



دانشگاه پیام نور

فنون مصاحبه تشخیصی

دکتر مهدیه رحمانیان

«امروزه کتاب‌خوانی و علم‌آموزی، نه تنها یک وظیفه‌ی ملی، که یک واجب دینی است.»^۱

در عصر حاضر یکی از شاخصه‌های ارزیابی رشد، توسعه و پیشرفت فرهنگی هر کشوری میزان تولید کتاب، مطالعه و کتاب‌خوانی مردم آن مرز و بوم است. ایران اسلامی نیز از دیرباز تاکنون با داشتن تمدنی چندهزارساله و مراکز متعدد علمی، فرهنگی، کتابخانه‌های معتبر، علما و دانشمندان بزرگ با آثار ارزشمند تاریخی، سرآمد دولت‌ها و ملت‌های دیگر بوده و در عرصه‌ی فرهنگ و تمدن جهانی به‌سان خورشیدی تابناک همچنان می‌درخشد و با فرزندان نیک‌نهاد خویش هنرنمایی می‌کند. چه کسی است که در دنیا با دانشمندان فرزانه و نام‌آور ایرانی همچون ابوعلی سینا، ابوریحان بیرونی، فارابی، خوارزمی و ... همچنین شاعران برجسته‌ای نظیر فردوسی، سعدی، مولوی، حافظ و ... آشنا نباشد و در مقابل عظمت آنها سر تعظیم فرود نیاورد. تمامی این افتخارات ارزشمند، برگرفته از میزان عشق و علاقه فراوان ملت ما به فراگیری علم و دانش از طریق خواندن و مطالعه منابع و کتاب‌های گوناگون است. به شکرانه‌ی الهی، تاریخ و گذشته ما، همیشه درخشان و پربار است. ولی اکنون در این زمینه در چه جایگاهی قرار داریم؟ آمار و ارقام ارائه‌شده از سوی مجامع و سازمان‌های فرهنگی در مورد سرانه‌ی مطالعه‌ی هر ایرانی، برایمان چندان امیدوارکننده نمی‌باشد.

کتاب، دروازه‌ای به سوی گستره‌ی دانش و معرفت است و کتاب خوب، یکی از بهترین ابزارهای کمال بشری است. همه‌ی دستاوردهای بشر در سراسر عمر جهان، تا آنجا که قابل کتابت بوده است، در میان دست‌نوشته‌هایی است که انسان‌ها پدید آورده و می‌آورند. در این مجموعه‌ی بی‌نظیر، تعالیم الهی، درس‌های پیامبران به بشر، و همچنین علوم مختلفی است که سعادت بشر بدون آگاهی از آنها امکان‌پذیر نیست. کسی که با دنیای زیبا و زندگی‌بخش کتاب ارتباط ندارد بی‌شک از مهم‌ترین دستاورد انسانی و نیز از بیشترین معارف الهی و بشری محروم است. با این دیدگاه، به‌روشنی می‌توان ارزش و مفهوم رمزی عمیق در این حقیقت تاریخی را دریافت که اولین خطاب خداوند متعال به پیامبر گرامی اسلام (ص) این است که «بخوان!» و در اولین

۱. پیام مقام معظم رهبری به مناسبت آغاز هفته کتاب ۷۲/۱۰/۴

سوره‌ای که بر آن فرستاده‌ی عظیم‌الشان خداوند، فرود آمده، نام «قلم» به تجلیل یاد شده‌است: «اقْرَأْ وَ رَبُّكَ الْأَكْرَمُ. الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ» در اهمیت عنصر کتاب برای تکامل جامعه‌ی انسانی، همین بس که تمامی ادیان آسمانی و رجال بزرگ تاریخ بشری، از طریق کتاب جاودانه مانده‌اند.

دانشگاه پیام‌نور با گستره‌ی جغرافیایی ایران‌شمول خود با هدف آموزش برای همه، همه‌جا و همه‌وقت، به‌عنوان دانشگاهی کتاب‌محور در نظام آموزش عالی کشورمان، افتخار دارد جایگاه اندیشه‌سازی و خردورزی بخش عظیمی از جوانان جویای علم این مرز و بوم باشد. تلاش فراوانی در ایام طولانی فعالیت این دانشگاه انجام پذیرفته تا با بهره‌گیری از تجربه‌های گرانقدر استادان و صاحب‌نظران برجسته کشورمان، کتاب‌ها و منابع آموزشی درسی شاخص و خودآموز تولید شود. در آینده هم، این مهم با هدف ارتقای سطح علمی، روزآمدی و توجه بیشتر به نیازهای مخاطبان دانشگاه پیام‌نور با جدیت ادامه خواهد داشت. به‌طور قطع استفاده از نظرات استادان، صاحب‌نظران و دانشجویان محترم، ما را در انجام این وظیفه‌ی مهم و خطیر یاری‌رسان خواهد بود. پیشاپیش از تمامی عزیزانی که با نقد، تصحیح و پیشنهادهای خود ما را در انجام این وظیفه‌ی خطیر یاری می‌رسانند، سپاسگزاری می‌نماییم. لازم است از تمامی اندیشمندانی که تاکنون دانشگاه پیام‌نور را منزلگاه اندیشه‌سازی خود دانسته و ما را در تولید کتاب و محتوای آموزشی درسی یاری نموده‌اند، صمیمانه قدردانی گردد. موفقیت و بهروزی تمامی دانشجویان و دانش‌پژوهان عزیز آرزوی همیشگی ما است.

دانشگاه پیام‌نور

فهرست مطالب

یازده

پیشگفتار

۱	فصل اول: مصاحبه تشخیصی (تعریف، ویژگی‌ها و انواع آن)
۱	هدف کلی
۱	هدف‌های یادگیری
۱	مقدمه
۲	۱-۱ تعریف مصاحبه بالینی و تشخیصی
۳	۲-۱ ابعاد و مراحل مصاحبه
۳	۱-۲-۱ ابعاد مصاحبه
۵	۲-۲-۱ مراحل مصاحبه
۷	۳-۱ انواع مصاحبه
۸	۱-۳-۱ انواع مصاحبه براساس ساختار
۹	۲-۳-۱ انواع مصاحبه براساس هدف
۱۴	۳-۳-۱ انواع مصاحبه براساس رویکرد نظری
۱۷	۴-۱ عوامل تأثیرگذار بر مصاحبه
۱۷	۱-۴-۱ موقعیت مصاحبه
۲۱	۲-۴-۱ عوامل تکنیکی و محیط فیزیکی مصاحبه
۲۲	۳-۴-۱ دیدگاه مراجع به مصاحبه
۲۳	۴-۴-۱ دیدگاه مصاحبه‌گر به مصاحبه
۲۴	۵-۴-۱ رفتار و خصوصیات مصاحبه‌گر
۲۸	۶-۴-۱ زمان مصاحبه
۲۸	۵-۱ محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات
۲۹	۱-۵-۱ محدودیت‌های محرمانه‌بودن اطلاعات
۳۰	۲-۵-۱ چگونگی محرمانه نگه‌داشتن سوابق و پرونده‌ها

۳۱	۳-۵-۱ مدیریت وسوسه در مورد بحث در مورد مراجعان
۳۱	۶-۱ تأثیر فرهنگ و قومیت بر فرایند مصاحبه
۳۳	۷-۱ مسائل خاص حرفه‌ای
۳۴	۸-۱ باید‌ها و نبایدهای مصاحبه
۳۶	۹-۱ جمعیت مراجعان خاص
۳۸	خلاصه فصل اول
۴۰	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل اول
۴۱	خودآزمایی تشریحی فصل اول
۴۳	فصل دوم: راهبردهای برقراری ارتباط و کسب اطلاعات
۴۳	هدف کلی
۴۳	هدف‌های یادگیری
۴۳	مقدمه
۴۴	۱-۲ رفتار حضور
۴۵	۱-۱-۲ رفتار حضور مثبت
۴۸	۲-۱-۲ رفتارهای حضور منفی
۴۹	۲-۲ پاسخ‌های گوش‌دادن غیرمستقیم
۵۰	۱-۲-۲ همدلی
۵۱	۲-۲-۲ سکوت
۵۳	۳-۲-۲ تفسیر یا بازتاب محتوا
۵۴	۴-۲-۲ آشکارسازی
۵۵	۵-۲-۲ انعکاس غیرمستقیم احساسات
۵۶	۶-۲-۲ خلاصه کردن
۵۸	۷-۲-۲ اطمینان بخشی
۵۹	۸-۲-۲ توجه به تفاوت‌های فرهنگی
۵۹	۳-۲ پاسخ‌های گوش‌دادن مستقیم
۶۰	۱-۳-۲ اعتبار دادن به احساسات
۶۱	۲-۳-۲ انعکاس تفسیر احساسات
۶۲	۳-۳-۲ ساختار بندی مجدد
۶۳	۴-۲ مقاومت
۶۳	۱-۴-۲ راهبردهای غلبه بر مقاومت مراجع
۶۶	۵-۲ مکانیسم‌های دفاعی
۶۷	۱-۵-۲ فهم مکانیسم‌های دفاعی
۶۸	۲-۵-۲ راهکارهای مؤثر برای مدیریت مکانیسم‌های دفاعی
۷۱	خلاصه فصل دوم
۷۲	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل دوم
۷۳	خودآزمایی تشریحی فصل دوم

۷۵	فصل سوم: ارزیابی وضعیت روانی
۷۵	هدف کلی
۷۵	هدف‌های یادگیری
۷۵	مقدمه
۷۷	۱-۳ ملاحظات مرتبط با سن و فرهنگ
۷۸	۲-۳ مؤلفه‌های جسمانی
۷۸	۱-۲-۳ وضعیت ظاهری
۸۰	۲-۲-۳ رفتار
۸۲	۳-۲-۳ فعالیت‌های حرکتی
۸۴	۳-۳ مؤلفه‌های هیجانی / شناختی
۸۴	۱-۳-۳ نگرش
۸۶	۲-۳-۳ خلق و عاطفه
۸۹	۳-۳-۳ تکلم و زبان
۹۲	۴-۳-۳ تفکر و ادراک
۹۷	۵-۳-۳ بینش و قضاوت
۹۹	۴-۳ مؤلفه‌های شناختی
۹۹	۱-۴-۳ جهت‌یابی
۱۰۰	۲-۴-۳ توجه / تمرکز
۱۰۳	۳-۴-۳ حافظه
۱۰۵	۴-۴-۳ هوش و تفکر انتزاعی
۱۰۷	خلاصه فصل سوم
۱۰۹	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل سوم
۱۱۰	خودآزمایی تشریحی فصل سوم
۱۱۱	فصل چهارم: مصاحبه انگیزشی
۱۱۱	هدف کلی
۱۱۱	هدف‌های یادگیری
۱۱۱	مقدمه
۱۱۲	۱-۴ مراحل مدل تغییر و مصاحبه انگیزشی
۱۱۴	۲-۴ تعارض و نقش آن در انگیزه مراجع
۱۱۵	۳-۴ اصول مصاحبه
۱۱۵	۱-۳-۴ همدلی
۱۱۶	۲-۳-۴ ایجاد اختلاف یا تعارض در وضعیت مراجع
۱۱۷	۳-۳-۴ اجتناب از بحث
۱۱۸	۴-۳-۴ نقش مقاومت و انواع آن
۱۲۰	۵-۳-۴ حمایت از خودکارآمدی مراجع
۱۲۰	۴-۴ راهکارهای برقراری ارتباط

۱۲۱	۴-۴-۱ پرسش سؤالات باز
۱۲۱	۴-۴-۲ گوش دادن انعکاسی
۱۲۲	۴-۴-۳ خلاصه کردن
۱۲۲	۴-۴-۴ تصدیق کردن
۱۲۳	۴-۴-۵ استخراج کردن عبارات خودانگیزی
۱۲۴	۴-۵-۵ مزایای مصاحبه انگیزی
۱۲۵	خلاصه فصل چهارم
۱۲۶	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل چهارم
۱۲۷	خودآزمایی تشریحی فصل چهارم
۱۲۹	فصل پنجم: مصاحبه تشخیصی کودکان و نوجوانان
۱۲۹	هدف کلی
۱۲۹	هدف‌های یادگیری
۱۲۹	مقدمه
۱۳۰	۵-۱-۱ مصاحبه تشخیصی کودکان و نوجوانان
۱۳۱	۵-۲-۱ چیدمان اتاق مصاحبه و ظاهر مصاحبه‌کننده
۱۳۲	۵-۳-۱ رابطه درمانی
۱۳۳	۵-۴-۱ افراد مورد مصاحبه
۱۳۵	۵-۵-۱ محرمانه بودن اطلاعات
۱۳۵	۵-۶-۱ بحث در مورد هدف مراجعه
۱۳۸	۵-۷-۱ ملاحظات تحولی برای مصاحبه با کودکان و نوجوانان
۱۳۸	۵-۷-۱-۱ کودکی اولیه (۵-۳ سالگی)
۱۳۹	۵-۷-۲ کودکی میانه (۱۱-۶ سالگی)
۱۴۲	۵-۷-۳ نوجوانی (۱۸-۱۲ سالگی)
۱۴۴	۵-۸-۱ فرهنگ و نژاد
۱۴۵	۵-۹-۱ روش‌های جمع‌آوری اطلاعات
۱۴۵	۵-۹-۱-۱ سؤالات ارجاعی
۱۴۶	۵-۹-۲ مشاهده مستقیم
۱۴۶	۵-۹-۳ استفاده از بازی‌ها و ابزار کلامی و غیرکلامی
۱۴۹	۵-۹-۴ آزمون‌های استاندارد
۱۵۰	۵-۱۰-۱ چگونگی برخورد با دروغ
۱۵۱	۵-۱۱-۱ جمع‌بندی مصاحبه
۱۵۲	خلاصه فصل پنجم
۱۵۴	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل پنجم
۱۵۵	خودآزمایی تشریحی فصل پنجم

۱۵۷	فصل ششم: مصاحبه با سالمندان
۱۵۷	هدف کلی
۱۵۷	هدف‌های یادگیری
۱۵۷	مقدمه
۱۵۸	۱-۶ مصاحبه بالینی با سالمندان
۱۵۹	۲-۶ ارزیابی حالت روانی
۱۶۰	۳-۶ ارزیابی عملکردی
۱۶۰	۴-۶ مشاهدات رفتاری
۱۶۱	۵-۶ تاریخچه روان‌شناختی
۱۶۲	۶-۶ تاریخچه پزشکی
۱۶۳	۷-۶ نتایج تست‌های آزمایشگاهی
۱۶۳	۸-۶ اطلاعات کلیدی برای تشخیص
۱۶۵	۹-۶ بایدها و نبایدها
۱۶۷	خلاصه فصل ششم
۱۶۸	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل ششم
۱۶۹	خودآزمایی تشریحی فصل ششم
۱۷۱	فصل هفتم: مصاحبه در روان‌شناسی سلامت و موقعیت‌های پزشکی
۱۷۱	هدف کلی
۱۷۱	هدف‌های یادگیری
۱۷۱	مقدمه
۱۷۲	۱-۷ محیط و جمعیت‌های پزشکی
۱۷۵	۲-۷ کاربرد ارزیابی روان‌شناختی در اختلالات رایج جسمی
۱۷۷	۳-۷ روش‌های جمع‌آوری اطلاعات
۱۸۰	۴-۷ اطلاعات اساسی برای تشخیص روان‌پزشکی
۱۸۳	۵-۷ بایدها و نبایدها
۱۸۵	خلاصه فصل هفتم
۱۸۶	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هفتم
۱۸۸	خودآزمایی تشریحی فصل هفتم
۱۸۹	پاسخنامه
۱۹۱	منابع

پیشگفتار

از دیرباز آگاهی از ابعاد شخصیتی انسان و علل رفتارهای او مورد توجه بوده است و قرن‌هاست که آدمی پیوسته در پی کاویدن، یافتن و ارزیابی رفتارهای فردی و جمعی افراد گوناگون و طرح مباحث مربوط به ذهن و روان است. روان‌شناسی علمی است که به پژوهش و مطالعه فرایندهای ذهنی و رفتار انسان می‌پردازد. یکی از شاخه‌های این علم، روان‌شناسی بالینی است که به شناخت، پیش‌بینی و درمان آشفتگی‌های شناختی، رفتاری و هیجانی افراد می‌پردازد که در این گستره ارزیابی، تشخیص و مداخله از اهمیت بالایی برخوردار است. در علم روان‌شناسی مصاحبه تشخیصی مهم‌ترین ابزار ارزیابی در دسترس روان‌شناسان است، بنابراین فراگرفتن فنون مصاحبه تشخیصی به روش علمی و دقیق یکی از مهم‌ترین آموخته‌های دانشجویان و متخصصان رشته روان‌شناسی است. آنچه در این کتاب مورد هدف و حائز اهمیت بوده، آن است که فنون مصاحبه تشخیصی، با زبان علمی اما به شیوه‌ای ساده و گویا برای روان‌شناسان و علاقه‌مندان بیان گردد.

این کتاب از هفت فصل تشکیل شده است. هدف فصل اول شناخت مصاحبه تشخیصی و آشنایی با اصول کلی مصاحبه و فاکتورهای تأثیرگذار بر آن می‌باشد. در فصل دوم به راهبردهای برقراری ارتباط درمانی و کسب اطلاعات پرداخته می‌شود. در فصل سوم خوانندگان کتاب با مؤلفه‌های ارزیابی وضعیت روانی و شیوه اجرای آن آشنا می‌شوند. در فصل چهارم به اصول مصاحبه انگیزشی و شیوه درست اجرای آن پرداخته می‌شود. در فصل پنجم ملاحظات خاص در مصاحبه تشخیصی کودکان و نوجوانان و

چگونگی تأثیر مراحل تحول بر این نوع مصاحبه مورد بحث قرار می‌گیرد. فصل ششم به شناخت سالمندان و آشنایی با اصول کلی مصاحبه با سالمندان و بررسی فاکتورهای تأثیرگذار بر آن می‌پردازد و در نهایت در فصل هفتم در مورد مصاحبه تشخیصی روان‌شناسی در موقعیت‌های پزشکی و بیمارستانی جهت کار در حوزه روان‌شناسی سلامت توضیح داده شده است.

امید است پس از مطالعه این کتاب دانشجویان و علاقه‌مندان راهبردهایی فراگیرند که به کمک آنها بتوانند به تشخیص دقیق اختلالات روان‌شناختی جهت برنامه‌ریزی برای مداخله و درمان بپردازند.

مهدیه رحمانیان

عضو هیئت علمی دانشگاه پیام‌نور

بهار ۱۳۹۹

فصل اول

مصاحبه تشخیصی (تعریف، ویژگی‌ها و انواع آن)

هدف کلی

شناخت مصاحبه بالینی و تشخیصی و آشنایی با اصول کلی مصاحبه و فاکتورهای تأثیرگذار بر آن

هدف‌های یادگیری

- با خواندن این فصل از دانشجو انتظار می‌رود:
۱. مصاحبه را تعریف کرده و انواع آن را توضیح دهد.
 ۲. فاکتورهای تأثیرگذار بر فرایند مصاحبه را توصیف نماید.
 ۳. اهمیت محرمانه‌بودن اطلاعات و محدودیت‌های آن را شرح دهد.
 ۴. اصول حرفه‌ای و بایدها و نبایدهایی که می‌بایست در فرایند مصاحبه رعایت شود، را توضیح دهد.
 ۵. برخورد با مراجعان خاص در طول مصاحبه را بیاموزد.

مقدمه

در سیستم‌های مرتبط با سلامت روان، مصاحبه بالینی و تشخیصی اساسی‌ترین ابزار جهت ارزیابی و درمان مشکلات و اختلالات روان‌شناختی می‌باشد. مصاحبه بالینی فراتر از یک گفتگوی معمولی است زیرا یک طرف آن فردی است که از مشکلی رنج می‌برد و طرف دیگر آن فرد متخصصی است که از او انتظار ارائه راهکار برای بهبود و

التیام می‌رود. در صورتی این ارتباط شکل می‌گیرد که متخصص بتواند رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد را ایجاد نماید. بنابراین، ابتدایی‌ترین گام برای متخصصان سلامت روان و روان‌پزشکان، توانایی اجرای یک مصاحبه تشخیصی و بالینی مفید و مؤثر است.

۱-۱ تعریف مصاحبه بالینی و تشخیصی

تعاریف متعددی برای مصاحبه بالینی ارائه گردیده است؛ برخی از تعاریف به‌صورت ریزبینانه ارائه شده‌اند؛ برای مثال به اعتقاد کیتس (۲۰۰۰)، به نقل از سومرز فلاناگان و سومرز فلاناگان^۱، (۲۰۱۴)، مصاحبه یک موقعیت کنترل‌شده است که در آن مصاحبه‌گر یک سری سؤالات را از مراجع می‌پرسد. ترول و پرینستین^۲ (۲۰۱۳) مصاحبه را تعامل بین حداقل دو نفر تعریف کرده‌اند که هر دو در این فرایند شرکت کرده و بر پاسخ‌های یکدیگر تأثیر می‌گذارند. در واقع این تعریف کوتاهی از مکالمه تعاملی است و قطعاً مصاحبه فراتر از این فرایند می‌باشد. برخی دیگر مصاحبه را رابطه‌ای مبتنی بر احترام و پذیرش تعریف می‌کنند. برای مثال مورفی و دیلون^۳ (۲۰۱۱) بر تعامل دو طرفه و محترمانه تأکید دارند. به اعتقاد آنها مصاحبه نوعی گفتگوی کاملاً متفاوت است و رابطه‌ای است که بر چگونگی و چیستی گفتگو و اعمال طرفین تأکید دارد. به‌طورکلی، مصاحبه یک مکالمه چهره به چهره نسبتاً ساختاردار و غیررسمی بین دو یا چند نفر می‌باشد که در طول آن متخصص متوجه مشکلات و تعارضات مراجع شده و رابطه درمانی پایه‌گذاری می‌گردد (سومرز فلاناگان و سومرز فلاناگان، ۲۰۱۴). بنابراین، یک مصاحبه خوب می‌تواند اطلاعات کاملی در مورد نقاط ضعف و قوت مراجع در زمینه عملکردهای روان‌شناختی و اجتماعی فراهم آورد (پومروی^۴، ۲۰۱۴). یک مصاحبه‌گر خوب، همانند یک کارآگاه ماهر ذاتاً کنجکاو بوده و تمایل دارد همه جنبه‌های تجربیات مراجع را درک کند، هرچند دردناک و ناراحت‌کننده باشد (سومرز فلاناگان و سومرز فلاناگان، ۲۰۱۴).

مصاحبه تشخیصی پایه و اساس کلیه فعالیت‌های بالینی در مشاوره و روان‌درمانی می‌باشد. در واقع یک نفر بدون مهارت انجام مصاحبه، نمی‌تواند درمانگر خوبی باشد. با وجود توجه خاص به مصاحبه بالینی اولیه، نباید تصور کرد که درمانگران ابتدا باید

1. Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan

2. Trull & Prinstein

3. Murphy & Dillon

4. Pomeroy

مصاحبه را کامل کنند و بعد درمان را شروع نمایند. بلکه مصاحبه یک قسمت از فرایند روان‌درمانی می‌باشد برای متخصصان مبتدی، مدیریت فرایند مصاحبه یک وظیفه دله‌ره‌آور است که اضطراب قابل‌ملاحظه‌ای را برمی‌انگیزاند. البته با تمرین و راهنمایی، مهارت‌های مصاحبه بهبود یافته و درمانگر بر آن تسلط کامل پیدا می‌کند (هوک، هودگس، سگال و کولیج^۱، ۲۰۱۰).

۱-۲ ابعاد و مراحل مصاحبه

هر مصاحبه به‌طور عمده شامل مراحل و ابعادی می‌باشد که دانستن آنها در سازمان‌دهی بهتر مصاحبه مفید است.

۱-۲-۱ ابعاد مصاحبه

در مصاحبه تشخیصی مراجع باید در چهار بعد ارزیابی گردد که عبارت‌اند از: برقراری رابطه، واکنش به تکنیک‌های مصاحبه، وضعیت روانی و تشخیص‌گذاری (اتمر و اتمر، ۲۰۰۲؛ ترجمه نصر اصفهانی، ۱۳۹۳).

• **برقراری رابطه درمانی:** برقراری ارتباط به معنای به‌وجودآوردن یک رابطه باز، قابل‌اعتماد و امن با مراجع است و یک جز کلیدی مصاحبه مؤثر و روان‌درمانی دنباله‌دار می‌باشد. در واقع، برای مراجعانی که در روان‌درمانی شرکت می‌نمایند بسیار حیاتی است که با درمانگر احساس راحتی کنند تا بتوانند مسائل شخصی و خصوصی‌شان را با وی در میان بگذارند. در ابتدا بسیاری از مراجعان نمی‌دانند که از روان‌درمانی یا درمانگر چه انتظاری باید داشته باشند. مراجع با جلسه‌ای روبرو می‌شود که از او انتظار می‌رود اطلاعات حساس عاطفی و خصوصی‌اش را در اختیار یک غریبه قرار دهد و ممکن است در ابتدای جلسه خجالت بکشد و مقاومت نماید. برخی مراجعان به خاطر برچسب اختلال روانی احساس ناراحتی می‌کنند و برخی دیگر قبلاً خدمات روان‌درمانی را دریافت کرده‌اند و چون از آن سودی نبرده‌اند در مقابل پیشنهادات روان‌درمانگر جدید محتاط می‌باشند (سگال، جان و مارتی^۳، ۲۰۱۰).

1. Hook, Hodges, Segal, & Coolidge

2. Rapport

3. Segal, June & Marty

نقش متخصص در روبروشدن با این چالش‌ها این است که بدون قضاوت به صحبت‌های مراجع گوش دهد. متخصص این نکته را به خاطر داشته باشد که برای به‌وجود آمدن اعتماد و نتایج خوشایند، مراجع نیاز به زمان کافی دارد. مهم‌ترین نتیجه اعتماد این است که مراجع باور کند که روان‌درمانی می‌تواند دیدگاه‌های جدید و تغییراتی را در وی ایجاد نماید. اگر درمانگر توانست این امید را در مراجع به‌وجود آورد، مراجع آزادی و امنیت را تجربه کرده و می‌تواند مشکلاتش را کنکاش کند. مدت ایجاد رابطه مؤثر بین درمانگر و درمان‌جو متفاوت می‌باشد، اما هدف اصلی ایجاد یک رابطه قابل اعتماد و محترمانه با مراجع است (سگال و همکاران، ۲۰۱۰).

رابطه می‌تواند با نشان دادن رفتارهای غیرقضاوتی، همدلی کردن، استفاده از زبان و کلمات مناسب و اطمینان دادن به مراجع در جهت کمک به حل مشکل تقویت گردد (در مورد تکنیک‌های برقراری رابطه در فصل بعد به‌طور مفصل توضیح داده خواهد شد).

- **تکنیک:** تکنیک، روش‌هایی است که مصاحبه‌گر به‌کار می‌برد تا ارتباط درمانی حفظ‌شده و اطلاعات لازم کسب گردد. تکنیک‌ها متنوع بوده و شامل طیفی از سؤالات باز تا سؤالات بسته می‌باشند که براساس رویکرد مصاحبه‌گر و خصوصیات مراجع متفاوت می‌باشند (هوک و همکاران، ۲۰۱۰)، که در فصل‌های بعد به تفصیل توضیح داده خواهد شد.

- **وضعیت روانی:** وضعیت روانی، ارزیابی سیستماتیک عملکرد روان‌شناختی مراجع در زمان مصاحبه است. در این قسمت معمولاً کارکردهایی مثل رفتار روانی حرکتی، تکلم، تفکر، عاطفه، خلق، حافظه، جهت‌یابی، بینش، قضاوت (در مصاحبه با رویکرد توصیفی) و یا مکانیسم‌های دفاعی و تعارضات زمینه‌ای (در مصاحبه با رویکرد روان‌پویشی) موردبررسی قرار می‌گیرند (هوک و همکاران، ۲۰۱۰). (در فصل‌های بعد جزئیات وضعیت روانی و چگونگی ارزیابی آن توضیح داده خواهد شد).

- **تشخیص:** تشخیص آخرین بعد مصاحبه بالینی و تشخیصی است. براساس اطلاعات کسب‌شده در مورد ناراحتی‌ها، مشکلات، نقاط ضعف و قوت مراجع تشخیص‌هایی مطرح می‌گردد که بسته به تجربه مصاحبه‌گر و میزان اطلاعات کسب‌شده، دقت تشخیص نهایی افزایش می‌یابد (هوک و همکاران، ۲۰۱۰). (در فصل‌های بعد در این مورد به‌صورت کامل توضیح داده خواهد شد).

۱-۲-۲ مراحل مصاحبه

یک مصاحبه خوب براساس سلسله‌مراتب و مراحل پیش می‌رود که توسط درمانگر کنترل می‌گردد. متخصصان متعددی، مراحل را به گونه‌های متفاوت تعریف کرده‌اند، اما هاری استاک سالیوان^۱ (۱۹۵۴) جزء اولین کسانی بود که مصاحبه بالینی را به فازهای متعدد تقسیم کرد. از دیدگاه سالیوان، مراحل مصاحبه عبارت‌اند از: شروع رسمی^۲ مصاحبه، شناسایی مقدماتی^۳، اکتشاف جزئیات^۴، و اختتام^۵ (کریگ، ۲۰۰۵).

براساس نظر سالیوان در انتهای مرحله اول، مصاحبه‌گر باید متوجه شود که مراجع به چه منظور برای مصاحبه آمده است. در طول مرحله دوم (شناسایی مقدماتی)، درمانگر باید اطلاعات مختصری در مورد مراجع به دست آورد. این مرحله حدود ۲۰ دقیقه طول می‌کشد. سالیوان اعتقاد دارد که در پایان این مرحله، باید در مورد ماهیت مشکل از مراجع سؤال کرد. در مرحله سوم باید مشکل مطرح‌شده در مرحله دوم مورد بحث و بررسی قرار گرفته و همه جوانب آن کنکاش گردد. در مرحله اختتام، باید مطالب کل جلسه توسط مصاحبه‌گر جمع‌بندی شده، اگر تشخیصی صورت گرفته به مراجع اعلام‌شده و توصیه‌های رفتاری به او ارائه گردد و تاریخ جلسه بعدی ملاقات مشخص شود (کریگ، ۲۰۰۵).

بنیامین (۱۹۶۹) براساس دیدگاه روانی-اجتماعی مصاحبه را به سه مرحله تقسیم کرد: مرحله آغاز یا بیان مشکل، مرحله توسعه که در آن درمانگر و مراجع در مورد ماهیت مشکل به توافق می‌رسند و مرحله اختتام (کریگ، ۲۰۰۵). راجرز براساس دیدگاه مراجع محور، مصاحبه را به مراحل زیر تقسیم کرده است (سوهر^۶، ۲۰۱۵):

الف) مراجع برای دریافت کمک می‌آید.

ب) موقعیت تعریف می‌شود.

ج) همراه با پذیرش، محرمانه بودن و بیان احساسات مثبت، بینش ایجادشده و ارتقا می‌یابد.

1. Harry Stack Sullivan
2. Formal Inception
3. Reconnaissance
4. Detailed Inquiry
5. Termination
6. Suhr

اتمر و اتمر (۲۰۰۲؛ ترجمه نصر اصفهانی، ۱۳۹۳) فرایند مصاحبه را در پنج مرحله توصیف کرده‌اند که عبارت‌اند از:

(الف) آماده‌کردن و غربال مشکل

(ب) پی‌گیری نظرات اولیه

(ج) تاریخچه روان‌پزشکی

(د) تشخیص و پس‌خوراند

(ه) پیش‌آگهی و تعیین برنامه درمانی

بدون توجه به این تفاوت‌های فلسفی، مصاحبه شامل مراحل می‌گردد که اکثریت درمانگران بر سر آن به توافق رسیده‌اند.

اولین مرحله مقدمه است که فهم علت مراجعه بیمار، هدف این مرحله است. برقراری ارتباط و اعتماد مهم‌ترین خصوصیات این مرحله می‌باشند (سوهر، ۲۰۱۵).

مرحله دوم، فاز اکتشاف است. در این مرحله، براساس رویکرد مصاحبه‌گر، فرضیه‌هایی در ذهن وی در مورد بروز مشکل و ناسازگاری‌های روان‌شناختی شکل می‌گیرد که می‌توانند به‌عنوان «تثبیت‌کننده‌ها» یا «سلسله‌مراتب نامتعادل خانوادگی» و یا «تقویت‌کننده‌های منفی» توصیف شوند. این مرحله اساسی‌ترین مرحله جهت شکل‌گیری یک فرضیه اصلی در مورد مشکل می‌باشد (سوهر، ۲۰۱۵).

مرحله سوم شامل آزمون فرضیه است. بعد از اینکه فرضیه شکل گرفت، مصاحبه‌گر با کنکاش در سایر ابعاد زندگی مراجع به آزمون فرضیه می‌پردازد. اگر فرضیه درست بود، مصاحبه‌گر می‌بایست به دنبال شواهدی برای تأیید آن باشد. معمولاً مرحله دوم و سوم سخت‌ترین مراحل برای درمانگران مبتدی می‌باشد (سوهر، ۲۰۱۵).

در طی مرحله چهارم پس‌خوراند ارائه می‌گردد. در این مرحله مصاحبه‌گر نتیجه را به مراجع می‌گوید. این مرحله معمولاً توسط متخصصان خبره هم نادیده گرفته می‌شود و بعد از پرسیدن سؤالات، بدون گفتن چیزی به مراجع جلسه را به اتمام می‌رسانند. معمولاً این اتفاق در مصاحبه‌های پزشکی اتفاق نمی‌افتد؛ بعد از بیان مشکل از طرف بیمار، تشخیص گذاشته‌شده و دارو تجویز می‌گردد. اگر این مرحله مهم فراموش شود، مطمئن باشید که مراجع جلسات را ادامه نمی‌دهد، زیرا وی معتقد است که درمانگر مشکل او را نفهمیده و نمی‌تواند در حل مشکل به وی کمک کند. بنابراین، بهتر است

در این مرحله مصاحبه‌گر در مورد آنچه که از مشکل فهمیده با مراجع صحبت کند و به او اطمینان دهد که می‌تواند در حل مشکل به او کمک کند. این باعث برقراری ارتباط درمانی و کاهش مقاومت مراجع می‌گردد (سوهر، ۲۰۱۵).

مرحله نهایی، اختتام می‌باشد که در این مرحله، اگر درمانگر موفق به تشخیص‌گذاری شده باشد، برنامه درمانی ارائه‌شده و با مراجع بر سر آن به توافق می‌رسند (کریگ، ۲۰۰۵). در این مرحله باید مطمئن شوید که تمام اطلاعات لازم دریافت‌شده است و مراجع درگیر موضوع هیجانی و عاطفی نمی‌باشد. در این مرحله از صحبت‌کردن در مورد مطالب هیجان‌انگیز (مثل خودکشی، از دست یک عزیز یا تجاوز) پرهیزید. مصاحبه‌گر در این قسمت مصاحبه باید سؤال کند: «چیزی دیگری هست که شما بخواهید به من بگویید یا من باید بدانم؟» «مطلبی جا نیفتاده است؟» «سؤالی داری؟» در نهایت باید از مراجع به خاطر به اشتراک گذاشتن اطلاعات شخصی و حساس تشکر نمود و تاریخ و ساعت ملاقات بعدی را مشخص کرد (سوهر، ۲۰۱۵).

به اعتقاد اتمر و اتمر (۲۰۰۲) در طول مصاحبه توالی این مراحل به هم می‌خورد، زیرا معمولاً مراجع هدایت‌گر جلسات است. مصاحبه‌گر با دانستن این مراحل چارچوب منظمی جهت هدایت جلسه در ذهن خود طراحی نموده و اگر از مسیر منحرف گردد، می‌داند برای کسب اطلاعات بیشتر به کدام مرحله برگردد (نصر اصفهانی، ۱۳۹۳).

۱-۳ انواع مصاحبه

اکثر اطلاعاتی که از مصاحبه بالینی به دست می‌آید براساس گزارش‌های خود مراجع می‌باشد که با مشاهدات بالینی مصاحبه‌گر ترکیب می‌گردد. البته این بدین معنا نیست که سایر منابع اطلاعاتی مثل گزارش نزدیکان، پرونده‌های پزشکی، تست‌های روان‌شناختی یا مصاحبه‌های ساختاریافته تکمیلی نادیده گرفته شود. عبارت مصاحبه بالینی گسترده بوده و شامل شکل‌های متنوعی از مصاحبه است که براساس هدف، مدت زمان موجود و میزان ساختاریافتگی متفاوت می‌باشد (پومروی، ۲۰۱۴).

۱-۳-۱ انواع مصاحبه براساس ساختار

یکی از ابعاد اساسی مصاحبه میزان ساختاریافتگی آن می‌باشد. یک مصاحبه می‌تواند ساختاریافته^۱ یا ساختارنیافته^۲ باشد که براساس موقعیت و رفتار مراجع، می‌توان از هر کدام از آنها استفاده نمود (سگال و همکاران ۲۰۱۰).

مصاحبه‌های ساختاریافته، نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن مجموعه استانداردی از سؤالات با ترتیبی معین طرح می‌شوند و این سؤالات معرف ملاک‌های تشخیصی اختلالات روانی هستند. این نوع مصاحبه‌ها از قوانین خشک و غیرمنعطفی پیروی می‌کنند و شامل قوانین تعریف‌شده‌ای جهت ثبت و قضاوت در مورد پاسخ‌ها می‌باشد. این نوع مصاحبه با وجود اینکه معمولاً اعتبار بیشتری دارد، اما معایبی نیز دارد مثلاً موضوعات موردبحث در طول مصاحبه محدود می‌گردد، مراجع فکر می‌کند فقط باید به سؤالات پرسیده‌شده پاسخ دهد و موضوعات دیگر اهمیت ندارند، ممکن است مراجع در روبرو شدن با سؤالات مکرر حالت تدافعی گرفته و ارتباط بین مراجع و درمانگر کاهش یابد.

مصاحبه‌های ساختاریافته که معمولاً برای تشخیص مورد استفاده قرار می‌گیرند، براساس میزان ساختاریافتگی به دو دسته تقسیم می‌شوند: مصاحبه‌های کاملاً ساختاریافته و نیمه ساختاریافته^۳. در مصاحبه‌های کاملاً ساختاریافته باید سؤالات دقیقاً و کلمه به کلمه خوانده شوند، ترتیب سؤالات تغییر نکند و پاسخ سؤالات براساس دستورالعمل کدگذاری شود. مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انعطاف بیشتری دارند و بیشتر به صورت راهنما عمل می‌کنند و بر ترتیب ثابتی جهت بیان سؤالات تأکید نمی‌کند (پومروی، ۲۰۱۴).

برخی از مصاحبه‌های ساختاریافته و نیمه ساختاریافته عبارت‌اند از: برنامه عمومی آسیب‌شناسی روانی اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا^۴ (SADS) (اندیکات و اسپیتزر، ۱۹۷۸)، برنامه مصاحبه تشخیصی^۵ (DIS) (رایبیز و همکاران، ۱۹۸۱)، مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات^۶ DSM^۶ (SCID) (فول و همکاران، ۱۹۹۵)، مصاحبه نیمه ساختاریافته اختلالات شخصیت^۷ (PDI) (ویدیکر و همکاران، ۱۹۹۵).

1. Structured Interview

2. Unstructured Interview

3. Semi structured Interview

4. General Psychopathology Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia

5. Diagnostic Interview Schedule

6. Structured Clinical Interview for DSM Disorders

7. Personality Disorder Interview

در مصاحبه‌های ساختارنیافته، مصاحبه‌گر با پرسیدن سؤالاتی، موضوعات مهم و قابل بحث را دنبال می‌نماید و ممکن است باعث کسب اطلاعات بیشتری شود، زیرا وی آزاد است که در هر لحظه براساس قضاوت خود سؤالات را بپرسد. در این نوع مصاحبه، مصاحبه‌گر باید اعتماد مراجع را جلب کرده و احساس آرامش را به وی منتقل نماید تا بتواند با صراحت و بدون ترس در مورد مسائل خصوصی خود صحبت کند. این نوع مصاحبه به مصاحبه‌گر اجازه می‌دهد که در پرسیدن سؤالات انعطاف داشته باشد و برای بحث در مورد هر موضوع به صلاحدید خود زمان را تنظیم نماید (پومروی، ۲۰۱۴).

تصمیم‌گیری در مورد نوع مصاحبه، به موقعیت اجرای مصاحبه و هدف آن بستگی دارد. از آنجایی که در مصاحبه‌های نیمه ساختارنیافته قضاوت بالینی نقش زیادی دارد، بنابراین، صرفاً می‌تواند توسط متخصصان باتجربه انجام شود. با توجه به اینکه در مصاحبه‌های کاملاً ساختارنیافته علائم تشخیصی به‌طور کامل چک می‌شوند، بنابراین به زمان بیشتری نیاز دارد. معمولاً در تحقیقات و آموزش‌های بالینی از این دو نوع مصاحبه استفاده می‌شود. البته این نوع مصاحبه می‌تواند در موقعیت‌هایی بالینی استفاده شود که هدف آن بررسی جامع می‌باشد که معمولاً با مصاحبه ساختارنیافته و سایر آزمون‌ها همراه می‌گردد. در موقعیت‌های بالینی معمولاً از مصاحبه‌های ساختارنیافته استفاده می‌شود (سگال و همکاران ۲۰۱۰).

۱-۳-۲ انواع مصاحبه براساس هدف

براساس هدف موردنظر انواع متفاوتی از مصاحبه وجود دارد که در این قسمت به چند نوع متداول آن اشاره می‌گردد. حتماً نباید یک مصاحبه از یک نوع خاص باشد، گاهی اوقات ممکن است در یک مصاحبه از چند نوع مصاحبه استفاده شود (کریگ، ۲۰۰۵).

- **مصاحبه تشخیصی^۱:** در مصاحبه‌های تشخیصی، وظیفه مصاحبه‌گر این است که رفتارهای مراجع را در غالب سیستم تشخیصی تعریف نماید. امروزه در زمینه سلامت روان دو سیستم طبقه‌بندی تشخیصی رسمی بیشترین استفاده را دارند: طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۲ (ICD) که سیستم طبقه‌بندی سازمان بهداشت

1. Diagnostic Interview

2. International Classification of Disease

جهانی^۱ برای پوشش دادن به اختلالات روانی و جسمی می‌باشد؛ و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM) که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا نوشته شده است و اکنون نسخه پنجم آن در دسترس است. هدف هر دو سیستم طبقه‌بندی اختلالات روانی و مرتبط ساختن آنها با تبیین‌ها و درمان‌های متعدد است (پومروی^۳، ۲۰۱۴).

اگر در انتهای مصاحبه تشخیصی، با توجه به نشانه‌های به‌دست آمده مشخص گردید که مراجع در یکی از طبقات تشخیصی قرار می‌گیرد و دارای مشکل خاصی است؛ باید به مراجع توضیحات لازم داده شود. یکی از خطاهای مصاحبه‌کنندگان مبتدی این است که تشخیص را با مراجع در میان نمی‌گذارند و صرفاً به گفتن جملاتی مثل «نگران نباش» یا «شما مشکل خاصی ندارید» اکتفا می‌کنند. درحالی‌که درمانگر باید توضیحات کامل در مورد اختلال را به مراجع ارائه دهد (نام اختلال بسته به خصوصیات مراجع می‌تواند بیان شود یا خیر) و مراجع و درمانگر در نهایت درک مشترکی از اختلال داشته باشد (مک‌کینون، میشل و بوکلی^۴، ۲۰۱۰).

• **مصاحبه قانونی**^۵. روان‌شناسان جنایی و قانونی معمولاً از مصاحبه تشخیصی متفاوتی، تحت عنوان مصاحبه قانونی استفاده می‌نمایند که هدف آن آماده‌کردن زمینه مناسب برای قضاوت بالینی صحیح می‌باشد. این مصاحبه‌ها، در واقع مصاحبه‌های بالینی در موقعیت‌های قانونی هستند که به بازپرسان، قضات و مراجع قضایی در کشف جرم و طراحی سؤالات بازپرسی کمک می‌کنند. چند عامل باعث متفاوت شدن این نوع مصاحبه از مصاحبه‌های معمولی می‌گردد که عبارت‌اند از:

الف) مصاحبه بر مبنای یک هدف قانونی اجرا می‌گردد مثلاً شامل ارزیابی‌هایی جهت تشخیص صلاحیت برای محاکمه، حبس، میزان خطرناک بودن و یا به سن قانونی رسیدن می‌باشد.

ب) این مصاحبه‌ها معمولاً تحقیقی بوده، زمان بیشتری می‌برد و امکان دارد در جلسات متعدد اتفاق بیافتد.

1. World Health Organization

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

3. Pomeroy

4. MacKinnon, Michels & Buckley

5. Forensic Interview