

مصاحبه تشخیصی

بر اساس DSM-5-TR

فهرست مطالب

۷	یادداشتی از مترجمان.....
۹	مقدمه.....
۱۱	بخش اول مباحث عمومی.....
۱۲	فصل ۱ مبانی و مباحث پیرامون آن در مصاحبه بالینی و تشخیصی.....
۳۶	فصل ۲ راهبردهای مصاحبه، تفاهم و همدلی.....
۶۳	فصل ۳ مشکل اصلی، تاریخچه مشکل اصلی و تاریخچه اجتماعی.....
۸۳	فصل ۴ معاینه وضعیت روانی.....
۱۱۱	فصل ۵ ملاحظات عوامل نوروسایکولوژی در مصاحبه.....
۱۳۵	بخش دوم اختلالات معین.....
۱۳۶	فصل ۶ اختلالات اضطرابی.....
۱۶۲	فصل ۷ اختلال وسواسی-جبری و اختلالات مرتبط.....
۱۸۶	فصل ۸ اختلالات مرتبط با تروما و عوامل استرس‌زا.....
۲۲۰	فصل ۹ اختلالات افسردگی.....
۲۴۷	فصل ۱۰ اختلالات دوقطبی.....
۲۷۰	فصل ۱۱ اسکیزوفرنیا.....
۳۰۳	فصل ۱۲ اختلالات شخصیت.....
۳۳۶	فصل ۱۳ اختلالات مصرف مواد.....
۳۶۰	فصل ۱۴ کژکاری‌های جنسی، نارضایتی جنسیتی و اختلالات پارافیلیک.....
۳۸۵	فصل ۱۵ اختلالات خوردن.....
۴۱۳	فصل ۱۶ اختلالات تجزیه‌ای.....
۴۳۸	بخش سوم جمعیت‌های خاص.....
۴۳۹	فصل ۱۷ کودکان.....
۴۶۷	فصل ۱۸ سالمندان.....
۴۹۴	فصل ۱۹ مصاحبه‌گری در روان‌شناسی سلامت و محیط‌های پزشکی.....
۵۱۷	واژه‌نامه.....
۵۳۰	نمایه.....

تقدیم به

تک تک آنانی که رنج‌هایشان را با بیماری

به ما نشان دادند تا به من بیاموزند راه و رسم درمانگری را

یادداشتی از مترجمان

دانش طبقه‌بندی مشکلات روان‌شناختی از دیرباز مورد توجه روان‌پزشکان و روان‌شناسان بوده است. از زمان شکل‌گیری اولین دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) تا به امروز همواره شاهد تغییرات اساسی در حوزه طبقه‌بندی بیماری‌های روانی بوده‌ایم. با وجود نقدهای مختلفی که به DSM شده است، اما سامان‌دهی دقیق و مبتنی بر شواهد تمام مشکلات روان‌شناختی و معرفی یک چارچوب مشخص برای بالینگران از نظر نگارنده این اثر کار بسیار ارزشمند و قابل تأملی به حساب می‌آید چراکه ایجاد یک زبان مشترک برای بیان و گفت‌وگو در مورد مفاهیم مختلف در هر حوزه علمی راه را برای مطالعه، نقد و در نتیجه ابطال‌پذیر بودن مفاهیم هموارتر خواهد کرد. در نتیجه، همزمان با سیر تحولات در DSM، اصول ارزیابی و مصاحبه بالینی که همواره ابزار کار بالینگران بوده است نیز تغییراتی به خود دیده است.

با وجود تعریف واحدهای درسی برای بالینگران، اغلب دانشجویان و بالینگران تازه‌کار در چگونگی انجام مصاحبه بالینی دچار سردرگمی و گاهی اوقات ناامیدی می‌شوند. معمولاً دانشجویان گزارش می‌دهند مطالبی که در کلاس‌های درس خود گذرانده‌اند، با آنچه که در عمل با بیماران مواجه می‌شوند، متفاوت است و صرف‌گذازدن دوره کوتاه و محدودی از واحد درسی مصاحبه بالینی، مهارت‌های بالینی لازم را در اختیار این دانشجویان قرار نمی‌دهند. همچنین در این دوره‌ها فرصتی برای آموزش تکنیک‌های مصاحبه بالینی، ویژه بیماران مختلف روان‌پزشکی برای اساتید وجود ندارد. بر همین اساس، کتابی که بتواند این شکاف را پر کند و دانش و مهارت‌های مصاحبه تشخیصی و بالینی را به شکلی استاندارد آموزش دهد، یک ضرورت است. ارزیابی و مصاحبه مقدماتی، در اصل چراغ راهنمای مداخلات درمانی علمی و روشمند به حساب می‌آید.

نظریه‌ها و رویکردهای مختلف، روش‌های گوناگونی را برای مصاحبه تشخیصی و بالینی پیشنهاد کرده‌اند. در کنار نظریات مختلف موجود، سگال و همکاران در اثر «مصاحبه تشخیصی» سعی کرده‌اند مفاهیم و اصول اولیه مصاحبه تشخیصی را به زبانی علمی اما ساده و غیر متعصبانه در اختیار خوانندگان قرار دهند. در این کتاب شما نه تنها با این مفاهیم بلکه با نکات مهم و باید‌ها و نبایدهای موجود در قسمت‌های مختلف مصاحبه و تجارب نویسندگان آشنا می‌شوید و علاوه بر آن اصول مصاحبه مربوط به هر اختلال در فصول مجزایی آورده شده است و همچنین برای درک بهتر این مفاهیم از نمونه‌های بالینی در قالب گفتگوهای کوتاه میان درمانگر و مراجع استفاده شده است که همه این موارد به یادگیری عملی‌تر و عمیق‌تر مطالب کمک کرده است. این کتاب در سه بخش ارائه شده است. بخش اول به مفاهیم و تعاریف، مهارت‌های لازم برای مصاحبه، اجزای مصاحبه تشخیصی و بالینی و مصاحبه در بافت نوروسایکولوژی پرداخته است. بخش دوم و طولانی‌ترین بخش، به طور جداگانه به طبقه‌بندی‌ها و اختلالات روانی مهم می‌پردازد و هر کدام را به تفصیل بررسی می‌کند و نکات پیرامون تشخیص هر کدام را ذکر می‌کند. بخش سوم و منحصربه‌فرد این کتاب، جمعیت‌های مهمی که یک بالینگر در طول کار حرفه‌ای خود، به احتمال زیاد با آن‌ها برخورد

می‌کند و باید با آن‌ها کار کند (جمعیت کودکان، سالمندان و موارد پزشکی) را مورد بررسی قرار می‌دهد. ترجمه حاضر حاصل یک کار گروهی است. یقین دارم ترجمه این اثر بدون حضور دانشجویان امروز و روان‌شناسان فردای این سرزمین، آقای محمد سلیمانیان و خانم سارا بابایی، امکان‌پذیر نبود. دانشجویان عزیزم که با دقت نظر و پشتکار قابل‌تحسین، تا پایان این اثر در کنار من بودند، تا امروز بتوانیم این اثر را به هموطنان فارسی‌زبان خود تقدیم کنیم.

لازم به ذکر است که با توجه به ویرایش جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) و تغییرات به عمل آمده در آن که با نام DSM-5-TR منتشر شد، مترجمین کتاب حاضر را برای بررسی و اعمال تغییرات لازم بازخوانی کردند. این کتاب به لحاظ محتوا هیچ‌گونه مغایرتی با نسخه DSM-5-TR ندارد. در آخر از انتشارات خوب و حرفه‌ای ارجمند برای حمایت و همراهی در ترجمه و چاپ این کتاب تشکر می‌کنیم.

دکتر مهدی ایمانی

استادیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

محمد سلیمانیان

سارا بابایی

مقدمه

سه ویرایش نخست این کتاب، مایکل هرسن و سمئول ام. ترنر را به‌عنوان ویراستارانش در اختیار داشت. بعد از فوت نابهنگام سم، مایکل از من برای پیوستن به تیم دعوت کرد و ما با همکاری یکدیگر ویراست چهارم این کتاب را ویرایش کردیم، که در سال ۲۰۱۰ به چاپ رسید. هم‌اکنون که مایکل بازنشست شده است، من به‌عنوان تنها ویراستار این ویرایش پنجم و جدید کتاب باقی‌مانده ام. با این وجود، من به سم و مایکل به خاطر پروراندن ایده این کتاب و اینکه به من فرصتی دادند که بتوانم در تکامل ادامه‌دار آن نقشی داشته باشم، یک تشکر بدهکارم. مایکل از زمانی که ما یکدیگر را در سال ۱۹۹۲ دیدیم، یک راهنما و دوست بسیار خوبی برای من بوده است و به خاطر تمام چیزهایی که به من درباره نوشتن، انتشار، سرپرست بودن، راهنما بودن و درس دادن آموخت، بسیار سپاسگزارم.

همان‌طور که در ویرایش اول این کتاب نیز گفته شد، یکی از دشوارترین نقاط عطف در کار یک بالینگر تازه‌کار تکمیل مصاحبه اول با مراجعی واقعی (در مقابل ایفای نقش با دیگر دانشجویان) است. به طور کلی، چنین اقدامی مملو از نگرانی است. اما اگر مصاحبه به‌خوبی پیش برود، خوشحالی بسیار در پی دارد. از طرف دیگر، اگر مصاحبه به جایی نرسد یا بد از آب درآید، در بالینگر دلواپسی بسیاری وجود خواهد داشت و معمولاً با مقدار زیادی بازخوردهای سازنده از طرف سوپروایزر همراه خواهد شد. صرف نظر از اینکه قبل از مصاحبه چقدر آمادگی کسب شده باشد، بالینگر تازه‌کار به‌طور طبیعی پیرامون این اقدام نگران و دلواپس باقی می‌ماند. بنابراین، ویرایش جدید مصاحبه تشخیصی، همانند ویرایش‌های قبل، بر ارائه یک ساختار و راهنمای صریح برای بالینگران تازه‌کار و باتجربه به‌منظور مشارکت موفقیت‌آمیز با مراجعین متنوع و مشکلات متفاوت در محیط‌های گوناگون مصاحبه، متعهد باقی می‌ماند. من صادقانه امیدوارم که در میان صفحات این کتاب، درهای دانش بسیاری به روی خوانندگان آن گشوده شود و این کتاب به آن‌ها کمک کند که بالینگر بهتری شوند.

به دلیل بازخوردهای مثبت به چهار ویرایش اول این کتاب، ویراستار ما در نشر اسپرینگر، شارون پنولا و من تصمیم گرفتیم که وقت آن رسیده است تا محتوای کتاب را به‌روز کنیم. با این حال، پیش‌فرض اصلی مبنی بر اینکه چنین کتابی با این ماهیت لازم است شامل منطق نظری، توضیحات بالینی و راهنمای عملی در «چگونگی» بشود، همانند گذشته به قوت خود باقی است. در نتیجه، خوانندگان میان ویرایش پنجم و جدید کتاب و ویرایش‌های قبلی آن هماهنگی و سازگاری را خواهند یافت. ما همچنان معتقدیم که دانشجویان قطعاً باید مطالبی که در اینجا تحت پوشش قرار گرفته است را تحت سرپرستی کامل بخوانند. ما به‌ویژه نگرانیم که در آموزش بالینی دانشجویان فارغ التحصیل ما، متأسفانه به مصاحبه‌گری هنوز هم توجه کافی نمی‌شود. با توجه به اینکه مصاحبه‌گری خوب در ادامه به هدف‌های بالینی و پژوهشی مناسب منجر می‌شود، اما ما همچنان اهمیت بالینی آموزش این حوزه را دست‌کم می‌گیریم.

سال‌های زیادی از انتشار ویرایش اول این کتاب می‌گذرد و پیشرفت‌های زیادی در این حوزه حاصل شده

است، از جمله بازبینی و اصلاحات مکرر در سیستم طبقه‌بندی و تشخیصی DSM. با این حال، ساختار کلی ویرایش جدید این کتاب همانند ساختار ویرایش‌های قبلی آن است، بخش اول کتاب به مباحث عمومی می‌پردازد، بخش دوم به اختلالات خاص و بخش سوم در رابطه با جمعیت‌های خاص است. بخش‌های دوم و سوم به‌طور کلی از ساختار زیر پیروی می‌کنند:

۱. توصیف اختلال، مشکل و یا جمعیت خاص
۲. روش‌های جمع‌آوری اطلاعات
۳. پیشنهادهای برای سنجش رسمی
۴. شرح حال‌های موردی
۵. تأثیر جنسیت، نژاد، فرهنگ، سن و دیگر جنبه‌های گوناگونی
۶. اطلاعات ضروری برای تشخیص‌گذاری
۷. باید و نبایدها
۸. خلاصه
۹. منابع

افراد بسیاری در شکل‌گیری و تولید این ویرایش جدید مشارکت داشتند. اول از همه، می‌خواهم از همکاران برجسته‌مان تشکر کنم که تجربه و تخصص بالینی و پژوهشی خود را با ما به اشتراک گذاشتند. دوم، از سیلوانا راجیرلو و چیترا گوپالراج به خاطر کمک‌های تخصصی و کارهای عالی آن‌ها در هدایت تولید این کتاب تشکر می‌کنم. سوم، از همکارانم در دپارتمان روان‌شناسی و دوستانم در دانشگاه کلرادو در کلرادو اسپرینگز (UCCS) به خاطر حمایت‌شان تشکر می‌کنم و همچنین از دانشجویانم در UCCS که از آن‌ها بسیار آموختم، سپاسگزارم. در آخر، بار دیگر از دوستانم و ویراستار نشر اسپرینگز، شارون پنولا، برای اطلاع از نیاز برای ویرایش جدید متن کتاب و به‌خاطر اشتیاق و انگیزه‌ی مستمر ایشان و حمایت از این اقدام، تشکر می‌کنم.

کلرادو اسپرینگز، کلرادو، آمریکا

دنیل ال. سگال

بخش اول

مباحث عمومی

مبانی و مباحث پیرامون آن در مصاحبه بالینی و تشخیصی

دنیل ال. سگال، آندریا جون و ماریسا پیفر

بالینگر) می‌شود اما غیرعقلانه است که فکر کنیم بالینگران ابتدا مصاحبه را کامل می‌کنند و سپس شروع به درمان می‌کنند. بلکه درست‌تر آن است که مصاحبه بالینی را به‌عنوان بخشی جاری و مداوم فرایند درمانی در نظر بگیریم (هوک و همکاران، ۲۰۱۰). برای بالینگر تازه‌کار، مدیریت محتوا و فرایند مصاحبه می‌تواند وظیفه‌ای دلهره‌آور به نظر برسد به طوری که فرد اغلب دچار اضطرابی قابل‌ملاحظه می‌شود. با این حال، به‌وسیله راهنمایی، کار مبتنی بر بازخورد^۱ و خود-بازگردانی^۲ نقاط قوت بالینی خود و توسعه مداوم مهارت‌ها، بسیاری از بالینگران مبتدی متوجه می‌شوند که به مرور زمان قادر به اصلاح مهارت‌های مصاحبه‌گری خود هستند و با فرایند مذکور راحت‌تر می‌توانند برخورد کنند. یقیناً وقتی در این کار خبره شدند، مهارت‌های مصاحبه بالینی و تشخیصی به بخش مهمی از مجموعه مهارت‌های بالینگر تبدیل می‌شوند. هدف از فصل پیش رو این است که برخی عوامل کلیدی را که می‌توانند باعث بهبود فرایند مصاحبه شوند، بحث و بررسی کنیم. مروری که در این فصل از مباحث اساسی در مصاحبه بالینی ارائه شده است، زمینه را برای فصل‌های بعدی این کتاب فراهم می‌کند که درک عمیقی در حوزه‌های اصلی مصاحبه بالینی و تشخیصی، از جمله رویکردهای

به‌طور قطع یکی از بارزترین مهارت‌ها در میان متخصصان سلامت روان، توانایی اجرای مصاحبه‌ای مؤثر و کارآمد بالینی و تشخیصی است. در طول مصاحبه، بالینگر متوجه مشکلات و مسائلی که مراجع تجربه کرده است، می‌شود و شروع به تشکیل پایه‌های یک رابطه درمانی حرفه‌ای و شفاف‌بخش می‌کند. هرچند این استعاره بدیعی نیست، اما کار یک مصاحبه‌گر در تشخیص مشکلات مراجع، ممکن است مشابه با این بخش از کار یک کارآگاه باشد که در حال تلاش برای جمع‌آوری اطلاعات کافی و سازمان‌دهی نشانه‌ها برای «حل یک معما» است. مهم‌ترین نکته از استعاره کارآگاه این است که مصاحبه‌کنندگان مؤثر (کارآگاهان) توسط کنجکاوی طبیعی خودشان (اینکه واقعاً بدون توجه به اینکه چقدر دردآور و ناراحت‌کننده است خواهان فهمیدن تمام جنبه‌های تجربه مراجع باشند) و همچنین با ملاحظه به رویکرد خود (توسط یک سری اصول و برنامه‌ها برای جمع‌آوری اطلاعات هدایت شوند و همچنین به‌طور هم‌زمان ارتباطی عاطفی با مراجع برقرار کنند) به‌خوبی هدایت می‌شوند.

به‌طور گسترده، مصاحبه بالینی پایه و اساس همه فعالیت‌های بالینی در مشاوره و روان‌درمانی تلقی می‌گردد (هوک، هاجز، سگال و کولبیچ، ۲۰۱۰؛ سگال، مکس‌فیلد و کولبیچ، ۲۰۰۸). به‌طور قطع، یک بالینگر، بدون مهارت‌های رشدیافته در مصاحبه‌گری، نمی‌تواند بالینگر خوبی باشد. هرچند اغلب توجه خاصی به مصاحبه بالینی اولیه (یا اولین برخورد مراجع با

1 feedback-informed practice

2 self-reflection

محیط‌های بحرانی و اضطرابی

محیط‌های مصاحبه بحرانی و اضطرابی متنوع هستند و شامل اتاق‌های اورژانس در بیمارستان‌ها، بیمارانی که در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بستری هستند و مراکز حل بحران می‌شوند. مراجعینی که ممکن است در این محیط‌ها دیده شوند شامل افرادی می‌شوند که دارای مشکلات پزشکی حاد همراه با نشانه‌های روانی هستند (از جمله کسانی که دچار درد حاد هستند)، کسانی که توسط مراکز قانونی یا کارکنان پزشکی بخش اضطرابی برای ارزیابی روان‌پزشکی آورده می‌شوند و افرادی که به‌صورت داوطلبانه یا غیرداوطلبانه وارد فرایند روان‌پزشکی شده‌اند و کسانی که در حال تجربه یک موقعیت بحرانی حاد هستند که اغلب همراه با فرار است. افرادی که واجد شرایط مراقبت بحرانی هستند ممکن است حالات سایکوتیک (روان‌پریشی) که شامل توهم‌های فعال^۱ (تجربیات حسی غلط، مثل شنیدن صدای افراد زمانی که کسی به‌طور فیزیکی حضور ندارد)؛ هدایان‌ها^۲ (عقاید غلط که به‌وسیله فرهنگ فرد توجیه‌پذیر نیست مثل افکار پارانوئیدی) و گفتار و افکار آشفتنه^۳ (گفتار بدون انسجام^۴، سردرگمی^۵، بی‌ربط‌گویی^۶، یا افکار و گفتار مماسی^۷) همراه با کاهش توانایی حل مسئله؛ مسائل مرتبط با مواد و مصرف الکل که شامل مسمومیت حاد و گم‌گشتگی می‌شود و سندرم‌های مغزی ارگانیک مثل آسیب‌دیدگی مغزی، دلیریوم و سایر انواع اختلالات عصب‌شناختی؛ همچنین اختلالات خلقی (به‌طور مثال، افسردگی شدید همراه با ویژگی‌های سایکوتیک و/یا افکار فعال خودکشی) و اختلالات شخصیت، به‌ویژه آن‌هایی که مشخصه‌های خشونت و تکانش‌گری دارند (برای مثال، اختلال شخصیت

معین به هر اختلال را فراهم می‌آورد. ما بحث را از محیط‌های مختلفی که مصاحبه در آن‌ها اتفاق می‌افتد آغاز می‌کنیم، سپس به مسائل مربوط به محرمانه بودن (رازداری) و مهارت‌های اولیه که مصاحبه‌گران از آنان استفاده می‌کنند، می‌پردازیم. در قسمت بعد، ما اهمیت درک تأثیر گوناگونی مراجعین در فرایند مصاحبه را شرح می‌دهیم و توجه ویژه‌ای به مسائل پیش روی متخصصان سلامت روان داریم، به خصوص آن‌هایی که در اول راه رشد حرفه‌ای خود به‌عنوان یک مصاحبه‌گر و بالینگر قرار دارند. ما این فصل را با بحث پیرامون برخی از بایدها و نبایدها در مصاحبه بالینی و تشخیصی به پایان می‌بریم.

تأثیر محیط مصاحبه

شاید اولین عاملی که بر ماهیت مصاحبه تأثیر می‌گذارد، محیطی است که مصاحبه در آن اتفاق می‌افتد. انواع مختلفی از محیط‌ها وجود دارند که ممکن است مصاحبه در آن اجرا شود و نوع این محیط اغلب شیوه برخورد با مراجع را مشخص می‌کند. محیط به‌ویژه در تعیین عمق و زمان مصاحبه، ابعادی از عملکرد که باید ارزیابی شوند، انواع سوالاتی که باید پرسیده شود و میزان مشارکتی که می‌توان از مراجع انتظار داشت، کمک می‌کند. به‌طور مثال، سطح مشارکت قابل‌انتظار از نوجوان بزهکاری که به دستور دادگاه مجبور به شرکت در روان‌درمانی شده است، اساساً در مقایسه با بزرگسال یا شخص میان‌سالی که بار مسئولیت‌های عضو ناکارآمد خانواده را به دوش می‌کشد و مشتاقانه به دنبال روان‌درمانی در کلینیک سلامت روان است، تفاوت دارد؛ بنابراین به دلیل شرایط متفاوتی که هر مراجع هنگام مصاحبه دارد و انتظاراتی که از رفتار مراجع مشخص شده است، هر کدام از انواع مصاحبه‌ها شیوه‌های متفاوت اجرا را می‌طلبند. برای روشن شدن مسئله محیط مصاحبه، ما، محیط‌های بحرانی و اضطرابی، سرپایی، پزشکی، زندان و دادگاه را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

1 hallucinations
2 delusions
3 disorganized thinking and speech
4 incoherent
5 confused
6 rambling
7 tangential thinking and speech

مرزی).

باشید که حفظ آرامش و رفتار توأم با درک از جانب بالینگر می‌تواند به اندازه کافی آرامش مراجع را افزایش دهد و در ادامه به مصاحبه‌گر اجازه می‌دهد تصویر منطقی از مشکل به دست آورد. مصاحبه‌های موازی با همراهان مراجع اغلب در محیط‌های اضطراری اهمیت دارد، به‌ویژه اگر مراجع تمایل به مشارکت در مصاحبه را نداشته و یا در انجام آن ناتوان باشد.

محیط‌های سلامت روان سرپایی

در مقایسه با مراجعین محیط‌های اضطراری، مراجعینی که توسط مراکز سلامت روان دولتی و کلینیک‌های خصوصی به صورت سرپایی خدمات می‌گیرند، دامنه متنوع‌تری از آسیب‌های روانی را دارند. با اینکه ممکن است اختلالات سایکوتیک و افکار خودکشی در این محیط دیده شوند اما معمولاً مراجعین شرایط باثبات‌تری دارند و شرایط آن‌قدر بحرانی نیست که نیازی به بستری شدن باشد. بنابراین ماهیت این مصاحبه اساساً با مصاحبه‌های بحرانی و اضطراری تفاوت دارد.

هدف از مصاحبه در این محیط‌ها، یادگیری هر چه بیشتر درباره عملکرد روان‌شناختی و هیجانی فعلی مراجع است، از جمله دلایل مراجعه ایشان به روان‌درمانی و اینکه به‌طور کامل تاریخچه شخصی مراجع (که اغلب به آن تاریخچه اجتماعی^۳ می‌گویند) را بررسی کنیم تا بتوانیم مشکلات فعلی مراجع را در چارچوب مناسبی قرار دهیم. مصاحبه سرپایی معمولاً توسط شرایط و مشکلات مراجع هدایت می‌شود و به دلیل اینکه مراجع چیزی برای پنهان کردن ندارد یا حداقل مقدار آن کم است، مقاومت کمتری در مصاحبه وجود دارد. بنابراین مصاحبه‌گر برای اجرای مصاحبه‌ای جامع که معمولاً در طول جلسه‌های ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای اتفاق می‌افتد، مشکلات کمتر و وقت بیشتری در اختیار دارد. برای اینکه بالینگر بتواند

به دلیل اینکه مصاحبه تحت شرایط اضطراری انجام می‌شود، بالینگران باید خود را برای تغییر در شیوه و چارچوب مرسوم مصاحبه آماده کنند. مراجعینی که در موقعیت اضطراری قرار دارند، معمولاً توسط احساسات و ادراکات خود و همچنین توسط محیطی که در آن هستند، دچار وحشت می‌شوند و اغلب از خود هیجانات شدید نشان می‌دهند. این‌گونه افراد ممکن است بیش از حد برانگیخته، وحشت‌زده یا پارانوئید باشند و در نتیجه نتوانند جزئیاتی از گذشته را در اختیار بالینگر قرار دهند. بنابراین هدف از مصاحبه در این محیط‌ها، جمع‌آوری اطلاعات به مقدار کافی است که بتوان تشخیص اولیه و برنامه درمان اضطراری را پیشنهاد داد، از جمله اینکه فرد را باید بستری کرد یا خیر. یکی از اقدامات اولیه باید بررسی جامع خطرات احتمالی مثل افکار یا نقشه خودکشی یا دگرکشی باشد. برخی از مراکز حل بحران در آمریکا، برنامه‌ای جامع برای ارزیابی گرایش به خودکشی را تصویب کرده‌اند که منجر به ارزیابی و شناسایی بهتر افرادی که در خطر خودکشی هستند شده است (بتز و همکاران، ۲۰۱۵). با این حال حتی در این محیط‌ها نیز مشکلاتی باقی مانده است، از جمله موانع سنجش ابزارهای کشنده^۲ (بتز و همکاران، ۲۰۱۸) و برخی نابرابری‌ها در غربالگری و درمان سالمندان (آریاس و همکاران، ۲۰۱۷، بتز و همکاران، ۲۰۱۶).

در محیط‌های اضطراری، معاینه دقیق وضعیت روانی فعلی فرد، مهم‌تر از تاریخچه اجتماعی دقیق یا آزمون‌های روان‌شناختی رسمی است. همچنین تلاش برای تعیین دقیق اینکه فرد چرا و چگونه در شرایط بحران کنونی قرار دارد و اینکه حوادث پیش‌آیند این شرایط چه چیزی بوده‌اند، کمک‌کننده خواهد بود (داتیلیو و فریمن، ۲۰۱۰). البته ممکن است تشخیص کامل این جریان همیشه آسان نباشد. به یاد داشته

1 borderline personality disorder

2 lethal-means assessment

درباره این مسائل در پایان مصاحبه اولیه با مراجع خود صحبت کند.

محیط پزشکی

محیط پزشکی (به‌طور مثال در بیمارستان‌های آموزش پزشکی، بیمارستان توان‌بخشی، مراکز امور پزشکی جانبازان، محیط‌های مراقبت یکپارچه) چالش‌های ویژه‌ای را برای کار بالینی ایجاد می‌کند. بیماران پزشکی اغلب برای مشورت با متخصصان سلامت روان درخواست نمی‌دهند، بلکه تصمیم این ارجاعات توسط پزشک گرفته می‌شود. دلیل ارجاع را ممکن است به بیمار توضیح داده باشند و یا ممکن است توضیح نداده باشند، به همین خاطر بیمار در ابتدا ممکن است برای مراجعه به درمانگر مردد یا بی‌میل باشد، حتی در برخی موارد از رفتن به مصاحبه اجتناب کند (فاوست، ۱۹۹۸). افرادی که در این محیط‌ها دیده می‌شوند، معمولاً دارای انواعی از بیماری‌های پزشکی هستند، بنابراین «مشکل» خود را فقط یک مورد پزشکی می‌دانند. به خاطر همین شاید متوجه نباشند که چرا از یک متخصص سلامت روان برای دیدن وی درخواست شده است.

متخصص سلامت روان در محیط پزشکی باید برای هر سطح از معلومات و مشارکت فعال بیماران در فرایند ارجاع آماده باشد، بنابراین در آغاز مصاحبه باید خود را معرفی کند، هدف از این مشاوره را توضیح دهد و مشخص کند که چه کسی درخواست آن را داده است. در محیط‌های پزشکی، زمانی که بالینگر خود را به‌عنوان گردآورنده اطلاعات معرفی کند و شرایط جسمی که بیمار در آن قرار دارد را به رسمیت بشناسد، بدون آنکه فوراً به سراغ پیشنهاد مشکلات روان‌شناختی برود، حتی اگر به وجود آن‌ها شک کند، به احتمال زیاد همکاری بیمار را جلب خواهد کرد. اگر بالینگر به‌اندازه کافی خوش‌شانس باشد که با یک گروه میان‌رشته‌ای به‌عنوان برنامه مراقبت یکپارچه همکاری کند، مصاحبه را می‌توان بخشی از «مراقبت جامع» چارچوب‌بندی کرد که ممکن است

مفهوم‌سازی اولیه‌ای از مسئله و یک طرح درمان مناسب تشکیل دهد، ضرورت دارد از مشکلات گذشته و حال حاضر مراجع و همچنین بافتی که مراجع در آن در حال تجربه مشکلات است، به فهم و درک کامل برسد.

در مقایسه با فشاری که در مصاحبه اضطراری وجود دارد، مصاحبه‌گران در شرایط سرپایی معمولاً از وقت کافی برای برقراری تفاهم^۱ و آماده‌سازی مقدمات یک رابطه درمانی کارآمد برخوردار هستند. در محیط‌های سرپایی ممکن است مراجعین، پیگیر دانستن ماهیت مشکلات و اختلالات خود (بعضی اوقات خواستار تشخیص رسمی هستند)، دلایل ایجاد آن‌ها و پیش‌آگهی از روند درمان باشند (به‌طور مثال، حق ویزیت، مدت‌زمان درمان و جهت‌گیری نظری و رویکرد کلی درمانگر). برای پرورش اعتماد در رابطه و ترویج شفافیت در طول مصاحبه، باید به این‌گونه سؤالات با حساسیت کافی و صداقت پاسخ داده شود (فاوست، ۱۹۹۸). البته هیچ‌گویی جادویی برای تشخیص دقیق طول درمان هر یک از مراجعین وجود ندارد، اما اغلب تعیین یک چارچوب زمانی به‌طور کلی و توافقی اولیه از طرح و برنامه درمان با مراجع، برای بررسی پیشرفت درمانی در فواصل کوتاه‌مدت مفید خواهد بود. برای مثال می‌توانید بگویید، «نظر شما درباره انجام روان‌درمانی به صورت هفتگی در طی ۸ هفته آینده چیست؟ در پایان این مدت (شاید هم زودتر) ما یک ارزیابی از کارمان خواهیم داشت و تصمیم خواهیم گرفت چطور ادامه دهیم و مشخص می‌کنیم که آیا به جلسات بعدی نیاز است یا خیر». شیوه‌ای که به این پرسش‌ها درباره تشخیص و درمان پاسخ داده می‌شود، به مراجع کمک می‌کند که از روند درمان خود به درکی آگاهانه برسد، به‌ویژه اینکه چه کارهایی می‌شود انجام داد و چه کارهایی را نمی‌شود انجام داد و همچنین پیش‌آگهی بلندمدت درمان چه خواهد بود. حتی اگر مراجع برای این اطلاعات درخواست نداد، برای بالینگر مفید خواهد بود که

از بعضی ننگ‌های اجتماعی^۱ که پیرامون روان‌درمانی وجود دارد، بکاهد.

در محیط‌های پزشکی، درمانگر همچنین باید برای تنظیم قالب و طول مصاحبه براساس نیاز بیمار آماده باشد. بسته به اینکه بیمار در چه وضعیت پزشکی قرار دارد، ممکن است ناراحتی قابل توجهی را متحمل باشد که این شرایط بر روی توانایی مشارکت او در مصاحبه و پاسخ به سؤالات تأثیر می‌گذارد. برخی از بیماران پزشکی ممکن است قبل از اینکه بخواهند به صورت عمیق‌تری به موضوعات هیجانی و روان‌شناختی خود بپردازند، به یک دوره آمادگی نیاز داشته باشند (برای مثال، چند ملاقات غیررسمی برای شناخت بیمار) و به همین دلیل نیاز است که بالینگر در تعداد ملاقات‌های لازم برای تکمیل کار مصاحبه، انعطاف‌پذیری نشان دهد. بالینگران در محیط‌های پزشکی همچنین باید به کار متخصصان دیگر در مراکز درمانی و برنامه‌های آنان توجه داشته باشند. هماهنگی و انعطاف‌پذیری با دیگر متخصصان سلامت، می‌تواند کمترین وقفه را در جلسات مصاحبه و درمان تضمین کند.

اگر درمانگر بالینی به‌عنوان مشاور در شرایط پزشکی حضور داشته باشد، بسیار اهمیت دارد که از تحریک عمدی بیمار برای طرفداری از او علیه پزشک اجتناب کند. حیاتی است که حالت کاوشگر بی‌طرف از سوی بالینگر حفظ شود. بالینگران مشاور باید به یاد داشته باشند که آن‌ها توسط پزشک برای ارائه نظر تخصصی خود پیرامون مشکل خاصی دعوت شده‌اند. اگر گفته‌ها و قضاوت‌های منفی درباره سایر جنبه‌های مراقبت از بیمار توسط بالینگر ارائه شود، مشکلی اساسی در این محیط ایجاد می‌شود. به‌طور قطع این‌گونه رفتارها تأثیر منفی بر روابط پزشک-بیمار و نیز رابطه پزشک-بالینگر برای منافع بیمار خواهد داشت.

محیط‌های بازداشتگاه، زندان، کانون اصلاحات و دادگاه

جنبه‌های خاصی در مراکز اصلاحی وجود دارند که برای مصاحبه‌گر بالینی مشکلاتی ایجاد می‌کند، از جمله عوامل جمعیتی، محدودیت‌هایی در محرمانه بودن و عوامل محیطی. بسته به اینکه دلیل ارجاع چه باشد، این‌گونه محیط‌ها می‌توانند فضای خصمانه و ناخوشایندی را شامل شوند. مراجعین ممکن است بر روی پیوستاری از بدگمانی و مقاومت زیاد تا بیش از حد علاقه‌مند به فرایند مصاحبه قرار گیرند. برخی مراجعین در واقع صادقانه خواستار کمک روان‌شناختی هستند. همچنین انگیزه مراجع برای اینکه صادق باشد و اطلاعات را در اختیار مصاحبه‌گر قرار دهد، بستگی به سؤال ارجاعی و شرایط مصاحبه دارد (فاوست، ۱۹۹۸). بازداشتگاه و زندان در مقایسه با جمعیت عمومی میزان بیشتری از اختلالات روانی را دارا است. بنابراین غربالگری‌های سلامت روان در این‌گونه محیط‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (آبرام، تپلین و مکلدن، ۲۰۰۳؛ فازل و سیوالد، ۲۰۱۲). بدون سنجش مناسب و درمان مبتنی بر آن، زندانیان ممکن است در معرض آسیب رساندن به خود یا سایر زندانیان باشند، ممکن است هدف خشونت قرار بگیرند و یا در مجموعه زندان اختلال ایجاد کنند (لی، ۲۰۱۵).

در این محیط‌ها زمانی که در حال اجرای مصاحبه هستید ممکن است افراد دیگر (شامل دیگر زندانیان، نگهبانان یا مقامات) در حال گوش دادن به مصاحبه باشند، بنابراین احتمالاً فضای خصوصی محدود خواهد شد. به‌علاوه به خاطر اینکه بسیاری از این مصاحبه‌ها به درخواست دادگاه هستند، شرایط محرمانه بودن اطلاعات اجرا نخواهد شد (فاوست، ۱۹۹۸). در این موارد بالینگران باید درباره محدودیت‌ها و نقش خودشان با مراجع صادق باشند. همچنین ممکن است برای بالینگر محدودیت زمانی وجود داشته باشد. به‌طور مثال در یک دادرسی اضطراری، بالینگر ممکن است برای مصاحبه و ارائه پیشنهادها زمان محدودی در اختیار داشته باشد. زندان

1 stigma

است به طور طبیعی در مقایسه با دیگران نگرش‌های منفی بیشتری درباره زندانیان داشته باشند، به‌ویژه آن‌هایی که مرتکب جرم‌های منجرکننده‌ای مثل سوءاستفاده جنسی از کودکان و قتل شده‌اند. واکنش‌های منفی به مصاحبه‌شونده ممکن است منجر به از دست دادن عینیت در کار شود؛ این امر خود می‌تواند منجر به مشکل در کاوش تمام جنبه‌های مرتبط بشود یا اینکه تشخیص‌ها از دست بروند. زندانیان اغلب انتظار دارند مورد قضاوت قرار گیرند، به همین خاطر ممکن است نسبت به تغییرات در رفتار مصاحبه‌گر حساس باشند و آن را به عنوان نگرشی منفی نسبت به خود تلقی کنند. این امر به تفاهم ضربه می‌زند و باعث می‌شود که مصاحبه تشخیصی به مقدار بیشتر دشوار و به مقدار کمتر مؤثر واقع شود (لی، ۲۰۱۵). بالینگران باید به ارزیابی سوگیری‌های خود توجه کنند و بدون توجه به جامعه هدف، نگرش غیرقضاوتی را حفظ کنند.

محرمانه بودن

محرمانه بودن (رازداری)، مشخصه‌ای بارز در یک رابطه درمانی حرفه‌ای است که در آن لازم است بالینگر از حریم خصوصی مراجع محافظت کند و برای این کار باید محتوای روان‌درمانی و مشاوره فاش نشود. این مسئله مهم است که در مصاحبه اولیه به مسئله محرمانه بودن اشاره شود. دستورالعملی برای روان‌شناسان در رابطه با مسئله محرمانه بودن توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) در بخش *اصول اخلاقی روان‌شناسان و نظام‌نامه اخلاقی (APA)*، (۲۰۱۷)، مشخص شده است. به‌ویژه در این اصل از APA (اصل ۴/۰۱) بیان شده است که «روان‌شناسان وظیفه دارند اقدامات لازم جهت محافظت از اطلاعات محرمانه را که در طول مصاحبه به دست آمده و یا در هر گونه ابزاری ذخیره شده است انجام دهند و توجه داشته باشند که حد و مرز محرمانه بودن ممکن است توسط قانون یا قوانین تعیین شده توسط مؤسسات و یا قوانین مرتبط با حرفه مورد نظر یا ارتباط

ها معمولاً دارای برنامه انعطاف‌ناپذیری هستند و مصاحبه‌گران بالینی اغلب به مقدار کم یا هیچ کنترلی بر روی برنامه و زمان اختصاص یافته به مصاحبه ندارند. در مواقع دیگر، بالینگر باید برنامه خود را با برنامه زندان تنظیم کند که در مقایسه با دیگر انواع مصاحبه از انعطاف‌پذیری کمتری برخوردار است. امنیت، از دیگر مسائل مهم در این محیط‌ها است. اطلاع از محیط اطراف و اجتناب از موقعیت‌های آسیب‌پذیر تا حد ممکن، برای بالینگر اهمیت زیادی دارد (لی، ۲۰۱۵). با اینکه اغلب زندانیان نسبت به بالینگران پرخاشگری یا خشونت ندارند، اما شاید نیاز باشد که برخی زندانیان خاص در طول مصاحبه، در بازداشت باشند و در این موارد اغلب زندانبانی در جلسه حضور دارد یا در طول مصاحبه بیرون درب ایستاده است (لی، ۲۰۱۵).

در طول مصاحبه در این محیط‌ها، شاید بهتر باشد بالینگر به دنبال تناقض‌هایی در رفتار و خودگزارش‌دهی مراجع باشد، زیرا ممکن است برای مراجع مفید باشد که با گزارشات مربوط به آسیب روانی را به حداقل برساند یا برعکس در مشکلات روانی خود اغراق کند. در صورت امکان، مشاهده و مصاحبه با افراد مهم زندگی مراجع (مثل همسر، فرزند، والدین) می‌تواند اطلاعاتی را در اختیار بگذارد (فاوست، ۱۹۹۸). برای مثال، ارجاعات مربوط به سرپرستی بزرگسالان اغلب به بالینگر تعیین شده از طرف دادگاه نیاز دارد تا با هر دو طرف خواستار سرپرستی و همچنین با سایر افرادی که در زندگی بزرگسال نقش دارند، مصاحبه کند (مثل سرپرست منحصر به دعوی، کارمند مرکز نگهداری بزرگسال، فرزندان بزرگسال و سایر خویشاوندان). این‌گونه مصاحبه‌های اضافی به بالینگر کمک می‌کند تا اطلاعات را تصدیق کند، ناسازگاری‌ها را روشن کند و در آخر به او کمک می‌کند که بهترین مسیر را برای اقدام به عمل مشخص کند. همچنین برای بالینگر اهمیت دارد که سوگیری‌های خود را ارزیابی کند و هنگام کار در محیط زندان قضاوت کردن را به حداقل برساند. بالینگران ممکن

علمی، تنظیم شود».

سن

سن لازم برای دریافت سنجش و درمان روان‌شناختی در میان ایالت‌ها متفاوت است. بنابراین درخواست نوجوان ۱۵ ساله برای خدمات سلامت روان بدون رضایت والدین یا سرپرست قانونی ممکن است در ایالتی قانونی باشد و در ایالت دیگر نباشد. در ایالتی که فراهم کردن این خدمات بدون رضایت والدین یا سرپرست برای نوجوان پانزده‌ساله قانونی است، تمام قوانین مرتبط با محرمانه بودن و اصول اخلاقی و حرفه‌ای برای وی صدق می‌کند. در ایالت‌های دیگر، افراد زیر ۱۸ سال، افراد کم سن محسوب می‌شوند و ممکن است بدون توافق والد یا سرپرست، خدماتی برای آنان فراهم نشود. در این موارد آگاهی از لزوم رضایت والد و سرپرست، باید برای مراجع کم‌سن به عمل آید و همچنین مراجع در جریان قرار گیرد که والدین و یا سرپرست قانونی وی، دسترسی قانونی به تمام اطلاعات سنجش و درمان را دارند.

محرمانه بودن اطلاعات مکتوب

اطلاعات مکتوب از سنجش و درمان روان‌شناختی، بخشی از اسناد محرمانه هستند. این اطلاعات بدون رضایت مراجع، برای هیچ شخص سومی (شامل سایر متخصصان هم می‌شود) فاش نمی‌شود. در رابطه با متخصصان بدون مجوز یا دانشجویان در حال کارآموزی، سوپروایزر^۱ یا گروه نظارت بالینی آن‌ها به این اطلاعات دسترسی دارند و مراجع باید از این موضوع که اغلب در رضایت‌نامه کتبی درج می‌شود، آگاه شود. متخصصان وظیفه دارند اطلاعات مربوط به درمان را دقیق، با جزئیات کافی و به روز نگه دارند و برای حفاظت از این اطلاعات اقداماتی را فراهم سازند. با توجه به تعداد کسانی که می‌توانند به این اطلاعات دسترسی داشته باشند (هرکسی که خود مراجع به وی اطلاعات را بدهد، پرداخت‌کننده‌های طرف ثالث، سرپرست قانونی و غیره) عاقلانه است که از اطلاعات مکتوب مراقبت کنیم. در

به دلیل اهمیت مسئله نقض محرمانه بودن اطلاعات، در شروع مصاحبه قبل از مطرح کردن هرگونه مسئله دیگری، مراجعین باید به‌طور کامل از محدودیت‌های موجود در محرمانه بودن آگاه شوند (جدول ۱۰۱ را برای محدودیت‌های رایج در محرمانه بودن ببینید). چنین اقدامی تقریباً همیشه به عنوان بخشی از سند رضایت آگاهانه، به‌صورت شفاهی و فرم کتبی با مراجع تنظیم می‌شود. ما توصیه می‌کنیم هنگام بحث و آموزش محدودیت‌های محرمانه بودن، با مراجع روراست و صادق باشید. هرچند پاسخ روشنی به اینکه این گفت‌وگو را باید در اولین تماس تلفنی مطرح کرد یا اینکه در جلسه حضوری مطرح شود وجود ندارد اما احتمالاً بهتر است تا دیدار مراجع صبر کرد تا بتوان این مسئله را به‌طور کامل توضیح داد و همچنین بتوان واکنش و درجه فهم مراجع را سنجید. با این حال مواقعی هم پیش می‌آید که بهتر است این مسئله را تلفنی با مراجع در میان گذاشت. برای مثال، اگر مراجع جدیدی جزئیات زیادی از مشکلات خود را تلفنی مطرح کند، شایسته است که درمانگر محرمانه پیرامون مسئله محرمانه بودن با مراجع صحبت کند.

محرمانه بودن به قدری موضوع مهمی است که به‌طور معمول قوانین ایالتی تنظیم‌کننده کار روان‌شناسان، بر روی این مسئله نظارت دارند و دستورالعملی پیرامون رابطه بالینگر - مراجع را شامل می‌شود. به‌طور خلاصه، بالینگران باید حریم خصوصی ارتباطات و اطلاعات مراجع خود را حفظ کنند تا امکان ارزیابی و درمان مؤثر فراهم شود. در انتشار این اطلاعات برای هر کسی غیر از مراجع باید احتیاط کرد و همیشه بهتر است در این موارد جانب محافظه‌کاری را بر خود بگیریم (فاوست، ۱۹۹۸). در صورت تردید در این موارد، هیچ اطلاعاتی را بدون رضایت کتبی مراجع یا دستور دادگاه منتشر نکنید. در ادامه برخی از عواملی که ممکن است بر محرمانه بودن اثرگذار باشند را مورد بحث قرار می‌دهیم.