماران، احساس درماندگی می‌کنند، زیرا بر اساس آموخته‌های رسمی آنان، روند مصاحبه به روش معمول پیش نمی‌رود. بیمار مشکل، مصاحبه‌گر را به چالش می‌کشد و افراد مبتدی از عهده‌اداره چنین چالشی بر نمی‌آیند.

کتابی که هم‌اکنون در اختیار شماست ترجمه جلد دوم اصول مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR "بیمار مشکل" است که به چگونگی مصاحبه با این قبیل بیماران پرداخته است. کتاب در تمام فصل‌ها به تشریح و توضیح تکنیک‌های مختلفی پرداخته است که در مصاحبه با بیماران مشکل مورد استفاده قرار می‌گیرد.

قبل از ترجمه این دو جلد کتاب تلاش زیادی برای تماس با مؤلفین محترم صورت گرفت تا اجازه ترجمه از آنان گرفته شود، ولی متأسفانه امکان ارتباط، میسر نشد. سرانجام از طریق پسرم در امریکا با دفتر کار آنان تماس گرفته شد و پست الکترونیکی خصوصی آنان در اختیار اینجانب قرار گرفت. پس از برقراری ارتباط، او تمرها ضمن ابراز خشنودی بسیار از ترجمه کتاب‌ها به زبان فارسی، پیشنهاد نوشتن مقدمه‌ای برای ترجمه فارسی کتاب‌ها را نمودند، که مورد استقبال اینجانب قرار گرفت. ترجمه مقدمه آنان در ابتدای کتاب و متن اصلی آن نیز در پایان کتاب آورده شده است. همچنین از ناشر محترم کتاب‌های ایشان نیز مجوز رسمی ترجمه و چاپ، گرفته شد. اساتید روان‌پزشکی و روان‌شناسی از طرفی به‌خوبی دریافته‌اند که مطالعه کتاب‌های مرجع روان‌پزشکی و روان‌شناسی نمی‌تواند مهارت‌های بالینی لازم را در اختیار فراگیران قرار دهد و از طرف دیگر مرجع قابل اطمینان دیگری که بتوان بر اساس آن فنون مصاحبه بالینی به‌خصوص مصاحبه با بیماران مشکل را آموزش داد، کمتر در دسترس است. به‌نظر اینجانب دو کتاب مصاحبه او تمرها به‌خوبی می‌تواند چنین کمبودی را جبران کند.

ترجمه حاضر حاصل یک کار گروهی است که به طور یقین بدون آن، ترجمه سریع در این مدت کوتاه امکان نداشت. همکاران عزیزی که ترجمه اولیه فصل‌های مختلف این کتاب را برعهده داشتند عبارت‌اند از دکتر شهربانو قهاری (فصل ۱)، دکتر شب‌نم نوحه‌سرا (فصل‌های ۳، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۴) و دکتر نوشین خادم الرضا (فصل‌های ۵، ۶، ۸ و ۱۱). کلیه ترجمه‌های اولیه همکاران به طور کامل توسط اینجانب با متن اصلی کتاب مطابقت داده شد و حذف و اضافات و اصلاحات لازم به عمل آمد، متن ترجمه یک دست گردید و تا جایی که امکان داشت رعایت امانت در ترجمه حفظ گردید. البته در موارد استثنایی بعضی از عبارات به خصوص در متن مصاحبه‌ها تعدیل شد و در بعضی از موارد دیگر، معادل فارسی ضرب‌المثل‌ها جایگزین شد. همچنین آن قسمت از متن کتاب که به صورت مصاحبه با بیماران بود به صورت گفتگوی محاوره‌ای درآمد تا کاملاً ملموس باشد. علاوه بر افراد فوق همکاران دیگری نیز مترجم را یاری رساندند، از دکتر محمد کاظم عاطف وحید که در فهم بعضی از عبارات دشوار متن به اینجانب کمک نمودند نهایت سپاسگزاری را دارم. ترجمه روان بعضی عبارات و اصطلاحات عامیانه متن مصاحبه‌های کتاب، بدون کمک خانم هاله معتضد ممکن نبود. از ایشان نیز که با نهایت لطف و علاقه مرا یاری نمودند، سپاسگزارم. با توجه به تنوع واژگان معادل در ترجمه‌های فارسی، سعی گردید تا از بین واژگان معادل به کار رفته، آنهایی انتخاب گردند که از دیگر واژه‌ها جا افتاده‌تر باشند. البته در انتخاب بعضی از واژگان با بسیاری از اساتید صاحب نظر همچون استاد گرامی دکتر شکرا طریقتی، دکتر بهروز بیرشک، دکتر محمد کاظم عاطف وحید، دکتر مهرداد افتخار و دکتر امیر شعبانی مشورت گردید. تا آنجا که امکان داشت برای واژگان اصلی و بعضی از عبارات به کار رفته در کتاب از زیرنویس انگلیسی استفاده شد تا افرادی که با واژگان فارسی معادل، آشنایی کمتری دارند، بتوانند با مراجعه به واژه اصلی، مفهوم متن را به راحتی دریابند.

برای بررسی قابل فهم و روان بودن ترجمه، متن کتاب توسط دکتر عاطفه قنبری و دکتر ناصر خدادوست بازخوانی شد و هر دو این بزرگواران به خصوص دکتر عاطفه قنبری ضمن مشخص کردن عباراتی که فهم آنها ساده نبود نسبت به اصلاح غلط‌های چاپی از قلم افتاده نیز اقدام نمودند که از هر دو این عزیزان کمال تشکر را دارم. با همه تلاشی که صورت گرفت تا ترجمه‌ای روان و قابل فهم در اختیار خوانندگان قرار گیرد، یقین دارم که هنوز اشکالات زیادی وجود دارد که یادآوری آنها را برعهده خوانندگان کتاب می‌گذارم تا اینجانب را از راهنمایی‌های ارزشمند خویش بهره‌مند سازند.

همچنین از دکتر بوالهروی و دکتر جبل عاملی که همواره اینجانب را از حمایت‌های بی‌دریغ خود برخوردار نموده‌اند نهایت سپاس و تشکر را دارم. بدون تردید اگر پیگیری‌های این بزرگواران نبود امکان گرفتن مجوز انتشار کتاب در این فرصت کوتاه میسر نمی‌شد.

برای مطالعه و استفاده بهتر از این کتاب توصیه‌های زیر را پیشنهاد می‌کنم.

۱. فصل‌های مختلف کتاب چارچوب مشترکی دارند. ابتدا اختلال موردنظر تعریف شده و سپس تجلی آن اختلال در وضعیت روانی بحث شده است. سپس تکنیک و یا تکنیک‌های مورد استفاده برای مصاحبه با بیماران مبتلا به آن اختلال مورد بحث قرار گرفته است. علاوه بر این، از یک سیستم مشترک گام‌های پنج‌گانه (گوش دادن، برجسته کردن، روبه‌رو کردن، حل کردن و تأیید کردن) برای پیشرفت مصاحبه استفاده شده و نیز اهداف گام‌ها در هر فصل به صورت جداگانه در مورد هر اختلال شرح داده شده است. به دنبال این قسمت، یک نمونه از انجام مصاحبه با بیمار مبتلا به آن اختلال و با به کارگیری تکنیک‌های مورد اشاره و استفاده از گام‌های پنج‌گانه ارائه شده است. این قسمت به خوبی می‌تواند فراگیران مصاحبه بالینی را با چگونگی به کارگیری تکنیک‌ها آشنا سازد. در نهایت به اختصار ظهور جنبه‌هایی از آن مشکل در سایر اختلالات روان‌پزشکی مورد بحث قرار گرفته است.

۲. فراگیرانی که تجربه اندکی در مصاحبه بالینی دارند بهتر است در ابتدا متون مصاحبه‌ها را از آغاز تا پایان، بدون توجه به توضیحات ارائه شده در بین مصاحبه‌ها بخوانند تا کل یک مصاحبه بالینی را دنبال کرده و با چگونگی آن آشنا شوند.

۳. در افراد با تجربه تری که به دنبال آموختن تکنیک‌های مورد استفاده در مصاحبه‌ها می‌باشند، توصیه می‌کنم که ابتدا با تعریف و تجلی آن اختلال در وضعیت روانی و توصیف تکنیک‌ها آشنایی پیدا کرده و سپس نسبت به مطالعه و خواندن متن مصاحبه‌ها اقدام نمایند. توضیح نویسندگان در بین متن مصاحبه‌ها با اشاره به شماره سؤال و جواب‌ها راه‌گشای خوبی برای فهم تجلی مشکلات در وضعیت روانی و درک مناسب از تکنیک موردنظر می‌باشد. به این افراد پیشنهاد می‌کنم پس از یک بار خواندن کل مصاحبه، مجدد با ارجاع به توضیحات بین مصاحبه‌ها و بازگشت به سؤال و جواب‌های اشاره شده به چگونگی تجلی آن مشکل در وضعیت روانی و اجرای تکنیک موردنظر توجه کنند.

۴. در این کتاب مبنای ایجاد رابطه مؤثر با بیماران، آشنایی و شناخت رفتارهای غیرکلامی آنان است. این موضوع در قسمت دوم هر فصل مورد بحث قرار گرفته و نیز در متن مصاحبه‌ها به رفتارهای غیرکلامی که توسط بیماران در هنگام مصاحبه ابراز شده، اشاره گردیده است. برای تفکیک این حالات از متن گفتگوی اصلی، وضعیت روانی ابراز شده توسط بیمار در پرانتز آورده شده است. در مصاحبه با بیماران، به خصوص بیماران مشکل، توجه به این نوع رفتارهای

غیرکلامی بسیار حائز اهمیت، و در بسیاری از موارد شاه کلید هدایت مصاحبه و انتخاب تکنیک مناسب است. توضیحات او تمرها که در فواصل مصاحبه‌ها آمده است، با پرداختن به همین جنبه‌ها به خوبی توانسته از عهده انتقال مهارت مورد نظر برآید.

۵. بسیاری از واژگان تکنیکی که در این کتاب به کار برده شده در جلد اول کتاب مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR "اصول اساسی" توضیح داده شده و در این جلد فقط نام آن تکنیک‌ها آورده شده است. اگر خوانندگان محترم با کلماتی همچون "گفتگو"، "مشاهده"، "کاوش"، "کنکاش" و "آزمون" مواجه می‌گردند، می‌توانند با مراجعه به جلد اول کتاب جزئیات بیشتری را در خصوص این تکنیک‌ها و زیرمجموعه‌های آنها دریابند.

در پایان برخود لازم می‌دانم که از دکتر محسن ارجمند ناشر محترم که اینجانب را مورد عنایت خویش قرار داده و مشکلات فراوانی را در راه عقد قرارداد با ناشر خارجی متحمل گردیده و نیز زحمت چاپ و انتشار کتاب را برعهده گرفته‌اند تشکر و قدردانی نمایم. همچنین از خانم سودابه طاهری که زحمت تایپ متن کتاب را برعهده گرفته و همواره با رویی گشاده پذیرای مراجعات مکرر اینجانب جهت انجام اصلاحات متن ترجمه بوده‌اند، سپاسگزارم. ترجمه حاضر بدون همکاری همسر فداکار و دختر مهربانم برای گذشت از اوقاتی که می‌بایست با آنان سپری می‌شد و پسر عزیزم که هماهنگی‌های لازم را در امریکا به عمل آورد هرگز میسر نمی‌شد. به پاس یاری صمیمانه‌شان این کتاب را به آنان تقدیم می‌دارم.

مهدی نصر اصفهانی

مرکز تحقیقات بهداشت روان

دانشگاه علوم پزشکی ایران

پیشگفتار مؤلفین بر ترجمه فارسی

علوم به هم می‌پیوندند

پارادایم در روان‌پزشکی از مدل روان‌پویایی به مدل پزشکی تغییر جهت می‌دهد.

ما از دکتر مهدی نصر اصفهانی به خاطر ترجمه کتاب‌های مصاحبه بالینی خود به فارسی سپاسگزاریم. ترجمه او مخاطبان کتاب‌های ما را گسترش می‌دهد. هم‌اکنون این کتاب‌ها در دسترس زبان‌هایی است که یک میلیارد و سیصد میلیون نفر از مردم با آنها صحبت می‌کنند یعنی انگلیسی، اسپانیایی، پرتغالی، کره‌ای، ایتالیایی و فارسی.

چنین استقبالی نیازی آشکار برای جهانی شدن را در حوزه روان‌پزشکی نشان می‌دهد. ترجمه‌ها از مرزهای فرهنگ، دانش و زبان عبور کرده و این امکان را فراهم می‌آورند تا درباره تفاوت‌هایمان تبادل نظر کنیم، دیدگاه‌هایمان را به هم پیوند داده و یک پایه علمی مشترک بنا نهیم. بدین‌گونه است که جامعه بین‌الملل می‌تواند با انجمن روان‌پزشکی آمریکا در تغییر جهت‌گیری از رویکرد روان‌پویایی تفسیری (DSM-I و II) به رویکرد مدل پزشکی توصیفی (DSM-III تا DSM-IV-TR) مشارکت فعال داشته باشد. این تغییر جهت پارادایم با تغییر در رهبری، روش‌شناسی پژوهش و روش‌های انجام مصاحبه همراه شده است.

اول: تغییر جهت در پیشکسوتان

توجه از اسوه‌های روان‌پزشکی روان‌پویایی (یعنی زیگموند فروید^۱، آلفرد آدلر^۲ و کارل یونگ^۳) به رویکرد پیشگامان مدل پزشکی تغییر جهت داده است. اینها همه نورولوژیست هستند: ویلهلم گری سینگر^۴ (1868-1817) که آشکارا اظهار داشت اختلالات روانی، اختلالات مغزی هستند و سه نفر دیگر

1. Sigmund Freud

2. Alfred Adler

3. Carl Jung

4. Wilhelm Greisinger

با نام کارل^۱، کارل ورنیکه^۲ (1848-1905)، کارل کلايست^۳ (1879-1960) و کارل لئونارد^۴ (1904-1988) که همگی از رویکرد مدل پزشکی حمایت کردند و نیز امیل کرپلین^۵ (1856-1926) که زوال عقل پیش‌رس (اسکیزوفرنیا) را از اختلال مانیک - دپرسیو تفکیک نمود.

دوم: تغییر جهت در روش‌شناسی پژوهش

این نورولوژیست‌ها در توصیف علائم و سندرم‌ها، پژوهش‌های پیگیری و فامیلی را به خدمت گرفتند تا نشان دهند که اختلالات روانی به خصوص اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی، تاریخچه‌ای طبیعی داشته و در خانواده‌ها پی‌درپی رخ می‌دهند. پیروان این رویکرد، تعداد این پژوهش‌ها را بر روی این اختلالات گسترش دادند. آنها همچنین پژوهش‌های مربوط به فرزندخوانده‌ها را به متدولوژی خود افزوده و آنها را با پژوهش‌های مرتبط با دوقلوها تلفیق نمودند. در رابطه با تشخیص‌های توصیفی تعریف شده آنان، رویکردشان درباره اختلالات روانی منجر به مشاهدات هفت‌گانه زیر شد:

۱. آنها سندرم‌هایی با علائم، نشانه‌ها و رفتارهای نسبتاً ثابت هستند.
۲. آنها را می‌توان از یکدیگر افتراق داد.
۳. آنها از سیری طبیعی و قابل پیش‌بینی تبعیت می‌کنند، نه از الگویی تصادفی و باری به هر جهت.
۴. آنها در خانواده‌ها به صورت خوشه‌ای تجمع می‌یابند.
۵. آنها در فرزندخوانده‌ها انعکاس‌دهنده اختلالات والدین بیولوژیک خود هستند.
۶. آنها در دوقلوهای همسان نسبت به دوقلوهای دو تخمکی، هم‌ابتلائی بیشتری را نشان می‌دهند.
۷. آنها تا اندازه‌ای پاسخ درمانی ویژه‌ای را نشان می‌دهند.

این مشاهدات هفت‌گانه برای ساختن مدل پزشکی اختلالات روانی آن‌گونه که در DSM-III تا DSM-IV-TR تدوین شده است، منطقی را به وجود آورد.

طرفداران اولیه رویکرد مدل پزشکی برای اختلالات روانی نگاه خود را متوجه مغز کردند تا سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی این اختلالات را دریابند. تنها دو نفر از آن پزشکان در طول حیات‌شان برای تلاش خود به خاطر کار کردن بر روی بیوپسی‌های مغزی پس از مرگ مورد تشویق قرار گرفتند. یکی

1. Karl
3. Karl Kleist
5. Emil Kraepelin

2. Karl Wernicke
4. Karl Leonhard

از آنان آلویس آلزایمر^۱ (1864-1915)، نورولوژیستی بود که تغییرات نورواناتومیکال بیماران مبتلا به دمانس را کشف کرد، اختلالی که هم اکنون نام خود او بر آن است و پزیشک دوم آرنولد پیک^۲ (1851-1924) روان‌پزشک اهل پراگ بود که تغییرات آناتومیکی پیشروندهٔ لب‌های گیجگاهی و پیشانی را کشف کرد. امروزه پژوهشگران برای اندازه‌گیری میزان اختلالات مدارهای مغزی، اسکن مغزی را به کار می‌گیرند و متخصصین ژنتیک مولکولی نیز اختلالات زیربنایی پلی‌مرفیسم ژنتیکی را شناسایی می‌کنند.

تغییر جهت در روش انجام مصاحبه

تغییر مدل اختلالات روانی از مدل روان‌پویایی به مدل پزشکی، نویسندگان این دو جلد کتاب را ترغیب نمود تا سبکی از مصاحبه را شرح دهند که با چنین تغییری متناسب باشد. جلد اول و دوم کتاب "مصاحبهٔ بالینی بر مبنای DSM-IV-TR" چگونگی به‌کارگیری ملاک‌های DSM را در مصاحبه با بیمار و فرآیند معاینه نشان می‌دهد. همچون گذشته با هر ویرایشی از DSM، ملاک‌ها برای تعریفی پدیدارشناسانه از اختلالات روانی تغییر خواهد کرد، ولی در هر صورت، اصول انجام مصاحبه معتبر خواهد ماند. کتاب‌های ما با تأکید بر رویکردی چهار وجهی، فرآیند مصاحبه را آموزش می‌دهد. ما به‌طور موازی فرآیند هر چهار بعد مصاحبه را آموزش می‌دهیم.

رابطه: رابطه، آغاز درمان است. به‌عنوان مصاحبه‌گر دو خط مشی را دنبال کنید. در صورتی که یک رابطهٔ هیجانی مثبت با بیمار برقرار شد، اجازه دهید که مصاحبه پیش برود. اگر مقاومت و خصومت ظاهر شد، این مشکل را مورد ملاحظه قرار داده و آن را حل کنید. مصاحبه را با این امید که رابطه در آینده خودبه‌خود بهبود خواهد یافت، ادامه ندهید. هدف، توسعهٔ همکاری مشترکی است که در آن بیمار احساس راحتی کرده و اطلاعات صادقانه‌ای را آشکار سازد. رابطه را در سرتاسر مصاحبه کنترل و تنظیم کنید.

تکنیک: دو اصل را به‌کارگیرید. اصل روشن‌سازی: تکنیکی را پیدا کنید که اطلاعات بالینی مهم و قابل فهم را در اختیار شما قرار دهد. اصل اقتصادی: بر اطلاعاتی متمرکز شوید که برای پایه‌ریزی تشخیصی و درمانی شما آگاهی‌های جدیدی را ارائه نماید. از گرفتن اطلاعات بیش از حد نیاز و تکراری خودداری ورزید.

1. Alois Alzheimer

2. Arnold Pick

وضعیت روانی: وضعیت روانی، عملکرد بیمار را در طی مصاحبه انعکاس می‌دهد. سه اصل را رعایت کنید. اصل اعتبار: از طریق مشاهده، گفتگو، کاوش و آزمون، علائم و نشانه‌ها و رفتارهای سایکوپاتولوژی کنونی را شناسایی کنید. اصل اختصاصی بودن: بر ویژگی‌های منحصر به فرد اظهارات بیمار خود تمرکز کنید. اصل ربط: تاریخچه طولی از ناراحتی کنونی را از طریق تطبیق با اطلاعات مقطعی از وضعیت روانی بیمار معتبر سازید.

تشخیص و تشخیص افتراقی: بعضی از اختلالات روانی بیشتر به سبکی از انجام مصاحبه برای اختلال خاص نیاز دارند. در این مورد از دو اصل پیروی کنید. اصل جامعیت: اختلالاتی را در نظر بگیرید که ملاک‌های تشخیصی را تکمیل می‌کنند. اختلالاتی را رد کنید که ملاک‌های تشخیصی را تکمیل نمی‌کنند. به اختلالاتی اشاره کنید که هنوز بررسی نشده‌اند. اصل پیش‌روی: برای روشن‌سازی اطلاعات مبهم و شرم‌آور از رویکردی همدلانه، باز و بیمار محور به رویکردی متمرکز و بسته پیش‌روی کنید. اینکه مصاحبه خود را چگونه بیمار محور کنید به طور مشروح در جلد دوم کتاب مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV مورد بحث قرار گرفته است.

از سال ۱۹۷۱، یعنی قبل از روند رو به رشد مقبولیت روش تشخیصی ملاک - مرجع^۱، ما این رویکرد مصاحبه را با بیماران خود به کار می‌بردیم. این روش، طبقه‌بندی اختلالات روانی را به صورت معتبر و قابل اطمینان، ممکن می‌سازد و همراه با درمان دارویی و درمان‌های شناختی و روان‌پویایی نتیجه بخش است.

رویکرد ما به مصاحبه، توسط رؤسای کمیته DSM-III-R تا DSM-IV-TR (یعنی رابرت اسپیتزر^۲ و الن فرانسیس^۳) مورد تأیید قرار گرفت و هر دو کتاب ما جزئی از کتابخانه DSM شد. ما در محیط‌های مختلف با اساتید و دستیاران از فرهنگ‌ها و کشورهای مختلف کار کرده و آنان را آموزش داده‌ایم. کشورها شامل آرژانتین، اتریش، ارمنستان، بنگلادش، کانادا، آمریکای مرکزی، مصر، آلمان، انگلستان، یونان، هند (هندو، کاتولیک، مسلمان)، ایران، ژاپن، کره، لبنان، مکزیک، پاکستان، هلند، فیلیپین، روسیه، آفریقای جنوبی، ترکیه و ویتنام بودند. محیط‌ها شامل دانشگاه واشینگتن، بیمارستان رنارد، بیمارستان مالکوم بلیس، دانشگاه کنتاکی، بیمارستان سربازان جنگی و مرکز پزشکی البرت بی جاندرلر، مرکز پزشکی دانشگاه کانزاس و بیمارستان سربازان جنگی و بیمارستان نورث هیلز و مرکز روان‌پزشکی پیکچر هیلز در شهر کانزاس ایالات متحده بودند.

1. Criterion-referenced
3. Allan Frances

2. Robert Spitzer

دانشجویان پزشکی و دستیاران با وجود داشتن اختلاف فرهنگی یا ملیتی در درک مفهوم مدل پزشکی مبتنی بر شواهد و نه مبتنی بر باورها مشکل اندکی داشتند. آنان هسته اصلی غیر وابسته به فرهنگ اختلالات روانی را به رسمیت شناختند.

اختلالات روانی در همه فرهنگ‌ها یافت می‌شوند. فرهنگ‌ها نه اختلالات روانی را ایجاد کرده و نه از آنها پیشگیری می‌کنند، اما بر نوع نگاه، طرز رفتار، درک و واکنش افراد نسبت به اختلالات خاصی تأثیر می‌گذارند، از جمله اینکه چه رفتارهایی در آن فرهنگ‌ها غیرطبیعی در نظر گرفته می‌شوند. فرهنگ‌ها اغلب بر انگ داشتن بیماری روانی تأثیر گذاشته و میزان شرم و خجالتی را تعیین می‌کنند که ناشی از آشکار شدن رفتارهای خاصی نسبت به دیگران است. برای نمونه، در فرهنگی وابستگی به الکل و مواد و در فرهنگ دیگری اختلالات روانی به عنوان گناه در نظر گرفته می‌شوند. در فرهنگی سوگیری جنسی می‌تواند جرم در نظر گرفته شده و در فرهنگ دیگری رفتارهای ژنتیکی معین می‌تواند به گونه‌ای متفاوت مورد ملاحظه قرار گیرد.

ترجمه دکتر مهدی نصر اصفهانی آگاهی نسبت به ادراک‌های وابسته به فرهنگ را افزایش می‌دهد و توانایی ما را برای غلبه بر تفاوت‌های فرهنگی بالا می‌برد. برای تحقق چنین امری ما چهار گزینه در اختیار داریم.

۱. از پرداختن به آنها پرهیزیم.
۲. بپذیریم که در یک فرهنگ رفتارهای مشخصی به گونه‌ای درمان می‌شوند که با فرهنگ دیگری متفاوت است.
۳. از آنجا که تحمل، یک فضیلت است، رفتارهای انحرافی را بدون اینکه بپذیریم، تحمل کنیم.
۴. شواهد را برای دیدگاه‌های مختلف بررسی کرده و با استفاده از رویکرد مبتنی بر شواهد علمی آنها را حل کنیم.

چهارمین گزینه یعنی رویکردی علمی، امکان بحث و تبادل نظر برای حل و فصل تفاوت‌ها و یکسان کردن دیدگاه‌هایمان را فراهم می‌سازد، در حیطه‌هایی که روش علمی انتقادی مورد قبول واقع شده است، واقعیت‌ها از تخیلات جدا می‌شوند. علم، ادراکات غلط را تصحیح می‌کند. در هر صورت در حیطه‌هایی که بررسی علمی اجرا شدنی نیست، می‌توانیم اصل تحمل را گسترش دهیم که آزادی انتخاب را به جای سرکوب به ما ارزانی می‌دارد. تحمل به ما این امکان را می‌دهد تا بر روی علائم، نشانه‌ها، تظاهرات رفتاری، تاریخچه طبیعی، وقوع فامیلی، اختلال کارکرد، سبب‌شناسی روانی و نوروپاتولوژی زیربنایی اختلالات روانی توافق کنیم.

تلاش‌های دکتر مهدی نصر اصفهانی به ما کمک می‌کند تا دیدگاه‌هایمان را به نفع بیماران‌مان همسان سازیم. از این رو اشتراک در شواهد علمی و اشتراک در روش‌ها همچون روش مصاحبه برای کسب اطلاعات بیماران منجر به پذیرش نتایج می‌شود.

در آینده با پیدایش فن‌آوری‌های پیشرفته نوین، مشاهدات بالینی می‌توانند با یافته‌های نورواناتومی، فیزیولوژی، ژنتیک و داده‌های آزمایشگاهی و شیمی ادغام شوند. پژوهش‌ها در سطح مولکولی می‌توانند پژوهش‌های کلان‌تر را تکمیل نمایند. پیشرفت در زمینه روان‌پزشکی، تنها هنگامی رشد می‌کند که ما به جای اختلافات از توافقات‌های خودمان آغاز کنیم. ترجمه دکتر مهدی نصر اصفهانی پلی بین فرهنگی ساخته است.

از دکتر مهدی نصر اصفهانی به خاطر کارشان تشکر نموده و از انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران هم به خاطر حمایت از ایشان سپاسگزاریم.

زیگلیند. سی. اوتمر Ph.D

رئیس مرکز روان‌پزشکی

پیکچر هیلز

اکهارد اوتمر MD. Ph.D

دارای بورد روان‌پزشکی

استاد مدعو روان‌پزشکی

دانشکده پزشکی دانشگاه کانزاس

می ۲۰۱۱ شهر کانزاس، میسوری، ایالات متحده آمریکا

درباره مؤلفین کتاب

اکهارد اوتمر MD، PhD استاد روان‌پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه کانزاس و رئیس مرکز روان‌پزشکی پیکچرهیل در شهر کانزاس است. وی یکی از سیاست‌گذاران و منتخبین بورد تخصصی روان‌پزشکی و نورولوژی آمریکا است. وی همچنین عضو انجمن روان‌پزشکی آمریکا و عضو روان‌پزشکی زیستی است. او قبلاً عضو هیئت ارزیاب مدیریت اقتصاد مراقبت بهداشت دپارتمان خدمات انسانی و بهداشتی، در بالتیمور مریلند بود. دکتر اوتمر فارغ‌التحصیل دپارتمان روان‌شناسی PhD و دانشکده پزشکی MD دانشگاه هامبورگ آلمان و آموزش دیده روان‌کاوی در انستیتو روان‌کاوی هامبورگ آلمان است. او دوره دستکاری روان‌پزشکی خود را در بیمارستان رنارد Renard دانشکده پزشکی دانشگاه واشنگتن در میسوری به پایان رساند.

زیگلیند اوتمر Ph.D تحصیل خود را در زبان‌های رمان در دانشگاه سوربن فرانسه و تاریخ را در دپارتمان علوم اجتماعی دانشگاه هامبورگ آلمان به انجام رسانید. وی PhD خود را در خدمات اجتماعی از دانشگاه هامبورگ آلمان گرفت. رساله دکترای وی در مورد توسعه حقوق بشر در اروپای قبل از انقلاب، توسط کمیسیون تاریخ برلین در مؤسسه فرید ریخ مینینگه دانشگاه آزاد برلین آلمان چاپ شد. وی دوره فلوشیب را پس از دکترای خود در ژنتیک، در بیمارستان رنارد، دپارتمان روان‌پزشکی دانشگاه واشنگتن میسوری تکمیل نمود و به‌عنوان استادیار تحقیق، هدایت مطالعات رفتار دارویی را در دپارتمان روان‌پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه کانزاس به عهده گرفت.

دکتر اکهارد اوتمر و دکتر زیگلیند - سی - اوتمر با یکدیگر ازدواج کرده‌اند.

مقدمه رئیس انجمن روان پزشکی امریکا

موفقیت کتاب مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV جلد اول؛ اصول اساسی تألیف اکهارد اوتمر، MD، و زیگلیند، سی اوتمر PhD؛ یک نیاز عمده در حوزه بهداشت روان را نشان داد. اوتمرها این نیاز را درک کرده و هم‌اکنون با تألیف جلد دوم مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV، جلد دوم؛ بیماران مشکل آن را دنبال نمودند.

از نظر من قبل از DSM-III، مصاحبه کارکنان بهداشت روان در آمریکا به طور مشخص بستگی به گرایش بالینی و آموزشی رهبران انستیتوهای مختلف داشت. آن امکانات باگرایشی روان‌تحلیلی از یک رویکرد دفاع می‌کرد، در حالی که دیگران بر به‌کارگیری سبک‌های کاملاً متفاوت مصاحبه توصیفی و شناختی تأکید می‌ورزیدند. با پیدایش DSM-IV، تشخیصی که اوتمرها دادند این بود که رویکردی یکپارچه برای انجام مصاحبه در همه حوزه‌ها امری حیاتی است. آنها در جلد اول به این یکپارچگی دست یافته و هم‌اکنون با تلاش و کوشش گام پیچیده‌تری برای رویکردی یکپارچه در بیماران به مراتب "مشکل‌تر" برداشته‌اند.

در ورای نیاز به این مفهوم‌سازی، اوتمرها اقدامات دیگری را نیز در جلد دوم به انجام رسانده که برای گروه وسیعی از شاغلین به حرفه پزشکی بسیار مفید است. با بهره‌گیری از DSM-IV به‌عنوان یک پایه، آنها بیماران "مشکل" را در یک سیستم عملی طبقه‌بندی کرده‌اند؛ (۱) بیماران مبتلا به اختلالاتی که از نظر "پزشکی غیر قابل توجه" هستند (مانند تبدیل و تجزیه)؛ (۲) بیمارانی که در اثر تجربیات هذیانی و توهمی واقعیت‌سنجی آنها مختل شده است؛ (۳) بیماران مبتلا به اختلال شناختی؛ و (۴) بیمارانی که رفتار عوام‌فریبانه و خود-فریبی دارند. اوتمرها با این طبقه‌بندی، برای بیمارانی که هر کدام از این مشکلات را دارند، چگونگی هدایت مصاحبه را شرح می‌دهند. مصاحبه‌ها با جزئیات مفصل همراه با توجیه منطقی برای انتخاب انواع واژه‌ها، روش‌ها و توالی‌های خاص تهیه شده است.

فرآیند DSM مبنایی را در اختیار ما گذاشته است تا گزینه‌های منطقی برای درمان مبتلایان به اختلالات خاص را گسترش دهیم. به کارگیری راهنماهای تشخیصی، مشخصه اصلی ارزیابی این حوزه از بهداشت روان خواهد بود. مصاحبه بالینی یک فرآیند انتقالی بین تشخیص و درمان است. البته مصاحبه جزء حیاتی تشخیص‌گذاری است. به رسمیت شناختن ضرورت تنوع سبک‌های مصاحبه به خصوص در شرایط دشوار بالینی بسیار مهم است. اوتمرها به ما کمک کرده‌اند تا بیاموزیم که مصاحبه تشخیصی موفق می‌تواند کلید مفیدی برای درمان موفق باشد.

من از اوتمرها تشکر ویژه‌ای می‌کنم که مکاتب فکری قدیمی را تعالی بخشیده‌اند (آنها این را "تفکر قدیم" خوانده‌اند) و رویکرد "تفکر جدید"ی را مطرح نموده‌اند. آنها به شیوه عملی نشان داده‌اند که با بیماران "مشکل" با انبوهی از علائم متنوع می‌توان با روش‌های ترکیبی ویژه‌ای مصاحبه کرد. آنها همچنین یکبار دیگر کتاب خود و فصل‌های آن را به بخش‌های مصاحبه‌ای قابل فهم‌تری سامان داده‌اند. این سازماندهی عالی نه تنها برای فراگیران مفید است بلکه اساتید آنها را نیز کمک می‌کند تا پدیده‌های بالینی را به صورت منطقی تری تلفیق کنند.

در دفاعی درازمدت از یکپارچگی به جای ایده تکه‌تکه کردن در حوزه ما، من بسیار خوشحالم که اوتمرها یک رویکرد سراسر عملی را در اختیار ما قرار داده‌اند که برای یک فرد مبتدی در مصاحبه با بیماران مبتلا به این قبیل مشکلات به سادگی می‌توانست گیج‌کننده باشد. همچنین رویکرد یکپارچه آنها مدل بسیار خوبی برای ماست تا از آنها در سایر زمینه‌های بالینی بهره جوییم.

این کتاب همانند جلد اول به‌عنوان کتاب اساسی برای آموزش و تداوم یادگیری شناخته خواهد شد.

ملوین سابشین MD

رئیس انجمن روان‌پزشکی امریکا

پیشگفتار

"تفکر قدیم" و "تفکر جدید"

در روان‌شناسی و روان‌پزشکی، ما با مکتب‌های فکری مواجه هستیم که باورهای آنها درباره ماهیت اختلالات روان‌پزشکی و سبک‌های متناسب برای مصاحبه با بیماران، ظاهراً با یکدیگر متناقض هستند. از دیدگاه روان‌پویایی، اختلالات روان‌پزشکی به گونه‌ای دیده می‌شوند که ناشی از تعارضات ناخودآگاه دوران کودکی بوده که به وسیله مکانیسم‌های دفاعی دور از دسترس فرد قرار می‌گیرد. در این دیدگاه، سبکی از مصاحبه غیرمستقیم، باز و ساختار نیافته به کار گرفته می‌شود که بر درون‌نگری تمرکز کرده و امکان می‌دهد تا این تعارضات ظاهر شده و دفاع‌ها خودشان را آشکار سازند. از دیدگاه رفتاری، اختلالات روان‌پزشکی ناشی از پاسخ‌های شرطی ناسازگارانه به محرک‌های آزاردهنده بوده که می‌توان آنها را به طور مستقیم در مصاحبه کشف کرد. از دیدگاه توصیفی، اختلالات روان‌پزشکی همانند اختلالات طبی در غالب علائم و نشانه‌ها تصور می‌شوند، هر چند که آسیب‌شناسی و سبب‌شناسی آنها نامشخص باشند. مصاحبه توصیفی ملاک‌های تشخیصی را برای این اختلالات ارزیابی می‌کند.

هر مکتب مطابق با اصول خویش، رویکرد خود را در نظر داشته و آن را به طور یکسان برای همه اختلالات روان‌پزشکی به کار می‌گیرد. داده‌های پژوهشی و بالینی حاضر نشان می‌دهد که این ادعا هم‌اکنون یک "تفکر قدیم" شده است.

در "تفکر جدید" این موضوع در نظر گرفته می‌شود که هر یک از این رویکردهای مختلف برای گروهی از اختلالات و نه همه آنها به خوبی به کار برده می‌شود. برای نمونه، اختلالات شناختی همانند بیماری‌های طبی اغلب آسیب‌شناسی بافتی مشخص و قابل اندازه‌گیری را نشان داده که به خوبی می‌توان آنها را در غالب علائم و نشانه‌ها و مقادیر آزمایشگاهی توصیف نمود. در اینجا به نظر می‌رسد که یک رویکرد توصیفی مناسب باشد. برعکس در اختلالاتی که همراه با عوامل روان‌شناختی هستند، از قبیل

اختلالات شبه جسمی، تجزیه‌ای، تبدیلی یا استرس پس از سانحه، چنانچه ارزیابی علائم و نشانه‌های آنها مورد بحث و جدل باشد می‌توان با کنکاش کردن دربارهٔ عوامل روان‌شناختی به بهترین وجه آنها را کاوش نمود. از این رو، تکنیک‌های ارزیابی غیر مستقیم و ساختار نایافته مانند هیپنوتیزم و تکنیک‌های دیگر آشکارسازی نسبت به یک رویکرد توصیفی علامت‌گرا/ نشانه‌گرا نتایج پربارتری دارند.

از این گذشته اختلالاتی که درگیر فریب و رفتار خود - فریبانه هستند، کاوش دربارهٔ آنها تنها از طریق مصاحبه برای علائم و نشانه‌ها دشوار است. این اختلالات شامل سوء مصرف مواد، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال ساختگی، تمارض و بعضی از اختلالات شخصیت مانند ضد اجتماعی و مرزی هستند. در این موارد باید اجزا انگیزشی روشن شود تا آسیب‌شناسی بیمار به صورت کامل درک گردد.

"تفکر جدید" می‌کوشد تا با تدارک رویکردهای مختلف مصاحبه بر این کلی‌گویی غلبه یابد. این دیدگاه از رویکردهای متعددی طرفداری می‌کند که هر اختلالی را به صورت جداگانه در نظر گرفته و در مورد آن کاوشی عمیق انجام داده و بدین منظور همه عوامل آماده‌سازی بیمار را برای حداکثر مداخلهٔ درمانی مشارکت می‌دهد. در این کتاب این رویکرد "تفکر جدید" دنبال شده است.

چارچوب

هم‌اکنون چه اندوهی بر دل تو سایه افکنده است؟ آن را با من در میان گذار، در ذهن خویش آن را پنهان مکن و بدین سان ما هر دو خواهیم دانست.

هُومِر^۱

ایلیاد (قرن هشتم قبل از میلاد)

این کتاب دربارهٔ بیماری‌هایی است که مصاحبه با آنان دشوارتر است، آنانی که به گفته هومر، اندوهی را که در دل دارند در ذهن‌شان پنهان می‌کنند. این دشواری‌ها که با فرآیند مصاحبه تداخل می‌کند از علائم، نشانه‌ها و رفتارهای بیمار سرچشمه می‌گیرد.

در DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) این مشکلات در قالب ملاک‌های تشخیصی و علائم همراه مورد ملاحظه قرار گرفته‌اند. چنین بیماران مشکلی، ناراحتی خویش را به طریقی غیر از شکایات مشخص بیان می‌کنند. بیماری، ناراحتی خود را به صورت علائم روان‌شناختی یا جسمی و شبه‌عصب‌شناختی^۲ آشکار می‌کند. بیمار دیگری در دنیای خویش فرورفته و شما را به دنیای درون خود راه نمی‌دهد، یا آن‌گونه رفتار می‌کند که انگار دنیای درونی او واقعی است. بعضی دیگر از بیماران مبتلا به نقص کارکرد مغز می‌توانند پس‌رفت شناختی خویش را از شما پنهان کنند. سرانجام بیماری ممکن است با نشان دادن رنجی شما را بفریبد.

1. Homer

2. Pseudoneurological

چنین بیماری، مصاحبه‌گر را به‌عنوان فردی حمایت‌گر نمی‌پذیرد و به همین دلیل علائم خویش را با او در میان نگذاشته و گاهی نیز مصاحبه‌گر را منحرف می‌کند.

برای این قبیل از بیماران مشکل، ما تکنیک‌هایی را در مصاحبه به‌کار گرفته‌ایم که از هر دو نوع مصاحبه توصیفی علامت‌گرا و مصاحبه باز روان‌پویا متمایز است. ما شرح حال‌هایی از بیماران مشکل را جمع‌آوری کرده‌ایم که در آنها تکنیک‌های نه‌چندان معمول مصاحبه مفید بودند. این روند استقرایی ما را برای چهارگروه از مشکلات و تکنیک‌های مصاحبه متناسب با آنها هدایت نمود.

اولین نوع مشکل عبارت است از تظاهر نشانه‌ها و علائم بیماری و یا نگرانی بیش از حد درباره‌ی علائم یا بیماری‌های طبی است. این نشانه‌ها و علائم، هوشیاری فرد، هویت، حافظه، سیستم اعصاب حسی و حرکتی و اعمال بدنی بیمار را درگیر می‌کنند. (بخش اول این کتاب). در این گروه، بیماران علائم تبدیل، تجزیه، اجتناب و علائم جسمی را نشان می‌دهند که به‌طور مکرر تجربه می‌کنند. در DSM-5 اختلالاتی که با این علائم مشخص شده‌اند عبارت‌اند از: اختلال تبدیلی، اختلالات تجزیه‌ای، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال علائم جسمی. به‌نظر می‌رسد که همه‌ی این اختلالات همراه با عوامل روان‌شناختی باشند، عواملی که می‌توانند به‌صورت تاریخچه‌ای از سواستفاده جسمی و جنسی و حوادث آسیب‌زای تهدیدکننده زندگی بوده و یا عوامل تنش‌زا باشند که اغلب با شروع، تداوم و یا تشدید علائم همراه هستند. تجربه بالینی نشان می‌دهد که گروهی از تکنیک‌ها همچون هیپنوتیزم، تداعی آزاد، گوش دادن فعال و تأیید علائم می‌توانند برای کاوش این عوامل روان‌شناختی کمک کنند.

دومین نوع مشکل، نقص در واقعیت‌سنجی بیمار است که ناشی از تجربه‌های هذیانی و توهمی است (بخش ۲). با این قبیل بیماران ایجاد و حفظ رابطه مشکل است. آنها بر طبق توهمات و افکار هذیانی که انگار واقعی هستند، عمل می‌کنند. آنها در حالی که مجذوب دنیای درونی خویش هستند، می‌توانند خود را در بهتی سکوت‌گونه قرار داده و یا به مصاحبه‌گر به‌عنوان دشمن حمله‌ور شوند. همه اختلالات DSM-5 که همراه با علائم روان‌پریشانه هستند در این گروه قرار می‌گیرند. برای این قبیل بیماران، ما چندین تکنیک مفید شرح می‌دهیم که عبارت‌اند از: مصاحبه با آموباریتال و لورازپام، آرام‌بخشی با مصاحبه واپس‌نگر برای تجربه‌های هذیانی و توهمی، همدلی برقرار کردن با اهداف قابل قبول بیماران هنگام گسترده‌ی رفتارهای مخرب اجتماعی آنها.

سومین نوع مشکل، نقص شناختی است که باعث می‌شود تا بیماران در مورد علائم خویش، اطلاعات ناقص یا بازخورد نامناسب ارائه دهند (بخش ۳). چنین نقص شناختی ممکن است نادیده انگاشته شده و به اشتباه به‌عنوان علائم افسردگی اساسی، اسکیزوفرنیا یا یک اختلال اضطرابی تعبیر

شود. دو طبقه عمده اختلالات عصب‌شناختی DSM-5 یعنی دلیریوم و اختلالات عصب‌شناختی خفیف و عمده، متعلق به این گروه هستند. البته بعضی از اختلالات دیگر که معمولاً در دوران شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند از جمله ناتوانی ذهنی، اختلالات یادگیری و اختلالات کمبود توجه نیز در این گروه قرار می‌گیرند. در این خصوص ما روش‌هایی را شرح می‌دهیم تا مصاحبه‌گر برای وجود اختلال شناختی هشیار بوده و تکنیک‌های معاینه ویژه‌ای را معرفی می‌کنیم تا به سرعت بتواند اختلال شناختی را شناسایی کند.

چهارمین نوع مشکل، فریب و خود-فریبی است (بخش ۴). فریب در DSM-5 در اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضداجتماعی در درون ملاک دروغ‌گویی و به‌کارگیری نام مستعار مشخص می‌شود. رفتار عوام‌فریبانه که یک علامت همراه سوء مصرف مواد و اختلالات خوردن است در خود-فریبی دیده می‌شود. رفتار فریبانه به‌عنوان خصوصیتی از شخصیت مرزی و بچه‌بازی نیز مورد ملاحظه قرار گرفته است. دریافت اطلاعات دروغین از بیمار می‌تواند منجر به تشخیص غلط شود. مصاحبه‌گران ممکن است به دلیل عدم توجه به رفتار فریبانه گول بخورند. در این کتاب ما تکنیک‌هایی را معرفی می‌کنیم تا مصاحبه‌گر را برای کشف رفتار فریبانه یاری‌رسانده و بیمار را قادر سازد تا برای ایجاد اتحاد درمانی موفق، رک‌گویی را جایگزین آن رفتار کند. این تکنیک‌ها شامل بازجویی، تحلیل استرس صدا و تکنیک‌های شناختی هستند.

مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5 جلد دوم؛ بیمار مشکل برپایه کتاب مصاحبه اول ما یعنی مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5 جلد اول؛ اصول اساسی (اوتمر، اوتمر ۲۰۰۲) بنا شده است. رویکرد چهاربعدی مصاحبه که در جلد اول ترسیم شده بود دوباره برای بیماران مشکل هم به‌کار گرفته شده است. این رویکرد بر روی رابطه مصاحبه‌گر با بیمار، تکنیک‌های استخراج اطلاعات، وضعیت روانی بیمار در طول مصاحبه و روند تشخیص‌گذاری تمرکز می‌کند، هر چند این رویکرد چهارگانه به‌طور موفقیت‌آمیز برای مصاحبه با بیماران مشکل کافی نیست. راهبردهای مصاحبه که در اینجا معرفی شده‌اند با به‌کارگیری تکنیک‌های تخصصی، مشکلاتی که متخصصین بالینی با آن مواجه بوده‌اند را هدف قرار داده و سبک مصاحبه نشانه - علامت‌گرا^۱ را ارتقا می‌بخشند.

جلد دوم، بیمار مشکل از منابع متعدد گردآوری شده است. کتاب، تکنیک‌های مختلف مصاحبه همچون رویکردهای روان‌پویایی، شناختی و عصب روان‌پزشکی^۲ که توسط مکاتب مختلف فکری

روان‌پزشکی و روان‌شناسی توسعه یافته است را با روش‌های مربوط به دستگاه قضایی همچون بازجویی و تحلیل استرس صدا با هم ادغام می‌کند. کتاب نشان می‌دهد که چگونه این رویکردهای مختلف، مصاحبه‌گر را یاری رسانده تا از بیمارانی که معمولاً مصاحبه با آنان دشوار است، اطلاعات قابل‌اعتمادی به‌دست آورده و معمای تشخیصی آنان را حل کند. ما تأثیر این روش‌ها را شرح داده و به نمونه‌هایی اشاره کرده‌ایم که در آنجا این تکنیک‌ها توانسته‌اند مصاحبه را بهبود بخشند.

ساختار هر فصل طرح کلی زیر را نشان می‌دهد: ما ابتدا ماهیت یک مشکل خاص در مصاحبه و ظهور آن در وضعیت روانی را شرح می‌دهیم. سپس در مورد تکنیک‌های مصاحبه بحث می‌کنیم که می‌تواند بیشترین کمک به بیمارانی باشد که این مشکل را نشان می‌دهند. همچنین به این مطلب پرداخته‌ایم که چگونه می‌توان به بهترین شکل، تکنیکی را در مصاحبه ادغام کرد. برای این منظور پیشرفت در مصاحبه را به‌صورت گام‌های پنج‌گانه زیر توصیه کرده‌ایم:

گام ۱. گوش دادن: این گام به مصاحبه‌گر فرصت می‌دهد تا وضعیت روانی بیمار را شناسایی کرده و نوع مشکل دقیق او را مشخص کند.

گام ۲. برجسته کردن: در این گام بیمار به این آگاهی می‌رسد که مصاحبه‌گر در حال توجه کردن به یک مشکل است.

گام ۳. روبه‌رو کردن: مصاحبه‌گر در طی این گام به بیمار اعلام می‌کند که یک مشکلی وجود دارد که نیاز است مورد بحث قرار گیرد.

گام ۴. حل کردن: مصاحبه‌گر در جریان این گام تکنیکی را به کار می‌برد که تصور می‌کند بیشترین تأثیر را برای حل کردن مشکل بیمار دارد.

گام ۵. تأیید کردن: مصاحبه‌گر در این گام بیمار را وامی‌دارد تا مزایای غلبه داشتن بر مشکل خویش را درک کند.

ما هر تکنیک را در مصاحبه با بیمار نشان می‌دهیم. ما راهبرد مصاحبه را برجسته کرده‌ایم و نه اصالت مورد را. موردهای ما نمونه‌های اصیل آسیب‌شناسی روان‌پزشکی هستند.

ما دریافته‌ایم که جنسیت بر سیر مصاحبه‌ها تأثیر می‌گذارد. بنابراین از آنجا که مواردی که در این کتاب آمده‌اند تا حدی نمونه‌های واقعی بوده و گفتگوها هم گفتگوهای واقعی هستند، دقت داشته‌ایم که جنسیت اصلی مصاحبه‌گر را حفظ کنیم. اغلب مصاحبه‌ها توسط اکهارد اوتمر انجام شده و در این موارد

ما جنسیت مرد را برای مصاحبه‌گر حفظ کرده‌ایم. اما به هر حال ما مصاحبه‌گران زن را نیز در موقعیت‌هایی که مشابه موارد ماست هم آموزش داده و هم مشاهده کرده‌ایم. در مورد بیماران، جنسیت آنها را در اصل مصاحبه حفظ کرده‌ایم. ولی به هر حال برای اطمینان از روان خواننده شدن قسمت‌های غیر مصاحبه‌ای کتاب، تصمیم گرفتیم که در معرفی هر موضوع جدید کتاب، جنسیت‌ها را جابه‌جا کنیم. ما امید داریم که این مقدمه به شما چارچوبی را ارائه دهد که از آن طریق مصاحبه با انواع گوناگون بیماران مشکل را مورد ملاحظه قرار دهید.