

## فهرست

۲۹.....	بخش اول: زبان علایم.....
۳۶.....	فصل اول: تبدیل.....
۳۷.....	۱- اختلال تبدیلی چیست؟.....
۴۰.....	۲- اختلال تبدیلی در وضعیت روانی.....
۴۶.....	۳- تکنیک: هیپنوتیزم.....
۵۷.....	۴- گام‌های پنج‌گانه برای برگرداندن تبدیل.....
۶۰.....	۵- مصاحبه: شناسایی عوامل روانشناختی تحت هیپنوتیزم.....
۷۷.....	۶- تبدیل و هیپنوتیزم در اختلالات روانپزشکی.....
۸۱.....	فصل دوم: تجزیه.....
۸۲.....	۱- تجزیه چیست؟.....
۸۵.....	۲- تجزیه در وضعیت روانی.....
۸۹.....	۳- تکنیک‌ها: تداعی آزاد و سوئیچ هیپنوتیزمی.....
۹۲.....	۴- گام‌های پنج‌گانه برای ارتباط مجدد.....
۹۴.....	۵- مصاحبه الف: تداعی آزاد و فراموشی تجزیه‌ای.....
۱۱۳.....	۵- مصاحبه ب: سوئیچ هیپنوتیزمی و اختلال هویت تجزیه‌ای.....
۱۳۶.....	۶- تجزیه، سوئیچ هیپنوتیزمی، هیپنوتیزم و تداعی آزاد در اختلالات روانپزشکی.....
۱۴۲.....	فصل سوم: استرس پس از سانحه.....
۱۴۳.....	۱- اختلال استرس پس از سانحه چیست؟.....
۱۴۹.....	۲- استرس پس از سانحه در وضعیت روانی.....
۱۵۶.....	۳- تکنیک‌ها: تجسم و گوش دادن فعال.....
۱۶۵.....	۴- گام‌های پنج‌گانه برای تجربه مجدد تروما.....
۱۶۷.....	۵- مصاحبه الف: تجسم برای رؤیت تروما.....
۱۷۸.....	۵- مصاحبه ب: گوش دادن فعال برای تقویت یادآوری.....
۱۹۸.....	۶- استرس پس از سانحه، تجسم، و گوش دادن فعال در اختلالات روانپزشکی.....
۲۰۲.....	فصل چهارم: جسمانی‌کردن.....
۲۰۳.....	۱- جسمانی‌کردن چیست؟.....
۲۰۶.....	۲- جسمانی‌کردن در وضعیت روانی.....
۲۱۳.....	۳- تکنیک: تأیید علائم جسمی.....
۲۱۶.....	۴- گام‌های پنج‌گانه برای اطمینان‌بخشی دوباره به بیمار.....
۲۱۹.....	۵- مصاحبه: تأیید علائم جسمی.....
۲۴۱.....	۶- جسمانی‌کردن و تصدیق علائم جسمی در اختلالات روانپزشکی.....
۲۴۵.....	بخش دوم: ارتباط سایکوتیک.....
۲۵۳.....	فصل پنجم: برون‌ریزی سایکوتیک.....
۲۵۴.....	۱- برون‌ریزی سایکوتیک چیست؟.....
۲۵۵.....	۲- برون‌ریزی سایکوتیک در وضعیت روانی.....
۲۶۰.....	۳- تکنیک: تسهیل کردن اعمال واقع‌گرایانه و پراکنده کردن اعمال سایکوتیک.....
۲۶۴.....	۴- گام‌های پنج‌گانه برای هدایت بیمار جهت اعمال سازنده.....
۲۶۶.....	۵- مصاحبه الف: هدیان بزرگ‌منشی.....
۲۷۷.....	۵- مصاحبه ب: هدیان گزند و آسیب.....
۲۸۹.....	۶- خصومت و تسهیل در اختلالات روانپزشکی.....

۲۹۳	<b>فصل ششم: کاتاتونیا</b>
۲۹۴	۱- کاتاتونیا چیست؟
۲۹۷	۲- کاتاتونیا در وضعیت روانی
۳۰۰	۳- تکنیک: آموباربتال یا لورازپام برای کاتاتونیای بدون حرکت
۳۰۳	۴- گام‌های پنج‌گانه برای مهارزدایی کردن
۳۰۶	۵- مصاحبه: اختلال افسردگی اساسی، دوره واحد، شدید با خصوصیات سایکوتیک و کاتاتونیک
۳۱۷	۶- تکنیک: آرام بخشی سریع برای کاتاتونیای با فعالیت حرکتی مفرط
۳۲۰	۷- گام‌های پنج‌گانه برای بازگشت به واقعیت
۳۲۳	۸- مصاحبه: اختلال دوقطبی ۱، دوره اخیر مانیک با خصوصیات کاتاتونیک
۳۳۰	۹- کاتاتونیا، آموباربتال یا لورازپام و آرام‌بخشی در اختلالات روانپزشکی
۳۳۵	<b>بخش سوم: اختلال شناختی</b>
۳۵۳	<b>فصل هفتم: بی‌توجهی و بیش‌فعالی</b>
۳۵۴	۱- بی‌توجهی و بیش‌فعالی چیست؟
۳۵۶	۲- بی‌توجهی و بیش‌فعالی در وضعیت روانی
۳۵۸	۳- تکنیک‌ها: انجام آزمون فراختای توجه، آمادگی و تمرکز
۳۶۱	۴- گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی بی‌توجهی
۳۶۲	۵- مصاحبه: مانیا در مقابل بیش‌فعالی - تکانشگری اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه
۳۷۰	۶- بی‌توجهی و بیش‌فعالی در اختلالات روانپزشکی
۳۷۲	<b>فصل هشتم: فراموشی</b>
۳۷۳	۱- فراموشی چیست؟
۳۷۶	۲- فراموشی در وضعیت روانی
۳۷۶	۳- تکنیک‌ها: آزمون موقعیت‌سنجی، حافظه چهار کلمه و القای افسانه‌سازی
۳۷۸	۴- گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی فراموشی
۳۷۸	۵- مصاحبه: هذیان در مقابل افسانه‌سازی در یک حالت فراموشی
۳۸۵	۶- فراموشی در اختلالات روانپزشکی
۳۸۷	<b>فصل نهم: دلیریوم</b>
۳۸۸	۱- دلیریوم چیست؟
۳۹۰	۲- دلیریوم در وضعیت روانی
۳۹۱	۳- تکنیک‌ها: معاینه مکرر موقعیت‌سنجی، حافظه چهار کلمه، فراختای ارقام، هجی کردن کلمه، آمادگی و مجموعه ۷ها یا ۳ها
۳۹۲	۴- گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی دلیریوم
۳۹۲	۵- مصاحبه: مانیا در مقابل دلیریوم ناشی از عفونت ویروسی نقص ایمنی انسان
۳۹۸	۶- دلیریوم در اختلالات روانپزشکی
۴۰۱	<b>فصل دهم: دمانس</b>
۴۰۲	۱- دمانس چیست؟
۴۰۷	۲- دمانس در وضعیت روانی
۴۰۸	۳- تکنیک‌ها: آزمون‌هایی برای آفازی، آگنوزی، آپراکسی، کارکردهای اجرایی، رفلکس‌های پاتولوژیک، قضاوت و بینش
۴۱۳	۴- گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی دمانس
۴۱۵	۵- مصاحبه الف: افسردگی با کندی روانی در مقابل آپراکسی در دمانس عروقی
۴۳۰	۵- مصاحبه ب: مانیا در مقابل فقدان مهار لوب فرونتال در بیماری پیک
۴۳۹	۵- مصاحبه ج: تعارض زناشویی در مقابل آمیزی در دمانس نوع آلزایمر
۴۴۹	۶- دمانس در اختلالات روانپزشکی

۴۵۰	فصل یازدهم: عقب‌ماندگی ذهنی.....
۴۵۱	۱- عقب‌ماندگی ذهنی چیست ؟.....
۴۵۲	۲- عقب‌ماندگی ذهنی در وضعیت روانی.....
۴۵۳	۳- تکنیک: آزمون هوش.....
۴۵۶	۴- گام‌های پنج‌گانه برای شناسایی عقب‌ماندگی ذهنی.....
۴۵۷	۵- مصاحبه: دمانس با توهمات در برابر اختلال دوقطبی با سایکوز در عقب‌ماندگی ذهنی.....
۴۶۷	۶- عقب‌ماندگی ذهنی در اختلالات روانپزشکی.....
۴۶۹	بخش چهارم: رفتار فریبنده و خود حفاظت‌گری.....
۴۸۰	فصل دوازدهم: پنهان‌کاری.....
۴۸۱	۱- پنهان‌کاری چیست؟.....
۴۸۲	۲- پنهان‌کاری در وضعیت روانی.....
۴۹۰	۳- تکنیک: رویکرد مثبت - منفی.....
۴۹۲	۴- گام‌های پنج‌گانه برای آزادانه حرف زدن.....
۵۰۲	۵- مصاحبه الف: اختلال شخصیت مرزی.....
۵۱۱	۵- مصاحبه ب: بچه‌بازی منحصر به تجاوز به محارم.....
۵۲۱	۶- پنهان‌کاری و رویکرد مثبت- منفی در اختلالات روانپزشکی.....
۵۲۳	فصل سیزدهم: تحریف و دروغ‌گویی.....
۵۲۴	۱- تحریف چیست؟.....
۵۲۷	۲- تحریف در وضعیت روانی.....
۵۳۴	۳- تکنیک: بازجویی.....
۵۳۷	۴- گام‌های پنج‌گانه برای بازجویی.....
۵۴۵	۵- مصاحبه: اتهامات دروغ تجاوز به عنف توسط بیماری با خصوصیات اختلال شخصیت مرزی و اختلال سلوک.....
۵۷۲	۶- تحریف و بازجویی در اختلالات روانپزشکی.....
۵۷۵	فصل چهاردهم: رفتار ساختگی.....
۵۷۶	۱- رفتار ساختگی چیست؟.....
۵۷۹	۲. رفتار ساختگی در وضعیت روانی.....
۵۸۷	۳. تکنیک: تحلیل استرس صدا.....
۵۹۶	۴. گام‌های پنج‌گانه برای گره‌گشایی از جعل.....
۵۹۸	۵: مصاحبه: اختلال ساختگی (وکالتی) NOS.....
۶۱۴	۶- جعل و تحلیل استرس صدا در اختلالات روانپزشکی.....
۶۱۹	فصل پانزدهم: رفتار خود- فریبانه.....
۶۲۰	۱- خود - فریبی چیست؟.....
۶۲۲	۲- خود - فریبی در وضعیت روانی.....
۶۲۸	۳- تکنیک: تحلیل شناختی خود - فریبی.....
۶۳۰	۴- گام‌های پنج‌گانه برای برداشتن نقاب از چهره خود- فریبی.....
۶۳۶	۵- مصاحبه الف: اختلال سوء مصرف الکل.....
۶۴۶	۵- مصاحبه ب: پراشتهایی روانی.....
۶۶۰	۶- خود- فریبی، تحلیل شناختی خود-گویی، و مقیاس کارکرد دفاعی در اختلالات روانپزشکی.....
۶۶۴	سخن آخر.....
۶۸۷	منابع.....
۷۰۵	نمایه.....

## مقدمه مترجم بر چاپ سوم

با توجه به استقبال خوانندگان، کتاب مصاحبه بالینی چاپ مجدد شد. در طی این مدت، انجمن روانپزشکی آمریکا پس از گذشت حدود بیست سال سرانجام، کتاب طبقه‌بندی جدید اختلالات روان‌پزشکی (DSM-5) را منتشر کرد. در چاپ جدید تغییراتی در بعضی عنوان سرگروه‌ها، زیرگروه‌ها، و ملاک‌های تشخیصی اختلالات داده شده است. این تغییرات بر اساس نظر تدوین‌کنندگان DSM-5 علاوه بر این که ابهامات پیشین را برطرف نموده، فرایند تشخیص‌گذاری را نیز معتبرتر کرده است. اما آیا با چاپ جدید شیوه‌های مصاحبه هم تغییر می‌کند؟ اوتمرها خود در مقدمه‌ای که بر ترجمه فارسی کتاب نوشته‌اند بر این نکته تأکید کرده‌اند که "با هر ویرایشی از DSM ملاک‌ها برای تعریفی پدیدارشناسانه از اختلالات روانی تغییر خواهد کرد، اما اصول انجام مصاحبه بالینی معتبر خواهد ماند." به عبارت دیگر تغییرات DSM، مهارت‌های بالینی همچون برقراری رابطه، به کارگیری تکنیک‌ها، ارزیابی وضعیت روانی، تشخیص و تشخیص افتراقی را دگرگون نمی‌کند. از این روست که کتاب مصاحبه بالینی که تکیه بر آموزش مهارت‌های فوق دارد، همچنان بر اهمیت تلاش برای شناخت واقعی بیماران تأکید ورزیده و به خوبی می‌تواند فراگیران را برای رسیدن به تشخیص صحیح یاری رساند. استقبال همکاران، دستیاران، روان‌شناسان و سایر خوانندگان کتاب نشانه آن است که این کتاب به خوبی توانسته است خلاء منابع موجود در این زمینه را پر کند. از خوانندگان کتاب انتظار دارم تا اینجانب را از ارشادات خود محروم نگردانند.

مهدی نصر اصفهانی

## مقدمه

مطالعه و فراگیری محتوای کتاب مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR «بیمار مشکل» دروازه جدیدی را بر روی کسانی که فکر و احساس‌شان برای آرامش دیگران در رنج است، باز می‌کند؛ و سد بزرگ دیگری را از سر راه ارتباط با مراجع، مراجعین پر مشکل، و بیمارانی که دنیایی پیچیده و پر رمز و رازتری دارند، برمی‌دارد. مطالعه این کتاب برای من همزمان شده است با سفر علمی و آشنایی با رویکرد انسانی دیگری در ارائه خدمات نوین بیمارستان‌زدایی در ایتالیا، و آشنایی با کارهای «فرانکو بازالیا» در «شهر تری‌ست» که موجب درک عمیق‌تری از محتوای این کتاب گردید.

این کتاب اشاره دارد به وجود پیچیده بیماران روانپزشکی و نیز با نگاه تیزبین و تخصصی‌تر به درونی که اگر کمی با تفکر «بازالیا»، «راجرز» و «اروین یالوم» کتاب را بخوانیم در مقابل آن پیچیدگی‌های درونی بیماران؛ به درونی ساده، پاک، روشن، و پر از نیازهای پاسخ داده نشده توسط درمانگران برمی‌خوریم. در ایتالیا به چشم دیدم که برخی از این نیازها در جنبشی ۳۰ ساله عینی شده و تبدیل به تقاضا شده بود و به خوبی توسط روانپزشکان، نظام سلامت و حکومت پاسخ داده می‌شد. نیازهایی چون: درک وجود انسانی، حرمت، احترام، آزادی، برابری، پاسخگویی، ارزش، معنویت، حق رأی، کار، بیمه، مسکن، انتخاب درمان، انتخاب بستری، و دیگر حقوق انسانی و شهروندی. به نظر من این کتاب در حالی که یک متن تخصصی و همراه با آموزش مهارت‌های پیشرفته مصاحبه با بیمار مشکل است - که می‌تواند هر درمانگری را توانمندتر، و موفق‌تر از گذشته نماید - درمی‌یابیم که پس از جلد اول آن که مورد استقبال همگان قرار گرفت راهنمای دومی است برای: ۱- درک بهتر و جامع‌تر بیماران مشکل - جامعیتی که همه ابعاد انسانی گفته شده را مشاهده و درک می‌کند، ۲- طراحی طرح درمانی که به همه این نیازهای پیچیده پاسخگو باشد. درمانی کل‌نگر، جامع، تیمی، مبتنی بر جامعه، پاسخگو، انسان‌گرا، و ادغام یافته در دیگر خدمات حمایتی. نظام خدمات بهداشت روان و درمان روانپزشکی امروز با الگوی پزشک‌مدار، دارو محور، بیماری‌نگر، بیمارستانی، بازدارنده، تک بعدی، مقتدر و مسلط فاصله‌ای طولانی تا درک درست و خدمتی در «شان» برای بیماران دارد. امید دارم مطالعه این کتاب به گونه‌ای عمیق و آنچنان مطالعه شود که پس از درک عمیق مراجع و مشکلات او به درک عمیق‌تر درمانگر از نیازهای ناخودآگاه خود شده، و آنگاه که درمانگر به درک عمیق پویایی «انکار تاریخی» نیازهای مراجع خود رسید به طراحی - یعنی خودآگاهی حرفه‌ای - از درمان مبتنی بر نیاز مراجع که تردید ندارم مدیریت بیمار مبتنی بر جامعه خواهد بود، برسد.

### دکتر جعفر بوالهیری

رییس انستیتو روانپزشکی تهران  
بهار ۱۳۹۰

## سخن مترجم

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 براساس آموخته‌های رسمی آنان، روند مصاحبه به روش معمول پیش نمی‌رود. بیمار مشکل، مصاحبه‌گر را به چالش می‌کشد و افراد مبتدی از عهده اداره 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 پسر 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 به خوبی 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 براساس آن فنون مصاحبه بالینی به خصوص مصاحبه با بیماران مشکل را آموزش داد، کمتر در دسترس است. به نظر اینجانب دو کتاب مصاحبه اوتمرها به خوبی 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 بر عهده داشتند عبارتند از دکتر شهربانو قهاری (فصل ۱)، دکتر شبنم نوحه‌سرا (فصل‌های ۳، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۴) و دکتر نوشین خادم‌الرضا (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 بخصوص 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 بکار 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 شکر... 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 مورد نظر 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، رو به رو 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 تجربه‌تری 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 مورد نظر می‌باشد. به این افراد پیشنهاد می‌کنم پس از یک بار خواندن کل مصاحبه، مجدداً 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 مورد نظر 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 اوتورها 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 جزییات بیشتری را در خصوص این تکنیک‌ها و زیر مجموعه‌های آنها دریابند.

در پایان بر خود 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 گشاده‌پذیرای 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 بعمل آورد هرگز میسر نمی‌شد. به پاس یاری صمیمانه‌شان این کتاب را به آنان تقدیم می‌دارم.

دکتر مهدی نصر اصفهانی  
مرکز تحقیقات بهداشت روان  
انستیتو روانپزشکی تهران

## پیشگفتار مؤلفان بر ترجمه فارسی

علوم به هم می‌پیوندند

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

ما از دکتر مهدی نصراصفهانی به خاطر ترجمه کتاب‌های مصاحبه بالینی خود به فارسی سپاسگزاریم. ترجمه او مخاطبان کتاب‌های ما را گسترش می‌دهد. هم اکنون 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. بدین گونه 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 پیشگفتار

توجه از اسوه‌های روانپزشکی روان‌پویایی (یعنی زیگموند فروید<sup>۱</sup>، آلفرد آدلر<sup>۲</sup> و کارل یونگ<sup>۳</sup>) به رویکرد پیشگامان مدل پزشکی تغییر جهت داده است. اینها همه نورولوژیست هستند: ویلهلم گری‌سینگر<sup>۴</sup> (۱۸۶۸-۱۸۱۷) که آشکارا اظهار داشت اختلالات روانی، اختلالات مغزی هستند و سه نفر دیگر با نام کارل<sup>۵</sup>، کارل ورنیکه<sup>۶</sup> (۱۸۴۸-۱۹۰۵)، کارل کلايست<sup>۷</sup> (۱۹۶۰-

---

1 - Sigmund Freud  
2 - Alfred Adler  
3 - Carl yung  
4 - Wilhem Greisinger  
5 - Karl  
6 - Karl Wernicke  
7 - Karl Kleist

۱۸۷۹) و کارل لئونارد<sup>۱</sup> (۱۹۰۴-۱۹۸۸) که همگی از رویکرد مدل پزشکی حمایت کردند و نیز امیل کرپلین<sup>۲</sup> (۱۸۵۶-۱۹۲۶) 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 بخصوص اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی، 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 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 بوجود آورد. طرفداران اولیه رویکرد مدل پزشکی برای اختلالات روانی نگاه خود را متوجه مغز کردند

---

1 - Karl Leonhard

2 - Emil Kraepelin

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 از آنان آلوئیس آلزایمر<sup>۱</sup> (۱۸۶۴-۱۹۱۵)، نورولوژیستی بود که تغییرات نورواناتومیکیال بیماران مبتلا به دمانس را کشف کرد، اختلالی که هم اکنون نام خود او بر آن است و پزشک دوم آرنولد پیک<sup>۲</sup> (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 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 «مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR» چگونگی بکارگیری ملاک‌های DSM را در مصاحبه با بیمار و فرایند 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، فرایند مصاحبه را آموزش می‌دهد. ما به طور موازی فرایند هر چهار بعد مصاحبه را آموزش می‌دهیم.

**رابطه:** رابطه، آغاز درمان است. به عنوان مصاحبه‌گر دو خط مشی را دنبال کنید. در صورتی که یک رابطه 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 خود به خود بهبود خواهد یافت، ادامه ندهید. هدف، توسعه 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 بکار گیرید. 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

---

1 - Alois Alzheimer

2 - Arnold Pick

پایه‌ریزی تشخیصی و درمانی شما آگاهی‌های جدیدی را ارائه نماید. از گرفتن اطلاعات بیش از حد نیاز و تکراری خودداری ورزید.

**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، علایم 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<sup>۱</sup> - مرجع<sup>۱</sup>، ما این رویکرد مصاحبه را با بیماران خود بکار 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 اشپیتزر<sup>۲</sup> و الن فرانسیس<sup>۳</sup>) 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 داده ایم. 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، افریقای جنوبی، ترکیه و ویتنام بودند. محیط‌ها شامل دانشگاه واشینگتن، بیمارستان رنارد، بیمارستان مالکوم بلیس، دانشگاه کتاک، بیمارستان

1 - criterion-referenced

2 - Robert Spitzer

3 - Allan Frances

سربازان جنگی و مرکز پزشکی البرت بی جاندر، مرکز پزشکی دانشگاه کانزاس و بیمارستان سربازان جنگی و بیمارستان نورث هیلز و مرکز روانپزشکی پیکچر هیلز در شهر کانزاس ایالات متحده بودند.

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 نصرافهانی 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 بپرهیزیم.
- 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 علایم، 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 بیماران 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 نوروآناتومی، 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 توافقی‌های 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 تهران هم به خاطر حمایت از ایشان سپاسگزاریم.

**Ph.D** زیکلیند. سی. اوتمر

رئیس مرکز روانپزشکی  
پیکچر هیلز

**MD. Ph.D** اکهارد اوتمر

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 هیأت ارزیاب مدیریت اقتصاد مراقبت بهداشت دپارتمان خدمات انسانی بهداشتی، در بالتیمور مریلند بود. دکتر اوتمر فارغ‌التحصیل دپارتمان روانشناسی (PhD) و دانشکده پزشکی (MD) دانشگاه هامبورگ آلمان و آموزش دیده روانکاو در انستیتو روانکاو هامبورگ آلمان است. او دوره‌ی دستیاری روانپزشکی خود را در بیمارستان رنارد (Renard) دانشکده پزشکی دانشگاه واشنگتن در میسوری به پایان رساند. زیکلند 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. رساله‌ی دکترای وی در مورد توسعه حقوق بشر در اروپای قبل از انقلاب، توسط کمیسیون تاریخ برلین در مؤسسه فرید ریخ مینیگه دانشگاه آزاد برلین آلمان چاپ شد. وی دوره‌ی فلوشیپ را پس از دکترای خود در ژنتیک، در بیمارستان رنارد، دپارتمان روانپزشکی دانشگاه واشنگتن میسوری تکمیل نمود و بعنوان استادیار تحقیق، هدایت مطالعات رفتار دارویی را در دپارتمان روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه کانزاس به عهده گرفت.

دکتر اکهار اوتمر و دکتر زیکلیند - سی - اوتمر با یکدیگر ازدواج کرده‌اند.



## مقدمه

موفقیت کتاب مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV جلد اول؛ اصول اساسی تألیف اکهارد اوتمر، MD، و زیکلیند، 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، مصاحبه‌ی کارکنان بهداشت روان در آمریکا به طور مشخص بستگی به گرایش بالینی و آموزشی رهبران انستیتوهای مختلف داشت. آن امکانات با گرایشی روان‌تحلیلی از یک رویکرد دفاع می‌کرد، در حالی که دیگران بر بکارگیری 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 به عنوان 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.

فرایند DSM مبنایی را در اختیار ما گذاشته است تا گزینه‌های منطقی برای درمان مبتلایان به اختلالات خاص را گسترش دهیم. به‌کارگیری راهنماهای تشخیصی، مشخصه اصلی ارزیابی این حوزه از بهداشت روان خواهد بود. مصاحبه بالینی یک فرایند انتقالی بین تشخیص و درمان است. البته مصاحبه جزء حیاتی تشخیص‌گذاری است. به رسمیت شناختن ضرورت تنوع سبک‌های مصاحبه به‌خصوص 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 اوتورها 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 شیوه‌ی عملی نشان داده‌اند که با بیماران «مشکل» با انبوهی از علایم 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 منطقی‌تری تلفیق کنند.

در دفاعی دراز مدت از یکپارچگی به جای ایده تکه‌تکه کردن در حوزه ما، من بسیار خوشحالم که اوتورها 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 بهره‌جوییم.

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

ملوین سابشین MD

رئیس انجمن روانپزشکی امریکا

## پیشگفتار ویرایش DSM-IV-TR

خوشحالیم که بار دیگر فرصت روزآمد کردن دو کتاب مصاحبه را بدست آورده و محتوای آنها را بر طبق DSM-IV-TR تنظیم کرده‌ایم. امیدواریم که این روزآمد شدن خوانندگان را برای بدست آوردن یک قضاوت مشترک و همخوان با مشاورن اصلی DSM-IV-TR یاری رساند. در چاپ جدید، ساختار اصلی کتاب و مصاحبه‌ها تغییر اساسی نکرده است ولی در کل مصاحبه‌ها تغییرات DSM-IV-TR اعمال شده است. علاوه بر این تعدادی از ارزیابی‌های مربوط به بیمارانی که تمایلات دیگرکشی دارند همراه با شرح حال کوتاهی از آنان به این مجموعه اضافه شده است.

اکهارت اوتمر، Ph.D, M.D.

زیکلیند اوتمر، Ph.D

شهر کانزاس، میسوری

اگوست ۲۰۰۱

## 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 غیر مستقیم، 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 علایم 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 بکار برده می‌شود. برای نمونه، اختلالات شناختی همانند بیماری‌های طبی اغلب آسیب‌شناسی بافتی مشخص و قابل اندازه‌گیری را نشان داده که بخوبی می‌توان آنها را در غالب علایم 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 علایم و نشانه‌های آنها مورد بحث و جدل باشد می‌توان با کنکاش کردن درباره عوامل روانشناختی به بهترین وجه آنها را کاوش نمود. از این‌رو، تکنیک‌های

ارزیابی غیر مستقیم و ساختار نیافته 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 درباره آنها تنها از طریق مصاحبه برای علایم 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 می‌باشند. در این موارد باید اجزاء 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 مداخله درمانی مشارکت می‌دهد. در این کتاب این رویکرد «تفکر جدید» دنبال شده است.

سیدمحمد علی محمدی

Sajjad A. Mousavi

## چارچوب

\*\*\*\*\*

هم اکنون 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.

هومر<sup>۱</sup>

ایللیاد (قرن هشتم قبل از میلاد)

\*\*\*\*\*

این کتاب درباره بیماری است که مصاحبه با آنان دشوارتر است، آنانی که به گفته هومر، اندوهی را که در دل دارند در ذهن شان پنهان می کنند. این دشواری ها که با فرایند مصاحبه تداخل می کند از علائم، نشانه ها و رفتارهای بیمار سرچشمه می گیرد. در DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۰) این مشکلات در قالب ملاک های تشخیصی، علائم همراه اختلالات محور ۱ و ۲ و رفتار مشاهده شده مکرری که مربوط به ملاک تشخیصی یا علائم همراه است، مورد ملاحظه قرار گرفته اند. چنین بیماران مشکلی، ناراحتی خویش را به طریقی غیر از شکایات رک و راست بیان می کنند. بیماری، ناراحتی خود را به صورت علائم روانشناختی یا جسمی غیر قابل توجیه و شبه عصب شناختی<sup>۲</sup> آشکار می کند. بیمار دیگری در دنیای خویش فرورفته و شما را به دنیای درون خود راه نمی دهد، یا آن گونه رفتار می کند که انگار دنیای درونی او واقعی است. بعضی دیگر از بیماران مبتلا به نقص کارکرد مغز می توانند پس رفت شناختی خویش را از شما پنهان کنند. سرانجام بیماری ممکن است با نشان دادن رنجی شما را بفریبد.

چنین بیماری، مصاحبه گر را به عنوان فردی حمایت گر نمی پذیرد و به همین دلیل علائم خویش را با او در میان نگذاشته و گاهی نیز مصاحبه گر را منحرف می کند.

---

1- Homer  
2- Pseudoneurological

برای این قبیل از بیماران مشکل، ما تکنیک‌هایی را در مصاحبه بکار 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 نه چندان معمول مصاحبه مفید بودند. این روند استقرایی ما را برای چهار گروه از مشکلات و تکنیک‌های مصاحبه متناسب با آنها هدایت نمود.

اولین نوع مشکل عبارت است از تظاهر نشانه‌ها و علائم بیماری که در حقیقت از نظر طبی غیرقابل توجه‌اند، 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 به طور مکرر تجربه می‌کنند. در DSM-IV-TR اختلالاتی که با این علائم مشخص شده‌اند عبارتند از: اختلال تبدیلی، اختلالات تجزیه‌ای، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات شبه جسمی بخصوص اختلال جسمانی کردن. به نظر می‌رسد که همه‌ی این اختلالات همراه با عوامل روانشناختی باشند، عواملی که می‌توانند به صورت تاریخچه‌ای از سوءاستفاده جسمی و جنسی و حوادث آسیب‌زای تهدیدکننده زندگی بوده و یا استرس‌ورهایی 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 به عنوان دشمن حمله‌ور شوند. همه اختلالات DSM-IV-TR که همراه با علائم روانپریشانه هستند در این گروه قرار می‌گیرند. برای این قبیل بیماران، ما چندین تکنیک مفید شرح می‌دهیم که عبارتند از: مصاحبه با آموباربتال و لورازپام، آرام‌بخشی با مصاحبه واپس‌نگر برای تجربه‌های هذیانی و توهمی، همدلی برقرار کردن با اهداف قابل قبول بیماران هنگام گستردگی رفتارهای مخرب اجتماعی آنها.

سومین نوع مشکل، اختلال‌شناختی است که باعث می‌شود تا بیماران در مورد علائم

خویش، اطلاعات ناقص یا پس‌خوراند نامناسب ارائه دهند (بخش ۳). چنین اختلال‌شناختی ممکن است نادیده انگاشته شده و به اشتباه به عنوان علایم افسردگی اساسی، اسکیزوفرنیا یا یک اختلال اضطرابی تعبیر شود. سه طبقه عمده اختلالات شناختی DSM-IV-TR یعنی اختلالات دمانس، فراموشی و دلیریوم، متعلق به این گروه هستند. البته بعضی از اختلالات دیگر که معمولاً در دوران شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند از جمله عقب‌ماندگی 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 اختلال‌شناختی هشیار بوده و تکنیک‌های معاینه ویژه‌ای را معرفی می‌کنیم تا به سرعت بتواند اختلال‌شناختی را شناسایی کند.

چهارمین نوع مشکل، فریب و خود-فریبی است (بخش ۴). فریب در DSM-IV-TR در اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضداجتماعی در درون ملاک دروغ‌گویی و به‌کارگیری نام مستعار مشخص می‌شود. رفتار عوام‌فریبانه که یک علامت همراه سوء‌مصرف مواد و اختلالات خوردن است در خود-فریبی دیده می‌شود. رفتار فریبانه به عنوان 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 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-IV-TR جلد دوم؛ بیمار مشکل برپایه کتاب مصاحبه اول**  
ما یعنی **مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR 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 به کار 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 به طور موفقیت‌آمیز برای مصاحبه با بیماران مشکل کافی نیست. راهبردهای مصاحبه که در اینجا معرفی شده‌اند با بکارگیری تکنیک‌های تخصصی، مشکلاتی که متخصصین بالینی با آن مواجه بوده‌اند را هدف قرار داده و سبک



مصاحبه نشانه - علامت‌گرا را ارتقاء می‌بخشند.

**جلد دوم، بیمار مشکل** از منابع متعدد گردآوری شده است. کتاب، تکنیک‌های مختلف مصاحبه همچون رویکردهای روان‌پویایی، شناختی و عصب روانپزشکی<sup>۱</sup> 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 قابل اعتمادی بدست آورده و معمای تشخیصی آنان را حل کند. ما تأثیر این روش‌ها را شرح داده و نمونه‌هایی را برجسته 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 که چگونه می‌توان به بهترین شکل، تکنیکی را در مصاحبه ادغام کرد، پرداخته‌ایم. برای این منظور پیشرفت در مصاحبه را به صورت 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 مشکلی است.

**گام ۳- رو به رو کردن:** مصاحبه‌گر در طی این گام به بیمار اعلام می‌کند که 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.

---

1 - Neuropsychiatric

ما هر تکنیک را در مصاحبه با بیمار نشان می‌دهیم. ما راهبرد مصاحبه را برجسته کرده‌ایم و نه اصالت مورد را. مورد های ما نمونه‌های اصیل آسیب‌شناسی روانپزشکی هستند. ما دریافته‌ایم که جنسیت بر سیر مصاحبه‌ها تاثیر 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 اوتر 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 خوانده شدن قسمت‌های غیر مصاحبه‌ای کتاب، تصمیم گرفتیم که در معرفی هر موضوع جدید کتاب، جنسیت‌ها را جابجا 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.

بخش اول

## زبان علایم

---



## مقدمه‌ای بر بخش اول

# زبان علایم

بیمارانی که زبان علایم را به کار می‌برند، علایم جسمی‌ای را توصیف کرده و نشانه‌هایی را به نمایش می‌گذارند که از نظر پزشکی قابل توجه نیستند، مانند درد در نواحی مختلف بدن، علایم گوارشی، جنسی یا تناسلی و شبه عصبی. در غیاب هر گونه شواهد جسمی مبتنی بر وجود اختلال شناختی، آنها فراموشی، مسخ واقعیت، مسخ شخصیت و به هم‌خوردگی هویت خودشان را گزارش می‌کنند، آنها رفتار اجتنابی نسبت به موقعیت‌هایی را نشان می‌دهند که دیگران آن موقعیت‌ها را نسبتاً امن می‌دانند، از افراد نزدیک خود جدایی هیجانی نشان می‌دهند بدون این که شواهد و مدارکی وجود داشته باشد که این افراد آنان را تهدید و یا اذیت کرده باشند. به عبارت دیگر این بیماران علایمی را به نمایش می‌گذارند که ناشی از یک بیماری شناخته شده کنونی و یا سوء مصرف مواد نبوده، بلکه وابسته به فرایندی روانشناختی همچون تبدیل، تجزیه، فلاش بک و جسمانی کردن است. اختلالاتی که با این گونه فرایندها مشخص می‌شوند عبارتند از: اختلالات شبه جسمی، اختلالات تجزیه‌ای و اختلال استرس پس از سانحه.

در مورد اختلالات شبه جسمی و تجزیه‌ای، وجود یک اختلال طبی عمومی که بتوان علائم گزارش شده را به حساب آن گذاشت، غایب است. در مورد اختلال استرس پس از سانحه یک تهدید کنونی را نمی‌توان شناسایی نمود که بتواند اجتناب از افراد و موقعیت‌ها را توضیح دهد. برطبق DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، به نظر می‌رسد شروع یا تشدید علایم بیان شده همراه با عوامل روانشناختی و تعارضاتی باشد که اثرات خود را با علایم طبی همچون علایم عصبی و بیشتر با رفتار اجتنابی شدید نشان می‌دهند. از این رو این قبیل بیماران به جای توصیف تعارضات خویش، خودشان را در قالب علایم بیان می‌کنند. بنابراین، بکارگیری زبان علایم تنها مشخصه مشترک اختلالاتی است که در بخش ۱ مورد

بحث قرار گرفته است.

این مشخصه مشترک با وجود همبودی این اختلالات با همدیگر نیز روشن می‌شود. برای نمونه، علامت‌شناسی دو اختلال شبه‌جسمی (یعنی اختلال جسمانی کردن و اختلال تبدیلی) و یکی از اختلالات تجزیه‌ای (مانند اختلال هویت تجزیه‌ای) هم‌پوشانی دارند (مارتین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶). مثلاً ۴۰٪ تا ۷۰٪ از بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای، علایم تبدیلی را نشان می‌دهند (کونز<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۸؛ پوت نام<sup>۳</sup> و همکاران؛ ۱۹۸۶؛ راس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰)، ۳۵٪ بیماران مبتلا به اختلال تجزیه‌ای علایمی دارند که ملاک‌های تشخیصی اختلال جسمانی کردن را تکمیل می‌نمایند (راس و همکاران، ۱۹۸۹). علایم تبدیلی خود بخشی از ملاک‌های تشخیصی اختلال جسمانی کردن هستند. در مطالعه گوز<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۷۱) که ملاکی را بکار گرفت که نیازی به وجود علایم تبدیلی نداشت، بیش از ۹۰٪ بیماران با هیستری مشخص (یعنی جسمانی کردن) حداقل یک علامت تبدیلی و حدود ۸۰٪ آنها چندین علامت تبدیلی را داشتند. حداقل دو علامت تجزیه‌ای که بخشی از ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه است، این اختلال را با اختلال تجزیه‌ای پیوند می‌دهند، به عبارتی فلش‌بک تجزیه‌ای دوره تروماتیک (ملاک B۳ اختلال استرس پس از سانحه) و فراموشی تجزیه‌ای برای جنبه‌های مهم تروما (ملاک C۳ اختلال استرس پس از سانحه) از جمله این موارد است. مطالعات فامیلی و دوقلوها نشان داده‌اند که تمایل به گزارش علایم تبدیلی، داشتن علایم هویت تجزیه‌ای، تجربه استرس پس از سانحه و جسمانی کردن حداقل بطور نسبی به ارث می‌رسند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

تظاهرات اختلالات شبه جسمی و تجزیه‌ای برعکس اختلالات ساختگی و تمارض تحت کنترل ارادی بیمار نیستند (مارتین، و یوتزی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴). متخصصین بالینی پذیرفته‌اند که علایم اجتنابی پس از سانحه هم تحت کنترل نبوده، بلکه تظاهری از اضطراب بیمارگونه هستند که می‌توانند با فلاش‌بک تجزیه‌ای همراه شوند.

در اختلال تبدیلی، اختلال درد، اختلال هویت تجزیه‌ای، اختلال جسمانی کردن و اختلال استرس پس از سانحه، یک رابطه دوسویه بین تجربه علایم جسمی و عوامل روانشناختی در

1 - Martin  
3 - Putnam  
5 - Guze

2 - Coons  
4 - Ross  
6 - Yutzy

نظر گرفته می‌شود. در DSM-IV-TR تأکید شده است که این اختلالات باید به‌طور عمده کارکردهای شغلی و اجتماعی را مختل سازند. برعکس، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال تبدیلی، اختلال درد و اختلال استرس پس از سانحه شامل عوامل روانشناختی بوده و باید داوری گردد که این عوامل با شروع یا تشدید این اختلالات همراه هستند. از سوی دیگر ۸۵٪ بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای و ۵۰٪ بیماران مبتلا به اختلال جسمانی کردن، سوء رفتار جنسی دوران کودکی را گزارش می‌کنند که این میزان وقوع به مراتب بیشتر از بروز ۱۵٪ سوء رفتار جنسی گزارش شده در بیماران مبتلا به اختلال خلقی است (مارتین، ۱۹۹۶). از این رو، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در بیماران مبتلا، بین وقوع قبلی عوامل روانشناختی و اختلالات تجزیه‌ای و جسمانی کردن و همچنین اختلال استرس پس از سانحه رابطه‌ای وجود دارد. هنوز هم بیمارانی که مبتلا به این اختلالات هستند گرایش دارند تا بر جسمی بودن علایم تبدیلی و تجزیه‌ای خود و یا رفتار اجتنابی خویش در اختلال استرس پس از سانحه تأکید بورزند و اغلب نمی‌توانند و یا نمی‌خواهند که عوامل روانشناختی همراه، بررسی و شناخته شوند. مبتلایان به اختلالات شبه جسمی و تجزیه‌ای، به جای اینکه علایم را با عوامل روانشناختی پیوند دهند، آنها را به عنوان شواهدی از وجود یک اختلال طبی عمومی در نظر می‌گیرند.

بنابراین بیمارانی که اختلال جسمانی کردن دارند بر ماهیت جسمانی بودن اختلال خویش تأکید می‌ورزند و اغلب عوامل روانشناختی را به عنوان مسئول علایم خشمگینانه رد می‌کنند. برای نمونه، بیمارانی که اختلال تبدیلی دارند، آگاه نیستند که ناتوانی شبه عصبی آنها مربوط به درخواستی است که نمی‌توانند با آن برخورد کنند. بیماران مبتلا به اختلال تجزیه‌ای به کرات فراموشی را برای هر رویداد آشکار کننده گزارش می‌کنند، اما درباره رابطه‌ی بین استرسور اخیر و حالت تجزیه‌ای خود حرفی نمی‌زنند. عین همین ماجرا برای بسیاری از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه هم صادق است که اجزایی از یک سانحه را به‌طور مکرر به‌صورت فلاش‌بک غیرارادی، کابوس شبانه و خاطرات مربوط به آن تجربه می‌کنند. آنها نیز به جای تمرکز بر مشکلات وضعیت کنونی زندگی خویش به یک ترومای قبلی اشاره کرده تا اضطراب‌ها و اجتناب‌های خود را توجیه کنند. به عبارت دیگر آنها هنوز قادر نبوده و یا مایل نیستند تا آن تروما را به تفصیل مرور کنند. همه این بیماران تمایل دارند به جای شکایات روانشناختی، ناراحتی خویش را به صورت علایم جسمانی بیان کنند.

از جمله مشکلاتی که شما هنگام مصاحبه با این قبیل بیماران تجربه می‌کنید اضطراب یا ناتوانی و یا مقاومتی است که برای بررسی همه جنبه‌های اختلال روانپزشکی خویش بخصوص عوامل روانشناختی دارند. با وجود دو مانع زیر تشخیص درست برای نقص کنارآیی<sup>۱</sup> دشوار می‌شود، اول: علایم به جای روشن کردن نقص کنارآیی روانشناختی، آنها را پنهان می‌کنند. دوم، زبان علایم، ناتوانی بیمار یا بی‌میلی وی را برای گفتگو با یک متخصص بهداشت روان بیان می‌کند. بیمار ممکن است ترجیح دهد تا با یک متخصص داخلی (برای نمونه، بیمار مبتلا به اختلال جسمانی کردن) و یا متخصص مغز و اعصاب (برای نمونه، بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی و اختلال تجزیه‌ای) گفتگو کند. بیمار مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای به غیر از مواردی که علایم ناتوانی را اخیراً تجربه کرده باشد اساساً احساس نیازی به کمک نمی‌کند. بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ممکن است از گفتگو در مورد سانحه با هر کسی خودداری ورزد. در هر صورت ناتوانی بیمار و یا عدم تمایل وی برای گفتگو در مورد جنبه‌های روانشناختی بیماری خود، مفهوم جسمانی کردن استکل<sup>۲</sup> را به عنوان اختلالی جسمی که بیانگر نوروژی عمیق است را تأیید نمی‌کند. چنین ارتباطی هم تا کنون ثابت نشده است.

این وظیفه مصاحبه‌گر است تا علایم بیمار را به عنوان نشانه‌ای از مشکلات برای کنارآیی، تشخیص داده و بی‌درنگ او را یاری رساند تا درباره این اضطراب‌ها و مشکلات گفتگو کند. تأیید علائم بیمار، هیپنوتیزم برای بیرون کشیدن تعارضات بین فردی، کنکاش برای خاطرات سرکوب شده با تداعی آزاد و کمک کردن به بیمار برای یادآوری سانحه با تجسم و همگامی هیجانی از جمله راهبردهایی هستند که می‌توانید استفاده کنید. این تکنیک‌های مصاحبه به شما این امکان را می‌دهند تا عوامل روانشناختی و یا رویدادهای تروماتیکی را بررسی کنید که ممکن است همراه اختلال باشد، جدای از این که این عوامل، سهمی روانشناختانه در وقوع، شروع و سیر اختلال داشته یا نداشته باشند.

عبارت "تکنیک‌های آشکارسازی"<sup>۳</sup> برای بعضی از تکنیک‌هایی همچون تداعی آزاد، هیپنوتیزم و مصاحبه با آموباریتال و لورازپام بکار گرفته شده است. هنگامی که ما عبارت "آشکارسازی" را به کار می‌بریم، منظورمان این نیست که این تکنیک‌ها سبب‌شناسی و

1 - Coping deficit

2 - Stekel

3- Uncovering technique



عوامل روانشناختی را آشکار می‌کنند، بلکه آنها فقط محتوی فکری بیمار را آشکار کرده که بیمار قبلاً نمی‌توانست گزارشی راجع به آنها به مصاحبه‌گر بدهد.