

اصول مصاحبه بالینی
بر مبنای DSM-5
جلد اول: اصول اساسی

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 هشیاری: بی‌حالی (لتارژی)، بهت (استوپور) و اغما.....	۲۶۴
۲. توجه و گوش به زنگ بودن: حواس‌پرتی و درج‌ازدن.....	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.....

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

فصل ۱۰. مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات شخصیت»

- خلاصه ۵۹۱
۱. محرومیت هیجانی و رفتار عجیب و غریب - شاخه A ۶۰۲
۲. هیجان‌های مبالغه‌آمیز و نمایشی - شاخه B ۶۱۳
۳. اضطراب، سلطه‌پذیری همراه با مقاومت - شاخه C ۶۳۵
۴. سایر اختلال شخصیت ۶۴۷
- سخن آخر ۶۶۵

ضمیمه

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

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، ناگفته‌نوش 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 نظرات 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 زیکلیند 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 تعیین شده 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 زیر نظر 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 مورد نظر آن، با دقت و ظرافت زیر نظر 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 می‌کنند 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 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 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. Sigmund 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 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 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 (۱۹۱۵-۱۸۶۴)، 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 (۱۹۲۴-۱۸۵۱) 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

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 به کارگیری 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 به طور موازی فرآیند هر چهار بعد مصاحبه را آموزش می‌دهیم.

رابطه: رابطه، آغاز در مان 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 به کار 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 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: 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 تشخیص 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 نتیجه‌بخش است.

رویکرد ما به مصاحبه، توسط رؤسای کمیته DSM-III-R تا DSM-IV-TR (یعنی رابرت اسپیتزر^۱ و الن فرانسیس^۲) 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 کاتزاس و بیمارستان سربازان جنگی و بیمارستان تورث 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 غیروابسته 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 در فرهنگی 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 بپرهیزیم.
۲. بپذیریم که در یک فرهنگ رفتارهای مشخصی به گونه‌ای در مان می‌شوند که با فرهنگ دیگری متفاوت است.
۳. از آنجا که تحمل، یک فضیلت است، رفتارهای انحرافی را بدون اینکه بپذیریم، تحمل کنیم.

1. Robert Spitzer

2. Allan Frances

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 مان 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 توافقات 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 س. اوتمر

رئیس مرکز روان‌پزشکی

پیکچر هیلز

MD.Ph.D اکهارد اوتمر

دارای بورد روان‌پزشکی

اسناد مدعو روان‌پزشکی

دانشکده پزشکی دانشگاه کانزاس

می ۲۰۱۱ شهر کانزاس، میسوری، ایالات متحده آمریکا

درباره مؤلفین کتاب

اکهارد اوتمر Ph.D, M.D 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 (Ph.D) و دانشکده پزشکی (MD) دانشگاه هامبورگ آلمان و آموزش دیده روانکاو در انستیتو روانکاو هامبورگ آلمان است. او دوره دستکاری روان‌پزشکی خود را در بیمارستان رنارد (Renard) دانشکده پزشکی دانشگاه واشنگتن در میسوری به پایان رساند.

زیکلیند 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 Ph.D 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 زیکلیند - سی - اوتمر با یکدیگر ازدواج کرده‌اند.

فصل ۱

آغاز سخن: چارچوب

۱. مصاحبه بینش‌گرا^۱ و مصاحبه علامت‌گرا^۲
۲. چهار جزء مصاحبه
۳. رویکرد چند مرحله‌ای
۴. مصاحبه برای اختلالات خاص

خلاصه

در فصل یک، چارچوب و منطق مصاحبه تشخیصی توصیفی^۳ مطرح می‌شود، سپس مصاحبه روان‌پویایی بینش‌گرا و مصاحبه توصیفی علامت‌گرا با یکدیگر مقایسه شده و تلفیقی از این دو روش مطرح می‌گردد.

مصاحبه دارای چهار بُعد است و بنابراین دارای چهار جزء می‌باشد: رابطه^۴، تکنیک^۵، وضعیت روانی^۶ و تشخیص. معمولاً فرآیند مصاحبه دارای ۵ مرحله است. زمانی که آسیب‌شناسی بیمار در فرآیند مصاحبه مداخله می‌کند، مصاحبه‌گر باید استراتژی رویکرد خود را تغییر دهد.



-
- | | |
|-------------------------------------------|---------------------|
| 1. Insight-oriented | 2. Symptom-oriented |
| 3. Descriptive psychodiagnostic interview | 4. Rapport |
| 5. Technique | 6. Mental status |

"جنون حتی در خفیف‌ترین حالتش هم دربرگیرنده عظیم‌ترین رنج‌ها است که پزشک باید با آن روبه‌رو شود."

امیل کرپلین^۱

گفتارهایی در مورد روان‌پزشکی بالینی، چاپ دوم، ۱۹۰۶



توانایی اجرای یک مصاحبه بالینی جامع، نخستین و اساسی‌ترین گام در ارزیابی و درمان بیمار است. برای اجرای یک مصاحبه مؤثر، منعطف و سلیس، متخصصان بهداشت روانی باید اصول اساسی و زیربنایی فرآیند مصاحبه را بدانند. در این فصل، منطق مصاحبه توصیفی و تشخیصی بررسی می‌شود و اصول اساسی برای هدایت یک مصاحبه موفقیت‌آمیز ارائه می‌گردد.

۱. مصاحبه بینش‌گرا و مصاحبه علامت‌گرا

متخصصان بهداشت روانی از دو نوع مصاحبه استفاده می‌کنند: مصاحبه بینش‌گرا (روان‌پویایی) و مصاحبه علامت‌گرا (توصیفی). رویکرد علامت‌گرا، بیشتر منطبق با رویکرد توصیفی DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) است. هر دو نوع رویکرد دارای مزایایی هستند که با تلفیق آنها، می‌توان در جریان اجرای مصاحبه، اطلاعاتی در سطوح متفاوت و گسترده از بیمار به دست آورد. ابتدا اجازه دهید هر دو رویکرد را با تمرکز بر مفهوم زیربنایی بیماری، هدف و روش انجام مصاحبه به تفصیل مقایسه کنیم.

مصاحبه بینش‌گرا

این مصاحبه مبتنی بر این نظریه است که تعارضات عمیقی که اغلب مربوط به دوران کودکی است، به عوامل مزمن و آسیب‌زا تبدیل می‌شوند. این عوامل به روان و ذهن فرد صدمه زده، اعمال و فعالیت‌های او را مختل کرده، ادراکات وی را تحریف نموده و باعث پیدایش علائم، رفتارهای ناسازگارانه و رنج و ناراحتی فرد می‌شوند.

1. Emil kraepelin

در مصاحبهٔ بینش‌گرا، تلاش می‌شود پرده از تعارضات ناخودآگاه برداشته شده و این تعارضات به سطح آگاهی بیمار آورده شوند، با این هدف که بیمار بتواند آنها را حل کند. معمولاً بیمار با استفاده از "مکانیسم‌های دفاعی ناخودآگاه"، در مقابل شرح و بیان این تعارضات مقاومت می‌کند. زیگموند فروید^۱ (۱۸۵۶-۱۹۳۹) نظریهٔ روان‌پویایی بیماری‌های روانی و روش‌های مصاحبهٔ بینش‌گرا را بنیان نهاد. در طول ۱۰۰ سال، محققان بعدی دربارهٔ این مفاهیم به فعالیت پرداخته و جایگاه آن را در روان‌پزشکی تثبیت نمودند (از جمله آدلر^۲، ۱۹۶۴؛ برن^۳، ۱۹۶۴؛ دوبوا^۴، ۱۹۱۳؛ اریکسون^۵، ۱۹۶۹؛ هورنای^۶، ۱۹۳۹؛ یاسپرس^۷، ۱۹۶۲؛ یونگ^۸، ۱۹۷۱؛ کلاین^۹، ۱۹۵۲؛ ماسرمن^{۱۰}، ۱۹۵۵؛ منینگر^{۱۱}، ۱۹۵۸؛ میر^{۱۲}، ۱۹۵۷؛ رادو^{۱۳}، ۱۹۵۷؛ ریچ^{۱۴}، ۱۹۴۹؛ راجرز^{۱۵}، ۱۹۵۱؛ سالیوان^{۱۶}، ۱۹۵۴؛ ولبرگ^{۱۷}، ۱۹۶۷).

روش‌هایی که در مصاحبهٔ بینش‌گرا استفاده می‌شوند، عبارت‌اند از: تعبیر رؤیا و تداعی‌های آزاد بیمار؛ جستجو و کشف اضطراب‌ها؛ رویارو کردن بیمار با رفتارهایی که نسبت به درمانگر و دیگران ابراز می‌کند؛ مشخص کردن دفاع‌ها و تحلیل مقاومت بیمار نسبت به بحث در مورد تعارض‌هایش. در این نوع مصاحبه، هدف مصاحبه‌گر هم تشخیص و هم درمان است.

مصاحبهٔ علامت‌گرا

این نوع مصاحبه از این مفهوم ریشه می‌گیرد که اختلالات روان‌پزشکی به صورت مجموعه‌ای از علائم، نشانه‌ها و رفتارها ظاهر شده، سیر مشخص و قابل پیش‌بینی دارند، نسبت به درمان خاصی پاسخ داده، و معمولاً یک رخداد خانوادگی هستند (DSM-5، ۲۰۱۳). همان‌طور که بررسی‌ها و مطالعات مربوط به دوقلوها و فرزندخوانده‌ها نشان می‌دهند، وراثت و نیز یادگیری در ایجاد این رخداد خانوادگی نقش دارند (گودوین و گیوز^{۱۸}، ۱۹۸۹).

-
- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. Freud | 2. Adler |
| 3. Berne | 4. Dubois |
| 5. Erikson | 6. Horney |
| 7. Jaspers | 8. Jung |
| 9. Klein | 10. Masserman |
| 11. Menninger | 12. Meyer |
| 13. Rado | 14. Reich |
| 15. Rogers | 16. Sullivan |
| 17. Wolberg | 18. Goodwin & Guze |

ما کلیه عوامل سبب‌شناختی که باعث تظاهر بیماری می‌شوند را نمی‌دانیم. پژوهشگران تعدادی عوامل زیستی و روان‌شناختی را مشخص نموده‌اند، ولی یافته‌های موجود برای طبقه‌بندی بر مبنای سبب‌شناسی اختلالات کافی نیست. بنابراین، طبقه‌بندی بیشتر براساس ملاک‌های بالینی است تا براساس آسیب‌شناسی زیربنایی (مفروض) (لودویگ و اوتمر^۱، ۱۹۷۷؛ اکیس‌کال و وب^۲، ۱۹۷۸).

هدف مصاحبه علامت‌گرا، طبقه‌بندی شکایت‌ها و کژکاری‌ها، براساس طبقات تشخیصی معینی است (با استفاده از ملاک‌های DSM-5). چنین تشخیصی کمک می‌کند تا سیر آینده بیماری (پیش‌آگهی) مشخص شود و مؤثرترین روش‌های درمانی به‌طور تجربی انتخاب شوند، در حالی که در مورد علل بیماری صحبتی به میان نمی‌آید.

روش مصاحبه‌گر علامت‌گرا، مشاهده رفتارهای بیمار و برانگیختن وی برای توصیف دقیق مشکلاتش است. سپس، به منظور تشخیص توصیفی (اختلالات DSM-5)، مشاهداتش را به زبان نشانه‌ها و علائم ترجمه می‌کند. همچنین وی، مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری بیمار، و طریقه شخصی مواجهه بیمار با اختلالش را ارزیابی کرده، وضعیت پزشکی بیمار، و مشکلات روانی - اجتماعی و محیطی بیمار را بررسی می‌کند.

تظاهرات یک اختلال، از بیماری به بیمار دیگر تفاوت می‌کند. همین مطلب در مورد مکانیسم‌های مقابله‌ای و پاسخ‌های درمانی نیز صدق می‌کند. علاوه بر این، وجود هم‌زمان یک اختلال شخصیت و یا اختلال بالینی دیگر، تأثیر وضعیت طبی عمومی، عوامل استرس‌زای زندگی و تعارضات بین‌فردی، سازگاری روانی - اجتماعی، پیش‌آگهی را پیچیده‌تر می‌کند. به همین دلیل، در رویکرد DSM-IV-TR، از سیستم تشخیص چندمحوری استفاده شده بود و مصاحبه‌گر به ابعاد زیر نیز توجه داشت: عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات شخصیت (محور II)، وضعیت طبی عمومی (محور III)، مشکلات محیطی و روانی - اجتماعی (محور IV) ارزیابی کلی سطح کارکرد (محور V) و کارکرد دفاعی (محور پیشنهادی VI). این رویکرد در DSM-5 تغییر کرد و سیستم چندمحوری حذف شد. حذف سیستم چندمحوری در DSM-5 بدین معنا نیست که اختلاف بنیادی در مفهوم‌پردازی آنها وجود دارد و اختلالات روانی با عوامل و فرآیندهای جسمی و زیستی مرتبط نیستند، بلکه بیشتر به این دلیل است که این مفاهیم در تمام زمینه‌های طبی و مراقبت‌های بهداشتی هم مطرح است و انحصاراً مربوط به اختلالات روانی نمی‌شود.

پزشکان اهداف و روش‌های این نوع مصاحبه توصیفی را از حدود بیش از سه هزار سال پیش، به کار برده‌اند. در روان‌پزشکی این سنت در کارهای امیل کرپلین (۱۹۲۶-۱۸۵۶) و هم‌عصران، پیروان، و منتقدان وی (کلايست^۱، ۱۹۲۸؛ لئونارد^۲، ۱۹۷۹) تشریح شده است. دیدگاه چندین کتاب مصاحبه روان‌پزشکی جدید نیز؛ براساس چنین رویکرد توصیفی است (لئون^۳، ۱۹۸۹؛ هرسن و ترنر^۴، ۱۹۸۵؛ مک‌کینون و یودوفسکی^۵، ۱۹۸۶؛ شی^۶، ۱۹۸۸؛ سیمز^۷، ۱۹۸۸؛ موریسون^۸، ۱۹۹۳).

به‌طور خلاصه، مصاحبه بینش‌گرا و علامت‌گرا، اهداف متفاوتی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی دارند. مصاحبه بینش‌گرا با رویکردی تفسیری، علائم و نشانه‌ها و رفتارهای بیمار را توضیح می‌دهد. مصاحبه علامت‌گرا با رویکردی توصیفی، علائم و نشانه‌ها را برای دسته‌بندی اختلالات، طبقه‌بندی می‌کند.

هر دو رویکرد با یکدیگر سازگاراند و می‌توانند به‌نحو مؤثر و کارآمدی با یکدیگر تلفیق شوند. متخصصان بهداشت روانی بر این توافق‌اند که شخصیت، تعارض‌ها و مشکلات زندگی بیمار با رویکرد روان‌پویایی بهتر ارزیابی می‌شوند ولی، اختلالات شخصیت و اختلالات روان‌پزشکی اساسی با استفاده از روش توصیفی بهتر ارزیابی می‌شوند. ترکیبی از دیدگاه تفسیری و توصیفی می‌تواند بر نقاط مختلف این مسیر پل بزند.

مصاحبه‌گر می‌تواند طی دو مرحله از هر دو نوع مصاحبه استفاده کند، با این فرض که بیمار هم دارای یک اختلال اساسی روان‌پزشکی و اختلال شخصیت است و هم دارای تعارض‌های ناخودآگاه. مصاحبه‌گر علامت‌گرا با استفاده از ملاک‌های تشخیصی DSM-5، یک بیماری اساسی روان‌پزشکی و اختلال شخصیت را تشخیص می‌دهد. چنانچه بعد از درمان، تعارض‌های بین‌فردی ادامه یافت و یا به سطح آگاهی آمد، در مرحله دوم مصاحبه‌گر می‌تواند مصاحبه بینش‌گرا را شروع کرده و به این ترتیب، مصاحبه علامت‌گرا را کامل می‌کند.

در واقع، غالباً تعاملی بین تعارض‌های بین‌فردی و اختلالات روان‌پزشکی مشاهده می‌شود. اختلالات روان‌پزشکی می‌توانند تعارض‌های بین‌فردی را زنده کنند، یا آنها را تشدید کنند و یا تعارض‌های جدیدی ایجاد کنند. از طرف دیگر، تعارض‌های موجود نیز می‌توانند سیر یک اختلال روان‌پزشکی را تحریک یا تشدید کنند.

1. Kliet
3. Leon
5. Mackinnon & Yudofsky
7. Simms

2. Leonhard
4. Hersen & Turner
6. Shea
8. Morrison

در سال ۱۹۱۶، بلولر^۱، اولین روان‌پزشک برجسته‌ای بود که این دو رویکرد را تلفیق نمود (بلولر، ۱۹۷۲). بسیاری از روان‌پزشکان از این رویکرد تلفیقی پیروی می‌کنند که به آن روان‌پزشکی التقاطی^۲ نام نهاده‌اند. چنین رویکرد دو مرحله‌ای به‌طور جدی تضمین می‌کند که مصاحبه کاملاً با نیازهای بیمار هماهنگ باشد.

به‌کارگیری دو روش مصاحبه

گزارش زیر، این روش دو مرحله‌ای یعنی ابتدا توصیف و سپس تعبیر را به نمایش می‌گذارد.

جورجیا^۳، خانمی ۳۶ ساله، سفیدپوست و مجرد است که به مدت ۶ سال تحت درمان می‌باشد و از نظر تشخیصی بیماری‌های اختلال افسردگی اساسی، اختلال هذیانی و اختلال وسواسی - جبری بر طبق ملاک‌های DSM-5 را داراست. تشدید اختلال خلقی وی باعث تشدید علائم وسواسی - جبری و افکار گزند و آسیب شده ولی بهبود افسردگی وی با بهبود هیچ‌یک از اختلالات وسواسی جبری یا هذیانی همراه نبود. او مجرد و قبلاً شاغل ولی از نظر اجتماعی منزوی بود. علائم وی به کلمی‌پرامین (آنافرانیل^۴) جواب نداد ولی با ترکیبی از آمی‌تریپتیلین (الاویل^۵) و تیوتیکسن هیدروکلراید (ناوان^۶) رو به بهبود گذاشت. با کاهش عقاید گزند و آسیب، مقدار ناوان به آهستگی کم شد تا از خطر دیسکنزی دیررس کاسته شود و همچنین به شکایت بیمار مبنی بر کاهش هشیاری و بی‌حالی که به علت ناوان بود، ترتیب اثر داده شود. وی اخیراً به علت انتقال شرکت محل کارش به شهر دیگر، شغلش را از دست داده بود.

او شغل دیگری یافته بود که در زمینه خرید و فروش کالا از طریق پُست فعالیت می‌کرد. وظیفه او در این شرکت، تصحیح دستور خرید کالا از طریق کامپیوتر بود و او مجبور بود دستورات خرید را در صفحه کامپیوتری تصحیح کند؛ که خطاگیر، اشتباه را به صورت ناحیه‌ای روشن، مشخص می‌نمود. او به این کار علاقه داشت و بسیار حرفه‌ای و سریع اشتباهات را تصحیح می‌کرد. در هفته‌های اول تا ۸۰۰۰ تصحیح را در یک روز انجام می‌داد.

1. Bleuler
3. Georgia
5. Elavil

2. Eclectic Psychiatry
4. Anofranil
6. Navane

یک روز، به‌طور اتفاقی متوجه شد بعضی از صفحات کامپیوتر بیش از یک ناحیه روشن دارند و فهمید که به علت اشتباه او که در هر صفحه فقط یک خطا وجود دارد، همکارانش دچار دردسر شده‌اند و این موضوع او را بسیار ناراحت کرد. وی فکر کرد که به علت اشتباه وی، هزاران سفارش خرید اشتباه شده و خسارات جبران‌ناپذیری به شرکت وارد کرده است. همه این خسارت‌ها فقط به این علت است که او قصد داشته بهترین کارمند باشد.

چند روز این اشتباه را پنهان نگاه داشت و به‌طور معمول به کارش ادامه داد. بالأخره، احساس کرد نمی‌تواند بیش از این به پنهان‌کاری ادامه دهد. به همین دلیل، با مسئول واحد صحبت کرد و اشتباه خود را مطرح نمود. مسئول، اشتباه او را پذیرفت. وی بسیار خوشحال بود از اینکه مسئول واحد به‌خاطر سهل‌انگاری به او سخت نگرفت. جورجیا دو روز دیگر نیز کار کرد. هر روز به نظر می‌رسید در کارش پیش می‌رود. روز سوم، برای همکارانش پیتزا خرید و به این ترتیب مراتب سپاسگزاری و حق‌شناسی خود را ابراز کرد. بعدازظهر همان روز، یکی از همکارانش به‌سوی او آمد و گفت: «بهتر نیست کمی به انگشتان استراحت بدی؟» و در موقعیت دیگری نیز دوباره همین سؤال را مطرح کرد. او شوکه شد و مرتب در مورد این سؤال فکر می‌کرد. بعد متوجه شد که تعداد دستورات خریدی که به او محول شده، تنها یک دهم مقدار معمول است و بنابراین سفارشات جدید دیگری برداشت. نمی‌توانست کار کند و متوجه شد که ۳۰ کارمند دیگر که در اتاق کار بودند، بسیار آهسته تایپ می‌کند، تقریباً شبیه این ریتم، تپ - تپ - تپ و نه صدای تند تایپ کردند نامه‌ها.

فوراً فهمید اتفاقی در حال رخ دادن است. مقدار کمی از سفارشات خرید را به او محول کرده بودند تا او نتواند کار کند و مجبور شود آهسته تایپ کند تا پیام آنها را متوجه شود: «تو خراب کردی، حالا مجبوریم خرابکاری‌های تو را اصلاح کنیم، آهسته‌تر کار کن تا دوباره کثافت‌کاری نکنی». او دریافت که اجازه دادن برای برگشت به کار، یک توطئه شیطانی است تا او را به‌خاطر اشتباهاتش تنبیه کنند. هر تپ، یک اعتراض بود و این انتقامی بود برای آنچه او مرتکب شده بود.

با چشم‌گریان پشت میز خود برگشت. آنها به‌خوبی او را مجاب کرده بودند، لیاقتش را داشت. این پستی و بی‌رحمی، بیش از اندازه ولی خیلی زیرکانه بود. هرکس که می‌دانست چگونه باید او را شکنجه کند از این کار ابایی نداشت. روز بعد، سر کار حاضر نشد و استعفا داد.

در اینجا، مصاحبه‌گر از رویکرد دو مرحله‌ای در مصاحبه با این بیمار استفاده می‌کند.

مرحله ۱: بخش پدیدارشناختی ارزیابی جورجیا قابل فهم است. جورجیا، سابقه هذیان‌های گزند و آسیب، در گذشته داشته است که گاهی همراه با علائم نباتی افسردگی و خلق دیس‌فوریک بوده‌اند، بدون اینکه هرگز توهمی وجود داشته باشد. از آنجا که پس از بی‌کاری او داروهای نورولپتیک قطع شد، هذیان‌های گزند و آسیب مجدداً عود کرد و تابلوی بالینی جورجیا، ملاک‌های اختلال هذیانی (۱-۲۹۷ DSM-5) را تأمین نمود درمان با ناوان (تیوتیکسن) دوباره شروع شد.

مرحله ۲: زمانی که جورجیا دوباره در جلسه حاضر شد و مشکلاتش را بیان کرد، رویکرد مصاحبه تفسیری روان‌پویایی انتخاب شد. در اینجا قسمتی از این مصاحبه ارائه می‌شود:

۱. م: شما دوره سختی رو گذروندین.
- ب: آیا ناراحت‌کننده نیست؟ نمی‌تونم بفهمم چرا آدم نسبت به همدیگه چنین رفتاری دارن.
۲. م: موافق‌ام، چقدر عذاب کشیده‌ای.
- ب: نمی‌فهمم. همشون خیلی خوب بودن، من مسئول قسمت خودمو واقعاً دوست داشتم. اون اجازه داد که برگردم و اصلاً به روم نیاورد. متعجبم چرا اون با من این‌طوری رفتار کرد.
۳. م: اما این او نبود که این‌طوری برخورد کرد، اونا هم نبودن.
- ب: (هیجان‌زده، وحشت‌زده) اما دکتر، منظور تون چیه؟ من که گفتم اونا با من چی کار کردن. چطور می‌تونن بگی اونا نبودن؟
۴. م: برای اینکه این تو بودی ... تو خودت این کار رو کردی. تو فکر کردی گناه بزرگی مرتکب شدی که سزاوار مجازات و تنبیه هستی و وقتی تنبیهی صورت نگرفت، خودت اون رو برای خودت پیش آوردی.
- ب: (با هیجان بیشتر) اما دکتر شما حرف منو باور ندارین، شما آخرین امید من بودین، شما تنها دوست من هستین و منو باور ندارین ...
۵. م: به من هرچی که گفتمی باور دارم. بیشتر مشاهدات تو درست بودن. مشکل من طرز تعبیرهای شماست. چیزی که از اونا برداشت کردی.
- ب: (با صدایی کمی آرام) اما چه توضیحی برای این دارین که اون یارو همکارم در مورد انگشتان پرکار من گفت، اینکه همگی به آهستگی تایپ می‌کردن؟

۶. م: نمی‌دونم. ولی بذار چندتا سؤال بیرسم. از وقتی اونجا کار می‌کردی، چند نفر در آن ماه شروع به کار کردن؟
- ب: شش نفر از بین سی نفر.
۷. م: خب دقت کن. در شغلی مثل شغل تو که این همه تغییر و جایگزینی صورت می‌گیره، چطور ممکنه یه مسئول واحد، چند نفر رو جمع کنه که فقط برای آزار دادن تو آهسته تاپ کنن؟ چطور ممکنه بتونن چنین کاری بکنن؟ همهٔ اونا باید اینطوری فکر کنن که: اگه این کار رو در مورد جورجیا بکنم، دیگران هم همین کار رو در مورد ما می‌کنن. (استفاده از تمایلات آسیب و گزند جورجیا برای از بین بردن عقاید هدیانی او).
- ب: من همون شب راجع به این فکر کردم. باز هم فکر کردم، نه، نه، همهٔ اون جریان‌ها واقعیت داشت.
۸. م: بله واقعی بودن. دلیلی برای اینکه بگویی این‌طور نبوده وجود نداره، حق داری. تو خطایی کردی، مسئول تو هم خطا کرد که اشتباه تو رو نادیده گرفت. من هم اشتباه کردم که داروی تو رو قطع کردم. چون این دارو به تو کمک می‌کرد بتونی بین آنچه در بیرون و درون تو اتفاق می‌افته، فرق بذاری. پس همهٔ ما اشتباه کردیم. بذار، اشتباهات رو اصلاح کنیم. من به تو یه نسخهٔ جدید می‌دم و تا چند هفته بعد دیگه این حالت‌ها اتفاق نمی‌افتن.
- ب: (سرشو تکون می‌ده) دکتر، نمی‌تونم باور کنم که فکر می‌کنی من پارانوییدم.
۹. م: می‌دونم که نمی‌تونی و انتظار ندارم چیزی که گفتم رو باور کنی. حتی ممکنه فکر کنی من هم با اونا.
- ب: بله، این از ذهنم گذشت، فکر کردم اونا با شما صحبت کردن.
۱۰. م: بله، این از ذهنت گذشت. تو نمی‌تونی طور دیگه‌ای فکر کنی.
- ب: (با تنش کمتر) اونا واقعاً با شما صحبت کردن؟
۱۱. م: می‌خوای همین الآن به مسئولت زنگ بزنی؟
- ب: اما دکتر، اونا هیچ‌وقت اینو قبول نمی‌کنن.
۱۲. م: فکر نمی‌کنی اونا فقط راجع به اشتباه تو با هم صحبت کردن، نه اینکه بخوان تو رو به این شکل تنبیه کنن؟
- ب: هوم ... فکر می‌کنم این‌طور باشه ...