

فهرست

۹	مقدمه مترجم بر ویراست جدید
۱۱	سخن مترجم بر ویراست قبلی
۱۳	پیشگفتار مؤلفین بر ترجمه فارسی
۱۹	درباره مؤلفین کتاب

فصل ۱. آغاز سخن: چارچوب

۲۱	خلاصه
۲۲	۱. مصاحبه بینش‌گرا و مصاحبه علامت‌گرا
۳۱	۲. چهار جزء مصاحبه
۳۴	۳. رویکرد چند مرحله‌ای
۳۵	۴. مصاحبه برای اختلالات خاص

فصل ۲. راهبردهای ایجاد رابطه

۳۸	خلاصه
۳۹	۱. بیمار و خود را در شرایط راحت و آسوده‌ای قرار دهید
۴۹	۲. رنج و ناراحتی بیمار را دریابید و نسبت به آن دلسوزی نشان دهید
۵۳	۳. بینش بیمار را ارزیابی کنید و با بیمار همراه شوید
۶۲	۴. مهارت حرفه‌ای خود را نشان دهید
۶۶	۵. نقش هدایت‌گر را اعمال کنید
۶۸	۶. نقش‌ها را متعادل کنید
۷۸	فهرست

فصل ۳. راهبردهای کسب اطلاعات: تکنیک‌ها

خلاصه.....	۸۲
۱. شکایات.....	۸۳
۲. مقاومت.....	۱۲۰
۳. دفاع‌ها.....	۱۳۵
فهرست.....	۱۶۳

فصل ۴. سه روش برای ارزیابی وضعیت روانی

خلاصه.....	۱۶۶
وسایل.....	۱۶۷
۱. مشاهده.....	۱۷۰
۲. گفتگو (Conversation).....	۱۸۰
۳. کاوش (Exploration).....	۲۰۳
فهرست.....	۲۴۷

فصل ۵. آزمون

خلاصه.....	۲۵۸
۱. سطح هشپاری: بی‌حالی (لتارژی)، بهت (استوپور) و اغما.....	۲۶۴
۲. توجه و گوش به زنگ بودن: حواس‌پرتی و درجا زدن.....	۲۶۵
۳. حافظه: فراموشی و ناتوانی در یادگیری.....	۲۶۸
۴. موقعیت‌سنجی: کونفوزیون (سردرگمی).....	۲۷۴
۵. زبان: آفازی (زبان‌پریشی).....	۲۷۵
۶. شناسایی: آگنوزی (ادراک‌پریشی).....	۲۸۶
۷. اجرا: آپراکسی (کردارپریشی).....	۲۸۸
۸. بازتاب‌ها و حرکات پاتولوژیک.....	۲۸۸
۹. طیف عاطفه.....	۲۹۲
۱۰. تلقین‌پذیری: تجزیه.....	۲۹۴
۱۱. تفکر انتزاعی: عینیت.....	۲۹۶
۱۲. هوش: دمانس، عقب‌افتادگی ذهنی.....	۲۹۷
۱۳. آزمون‌های زنجیره‌ای از حالات روان‌شناختی خاص.....	۳۰۱
فهرست.....	۳۰۶

فصل ۶. گام‌های پنج‌گانه برای تشخیص‌گذاری

۳۱۲	خلاصه.....
۳۱۹	۱. سرنخ‌های تشخیصی.....
۳۳۶	۲. ملاک‌های تشخیصی.....
۳۷۶	۳. تاریخچه روان‌پزشکی.....
۳۹۶	۴. تشخیص.....
۴۰۵	۵. پیش‌آگهی.....
۴۰۶	فهرست.....

فصل ۷. پنج مرحله و چهار جزء: چگونگی ترکیب آنها با یکدیگر

۴۱۰	خلاصه.....
۴۱۱	۱. مرحله ۱: آماده‌سازی و غربال مشکل.....
۴۱۶	۲. مرحله ۲: پیگیری نظرات اولیه.....
۴۱۷	۳. مرحله ۳: تاریخچه و اطلاعات پایه.....
۴۲۱	۴. مرحله ۴: تشخیص و بازخورد.....
۴۲۲	۵. مرحله ۵: پیش‌آگهی و قرارداد درمانی.....
۴۲۵	۶. مصاحبه با بیماری که همکاری می‌کند.....
۴۵۶	۷. چارچوب تدوین گزارش خلاصه‌ای از بیمار.....

فصل ۸. بیمار مشکل

۴۶۷	خلاصه.....
۵۰۳	سخن آخر.....

فصل ۹. مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات بالینی»

۵۰۶	خلاصه.....
۵۰۷	۱. سردرگمی و سوء‌ظن در اختلالات عصب‌شناختی.....
۵۱۷	۲. فریب و انکار در سوء مصرف الکل.....
۵۳۰	۳. بیش‌فعالی همراه با تحریک‌پذیری در اختلال دوقطبی.....
۵۳۸	۴. سوء‌ظن در اختلال هذیانی.....

۵۵۳	۵. اجتناب در فوبیا (هراس)
۵۶۱	۶. ناباوری و خجالت در اختلال پانیک
۵۷۴	۷. احساس‌های گزند و آسیب در عقب‌ماندگی ذهنی
۵۸۶	۸. تنبلی در نارکولپسی (خواب‌زدگی)

فصل ۱۰. مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات شخصیت»

۵۹۸	خلاصه
۶۰۲	۱. محرومیت هیجانی و رفتار عجیب و غریب - شاخه A
۶۱۳	۲. هیجان‌های مبالغه‌آمیز و نمایشی - شاخه B
۶۳۵	۳. اضطراب، سلطه‌پذیری همراه با مقاومت - شاخه C
۶۴۷	۴. سایر اختلال شخصیت
۶۶۵	سخن آخر

ضمیمه

۶۶۷	مصاحبه کارکرد اجرایی (EXIT) و ارزیابی کیفی دمانس (QED)
۶۶۸	مصاحبه کارکرد اجرایی (EXIT)
۶۷۲	وسایل لازم برای انجام EXIT
۶۷۹	برگ یادداشت ۱ EXIT برای سؤال دوم آزمون
۶۸۰	برگ یادداشت ۲ EXIT برای سؤال سوم آزمون
۶۸۱	نمره‌های EXIT و فعالیت‌های زندگی روزانه (ADL)
۶۸۲	کارت آزمون برای سؤال ۵
۶۸۳	کارت آزمون برای سؤال ۷
۶۸۴	کارت آزمون برای سؤال ۲۳
۶۸۶	رهنمودها
۶۸۹	منابع
۶۹۹	واژه‌نامه
۷۲۱	نمایه

مقدمه 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 به‌طور کامل ویرایش مجدد شد و در بعضی موارد از واژگان رایج و مناسب‌تر به‌جای واژه‌های قبلی استفاده شد. همچنین به‌جای 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.

در پایان بر خود لازم می‌دانم از مدیر و کارکنان انتشارات ارجمند که با صبوری تمام تلاش کردند تا کتاب به نحو مطلوب چاپ شود تشکر و قدردانی نموده و برای آنان آرزوی موفقیت می‌نمایم.

مهدی نصر اصفهانی

مرکز تحقیقات بهداشت روان

دانشگاه علوم پزشکی ایران

سخن مترجم بر ویراست قبلی

علی‌رغم پیشرفت‌های شگرفی که در دهه‌های اخیر در رشته روان‌پزشکی اتفاق افتاده و ابزارهای تشخیصی زیادی معرفی شده، بدون تردید هنوز مصاحبه بالینی مهم‌ترین و اساسی‌ترین شیوه ارزیابی بیماران محسوب می‌شود.

توانایی انجام یک مصاحبه جامع، نخستین و اساسی‌ترین گام در ارزیابی و درمان بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی است. یک درمانگر ماهر باید اصول اساسی و زیربنایی فرآیند یک مصاحبه را بداند و بتواند ضمن برقراری یک رابطه مثبت با بیمار، شیوه‌های هدایت یک مصاحبه بالینی را به کارگیرد و ضمن استفاده از تکنیک‌های گرفتن اطلاعات، رفتارها و هیجانات، بیمار را در طول مصاحبه مورد دقت نظر قرار داده و ضمن اصلاح روند مصاحبه، واکنش متناسب با آن را نشان دهد تا یک اتحاد درمانی حاصل شود. در اینجا باید بر این نکته روشن و واضح مجدداً تأکید گردد که، مصاحبه تشخیصی در واقع برای درمان است نه تشخیص؛ در غیر این صورت بیمار برای بار دوم مراجعه نخواهد کرد و تشخیص ساخته و پرداخته درمانگر، براساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) در پرونده‌های بایگانی مرکز و یا کلینیک شخصی، تحلیل خواهد رفت. بسیاری از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها پس از مراجعه نخست، باز نمی‌گردند. دلایل این کنار کشیدن فراوان است ولی بدون شک، یکی از مهم‌ترین این دلایل این است که فرآیند مصاحبه از تشخیص‌گذاری صرف فراتر نمی‌رود و به اتحاد درمانی منجر نمی‌شود. در نخستین مصاحبه، علاوه بر جهت‌گیری تشخیصی، بالا بردن روحیه بیمار، امکان تسلط نسبی بر عوامل استرس‌زا، صحبت در مورد درمان، میزان اعتماد بیمار را به شما بالا برده و برقراری اتحاد درمان را تقویت می‌نماید. این اتحاد درمانی است که فرآیند پیروی بیمار را برای درمان طولانی آماده می‌سازد. ترجمه کتابی که اکنون در اختیار شماست، جلد اول مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR (اصول اساسی) است که توسط پروفیسور اکهارد اوتمر و زیگلیند - سی - اوتمر تألیف شده است. اوتمرها به شکل قابل تحسینی توانسته‌اند اصول و مبانی مصاحبه بالینی را با تفصیل و با آرایه تکنیک‌های مختلف و راه‌گشا به رشته تحریر درآورند. کتاب جلد دومی نیز دارد که به مصاحبه با بیماران مشکل اختصاص یافته و هم اکنون ترجمه آن نیز آغاز شده و در آینده نزدیک به زیور طبع آراسته خواهد شد. در ترجمه کتاب حاضر سعی وافر گردیده است تا مصاحبه‌های بالینی به شکل محاوره‌ای و قابل کاربرد در کار روزانه درمانگران درآید، زیرا به نظر اینجانب، فراگیران مصاحبه امروزه بیش از اینکه بتوانند روش مناسبی را برای هر بیمار به کار گیرند، ملاک‌های تشخیصی DSM را به صورت کلیشه‌ای از بیمار می‌پرسند. البته در این مورد نقش و کاربرد

پژوهشی پرسش‌نامه‌های استاندارد را نیز در تقویت این شیوه‌ناکارآمد باید لحاظ نمود. باید تأکید گردد که این سخن به معنی نقص و یا دست‌کم گرفتن این قبیل پرسش‌نامه‌ها نیست، بلکه منظور این است که، در پرسش‌نامه‌های استاندارد خبری از تعاملات پیچیده بیمار و درمانگر وجود ندارد و بیماران باید به پرسش‌های از پیش تعیین‌شده پاسخ دهند و نه اینکه درمانگر با تعامل ویژه خود بتواند اطلاعات درونی بیمار را استخراج کند. اکثر بیماران در درون معتقدند که، تنها آنان هستند که دچار افکار، تخیلات مهیب، ممنوع، حرام و ... هستند و این وظیفه درمانگران است که، با ایجاد رابطه و استفاده از تکنیک مناسب، با در نظر گرفتن وضعیت روانی بیمار در سرتاسر مصاحبه بالینی، جهت‌گیری را به سمت تشخیص دقیق و برقراری اتحاد درمانی هدایت نمایند. این امر چیزی نیست که در پرسش‌نامه‌ای استاندارد دنبال شود. در پرسش‌نامه‌ها در نهایت آنچه یافت می‌شود این است که، بیمار همکاری نکرده و باید مثلاً از مطالعه حذف شود. مجدداً تأکید می‌گردد، در مصاحبه بالینی فقط تشخیص مطرح نیست و مصاحبه‌گر با ایجاد رابطه باید جهت‌گیری را به سمت درمان سوق دهد، موانع احتمالی را بشناسد و بتواند تا حد زیادی بیمار را متقاعد به درمان نماید. اینجانب در چند سالی که آموزش مصاحبه بالینی را برعهده داشته‌ام به این نکته تلخ واقف شده‌ام که، مفهوم رابطه در ذهن فراگیران، از یک مکالمه اولیه فراتر نرفته و تصور می‌شود که، اگر در ابتدای مصاحبه رابطه برقرار شد، دیگر چه باک! همه چیز روبه‌راه خواهد شد. درحالی‌که باید دانست، حفظ رابطه از ابتدا تا انتهای یک مصاحبه بالینی، در فراز و نشیب زیادی قرار گرفته و هر لحظه می‌تواند براساس یک پرسش نامناسب، ذهنیت بیمار به هم خورده و فرآیند کسب اطلاعات و تشخیص و پیروی از درمان را، تحت تأثیر جدی قرار دهد. یک مصاحبه‌گر موفق و حرفه‌ای، کسی است که ضمن رعایت نکات اصلی و هدفمند مصاحبه بالینی، با هوشیاری و ذکاوت تمام، نشانه‌های کلامی و غیرکلامی بیمار در پرسش‌های درمانگر را زیرنظر گرفته و همواره مسیر و نوع پرسش‌های خود را اصلاح و سامان‌دهی کند. متأسفانه باید اذعان نمود که، این فن با مطالعه صرف کتاب میسر نخواهد شد و آموزش مصاحبه پیچیدگی‌های ویژه‌ای دارد که، باید راهبردهای موردنظر آن، با دقت و ظرافت زیرنظر یک متخصص بالینی فراگرفته شود. کتاب‌های تألیف شده در مورد مصاحبه بالینی کم نیستند، اما به جرأت می‌توان گفت که، کتاب اوتمرها یکی از معدود کتب نگارش یافته در زمینه مصاحبه بالینی است که، با آوردن نمونه‌های متعدد، فراگیر را قدم به قدم با موانع و مشکلات و چگونگی راه کارهای لازم آشنا ساخته و ذهنیت او را برای انجام یک مصاحبه بالینی مناسب آماده می‌کند. استقبال شایان توجه از ویرایش قبلی این کتاب توسط روان‌پزشکان، روان‌شناسان، دستیاران روان‌پزشکی و دانشجویان رشته‌های مختلف علوم انسانی خودگواه این مدعاست.

در پایان بر خود لازم می‌دانم، از سرکار خانم هاله معتضد که در فهم بعضی از عبارات مکالمه‌ها مترجم را یاری نموده‌اند و همچنین از انتشارات ارجمند که زحمت چاپ و انتشار کتاب را برعهده گرفته‌اند تشکر و قدردانی نموده و از خداوند متعال توفیق آنان را آرزو نمایم.

دکتر مهدی نصر اصفهانی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز تحقیقات بهداشت روان

پیشگفتار مؤلفین بر ترجمه فارسی^۱

علوم به هم می پیوندند

پارادایم در روان پزشکی از مدل روان پویایی به مدل پزشکی تغییر جهت می دهد.

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

چنین استقبالی نیازی آشکار برای جهانی شدن را در حوزه روان پزشکی نشان می دهد. ترجمه‌ها از مرزهای فرهنگ، دانش و زبان عبور کرده و این امکان را فراهم می آورند تا درباره تفاوت‌هایمان تبادل نظر کنیم، دیدگاه‌هایمان را به هم پیوند داده و یک پایه علمی مشترک بنا نهیم. بدین‌گونه است که جامعه بین‌الملل می تواند با انجمن روان پزشکی آمریکا در تغییر جهت‌گیری از رویکرد روان پویایی 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 روان پزشکی روان پویایی (یعنی زیگموند فروید^۲، آلفرد آدلر^۳ و کارل یونگ^۴) به رویکرد پیشگامان مدل پزشکی تغییر جهت داده است. اینها همه نورولوژیست هستند: ویلهلم گری سینگر^۵ (۱۸۶۸-۱۸۱۷) که آشکارا اظهار داشت اختلالات روانی، اختلالات مغزی هستند و سه نفر دیگر با نام کارل^۶، کارل ورنیکه^۷ (۱۹۰۵-۱۸۴۸)، کارل کلايست^۸ (۱۹۶۰-۱۸۷۹) و کارل لئونارد^۹

۱. متن انگلیسی پیشگفتار مؤلفین بر ترجمه فارسی در انتهای کتاب ضمیمه شده است.

2. Siegmund Freud
3. Alfred Adler
4. Carl Yung
5. Wilhem Greisinger
6. Karl
7. Karl Wernicke
8. Karl Kleist
9. Karl Leonhard

(۱۹۸۸-۱۹۰۴) که همگی از رویکرد مدل پزشکی حمایت کردند و نیز امیل کرپلین^۱ (۱۹۲۶-۱۸۵۶) که زوال عقل پیش‌رس (اسکیزوفرنیا) را از اختلال مانیک دپرسیو تفکیک نمود.

دوم: تغییر جهت در روش‌شناسی پژوهش

این نورولوژیست‌ها در توصیف علایم و سندرم‌ها، پژوهش‌های پیگیری و فامیلی را به خدمت گرفتند تا نشان دهند که اختلالات روانی به‌خصوص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی، تاریخچه‌ای طبیعی داشته و در خانواده‌ها پی در پی 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 علایم، نشانه‌ها و رفتارهای نسبتاً ثابت هستند.
۲. آنها را می‌توان از یکدیگر افتراق داد.
۳. آنها از سبب 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، هم‌ابتلایی بیشتری را نشان می‌دهند.
۷. آنها تا اندازه‌ای پاسخ‌درمانی 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 پزشکان در طول حیات‌شان برای تلاش خود به خاطر کار کردن بر روی بیوپسی‌های مغزی پس از مرگ مورد تشویق قرار گرفتند. یکی از آنان آلویس آلزایمر^۲ (۱۸۶۴-۱۹۱۵)، نورولوژیستی بود که تغییرات نورواناتومیکیال بیماران مبتلا به دمانس را کشف کرد، اختلالی که هم‌اکنون نام خود او بر آن است و پزشک دوم آرنولد پیک^۳ (۱۸۵۱-۱۹۲۴) روان‌پزشک اهل پراگ بود که تغییرات آناتومیکی پیشرونده لوب‌های 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 پلی مرفیسم ژنتیکی را شناسایی می‌کنند.

1. Emil Kraepelin
2. Alois Alzheimer
3. Arnold Pick