

اصول مصاحبه



بالینی

جلد اول - اکهارد اوتمر،
زیگلیند اوتمر



مذاآنها
مجموعه خلاصه کتاب های

دوستان شما و کسانی که موفقیت شما برایشان مهم است، برای تهیه این مجموعه زحمات بسیاری کشیده اند، تا رویاهایتان برای ساختن یک زندگی پربار برای خودتان و ساختن زندگی زیبا تر برای دیگران به عنوان یک روانشناس، دست یافتنی تر باشد.

سپاسگزاریم که با رعایت حقوق مولفان و عدم انتشار غیرقانونی کتاب ها یا بخشی از آن ها، به هر شکل (دست نویس، کپی و فایل الکترونیکی) و خرید کتاب از مراکز مجاز، قدردان این زحمات هستید و حقوق شرعی و قانونی پدیدآورندگان (قانون حمایت از مولفین، مصوب ۱۳۴۸) را رعایت می کنید.

اصول مصاحبه بالینی

مؤلف و گردآورنده

ناشر و صاحب امتیاز

مدیر تولید و ناظر چاپ

مدیر هنری

طراحی، صفحه آرایی و حروف چینی

مدیر پروژه و ناظر تألیف

ویرایش فنی و علمی

سرپرست شورای سیاست گذاری

دبیر شورای تألیف و ناظر علمی

آدرس

گروه تألیف و گردآوری روان آموز

نشر روان آموز

جلال پیرداد

عاطفه حیدری مقدم

واحد گرافیک روان آموز

مهسا عدالتیان شعرباف

تیم ویراستاران روان آموز

دکتر محمد امیدی فرد

دکتر زینب خجوی

دفتر مرکزی: تهران - اقدسیه - بزرگراه ارتش

واحد اداری لجسیک مشهد - بزرگراه وکیل آباد - بولوار هفت تیر

صاپست ۱۰۷۷۰۸۰

صندوق پستی

تماس با ما

☎ ۰۲۱ ۸۲۸ ۰۸۱ ۸۰ **in** **company/ravanamooz**

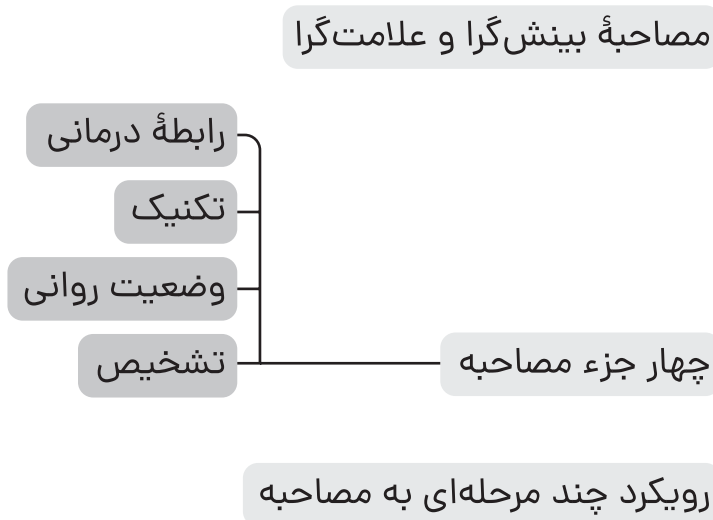
📞 ۰۹۳۰ ۱۰۳ ۷۷ ۷۸ **🌐** **www.ravanamooz.ir**

📧 **ravanamooz** **📷** **ravanamooz_team**

- ۴ فصل اول: آغاز سخن: چهارچوب
- ۸ فصل دوم: راهبردهای ایجاد رابطه
- ۱۵ فصل سوم: راهبردهای کسب اطلاعات
- ۲۴ فصل چهارم: سه روش برای ارزیابی وضعیت روانی
- ۴۶ فصل پنجم: آزمون
- ۶۱ فصل ششم: گام‌های پنج‌گانه برای تشخیص‌گذاری
- ۷۷ فصل هفتم: پنج مرحله و چهار جزء: چگونگی ترکیب آن‌ها با هم
- ۸۴ فصل هشتم: بیمار مشکل
- ۸۷ فصل نهم: مصاحبه برای اختلالات بالینی
- ۹۸ فصل دهم: مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات شخصیت»

فصل اول

آغاز سخن: چهارچوب



مصاحبه بینش‌گرا و علامت‌گرا

دو نوع مصاحبه داریم:

۱) **مصاحبه بینش‌گرا:** مبتنی بر این نظریه است که تعارضات روانی دوران کودکی عامل آسیب می‌باشند. این عوامل به روان فرد صدمه می‌زند، اعمال او را مختل می‌کند، ادراکات وی را تحریف کرده و باعث علائم و رفتارهای ناسازگارانه می‌شود. در این مصاحبه سعی می‌شود پرده از تعارضات ناخودآگاه برداشته شود و بیمار با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی با این موضوع مقاومت می‌کند. بنیان‌گذار این مصاحبه زیگموند فروید است. روش‌هایی که در این مصاحبه استفاده می‌شود، عبارت‌اند از: تعبیر رویا و تداعی آزاد، جستجو و کشف اضطراب‌ها، رویارو کردن بیمار با رفتارهایش نسبت به دیگران، مشخص کردن دفاع‌ها و تحلیل مقاومت. هدف مصاحبه‌گر هم تشخیص و هم درمان است.

۲) **مصاحبه علامت‌گرا:** این مصاحبه اظهار دارد که اختلالات روانپزشکی به صورت مجموعه‌ای از علائم و رفتارها ظاهر شده، دوره‌ای مشخص و قابل پیش‌بینی دارند، واکنش مشخصی نسبت به درمان نشان می‌دهند و معمولاً یک رخداد خانوادگی می‌باشد. وراثت و یادگیری نیز در ایجاد این رخداد خانوادگی نقش دارند. هدف مصاحبه علامت‌گرا طبقه‌بندی شکایت‌های بیمار براساس طبقات تشخیصی معین است. مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری بیمار، طریقه مواجهه بیمار با

اختلالی که دارد، وضعیت پزشکی و مشکلات روانی اجتماعی محیطی بیمار بررسی می‌شود. در این مصاحبه از سیستم تشخیص چندمحوری استفاده شده است: عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات شخصیت (محور ۲)، وضعیت طبی و عمومی (محور ۳)، مشکلات محیطی روانی اجتماعی (محور ۴)، ارزیابی کلی سطح کارکرد (محور ۵) و کارکرد دفاعی (محور پیشنهادی ۶). این رویکرد در DSM-5 تغییر کرد و سیستم چندمحوری حذف شد. این مصاحبه در کارهای کرپلین نیز به چشم می‌خورد. به‌طور خلاصه، مصاحبهٔ بینش‌گرا و علامت‌گرا، اهداف متفاوتی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی دارند. مصاحبهٔ بینش‌گرا با رویکردی تفسیری، علائم و نشانه‌ها و رفتارهای بیمار را توضیح می‌دهد. مصاحبهٔ علامت‌گرا با رویکردی توصیفی، علائم و نشانه‌ها را برای دسته‌بندی اختلالات، طبقه‌بندی می‌کند. شخصیت، تعارض‌ها و مشکلات زندگی بیمار با رویکرد بینش‌گرا و اختلالات شخصیت و اختلالات روانپزشکی با روش توصیفی بهتر ارزیابی می‌شوند. بلویر اولین روان‌پزشکی بود که این دو رویکرد را تلفیق نمود. بسیاری از روان‌پزشکان از این رویکرد تلفیقی پیروی می‌کنند که به آن روان‌پزشکی التقاطی نام نهادند. چنین رویکرد دو مرحله‌ای به‌طور جدی تضمین می‌کند که مصاحبهٔ کاملاً با نیازهای بیمار هماهنگ باشد.

چهار جزء مصاحبه

۱) رابطهٔ درمانی: چگونگی برقراری ارتباط بین بیمار و مصاحبه‌گر. کجا، کی، چرا و چگونه اهمیت دارد. در مصاحبهٔ بینشی رابطه بر اساس انتقال و انتقال متقابل و در رویکرد توصیفی بر اساس تعامل بین مصاحبه‌گر و بیمار تعیین می‌شود.

۲) تکنیک: شیوه‌هایی که با آن مصاحبه‌گر رابطهٔ درمانی را ایجاد و اطلاعات کسب می‌کند. هر دو نوع مصاحبه از تکنیک استفاده می‌کنند؛ مصاحبهٔ بینش‌گرا با تداعی آزاد، رویاروکردن و تفسیر و مصاحبهٔ توصیفی بر ارزیابی علائم، رفتارها و اختلال در کارکردهای روانی.

۳) وضعیت روانی: به معنای حالت کلی روانی فرد هنگامی که با او مصاحبه می‌شود. مصاحبهٔ توصیفی بر کارکردهای روانی حرکتی، گفتار، عاطفه، خلق، تفکر و محتوای تفکر، حافظه، موقعیت سنجی، بینش و قضاوت تأکید دارد و مصاحبهٔ بینش‌گرا بر مکانیسم‌های دفاعی و تعارضات اساسی بیمار.

۴) تشخیص: در مصاحبهٔ بینش‌گرا تعارض‌ها و الگوهای رفتاری ناخودآگاه مشخص می‌شوند و در مصاحبهٔ علامت‌گرا مجموعه‌ای از علائم که با ملاک‌های تشخیصی اختلالات متناسب باشند.

رویکرد چندمرحله‌ای به مصاحبه

مصاحبه فرایندی است که در زمان رخ می‌دهد. اغلب کتاب‌ها، چه متون روان‌پویایی و چه متون

توصیفی مصاحبه را به سه مرحله تقسیم کرده‌اند:

- (۱) **شروع و بازگشایی:** مصاحبه‌گر بیمار را آماده می‌کند و رابطه درمانی را ایجاد می‌کند.
 - (۲) **مرحله میانی:** قسمت اعظم مصاحبه و بیشترین زمان را به خود اختصاص می‌دهد.
 - (۳) **مرحله پایانی:** بیمار برای اتمام مصاحبه آماده می‌شود، مطالب هیجان‌انگیز مطرح نمی‌شود و دورنمایی از آینده بیمار به‌طور خلاصه در اختیار وی قرار می‌گیرد.
- فرایند مصاحبه معمولاً پنج مرحله را دنبال می‌کند و زمانی که فرایند مصاحبه مختل شود، مصاحبه‌گر باید استراتژی خود را اصلاح کند.

(۱) آماده‌کردن و غربال مشکل

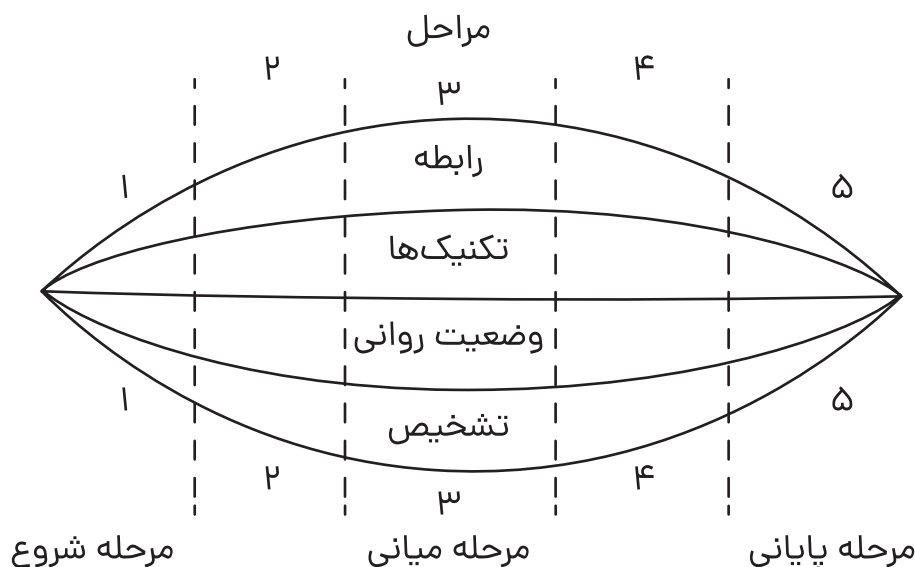
(۲) پیگیری نظرات اولیه

(۳) تاریخچه روان‌پزشکی

(۴) تشخیص و پس‌خوراند

(۵) پیش‌آگهی و قرارداد درمانی

این پنج مرحله و ادغام آن‌ها با چهار جزء مصاحبه را در شکل زیر می‌بینید:



گذرگاه فصل

- در این فصل چهارچوب و منطق مصاحبه تشخیصی توصیفی مطرح شد، سپس مصاحبه روان‌پویایی بینش‌گرا و مصاحبه توصیفی علامت‌گرا با یکدیگر مقایسه شدند. مصاحبه بینش‌گرا، مبتنی بر این نظریه است که تعارضات روانی دوران کودکی عامل آسیب می‌باشد. مصاحبه علامت‌گرا، اظهار دارد که اختلالات روان‌پزشکی به‌صورت مجموعه‌ای از علائم و رفتارها ظاهر شده، دوره‌ای

- مشخص و قابل پیش‌بینی دارند، واکنش مشخصی نسبت به درمان نشان می‌دهند و معمولاً یک رخداد خانوادگی می‌باشد. وراثت و یادگیری نیز در ایجاد آن نقش دارد.
- مصاحبه دارای چهار جزء می‌باشد: رابطه، تکنیک، وضعیت روانی و تشخیص. معمولاً فرایند مصاحبه نیز دارای پنج مرحله است: آماده‌کردن و غربال مشکل، پیگیری نظرات اولیه، تاریخچه روان‌پزشکی، تشخیص و پس‌خوراند، پیش‌آگهی و قرارداد درمانی.
 - زمانی که فرایند مصاحبه به علت وجود یک آسیب روانی مختل شود، مصاحبه‌گر باید استراتژی خود را اصلاح کند.

برگردان

insight oriented	بینش‌گرا
symptom oriented	علامت‌گرا
descriptive psychodiagnostic interview	مصاحبه تشخیصی توصیفی
rapport	رابطه
technique	تکنیک
mental status	وضعیت روانی
trans ference	انتقال
countertrans ference	انتقال متقابل
difficult patient	بیمار مشکل

فصل دوم

راهبردهای ایجاد رابطه

بیمار و خود را در شرایط آسوده‌ای قرار دهید.

رنج و ناراحتی بیمار را دریابید و نسبت به آن دلسوزی نشان دهید.

بینش بیمار را ارزیابی کرده و با بیمار همراه شوید.

توانایی و مهارت خود را نشان دهید.

نقش هدایت‌گر را اعمال کنید.

نقش‌های درمانگر

نقش‌های بیمار

نقش‌ها را متعادل کنید.

اولین جزء مصاحبه ایجاد رابطه است که دارای شش مرحله می‌باشد:

۱) بیمار و خودتان را در شرایط راحت و آسوده‌ای قرار دهید.

۲) رنج و ناراحتی بیمار را بیابید و نسبت به آن واکنش شفقت‌آمیزی نشان دهید.

۳) بینش بیمار را ارزیابی کنید و سعی کنید همراه بیمار باشید.

۴) توانایی و کفایت خود را نشان دهید.

۵) نقش هدایت‌کننده را در مصاحبه اعمال کنید.

۶) در محیط درمانی نقش‌ها را متعادل کنید.

بیمار و خودتان را در شرایط راحت و آسوده‌ای قرار دهید.

برای شروع مصاحبه از یک محاوره ساده استفاده کنید. اولین هدف این است که بیمار را اندکی بشناسید و بتوانید رابطه را تشکیل دهید. ابتدا خود را معرفی کنید و از او نام و تلفظ خاص نام او را بپرسید. بررسی کنید آیا ترجیح می‌دهد او را با نام کوچک بخوانید یا نام خانوادگی. در مورد بیماران سایکوتیک، وابسته و بسیار مضطرب از این سوال که آیا دوست دارد با نام کوچک

یا نام خانوادگی مورد خطاب قرار گیرد، پرهیز کنید.

با خواندن نشانه‌ها، رفتارهای غیرکلامی، صدا و نحوه بیان بیمار می‌توانید بفهمید که هرکاری را چه زمانی انجام دهید. مثلاً بعضی بیماران اضطرابی مایلند سراسر مطلب برونند. بعضی از بیماران وسواسی نیز فکر می‌کنند چنین گفتگوهایی وقت تلف کردن است.

احتمالاً همینگوی به بهترین وجه، نحوه شروع صحبت را بیان کرده است. او می‌گوید: با زبان بیمار با او صحبت کنید. در صورت ناموفق بودن این روش سعی کنید راجع به موضوعاتی مانند زادگاه فرد، محلی که در آن بزرگ شده و مطالبی که آشناتر و با آن راحت‌تر هستند، سؤال کنید و به این ترتیب یک صحبت معمولی را شروع کنید.

نشانه‌ها را تشخیص دهید.

لحظه‌ای که شما یک بیمار جدید را ملاقات می‌کنید، وضعیت روانی بیمار می‌تواند به وسیله نشانه‌ها بیان شود. یک نشانه، زبان غیرکلامی چهره، بدن و صدا است که معمولاً به سختی می‌توان آن‌ها را کنترل کرد. نشانه‌ها به چهار دسته تقسیم می‌شوند:

۱) **مربوط به قلمرو (مکانی-حرکتی):** اینکه چگونه بیمار وارد اتاق می‌شود؛ مثلاً اگر خجالتی باشد از نزدیک شدن به شما اجتناب می‌کند، صندلی کنار درب را انتخاب می‌کند و از دست دادن با شما خجالت می‌کشد.

۲) **رفتاری (روانی حرکتی):** منطبق با مکانی-حرکتی است؛ مثلاً بیمار کمرو فقط به لباسش نگاه می‌کند و از تماس چشمی با شما اجتناب می‌کند.

۳) **هیجانی (تظاهرات هیجانی):** به صورت ژست‌ها، تظاهرات چهره‌ای، تماس چشمی و تون صدا بیان می‌شوند.

۴) **کلامی (صدا و حالت بیان):** به وسیله انتخاب کلمات خاص مشخص می‌شوند. بیمار ممکن است مشکل خود را به صورت دیداری، جنبشی، شنیداری و یا بسیار انتزاعی مطرح کند. (دیداری: هیچ روزنه‌ی امیدی وجود ندارد، همه چیز سرد به نظر می‌رسد؛ جنبشی: احساس می‌کنم گیر افتادم، دارم خفه می‌شم، همه درها به سویم بسته شده؛ شنوایی: دلم می‌خواد فریاد بزنم، انگار همه چیز را از فاصله خیلی دور می‌شنوم؛ انتزاعی: افسرده‌ام، نمی‌تونم تمرکز داشته باشم، اراده ندارم.) هنگامی که بیمار از زبان دیداری، شنیداری، جنبشی یا انتزاعی استفاده می‌کند، شما هم از همان زبان استفاده کنید.

به نشانه‌ها واکنش نشان دهید.

در بعضی از موارد می‌توانید بیمار را به نشانه‌هایش آگاه سازید. مثلاً کمی از بیماری که خیلی فضول

است فاصله بگیرید و به او بگویید چرا اون طرف نمی‌نشین؟ این‌طوری ما راحت‌تر می‌توانیم صحبت کنیم. براساس پژوهش‌های انجام شده نیز ابراز هیجان‌های قوی و یا فقدان چنین ابرازی از سوی مصاحبه‌گر، ممکن است مانع واکنش‌های هیجانی بیمار شوند ولی ابراز هیجان در حد متوسط می‌تواند واکنش‌های هیجانی بیمار را تسهیل کند.

رنج و ناراحتی بیمار را دریابید و نسبت به آن دلسوزی نشان دهید.

مشکلات بیمار معمولاً دو جنبه دارند: واقعیت‌ها و هیجان‌های همراه آن

رنج و ناراحتی بیمار را ارزیابی کنید.

برای تعیین طرقی که رنج و ناراحتی بیمار را دریابید می‌توانید سؤالات زیر را بپرسید: چه چیزی شما رو ناراحت می‌کنه؟ یا چه چیزی رو دارین تحمل می‌کنین؟ هنگامی که بیمار مشکلاتش که آن را شکایت اصلی می‌نامند، بیان می‌کند به بیمار کمک کنید تا ناراحتی و رنج خود را با کلمات بیان کند، برای مثال از وی بپرسید که این مشکل چه احساسی بهت داد؟ به بیمار فرصت دهید به طور آزادانه‌ای راجع به ناراحتی خود صحبت کند. اینکار به شما فرصت می‌دهد تا خلق و عاطفه بیمار را ارزیابی کنید و نشان می‌دهد که شما به احساسات او علاقه‌مند هستید و این مطلب کمک می‌کند تا به یکدیگر نزدیک‌تر شوید و رابطه عمیق‌تر می‌شود.

با همدلی واکنش نشان دهید.

به بیمار بگویید که ناراحتی او را درک کرده‌اید و نسبت به او همدلی نشان دهید. رفتار مهربانانه، شفقت و همدلی تا حد زیادی رابطه را تسهیل می‌کند.

بینش بیمار را ارزیابی کنید و با بیمار همراه شوید.

سطوح بینش: دیدن مشکلات از دیدگاه بیمار همان بینش اوست. استفاده از بینش بیمار دو دلیل دارد: به مشکلات او از نقطه نظر خودش نگاه می‌کنید و فاصله بین درجه بینش بیمار و بینش کامل را به عنوان وسیله سنجش آزمون واقعیت به کار می‌گیرید.

بینش سه سطح دارد: بینش کامل، بینش نسبی و فقدان بینش.

بینش کامل: علائم روان‌پزشکی خود را نتیجه یک اختلال می‌داند.

بینش نسبی: در مقابل، بیماران سایکوتیک مبتلا به اسکیزوفرنیا، بیماران دوقطبی یا مبتلا به افسردگی اساسی اغلب از بیمار بودن خود ناآگاهند و همچنین، سوء مصرف‌کنندگان مواد که تأثیر بیماری‌شان را بر خود و محیط‌شان انکار می‌کنند. همچنین بیمارانی که می‌دانند که یک جای کار