



رابطه پزشک - بیمار

در حوزه پزشکی و روان پزشکی، کیفیت رابطه پزشک-بیمار^۱، یا رابطه روان پزشک-بیمار، بسیار اهمیت دارد. پزشک و روان پزشک، برای این که بتواند یک رابطه خوب و مؤثر با بیمار برقرار کند، باید پیچیدگی‌های رفتار انسان را به خوبی درک کند و در فنون و مهارت‌های حرف زدن با مردم و گوش دادن به آنها تعلیمات آکادمیک دیده باشد. گوش دادن فعال^۲ یکی از این مهارت‌هاست و از دو قسمت تشکیل شده است: (۱) گوش دادن به آنچه بیمار و خود پزشک به یکدیگر می‌گویند؛ و (۲) توجه کردن به احساسات پشت پرده و ناگفته بین آنها (بین پزشک و بیمار). روان پزشکی که هم به محتوا (معنا) و هم به فرایند تعامل خود با بیمار توجه می‌کند متوجه خواهد شد که تبادل اطلاعات (ارتباط) بین آن دو در باره چند موضوع اطلاعات مهمی ارایه می‌دهد: آنچه بیمار در باره خودش می‌داند؛ آنچه بیمار دوست دارد دیگران درباره او بدانند (نحوه قضاوت دیگران در مورد او)؛ و این که بیمار واقعاً چه کسی است و چه شخصیتی دارد. توجه داشته باشید که منظور از محتوای تعامل مطالبی است که بیمار و روان پزشک عملاً بر زبان می‌آورند، و منظور از فرایند تعامل موضوعی است که بیمار و روان پزشک قصد بیان آن را دارند (منظور)^۳.

یکی از خصوصیات اصلی رابطه روان پزشک-بیمار، راپورت خوب است. کلمه rapport از فعل فرانسوی rapporter به معنای برگشتن، آوردن، یا پس آوردن و در کل، به معنای دوباره نزدیک هم آوردن است. در فرهنگ لغات انگلیسی، راپورت به معنای رابطه یا درک همدلانه و سمپاتیک است. راپورت یعنی یک رابطه دو طرفه. به عبارت دیگر، راپورت اشاره دارد به رابطه مثبت، باز، اعتمادآمیز، امن، و گرم بین روان پزشک و بیمار.^۴ وقتی روان پزشک و بیمار احساس می‌کنند یک حس اعتماد و احترام واقعی بین آن دو برقرار شده است، و به رغم تمام تفاوت‌هایی که با هم دارند، به راحتی با هم حرف می‌زنند، و می‌دانند که هم به حرفهای طرف مقابل گوش می‌دهند و هم حرفهای خودشان گوش داده می‌شوند، مطمئن خواهند شد که راپورت به وجود آمده است. برای یادگرفتن نحوه ایجاد راپورت هیچ قرص یا معجون سحرآمیزی وجود ندارد. راپورت چیزی است که باید به طور طبیعی و خودجوش یاد گرفته شود، در غیر این صورت، ربات‌ها و آدم‌های مصنوعی در این کار از

1 The quality of patient-doctor or patient-therapist relationship is crucial to the practice of medicine and psychiatry.

2 Active listening means listening both to what they and the patient are saying and to the undercurrents of the unspoken feelings between them.

3 the content of the interaction (what the patient and the doctor actually say) and the process (what the patient or the doctor mean to say)

4 Rapport refers to the positive, open, trusting, safe, and warm relationship between the therapist and the client.

انسان‌ها سبقت خواهند گرفت. اکثر اوقات، روان‌پزشک تنها کسی است که بیماران می‌توانند درباره مسائل با آنها صحبت کنند که به هیچکس دیگر نمی‌توانند بگویند. اکثر بیماران به رازداری روان‌پزشکان اعتماد دارند و روان‌پزشکان نباید این اعتماد را از بین ببرند. بیماران که فکر می‌کنند یک نفر هست که با شخصیت آنها آشنا باشد، آنها را درک کند، و آنها را همانطور که هستند قبول داشته باشد، او را به عنوان منبعی از قدرت و توانایی قبول خواهند داشت، منبعی که به آنها قدرت و توانایی خواهد داد.

ایجاد راپورت

اکهارد اوتمر و سیگلیند اوتمر شش روش برای ایجاد راپورت ارائه داده‌اند: (۱) کاری کنید که بیمار با شما احساس راحتی کند؛ (۲) درد بیمار را کشف کنید و همدردی نشان دهید؛ (۳) ببینید بیمار تا چه اندازه از مشکل خود آگاه است و متحد او شوید (ائتلاف یا اتحاد تراپوتیک تشکیل دهید)؛ (۴) نشان دهید که در کار خود متخصص و مجرب هستید؛ (۵) نشان دهید که در این رابطه تراپوتیک، نقش روان‌پزشک را دارید و به همین دلیل، اقتدار دارید، قابل استناد هستید، و به نفع بیمار است که حرف‌هایتان را قبول داشته باشد؛ و (۶) بین نقش خود به عنوان یک شونده دلسوز، یک متخصص مجرب، و یک فرد صاحب اقتدار، تعادل برقرار کنید. جدول ۱-۱ یک چک‌لیست ارائه می‌دهد که روان‌پزشکان را قادر می‌سازد مشکلات را متوجه شوند و مهارت‌های خود در ایجاد راپورت را تقویت کنند.

در یک نظرسنجی از ۷۰۰ بیمار، اکثر آنها گفتند که بسیاری از روان‌پزشکان زمان یا تمایل کافی برای گوش دادن به احساسات آنها ندارند، در باره مشکلات هیجانی و پس‌زمینه اجتماعی-اقتصادی خانواده بیمار دانش کافی ندارند، و با به کار بردن لغات و اصطلاحات تخصصی و دشوار، ترس آنها را افزایش می‌دهند. ارزیابی مشکلات دوران کودکی به درک بهتر بیماران کمک می‌کند. واکنش‌های هیجانی (سالم یا ناسالم) در نتیجه تعامل دایمی نیروهای بیولوژیک، سوسپولوژیک، و پسیکولوژیک به وجود می‌آیند. هر یک از استرس‌هایی که فرد متحمل می‌شود یک رد از خود باقی می‌گذارد و در سراسر زندگی بیمار به تأثیرگذاری خود ادامه می‌دهد. شدت این تأثیرگذاری‌های بعدی به شدت استرس اولیه و میزان آسیب‌پذیری فرد وابسته است، روان‌پزشک، تا آنجا که ممکن است، باید استرس‌های قدیمی و جدید بیمار را کشف کند.

همدلی. یک روش برای افزایش راپورت، همدلی (empathy) است. همدلی یکی از خصوصیات مهم روان‌پزشکان است، اما یک توانایی انسانی جهان‌شمول نیست. یکی از مشخصات اصلی بعضی اختلالات شخصیت (مثلاً، اختلال شخصیت ضداجتماعی و خودشیفته)، ناتوانی در درک احساسات دیگران است. شاید نتوان همدلی را به خود یا دیگران یاد داد، اما با تعلیم و تمرین، مشاهده همدلی دیگران، و توجه کردن به فرایندهای همدلی خود، می‌توان روی آن تمرکز و آن را عمیق‌تر کرد. روان‌پزشکی که همدلی دارد ممکن است بتواند حرف دل بیمار را، قبل از آنکه خودش بیان کند، احساس کند و معمولاً می‌تواند به بیمار کمک کند احساس خود را به شیوه‌ای دقیق‌تر و واضح‌تر بیان کند. محرک‌های غیرکلامی، مثل رُست و نحوه قرار گرفتن بدن، دست‌ها، پاها، سر، و حالات چهره، به آسانی مورد توجه بیمار قرار می‌گیرند و کشف رمز می‌شوند. واکنش‌های بیمار به روان‌پزشک را نیز می‌توان درک کرد و معنای آنها را مشخص ساخت.

توجه داشته باشید که همدلی (empathy) با همدردی یا دلسوزی (sympathy) مترادف نیست. لحظاتی از همدردی یا دلسوزی در طول تعامل روان‌پزشک-بیمار می‌تواند به رابطه تراپوتیک کمک کند، اما اکثر مواقع، گوش دادن فعال همان گوش دادن همدلانه است. در گوش دادن با همدلی، روان‌پزشک با احترام و دقت به بیمار گوش می‌دهد و سعی می‌کند موضوع را از نقطه نظر بیمار درک کند. او درباره هیچ چیزی قضاوت نمی‌کند و

هیچ کاری نمی‌کند که کانون توجه از پیامی که بیمار می‌خواهد برساند به جای دیگری معطوف شود. در گوش دادن با همدردی، روان‌پزشک سعی می‌کند نشان دهد که درد بیمار را می‌فهمد، دلش برایش می‌سوزد، و حتی احساسات بیمار را قبلاً خودش تجربه کرده است. گوش دادن همدردانه بیمار را متوجه می‌سازد که روان‌پزشک درد یا احساسات او را احساس می‌کند. روان‌پزشک به بیمار نشان می‌دهد که واقعاً به فکر اوست و دوست دارد بیمار بداند که او نیز همین احساس را دارد.



تصویر ۱-۱: در این عکس نمونه‌ای از گوش دادن فعال را در چهره نگران روان‌پزشک مشاهده می‌کنید. هری سالیوان، روان‌پزشک معروفی که در نظریه‌های شخصیت نیز صاحب نظر بود، اعتقاد داشت روان‌پزشک علاوه بر مشاهده زندگی بیمار، در آن مشارکت نیز می‌کند (شاهد فعال، شاهد شرکت‌کننده، شاهد مشارکت‌کننده، participant observer).

بیماران گاهی می‌گویند، "شما که هرگز مشکلات من را تجربه نکرده‌اید، چگونه می‌توانید بفهمید من چه می‌کنم؟" آنچه روان‌پزشک باید بداند این است که برای درک دیگران حتماً لازم نیست تجربه‌های آنها را تجربه کرده باشید. تجربه‌ای مشترک به نام "انسان بودن" معمولاً برای این کار کافی است. چه در اولین جلسه روان‌درمانی (مصاحبه تشخیصی) و چه در طول روان‌درمانی، بیماران همیشه از این که روان‌پزشک از مشکلات آنها تعجب نمی‌کند و آنها را غیرعادی نمی‌یابد، احساس آرامش خیال می‌کنند.

انتقال. انتقال (transference) معمولاً این گونه تعریف می‌شود: مجموعه‌ای از انتظارات، توقعات، باورها، و واکنش‌های هیجانی که بیمار با خود وارد رابطه تراپوتیک می‌کند.^۱ نگرش بیمار نسبت به

روان‌پزشک ممکن است تکرار نگرشی باشد که قبلاً نسبت به افراد صاحب قدرت در زندگی خود داشت. این نگرش روی یک پیوستار است: (۱) در یک سوی آن یک اعتماد اساسی و واقع‌گرایانه نسبت به روان‌پزشک قرار دارد و بیمار می‌داند یا فکر می‌کند که روان‌پزشک قلباً به او علاقه‌مند است و می‌خواهد مشکلش را حل کند، (۲) در وسط پیوستار ممکن است روان‌پزشک را فردی کامل و بدون عیب و نقص بداند که از آنچه واقعاً هست بهتر است و حتی ممکن است آرزوهای اروتیک نسبت به او داشته باشد؛ و (۳) در آن سوی دیگر پیوستار ممکن است یک عدم اعتماد اساسی وجود داشته باشد و بیمار احساس کند روان‌پزشک برای او هیچ احترامی قابل نیست، خود او را مسئول مشکلاتش می‌داند، و حتی ممکن است فردی بی‌ادب و خشن باشد.

1 Transference is generally defined as the set of expectations, beliefs, and emotional responses that a patient brings to the therapeutic relationship.

جدول ۱-۱: چک لیست خود-سنجی برای روان پزشکان. چک لیست زیر به روان پزشکان کمک می کند تا بتوانند مهارت های خود در ایجاد راپورت و حفظ آن را تخمین بزنند. این فهرست در شناسایی نقاط ضعف مصاحبه گر و رفع آنها بعد از مصاحبه های ناموفق، بسیار مفید واقع می شود.

بله	نه	هیچکدام	
☐	☐	☐	۱. کاری کردم که بیمار احساس راحتی کند.
☐	☐	☐	۲. وضعیت روانی بیمار را تشخیص دادم.
☐	☐	☐	۳. در باره ناراحتی بیمار فکر کردم و نحوه کمک به او را انتخاب کردم.
☐	☐	☐	۴. به بیمار کمک کردم تا یخش آب شود (خودش را گرم کند).
☐	☐	☐	۵. به بیمار کمک کردم تا بر شک و تردید خود غلبه کند.
☐	☐	☐	۶. جلوی سئوالات بیجا و مزاحم از سوی بیمار را گرفتم.
☐	☐	☐	۷. کاری کردم که بیمار شروع به صحبت کند (تولید کلامی بیمار را تحریک کردم).
☐	☐	☐	۸. جلوی حرف زدن های طولانی و مبهم بیمار را گرفتم.
☐	☐	☐	۹. رنج و عذاب بیمار را درک کردم (درد بیمار را فهمیدم).
☐	☐	☐	۱۰. همدلی خود برای رنج بیمار را نشان دادم (برای رنج او اظهار همدلی کردم).
☐	☐	☐	۱۱. به عواطف بیمار توجه کردم (tune in به معنای توجه کردن است).
☐	☐	☐	۱۲. به عواطف بیمار فکر کردم و نحوه پرداختن به آنها را انتخاب کردم.
☐	☐	☐	۱۳. از میزان بینش (بصیرت) بیمار آگاهی یافتم (فهمیدم که تا چه اندازه از مشکل خودش خبر دارد).
☐	☐	☐	۱۴. نظر بیمار را درباره مشکلی که دارد (اختلال روانی) دریافتم.
☐	☐	☐	۱۵. از اهداف آشکار و تراپوتیک روان درمانی مورد نظر برداشتی شفاف داشتم.
☐	☐	☐	۱۶. هدف آشکار روان درمانی را به بیمار توضیح دادم.
☐	☐	☐	۱۷. به بیمار توضیح دادم و او را متوجه ساختم که با اختلال روانی (بیماری) مورد نظر آشنایی دارم.
☐	☐	☐	۱۸. سئوالاتم بیمار را متقاعد کرد که با سمپتوم های

			اختلال مورد نظر آشنایی دارم.	of the disorder.
☐	☐	☐	۱۹. بیمار را آگاه ساختم که برای مقابله با مشکل خود، تنها نخواهد بود.	I let the patient know that he or she is not alone with the illness.
☐	☐	☐	۲۰. به بیمار گفتم که قصد دارم به او کمک کنم.	I expressed my intent to help the patient.
☐	☐	☐	۲۱. بیمار متوجه میزان تخصص و تجربه من شد.	The patient recognized my expertise.
☐	☐	☐	۲۲. بیمار اقتدار من را محترم شمارد (با من، به عنوان فردی صاحب نظر و مافوق، رفتاری مؤدبانه داشت).	The patient respected my authority.
☐	☐	☐	۲۳. بیمار کاملاً همکاری کرد (در همه موارد روحیه همکاری داشت).	The patient appeared fully cooperative.
☐	☐	☐	۲۴. نگرش بیمار نسبت به اختلال (بیماری) را متوجه شدم.	I recognized the patient's attitude toward the illness.
☐	☐	☐	۲۵. بیمار نمی خواست قبول کند که اختلال (بیماری) دارد. (توجه داشته باشید که جمله بالا حتی برای نگلیسی زبانان نیز نامفهوم است. از چند تن نگلیسی زبان معنای این جمله را پرسیدیم و حتی در yahoo answers مطرح کردیم. ۳ معنی احتمالی دیگر اینها هستند: (۱) بیمار به بیماری خود به صورت موضوعی جدا و دور از خود نگاه می کرد، (۲) بیمار از زاویه دیگری به بیماری خود نگاه می کرد، و (۳) بیمار با نفرت و فزجار به بیماری خود نگاه می کرد).	The patient viewed the illness with distance.
☐	☐	☐	۲۶. بیمار خود را تشنه دلسوزی و همدردی نشان داد.	The patient presented as a sympathy-craving sufferer.
☐	☐	☐	۲۷. بیمار خود را یک فرد بسیار مهم نشان داد.	The patient presented as a very important patient.
☐	☐	☐	۲۸. بیمار بر سر کسب نقش مافوق و فرد مقتدر، با من رقابت کرد.	The patient competed with me for authority.
☐	☐	☐	۲۹. بیمار مطیع و حرف گوش کن بود.	The patient was submissive.
☐	☐	☐	۳۰. نقش خودم را با نقش بیمار مطابقت دادم (با آن تنظیم کردم).	I adjusted my role to the patient's role.
☐	☐	☐	۳۱. بیمار از من تشکر کرد و برای جلسه بعدی وقت گرفت.	The patient thanked me and made another appointment.

نقش روان پزشک در مقایسه با سایر پزشکان. از بسیاری جهات، نقش روان پزشک با نقش سایر پزشکان تفاوت دارد با این حال، بسیاری از بیماران از روان پزشکان همان انتظاراتی را دارند که از سایر پزشکان دارند. مثلاً، انتظار دارند که روان پزشک، مثل پزشک عمومی، کاری بکند، توصیه ای ارائه دهد، و دارویی تجویز کند تا یک بیماری خاص را از بین ببرد، و هنگامی که انتظاراتشان برآورده نمی شود، ممکن است از دست روان پزشک خسته یا دلسرد و سرخورده شوند. فرایند انتقال، به چند دلیل، معمولاً در مورد روان پزشکان با شدت بیشتری روی می دهد. برای مثال، در روانکاو، که بر بینش (بصیرت) تکیه دارد، فرایند انتقال تشویق می شود. (insight، که در ادبیات روان شناسی فارسی بینش و بصیرت ترجمه شده است، به معنای میزان آگاهی فرد از مشکل خود است). در بعضی انواع روان درمانی، روان پزشک نقش کم و بیش خنثی دارد. هرچه میزان خنثی بودن یا نالشناس بودن روان پزشک بیشتر باشد، رویاهای بیمار بیشتر فعال می شوند و به روان پزشک فراقکنی خواهند شد. بعد از تحریک و فراقکنی شدن رویاهای روان پزشک می تواند به بیمار کمک کند تا متوجه شود (اینسایت، بینش، بصیرت

به دست آورد) که این رؤیایا چگونه بر همه روابط میان فردی مهم آنها تأثیر می‌گذارند. سایر پزشکان از فرایند انتقال استفاده نمی‌کنند و حتی ممکن است از این فرایند اطلاع چندانی نداشته باشند، برای این که بهتر بتوانند به درمان بیماران خود بپردازند و رابطه تراپوتیک خوبی با بیمار به وجود آورند، بد نیست درک خوبی از این فرایند داشته باشند.

حرف‌ها و عمل‌های روان‌پزشکان تأثیر بسیار زیادی دارد زیرا، به عنوان یک فرد مقتدر و صاحب نفوذ مورد اعتماد بیمار است و از طرفی دیگر، بیمار، برای بهبود یافتن، به او نیاز دارد. نحوه رفتار روان‌پزشک بر واکنش‌های هیجانی و حتی جسمی بیمار تأثیر می‌گذارد.

یک مثال جالب، بیماری بود که وقتی یک پزشک ظاهراً سرد، عبوس، و سختگیر او را معاینه می‌کرد همیشه فشار خون بالا نشان می‌داد، اما وقتی یک پزشک دیگر، که به نظرش گرم، دلسوز، و صمیمی می‌آمد، او را معاینه می‌کرد، همیشه فشار خون معمولی نشان می‌داد.

انتقال متقابل، درست همانطور که بیمار احساسات و عواطف خود را به پزشک انتقال می‌دهد، پزشک نیز ممکن است هیجان‌های خود را به بیمار فرافکنی کند. انتقال متقابل اشاره دارد به احساسات پزشک نسبت به بیمار بر اساس مسائل درونی خود پزشک یا در واکنش به سمپتوم‌ها یا رفتارهای بیمار.¹ انتقال متقابل به شکل احساساتی منفی درآید که رابطه تراپوتیک را مختل می‌کنند، اما، همچنین، می‌تواند شامل واکنش‌هایی بیش از حد مثبت، ایده‌آلیست، یا حتی اروتیک نسبت به بیمار باشد. همانطور که بیماران از پزشکان انتظاراتی دارند (مثلاً، این که باکفایت باشند، سواستفاده نکنند، بی‌طرفانه برخورد کنند، به آنها احساس صمیمیت و راحتی بدهند، و از شدت سمپتوم‌های آنها بکاهند)، پزشکان نیز ممکن است از بیماران خود انتظاراتی ناخودآگاه یا ناگفته داشته باشند. مثلاً، پزشکان معمولاً بیماران خوب را دوست دارند. بیمار خوب کسی است که شدت سمپتوم‌هایی که گزارش می‌دهد با یک اختلال بیولوژیک بسیار قابل تشخیص (یعنی، بیماری جسمی که به آسانی قابل تشخیص است) مطابقت داشته باشند، بر هیجان‌های خود کنترل داشته باشند، و قدردان زحمات پزشک باشند. اگر این انتظارات برآورده نشوند، ممکن است پزشک نظر مثبتی نسبت به بیمار نداشته باشد و احساس کنند نمی‌توانند او را دوست داشته باشند، با او کار کنند، یا کلاً، او را بیماری بد بدانند.

توجه داشته باشید که در متون تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی، symptom با sign تفاوت دارد. سمپتوم یعنی آنچه خود بیمار تجربه می‌کند و قابل دیدن از سوی پزشک نیست. ساین (نشانه، علامت) قابل دیدن است. برای مثال، وقتی بیمار به پزشک می‌گوید زانویم خیلی درد می‌کند، پزشک این درد را نمی‌بیند، اما زانوی کبود و ورم کرده را می‌بیند. به این ترتیب، درد سمپتوم و کبودی و ورم ساین (نشانه، علامت) هستند.

بی‌زاری پزشک از بیمار. اگر پزشک از بیمار خوشش نیاید، ممکن است نتواند به طور مؤثر با او کار کند. هیجان همیشه باعث ایجاد هیجان متقابل می‌شود. اگر پزشک حالت خصمانه داشته باشد، بیمار نیز بد اخلاقی و دشمنی در پیش می‌گیرد. این موضوع باعث می‌شود خشم و خصم پزشک بیشتر شود، و به این ترتیب، رابطه پزشک-بیمار به سرعت تخریب می‌شود. اگر پزشک بتواند بر این هیجان‌ها غلبه کند و در مواقع حاد، خونسردی خود را حفظ کند، رابطه پزشک-بیمار ممکن است از حالت آشکارا خصمانه به حالتی با تنش کمتر تبدیل شود که در آن، دو طرف به یکدیگر احترام می‌گذارند (هرچند با بی‌میلی) و یک دیگر را، همانطور که هستند، بیشتر می‌پذیرند. برای غلبه کردن بر این گونه هیجان‌ها، پزشک باید بتواند یک قدم از واکنش‌های مبتنی بر انتقال

1 Countertransference refers to the doctor's feelings toward a client based on issues internal to the doctor or in reaction to the patient's symptoms or behaviors.

متقابل پا عقب بگذارد و بدون آنکه تحت تأثیر هیجان‌های خود قرار گیرد، به کندوکاو در این موضوع بپردازد که چرا بیمار به پزشک چنین واکنشی نشان می‌دهد، آن هم به شیوه‌ای که ظاهراً به شکست خود بیمار منجر خواهد شد (بیمار به پزشک نیاز دارد، و خصوصیت باعث می‌شود نتواند کمک مورد نیاز خود را به صورت مؤثر دریافت نماید). پزشک باید بداند که خصوصیت بیمار، به طریقی، نوعی دفاع شخصی یا حفاظت از خود است و به احتمال زیاد، منعکس‌کننده ترس بیمار از عدم احترام، بی‌ادبی و خشونت از سوی پزشک، و دلسرد شدن از کل فرایند روان‌درمانی باشد. دانستن این موضوع باعث می‌شود از خشم پزشک کاسته شود و او بتواند همدلی بیشتری با بیمار داشته باشد.

بعضی پزشکان، که به طور ناخودآگاه دوست دارند از همه چیز باخبر و بر همه چیز تسلط داشته باشند، ممکن است با بعضی انواع بیماران مشکلاتی خاص داشته باشند. کنار آمدن با این گونه بیماران ممکن است برای همه پزشکان دشوار باشد، اما اگر پزشک، تا آنجا که ممکن است، از نیازها، توانایی‌ها، و محدودیت‌های خودش آگاه باشد، این نوع بیماران نمی‌توانند برای آنها مشکل‌ساز شوند. بعضی از این بیماران عبارتند از: بیمارانی که تلاش‌های خود برای کمک به خود را نافرجام می‌گذارند (مثلاً، بیمارانی که به رغم بیماری قلبی، به استعمال دخانیات یا مصرف الکل ادامه می‌دهند)؛ بیمارانی که همکاری نمی‌کنند (مثلاً، بیمارانی که به روان‌درمانی اعتماد ندارند یا در مقابل آن مقاومت می‌کنند)؛ بیمارانی که برای معاینه نزد سایر پزشکان می‌روند (توصیه شخصی مترجم: همیشه، حتی برای کوچکترین مشکلات پزشکی و روان‌پزشکی، به دو و حتی چند پزشک دیگر مراجعه کنید و نظر آنها را بخواهید، اما به هیچیک نگویند که به دیگران نیز مراجعه کرده‌اید). بیمارانی که به رغم روان‌درمانی، حالشان بهتر نمی‌شود؛ بیمارانی که برای پنهان کردن مشکلات هیجانی خود به شکایت کردن از مشکلات جسمی متوسل می‌شوند (مثلاً، بیماران مبتلا به اختلالات سوماتیک سمپتوم، اختلال اضطراب بیماری، یا اختلالات ساختگی)؛ بیماران مبتلا به اختلالات نوروکوگنیو مزمن (مثلاً، بیماران مبتلا به اختلال نوروکوگنیو خفیف یا عمده از نوع آلزایمر)؛ و بیمارانی که نمونه بارز ناتوانی پزشک در حل مشکل محسوب می‌شوند، و بنابراین، باعث می‌شوند پزشک نسبت به توانایی خود به عنوان پزشک معالجه‌کننده امراض شک کند و عزت نفسش پائین آید (مثلاً، بیماران رو به مرگ یا بیمارانی که درد مزمن دارند).

توجه داشته باشید که در روان‌شناسی، emotion و feeling با هم تفاوت دارند و نمی‌توان هر دو را احساس ترجمه کرد. در این کتاب، همه جا، emotion را هیجان و feeling را احساس ترجمه کرده‌ایم. برای توضیح کامل هیجان و احساس، به کتاب آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5، ترجمه و تألیف مهدی گنجی، مراجعه نمایید.

پزشک و روابط رمانتیک با بیمار. پزشکان معمولاً بعضی بیماران را از سایر بیماران بیشتر دوست دارند. اگر پزشک احساس کند نسبت به یک بیمار علاقه زیاد دارد و وسوسه شود تا بر اساس این علاقه اقدامی انجام دهد، باید یک قدم عقب برود (تا از فاصله دورتر، کل وضعیت را بهتر ببیند) و اوضاع را بسنجد. در بعضی حرفه‌های تخصصی مرتبط با پزشکی، که در آنها رابطه پزشک- بیمار رابطه چندان صمیمانه‌ای نیست و احساسات و هیجان‌های شدید وجود ندارند، قوانین و قواعدی که ایجاد روابط رمانتیک با بیمار را ممنوع می‌کنند ممکن است چندان قوی و سختگیرانه نباشند. اما در سایر زمینه‌های تخصصی، مخصوصاً در روان‌پزشکی، منع اخلاقی و حتی قانونی از اهمیت زیادی برخوردار است. در فرهنگ آمریکا، پزشک یک چهره قدرتمند است و ممکن است باعث فعال شدن رؤیاهای ناخودآگاه در بیمار شود (مثلاً، رویای نجات یافتن توسط پزشک، و مورد رسیدگی و مهر و محبت او قرار گرفتن). خود پزشکان نیز ممکن در ضمیر ناخودآگاه خود رؤیاهایی درباره قدرتمند بودن، قادر به

نجات جان‌ها بودن، و مهر و محبت داشتن به دیگران داشته باشند. این رؤیاها در نفس خود غیرواقع‌بینانه است و بدون هیچ تردیدی به واقعیت نخواهند پیوست. یعنی، بعد از یک ایجاد یک رابطهٔ رمانتیک بین پزشک و بیمار، هر دو متوجه خواهند شد که پزشک قادر مطلق نیست، بسیاری اوقات هیچ کاری از دستش برنمی‌آید، نمی‌تواند همیشه و به خوبی به بیمار رسیدگی کند، و ممکن است بعد از مدتی مهر و علاقهٔ خود را از دست بدهد. این سرخوردگی‌ها می‌توانند مغرب باشند، مخصوصاً برای بیمار. در مورد روابط جنسی بین پزشک و بیمار در فصل‌های بعد بیشتر صحبت خواهیم کرد.

یک موضوع دیگر در ارتباط با مسایل جنسی، مطرح کردن سؤال در بارهٔ آنها و کسب سابقهٔ مسایل جنسی و مشکلات سکسوال بیمار است، که به مسألهٔ انتقال متقابل برمی‌گردد. عدم تمایل به انجام این کار از سوی پزشک ممکن است منعکس‌کنندهٔ اضطراب و نگرانی خود او در بارهٔ مسایل جنسی، یا حتی علاقهٔ ناخودآگاه او به بیمار باشد. علاوه بر آن، وقتی پزشک چنین سئوالاتی را مطرح نمی‌کند، بیمار چنین حدس می‌زند که پزشک با این موضوع مشکل دارد و حرف زدن در بارهٔ آن برایش آسان نیست، و بنابراین، ممکن است بیمار احساس معذب بودن کند و نتواند دربارهٔ بسیاری از سایر مسایل حساس صحبت کند.

استفادهٔ مثبت از انتقال متقابل. احساسات ناشی از انتقال متقابل را همیشه نباید منفی در نظر گرفت. در صورتی که پزشک بتواند آنها را شناسایی و تحلیل کند، می‌تواند به او کمک کند تا بیمار را (که باعث ایجاد این احساسات شده است) بهتر درک کند. برای مثال، اگر پزشک احساس کند که در نزدیکی از بیمار، حوصله‌اش سر می‌رود و کلافه است، و مطمئن است که علت این بی‌حوصلگی و کلافگی مشکلات درونی خودش نیستند، می‌تواند احتمال دهد که بیمار دربارهٔ موضوعات پیش پا افتاده یا بی‌اهمیت صحبت می‌کند تا به این طریق از مشکلات واقعی و احتمالاً ناراحت‌کننده طفره رود.

پزشکان بیمار. یک مثال مخصوص از مسائل مرتبط با انتقال متقابل، زمانی است که بیمار مراجعه‌کننده خود یک پزشک است. در چنین مواقعی، یکی از مشکلات، انتظار داشتن از پزشک بیمار برای رسیدگی به دارو و درمان خود است، و یک مشکل دیگر، این است که پزشک معالج ممکن است احساس کند پزشک بیمار از او عیبجویی خواهد کرد و مهارت‌ها یا کفایت او را زیر سؤال خواهد برد. همه می‌دانند که پزشکان بیمارانی بدی هستند، شاید به این دلیل که تعلیم دیده‌اند تا در حرفهٔ خود همهٔ موقعیت‌ها را تحت کنترل داشته باشند و در رابطهٔ پزشک-بیمار، نقش بالادست و رئیس را ایفا کنند. پزشکی که در نقش بیمار ظاهر می‌شود ممکن است مجبور شود کنترل خود را به دست یک نفر دیگر بسپارد، وابسته شود، و هراسان و آسیب‌پذیر به نظر برسد، و همهٔ اینها رفتارهایی هستند که اکثر پزشکان، در طول آموزش حرفه‌ای و آکادمیک خود، یاد گرفته‌اند سرکوب کنند. پزشکان بیمار ممکن است از این که خود را سربر همکاران خود (که سرشان همیشه شلوغ است) می‌بینند ناراحت شوند، یا ممکن است از مطرح کردن سئوالات لازم و منطقی خودداری کنند صرفاً از ترس این که مبادا بی‌خبر یا بی‌کفایت به نظر برسند. پزشکان بیمار ممکن است باعث ترس پزشکان معالج شوند زیرا پزشکان معالج ممکن است تصویری از خودشان را در این بیماران ببینند (که آنها نیز ممکن است روزی بیمار شوند) و به این ترتیب، ممکن است به انکار یا اجتناب پناه ببرند.

تعامل بین پزشک و بیمار

تعامل بین پزشک و بیمار (سئوالاتی که بیمار می‌پرسد، نحوهٔ اعلام اخبار مرتبط با بیماری، و توصیه‌هایی که پزشک می‌کند) شکل‌های متفاوتی می‌توانند به خود بگیرند. تقسیم‌بندی انواع تعاملات بین پزشک و بیمار

می‌تواند برای کارآمدی بیشتر پزشک مفید واقع شود اما باید توجه داشت که این طبقه‌بندی‌ها (مدل‌ها) متغیر هستند و یک پزشک با فراست و حساس، در مورد بیمارهای مختلف از رویکردهای مختلف، یا در مورد یک بیمار از چند رویکرد متفاوت استفاده خواهد کرد، زیرا زمان و شرایط حاکم بر وضعیت بیمار ممکن متفاوت باشند.

۱. مدل پدرخواندگی. در رابطه پدرخواندگی (پدرسالاری، پدرمآبانه، پدری) بین پزشک و بیمار، فرض بر این است که پزشک از بیمار بیشتر می‌داند و اطلاعاتش از او بیشتر است.^۱ از او انتظار می‌رود یک نوع درمان تجویز کند و از بیمار انتظار می‌رود بدون چون و چرا حرف او را گوش دهد. علاوه بر آن، پزشک، هر وقت که دلش بخواهد و احساس کند به صلاح بیمار است، می‌تواند از ارایه اطلاعات خودداری کند. در این مدل، که مدل استبدادی نیز نامیده می‌شود، پزشک بیشتر سؤالات را پزشک می‌پرسد و معمولاً فرایند مصاحبه را در کنترل دارد.

در بعضی شرایط، رویکرد پدرخواندگی (استبدادی) رویکرد مطلوب است. در شرایط اورژانس، پزشک نیاز دارد که کنترل اوضاع را در دست بگیرد و بدون این ثانیه‌های حیاتی را صرف تفکر عمیق و رایزنی کند، تصمیماتی بگیرد که ممکن است باعث نجات جان افراد شوند. علاوه بر آن، بعضی بیماران احساس می‌کنند بیماری توانی برای آنان باقی نگذاشته است و از این که پزشک معالج مسئولیت تصمیم‌گیری را بر عهده می‌گیرد احساس آسودگی خیال می‌کنند. اما خطر اصلی رویکرد پدرخواندگی این است که ممکن است باورها، ارزش‌ها، و ترجیحات پزشک و بیمار را رویاروی هم قرار دهد. برای مثال، در مورد زایمان بیمار، پزشک ممکن است بر بی‌حسی نخاعی (بی‌هوشی موضعی نخاعی) اصرار ورزد اما بیمار ممکن است بخواهد زایمان طبیعی را تجربه کند.

۲. مدل اطلاعاتی (آگاهی‌دهنده، اخباری). در مدل اطلاعاتی، پزشک اطلاعات را در اختیار بیمار قرار می‌دهد.^۲ او همه اطلاعات و داده‌های موجود را آزادانه به اطلاع بیمار می‌رساند، اما قضاوت درباره آنها کاملاً به عهده بیمار است. برای مثال، پزشک آمار بیماران بهبودیافته از سرطان سینه در پنج سال گذشته را اعلام می‌کند و میزان موفقیت هر یک از انواع درمان‌های موجود برای این بیماری را به اطلاع بیمار می‌رساند. او، بدون آنکه پیشنهادی بدهد یا تفکر بیمار را متوقف کند، به او اجازه می‌دهد تصمیم بگیرد و یکی از انواع درمان را انتخاب کند. رویکرد اطلاعاتی برای مواقعی خوب است که: (۱) بیمار فقط یک بار به پزشک مراجعه می‌کند و از او مشورت می‌خواهد، (۲) رابطه پزشک- بیمار هنوز تشکیل یا مستحکم نشده است، و (۳) بعد از پایان مصاحبه، بیمار نزد پزشک اصلی خود برمی‌گردد و تحت مراقبت منظم و معمول او قرار می‌گیرد. گاهی، رویکرد اطلاعاتی باعث می‌شود بیمار به طرز غیرواقع‌بینانه‌ای استقلال رأی داشته باشد و احساس کند پزشک فردی سرد و بی‌تفاوت است.^۳

۳. مدل تفسیری. مدل تفسیری پزشک را به عنوان مشاور یا مستشار در نظر می‌گیرد.^۴ پزشکی که توانسته‌اند بیماران خود را بهتر بشناسند^۵ و شرایط زندگی، خانواده، ارزش‌ها، و امیدها و آرزوهای آنان را بیشتر درک کرده‌اند، بهتر قادر خواهند بود توصیه‌هایی مبتنی بر ویژگی‌های منحصر به فرد بیماران ارائه دهند. وقتی پزشک

1 In a paternalistic (paternal, autocratic) relationship between the doctor and patient, it is assumed that the doctor knows best.

2 In the informative model, the doctor dispenses information.

3 At other times, the informative model places the patient in an unrealistically autonomous role and leaves him or her feeling the doctor is cold and uncaring.

4 the interpretative (interpretive) model envisions the physician as counselor or consultant.

5 Doctors who have come to know their patients better, ...

راه‌های مختلف برای مقابله با بیماری را معرفی و درباره آنها و انتخاب بهترین روش درمان با بیمار بحث و تبادل نظر می‌کند، بیمار احساس می‌کند در تصمیم‌گیری مشارکت دارد. در این رویکرد، مسئولیت تصمیم‌گیری را از خود سلب نمی‌کند، اما انعطاف‌پذیر است و سوالات بیمار و سایر پیشنهادها مطرح شده را در نظر می‌گیرد. علت تفسیری نامیده شدن این مدل این است که پزشک، که نقش مشاور را بر عهده گرفته است، علاوه بر این که اطلاعات پزشکی ارایه می‌دهد (مثل کاری که در مدل اطلاعاتی انجام می‌گیرد)، به تفسیر و تشریح ارزش‌ها و اعتقادات بیمار می‌پردازد و به او می‌گوید که کدام نوع درمان به حفظ ارزش‌ها و اعتقادات بیمار بیشتر کمک می‌کند.

۴. مدل مشورتی. مدل تأملی بر اساس این فرض بنا نهاده شده است که ارزش‌های بیمار، علاوه بر این که باید مورد تفسیر قرار گیرند، نیازمند بحث و مشورت نیز هستند.^۱ پزشک به عنوان یک دوست یا معلم در نظر گرفته می‌شود. نقش او این است که بیمار را به صحبت و تبادل نظر درباره آنچه برایش بهتر است تشویق و درگیر کند. در چنین گفتگویی، پزشک ممکن است ارزش‌هایی غیر از ارزش‌های بیمار را مطرح و معرفی کند تا شاید بتواند بیمار را وادار سازد سایر روش‌های موجود برای ارزیابی موقعیتی را که در آن قرار دارد در نظر بگیرد. در این مدل، پزشک به ارایه خدمات تخصصی یا تفسیر ارزش‌ها بسنده نمی‌کند و به تشویق کردن نیز می‌پردازد، به این صورت که به بیمار توضیح می‌دهد چرا بعضی ارزش‌های مرتبط با سلامت از سایر ارزش‌ها ارزشمندتر هستند و باید دنبال شوند. رویکرد مشورتی را معمولاً پزشکانی در پیش می‌گیرند که امیدوارند رفتارهای مخربی مثل استعمال دخانیات یا پرخوری را در بیمار از بین ببرند.

این مدل‌ها صرفاً یک راهنما برای تفکر در باره رابطه پزشک-بیمار هستند. هیچیک از آنها به خودی خود بر دیگری برتری ندارد، و در هر بار ملاقات، پزشک ممکن است هر چهار رویکرد را در مورد بیمار به کار برد. مشکلات معمولاً به دلیل استفاده پزشک از این یا آن مدل به وجود نمی‌آیند، بلکه به این دلیل به وجود می‌آیند که پزشک به طور جدی و غیرقابل انعطاف به یکی از مدل‌ها می‌چسبد و نمی‌تواند مدل دیگری را به کار ببرد، حتی وقتی این کار به او توصیه می‌شود یا ضروری است. همچنین، این مدل‌ها حضور یا عدم حضور صمیمیت میان فردی را نشان نمی‌دهند. بسیاری اوقات بیماران یک پزشک مستبد (پدرخوانده) را پزشکی خوش‌برخورد و دلسوز بدانند که به فکر سلامت و صلاح آنهاست. در واقع، در اوایل قرن بیستم در آمریکا، تصویری که از یک پزشک عمومی در شهرهای کوچک و روستاها در اذهان وجود داشت، به صورت یک پزشک مرد (به ندرت زن) بود که کاملاً به فکر بیماران خود بود، نصف شب به بالین مریض می‌آمد، کنارش می‌نشست، دست او را می‌گرفت، برای شام یک شنبه شب دعوت می‌شد، و انتظار داشت دستوراتش مو به مو و بدون چون و چرا اجرا شوند.

توضیح اصطلاح انگلیسی. اصطلاح diagnosis از ریشه یونانی و به معنای تشخیص دادن، تمیز دادن، تفکیک کردن است، اما در پزشکی و روان‌پزشکی معنای خاصی دارد که اصطلاح فارسی (در واقع، عربی) تشخیص آن را پوشش نمی‌دهد. این اصطلاح به دو موضوع اشاره دارد: (۱) فرایند تلاش برای تعیین یا شناسایی یک بیماری یا اختلال ممکن و محتمل، و (۲) رأی حاصل از این فرایند. اصطلاح تشخیص فقط مرحله اول را پوشش می‌دهد. بنا بر این، وقتی فرد نزد پزشک بروی، دو حالت وجود دارد: پزشک او را معاینه می‌کند و متوجه می‌شود که، مثلاً،

1 the deliberative model is based upon the presupposition that the patient's values are not only in need of interpretation, but also of discussion and deliberation.

به سرطان مبتلاست؛ و تصمیم می‌گیرد او را مبتلا به سرطان اعلام کند یا نکند. اگر او را مبتلا به سرطان اعلام کند، دیاگنوز صورت گرفته است، اما اگر او را مبتلا به سرطان اعلام نکند، فقط مرحله اول صورت گرفته است (تشخیص) و دیاگنوز انجام نشده است. اما چرا، به رغم ابتلای فرد به یک بیماری، که پزشک آن را به درستی کشف کرده (تشخیص داده) است، او مبتلا به آن بیماری دیاگنوز نمی‌شود؟ به سه دلیل: (۱) ممکن است برای آن بیماری درمان وجود نداشته باشد؛ (۲) ممکن است به درمان نیاز نباشد؛ و (۳) بیمار قبول نکند که مورد درمان قرار گیرد. به این ترتیب، مشاهده می‌کنیم که تشخیص معادل صحیح و تکنیکی برای diagnosis نیست، در مطلب پایین این موضوع را بهتر متوجه خواهید شد.

جدول ۲-۱. موارد مهم برای ارزیابی رفتار بیماری	رفتار بیماری، در انگلیسی، اصطلاح illness behavior (رفتار بیماری، یا با ترجمه صحیح‌تر و حرفه‌ای‌تر: رفتارهای مرتبط با بیماری) واکنش‌های بیمار به تجربهٔ مریض بودن را توصیف می‌کند. ^۱ به عبارت دیگر، رفتار بیماری شامل رفتارهایی است که افرادی که سمپتوم‌های یک بیماری را تجربه می‌کنند اما هنوز دیاگنوز دریافت نکرده‌اند در پیش می‌گیرند. یعنی، رفتار بیماری قبلی از دیاگنوز روی می‌دهد، وقتی دست فرد لای در گیر می‌کند، رفتار بیماری او احتمالاً شامل موارد زیر خواهد بود: معاینه کردن خود، پرسیدن نظر اطرافیان، و رفتن به بیمارستان. اصطلاح sick role یا نقش بیمار برای اشاره به رفتار افراد بعد از دریافت یک دیاگنوز به کار می‌رود. فعالیت‌های مرتبط با نقش بیمار در جهت بهبود یافتن و خوب شدن او روی می‌دهند. وقتی فرد انگشت خود را گچ می‌گیرد، برای چک کردن آن چند بار به بیمارستان مراجعه می‌کند، و بستکبال بازی کردن را به مدت شش هفته متوقف می‌کند، و مواظب است تا آن را بیشتر مجروح نسازد، نقش بیمار در پیش گرفته است. به این ترتیب، دیاگنوز رویدادی است که رفتار بیماری را از نقش بیمار تفکیک می‌کند. رفتار بیماری و نقش بیمار تحت تأثیر تجربه‌های قبلی فرد از بیماری و باورهای فرهنگی او در بارهٔ بیماری مورد نظر قرار می‌گیرند. پزشک باید تأثیر فرهنگ بر گزارش دادن یا ندادن بیماری، نحوهٔ گزارش دادن آن، و بروز سمپتوم‌ها را مورد ارزیابی قرار دهد. در
۱. اسم مشکل خود را چه می‌گذارید؟ اسم اصلی این مشکل چیست؟	
۲. فکر می‌کنید چه چیزی باعث ایجاد این مشکل شده است؟	
۳. فکر می‌کنید چرا شروع شد؟	
۴. بیماری شما چه تأثیری بر شما گذاشته است؟	
۵. در مورد بیماری خود، بیشتر از همه از چه چیزی می‌ترسید؟	
۶. مهمترین مشکلاتی که بیماری برایتان به وجود آورده است کدامها هستند؟	
۷. مهمترین نتایجی که از درمان انتظار دارید کدامها هستند؟	
۸. برای درمان بیماری خود تا کنون چه کارهایی کرده‌اید؟	

رفتار بیماری و نقش بیمار تحت تأثیر تجربه‌های قبلی فرد از بیماری و باورهای فرهنگی او در بارهٔ بیماری مورد نظر قرار می‌گیرند. پزشک باید تأثیر فرهنگ بر گزارش دادن یا ندادن بیماری، نحوهٔ گزارش دادن آن، و بروز سمپتوم‌ها را مورد ارزیابی قرار دهد. در

1 The term illness behavior describes patients' reactions to the experience of being sick.

مورد بعضی بیماری‌ها، تفاوت‌های فرهنگی چندانی وجود ندارند اما در مورد بعضی دیگر، هنجارهای فرهنگی ممکن است بر نحوه گزارش دادن بیمار از سمپتوم‌های خود به شدت تأثیر بگذارند. رابطه بیماری با عادات خانوادگی، موقعیت اجتماعی، و هویت قومی نیز موضوع بسیار مهمی است. نگرش قومی و فرهنگی درباره وابستگی به دیگران و درماندگی، و همچنین، عوامل پسیکولوژیک (مثلاً، تیپ شخصیتی، و معنای شخصی که فرد به بیماری خود می‌دهد) به شدت بر کمک خواستن یا نخواستن فرد و نحوه کمک خواستن تأثیر می‌گذارند. بعضی افراد بیماری را نوعی شکست محتوم می‌دانند و بعضی دیگر آن را چالشی می‌دانند که باید بر آن پیروز شوند، یا آن را مکافاتی می‌دانند که لایقش هستند. جدول ۱-۲ بعضی موارد مهم در ارزیابی رفتار بیماری را نشان می‌دهد.

مصاحبه روان‌پزشکی، مصاحبه پزشکی، و مصاحبه جراحی. مک لیپکین^۱ معتقد است که مصاحبه پزشکی سه کاربرد دارد: (۱) سنجش ماهیت مشکل؛ (۲) ایجاد و حفظ یک رابطه تراپوتیک؛ و (۳) تبادل اطلاعات و طراحی یک برنامه درمانی و اجرای آن (جدول ۱-۳). در مصاحبه روان‌پزشکی و جراحی نیز دقیقاً همین سه کاربرد مد نظر هستند. همچنین، مکانیسم‌های مقابله (کنار آمدن)، که افراد به هنگام بیماری از آنها استفاده می‌کنند (چه سازگرایانه و چه ناسازگرایانه) در همه جای دنیا به طور یکسان مشاهده می‌شوند.^۲ بعضی از این مکانیسم‌ها عبارتند از: واکنش‌هایی مثل اضطراب، افسردگی، بازگشت، انکار (دو مکانیسم دفاعی فرویدی)، خشم، و وابستگی به دیگران (جدول ۱-۴). برای این که درمان با موفقیت انجام گیرد، پزشکان باید اینگونه واکنش‌ها را پیش‌بینی و به موقع شناسایی کنند، و مورد توجه و رسیدگی قرار دهند.

جدول ۱-۴. واکنش‌های قابل پیش‌بینی به بیماری		
بیرونی	درونی	مصاحبات روان‌پزشکی دو هدف تکنیکی عمده دارند: (۱) شناسایی عوامل پسیکولوژیک تعیین‌کننده رفتار؛ و (۲) طبقه‌بندی سمپتوم‌ها. این دو هدف در دو سبک یا روش مصاحبه منعکس می‌شوند: رویکرد بینشی و رویکرد توصیفی. رویکرد بینشی (روانکاوی، سایکودینامیک، پیش-محور) تلاش می‌کند تا مناقشات، کشمکش‌ها، اضطراب‌ها، و مکانیسم‌های دفاعی را شناسایی و فعال کند. ^۳ رویکرد توصیفی (سمپتوم-محور، مبتنی بر سمپتوم) بر طبقه‌بندی مشکلات بیماری و ناپسامانی‌های موجود در عملکرد وی، آنطور که در طبقه‌بندی‌های تشخیصی مشخص قید شده‌اند، می‌پردازد. ^۴ این دو رویکرد متضاد هم نیستند و حتی، در عمل، ممکن است با یکدیگر
اضطراب یا افسردگی	تضعیف خود-پنداره ← غم	
انکار یا اضطراب	تهدید سلامت جسمی و جان ← ترس	
افسردگی، چانه‌زنی، و مقصردانی	ناتوانی در رسیدگی به خود (از افسردگی، طرف خود یا دیگران) ← درماتدگی، نومیدی	
بازگشت، انزوا، وابستگی، خشم، پذیرش	احساس از دست دادن کنترل ← شرم (احساس گناه)	

1 Mack Lipkin

2 Also universal are the predominant coping mechanisms used in illness, both adaptive and maladaptive.

3 Insight-oriented (or psychodynamic) interviewing attempts to elicit unconscious conflicts, anxieties, and defenses.

4 The symptom-oriented approach emphasizes the classification of patients' complaints and dysfunctions as defined by specific diagnostic categories.

همخوانی داشته باشند زیرا، برای دستیابی به یک دیاگنوز هرچه صحیح‌تر و دقیق‌تر، می‌توان از همه موارد زیر کمک گرفت: جزئیات سمپتوم‌ها، مسیر بیماری، سابقه خانوادگی (رویکرد سمپتوم-محور) و درک شخصیت، دوران کودکی، و کشمکش‌های ناخودآگاه بیمار (رویکرد بینش-محور).

بیماران روانی معمولاً با استرس‌ها و فشارهایی دست و پنجه نرم می‌کنند که با استرس‌ها و فشارهای بیمارانی که اختلالات روانی ندارند متفاوت هستند. این استرس‌ها شامل موارد زیر هستند: استیگما (stigma)، انگ، بدنامی، لیبل، برچسب) بیمار روانی (لیبل بیمار جسمی یا برچسب بیمار محتاج عمل جراحی، بسیار قابل قبول‌تر از لیبل بیمار روانی است)؛ مشکل در تبادل اطلاعات و ارتباط برقرار کردن با دیگران به علت مختل شدن فرایندهای فکری؛ رفتارهای عجیب و غریب؛ ناآگاهی از بیماری خود، یا آگاه نبودن از شدت آن، و ناتوانی در قضاوت صحیح، که ممکن باعث شود بیمار به روان‌درمانی پایبند نماند (آن را نیمه‌کاره رها کند). بیماران روانی معمولاً نمی‌توانند دقیقاً توصیف کنند که در زندگیشان چه اتفاقاتی می‌افتد و چه جوی وجود دارد و به همین دلیل، پزشکان باید اطلاعات لازم را از سایر منابع به دست آورند. اعضای خانواده، دوستان، و همسران می‌توانند اطلاعات بسیار مفیدی در اختیار بگذارند، مثل سابقه قبلی بیماری روانی، واکنش بیمار به داروها، و استرس‌های ناگهانی، که ممکن است خود بیمار نتواند آنها را توصیف کند.

جدول ۳-۱: کاربردهای سه‌گانه مصاحبه روان‌پزشکی، پزشکی، جراحی

کاربردها	اهداف	مهارت‌ها
۱. تعیین ماهیت مشکل	۱. قادر ساختن پزشک برای مطمئن شدن از دیاگنوز یا توصیه کردن بعضی اقدامات دیگر برای تشخیص بهتر و صحیح‌تر، پیشنهاد دادن نوعی درمان، و پیش‌بینی کردن ماهیت بیماری	۱. دانش پایه درباره بیماری‌ها، اختلالات روانی، مشکلات، و فرضیه‌های بالینی از چند حوزه و رشته مفهومی، از جمله: زیستی- پزشکی (پایومدیال)، اجتماعی- فرهنگی، سایکودینامیک، و رفتاری ۲. توانایی استخراج اطلاعات برای زمینه‌های مفهومی بالا (تشویق کردن بیمار برای تعریف داستان خود، سازمان‌دهی جریان سیال مصاحبه، شکل سؤالات، مشخص کردن سمپتوم‌ها، معاینه وضعیت روانی بیمار). ۳. توانایی فهم و تحلیل اطلاعات حاصل از منابع مختلف (سابقه بیمار، واکنش غیرشخصی پزشک به بیمار، محرک‌های غیرکلامی، گوش دادن به جنبه‌های مختلف داستان بیمار). ۴. تولید فرضیه و امتحان کردن آن ۵. ایجاد یک رابطه تراپوتیک (کاربرد شماره ۲)
	۱. علاقمندی بیمار به آرایه اطلاعات دیاگنوستیک	۱. تعریف ماهیت رابطه
	۲. ایجاد و حفظ رابطه پزشک- بیمار	۲. اجازه دادن به بیمار برای تعریف کردن زندگی خود ۳. شنیدن و تحمل کردن احساسات دردناک بیمار ۴. علاقه، همدلی، و حمایت مناسب و اضیل، و درک طرز فکر بیمار ۵. رسیدگی به نگرانی‌های عادی بیمار در مورد شرم، خجالت، و تحقیر ۶. نظر خواستن از بیمار و مشخص کردن افکار او ۷. تعیین ماهیت مشکل
	۳. علاقمندی به پذیرش یک برنامه درمانی یا یک فرایند مذاکره	
	۴. رضایت بیمار ۵. رضایت پزشک	

۸. تبادل اطلاعات و توصیه کردن روان‌درمانی (کاربرد شماره

(۳)

۱. درک بیمار از بیماری	۱. تعیین ماهیت مشکل (کاربرد شماره ۱)
۲. درک بیمار از روش‌های دیانگنوستیک	۲. ایجاد رابطه تراپوتیک (پزشک-بیمار) (کاربرد شماره ۲)
پیشنهادی	۳. تشخیص کردن تفاوت‌های موجود بین دیدگاه پزشک و دیدگاه بیمار
۳. درک بیمار از درمان‌های مختلف	۴. راهبردهای آموزشی
۴. توافق بین پزشک و بیمار درباره موارد ۱ تا ۳	۵. مذاکرات بالینی برای حل و فصل مناقشات
۵. رضایت آگاهانه	
۶. تقویت مکانیسم‌های مقابله (کنار آمدن)	

بیماران روانی ممکن است قادر به تحمل مصاحبه در قالب (فرمت) معمولی و سنتی آن نباشند، مخصوصاً در مراحل حاد اختلال روانی. برای مثال، بیماری که به شدت مشوش و بی‌قرار است یا افسردگی فزاینده‌ای دارد ممکن است نتواند ۳۰ تا ۴۵ دقیقه روی صندلی بنشیند و بحث و سؤال و جواب را تحمل کند. در چنین مواردی، پزشک باید چند بار و هر بار به مدتی کوتاه با بیمار صحبت و سؤال و جواب کند (تا جایی که بیمار قادر به این کار است)، بعد، بیمار را تنها بگذارد، و هنگامی که به نظر می‌رسد بیمار توانایی سؤال و جواب مجدد را دارد، نزد او بازگردد.

مطالعات نشان می‌دهند که حدود ۶۰ درصد همه بیماران مبتلا به اختلالات روانی، در هر دوره شش ماهه، یک پزشک عمومی یا پزشکی با تخصصی غیر از روان‌پزشکی را ملاقات می‌کنند و همچنین، احتمال مراجعه بیماران مبتلا به اختلالات روانی به پزشکان عمومی، در مقایسه با سایر بیماران، دو برابر است. پزشکان عمومی و غیرروان‌پزشک باید در باره مشکلات خاص بیماران روانی و تکنیک‌های خاص برای درمان آنها اطلاعات عمیق و جامع داشته باشند.

مدل زیستی-روانی-اجتماعی

در سال ۱۹۷۷، جرج انگل، در دانشگاه راجستر^۱، طی مقاله‌ای، بر مدل یا رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی بیماری‌های جسمی و روانی تأکید کرد. مدل زیستی-روانی-اجتماعی^۲ یا به اختصار، BPS، می‌گوید که بیماری‌های روانی علت‌های مختلف دارند اما اکثر آنها در اثر ترکیبی از مشکلات بیولوژیک، پسیکولوژیک، و سوسیولوژیک به وجود می‌آیند و این عوامل سه‌گانه معمولاً به یکدیگر همپوشانی دارند: (۱) عوامل بیولوژیک: علل ژنتیک (ارثی)، عدم تعادل مواد شیمیایی در بدن، آسیب به سر، مصرف الکل و دخانیات، سوءتغذیه؛ (۲) علل پسیکولوژیک: محبت ندیدن در کودکی، نگرانی‌های بیش از حد فراوان و شدید، استرس ناشی از فردی رو به فوت، سرخوردگی، نومی‌دی، شوک شدید؛ و علل اجتماعی: فقر، زندگی نکردن در یک خانه خوب، نداشتن سنگ صبور، تبعیض، مهاجرت.

جالبترین، و در عین حال، مهمترین نمونه مدل زیستی-روانی-اجتماعی، مطالعه اینگل در سال ۱۹۷۱ است که به رابطه بین مرگ ناگهانی و عوامل پسیکولوژیک می‌پرداخت. بعد از تحقیق درباره ۱۷۰ مرگ ناگهانی

1 George Engel (1913-1999); at the University of Rochester

2 the biopsychosocial model of disease

در یک دوره شش ساله، معلوم گشت بیماری جدی و حتی مرگ را می‌توان به استرس پس‌یکولوژیک یا تروما ارتباط داد. انگل رویدادهای مختلفی را عامل آغازکننده اختلالات روانی معرفی کرد. از جمله: مرگ یک دوست صمیمی، سوگ، نزدیک شدن سالگرد یک واقعه، از دست دادن عزت نفس، خطر یا تهدید شخصی، تجدید دیدارها با دوستان یا عزیزان، یا موفقیت‌های بزرگ.

نکته: اصطلاح تکنیکی trauma در DSM-IV تروما به وضوح تعریف نشده بود و در نتیجه، این سؤال پیش می‌آمد که آیا هر رویدادی که فرد با ترس شدید، احساس درماندگی و عجز، یا وحشت به آن واکنش نشان دهد، تروماتیک محسوب خواهد شد؟ DSM-5 "رویداد تروماتیک" یا "تروما" را چنین تعریف می‌کند: مرگ، جراحت جدی، تجاوز جنسی، یا تهدید جدی به تجربه کردن این رویدادها. (منظور از تهدید جدی به تجربه کردن رویدادهای تروماتیک این است که فرد تا آستانه تجربه واقعی آنها می‌رود ولی جان سالم به در می‌برد، مثلاً، در آستانه تجاوز قرار می‌گیرد ولی در آخرین لحظه نجات پیدا می‌کند، گلوله‌ای به طرف او شلیک می‌شود ولی اصابت نمی‌کند) (متراصف / آسیب به هیچ عنوان تعریف تکنیکی فوق برای trauma را پوشش نمی‌دهد و مترادف ضربه روان‌شناختی نیز علاوه بر تروما می‌تواند سایر مشکلات روان‌شناختی را دربرگیرد، مثل مرگ ناگهانی یکی از عزیزان، از دست دادن شغل، خیانت همسر).

در مدل زیستی- روانی- اجتماعی، رابطه پزشک- بیمار یک عنصر بسیار مهم است. پزشکان، علاوه بر کسب اطلاعات درباره وضعیت پزشکی بیمار، باید بدانند که وضعیت روانی و محیط اجتماعی- فرهنگی بیمار چگونه بر وضعیت پزشکی او تأثیر می‌گذارد.

معنویت. در سال‌های اخیر، نقش معنویت و مذهب در بیماری و سلامت اهمیت بیشتری یافته است و بعضی صاحب‌نظران پیشنهاد داده‌اند که معنویت به قسمتی از مدل زیستی- روانی- اجتماعی تبدیل شود. شواهد نشان می‌دهند که باورهای مذهبی قوی، علایق معنوی، دعا و نماز، و مناسک عبادی روی سلامت جسمی و روانی افراد می‌تواند تأثیر مثبت بگذارند. روحانیون و سایر افراد متخصص در امور دینی و مذهبی در این زمینه تخصص بیشتری دارند، با این حال، پزشکان باید از نقش مذهب در زندگی مریضان خود آگاه، و نسبت به باورهای مذهبی آنان حساس باشند. در بعضی موارد، باورهای مذهبی ممکن است در روند ارائه خدمات درمانی اختلال ایجاد کنند، مثلاً، بعضی گروه‌های مذهبی مخالف انتقال خون هستند. اما، در اکثر موارد، پزشکان مجرب و بافراسه، به هنگام درمان بیماران بسیار مذهبی، می‌توانند از روحانیون به عنوان مشاور کمک بگیرند.

مصاحبه صحیح و مؤثر

یکی از مهمترین ابزارهای پزشکان توانایی آنها برای مصاحبه صحیح و مؤثر است. از طریق مصاحبه اصولی و ماهرانه، پزشکان می‌توانند اطلاعات لازم برای درک بیماران و درمان آنها به دست آورند، و در عین حال، درک بیمار از وضعیت خود، میزان همکاری با پزشک، و پایبندی به درمان را افزایش دهند. تعداد زیادی عوامل هم بر محتوا و هم بر فرایند مصاحبه تأثیر می‌گذارند. شخصیت و منش بیمار، هم بر واکنش‌ها و هم بر فضای هیجانی مصاحبه اثر می‌گذارد. نوع سئوالات و توصیه‌های ارائه شده به مکان ویزیت شدن بیمار وابسته است (مثلاً، در بخش عمومی بیمارستان، بخش روان‌پزشکی، قسمت اورژانس، یا بخش بیماران سرپایی). بعضی از سایر عوامل تأثیرگذار عبارتند از قطع شدن مصاحبه به علت تماس‌های تلفنی با پزشک، حضور مترجم، یادداشت‌برداری، و خود بیماری بیمار (این که بیماری در مرحله حاد است یا بیمار در حال خوب شدن است). سبک و روش مصاحبه‌گر در مصاحبه، تجربه‌ها، و رویکردهای نظری او نیز بسیار مؤثر هستند. به هنگام مصاحبه، بیماران به طور ناخودآگاه به محرک‌ها و سرنخ‌های بسیار ظریف و نامحسوس از سوی مصاحبه‌گر پاسخ می‌دهند (مثلاً، طرز

نشستن، ژست‌های بدنی حاکی از بی‌حوصله‌گی یا سایر موارد، یا این که چه مواقعی کلماتی مثل "عجباً"، "آه"، "آه" بر زبان می‌آورد. زمان ارایه این محرک‌ها می‌تواند باعث شود مصاحبه‌شوندگان حرفی را بزنند یا از گفتن آن منصرف شوند.

مصاحبه: مرحله آغاز. نحوه آغاز مصاحبه توسط پزشک بر برداشت اولیه بیمار تأثیر عمیقی می‌گذارد، و این برداشت اولیه می‌تواند بر سایر مراحل مصاحبه تأثیر بگذارد. در اولین جلسه ملاقات با پزشک، بیماران معمولاً نگران هستند و ممکن است هم احساس آسیب‌پذیری و هم احساس ترس و ارباب کنند. برای تسهیل تبادل اطلاعات به صورت مؤثر و مفید، پزشک باید به سرعت راپورت ایجاد کند، کاری کند که بیمار احساس راحتی کند، و نشان دهد که به او احترام می‌گذارد. برای رسیدن به یک دیالگوتز صحیح و مشخص کردن اهداف درمانی، این نوع تبادل اطلاعات مؤثر و مفید بسیار اهمیت دارد.

پزشک باید اطمینان حاصل کند که اسم بیمار را می‌داند و بیمار نیز اسم آنها را می‌داند. پزشک باید خود را به همراهان بیمار نیز معرفی کند و مطمئن شود که، به هنگام اولین مصاحبه، بیمار دوست دارد کسی غیر از آن دو در اتاق باشد یا نه. اگر بیمار تقاضا کند افراد دیگری نیز حضور داشته باشند پزشک باید این درخواست را قبول کند، اما علاوه بر آن، باید تلاش کند با بیمار به صورت خصوصی نیز صحبت کند تا مشخص شود آیا حرفی برای گفتن دارند که در حضور دیگران تمایلی به مطرح کردن آن ندارند یا نه.

بیمار حق دارد بداند پزشک و سایر افرادی که به او رسیدگی خواهند کرد چه سمتی دارند و از لحاظ حرفه‌ای در چه سطح و مقامی هستند. برای مثال، دانشجویان پزشکی باید بگویند که دانشجوی پزشکی هستند نه دکتر. پزشکان نیز باید بگویند که: مستشار هستند (یعنی، یک پزشک دیگر از آنها خواسته است بیمار را ویزیت کنند)، جای خالی یک پزشک دیگر را پر کرده‌اند، یا این که مصاحبه را برای آموزش به یک گروه از دانشجویان انجام می‌دهند نه برای درمان بیمار. (توجه داشته باشید که در سراسر کتاب، counselor را مشاور و consultant را مستشار ترجمه کرده‌ایم، و این دو با هم تفاوت اصولی دارند).

بعد از معرفی و سایر سنجش‌های اولیه، بعضی جملات مفید برای باز کردن سر صحبت عبارتند از: خوب، مشکل چیست؟ دلیل مراجعه به اینجا چه بوده است؟ اخیراً چه مشکلی داشته‌اید؟ بعضی جملات بعدی اینها هستند: دیگر چه مشکلاتی داشته‌اید؟ این جملات دوم و تکمیلی معمولاً برای کسب اطلاعاتی هستند که بیمار در ابتدا برای بیان کردن آنها تمایل ندارد، و همچنین، به بیمار نشان می‌دهند که پزشک علاقه دارد به حرف‌های آنها گوش دهد و برایش مهم نیست که چقدر طول خواهند کشید.

یک روش دیگر که در آن پزشک با جملات مستقیم حالت دستوردهی ندارد، این است که از بیمار بپرسد: خوب، از کجا شروع کنیم؟ یا دوست دارید از کجا شروع کنید؟ اگر بیمار را یک پزشک دیگر برای مشورت به پزشک دوم معرفی کرده است، اولین جملات پزشک نشان خواهد داد که از وضعیت بیمار چیزهایی می‌داند. برای مثال، پزشک دوم ممکن است بگوید: دکترتان درباره مشکل شما چیزهایی به من گفته است اما دوست دارم آن را از زبان خودتان بشنوم.

اکثر بیماران تا وقتی که مطمئن نشوند با پزشک تنها هستند و کس دیگری نمی‌تواند حرف‌های آنها را بشنود (مثلاً، منشی، سایرین بیماران)، آزادانه صحبت نخواهند کرد. وقتی پزشک مسأله خلوتی و خصوصی بودن جلسه، ساکت بودن اتاق، و عدم حضور عوامل مزاحم را قبل از شروع مصاحبه حل می‌کند، به بیمار این پیام رسانده می‌شود که می‌تواند مطالب مهمی را که ارزش رسیدگی دارند مطرح کند.

گاهی بیمار در ابتدای مصاحبه هراسان است و ممکن است نخواهد به سئوالات پاسخ دهد. در چنین حالتی، پزشک می‌تواند به طور مستقیم، و با مهربانی و به شیوه‌ای حمایتگرانه، به این موضوع بپردازد و بیمار را تشویق

کند تا درباره خود فرایند مصاحبه و احساسی که نسبت به آن دارد صحبت کند. وقتی پزشک به بیمار نشان می‌دهد که متوجه اضطراب او شده است و این اضطراب امری عادی است، اولین قدم را برای توضیح آن به بیمار و کاهش آن برداشته است. برای مثال، می‌تواند به بیمار بگوید: به نظر می‌رسد در مورد حرف زدن با من اندکی اضطراب دارید. برای این که از اضطرابتان کم شود هر سئوالی دارید پرسید یا اگر کاری هست که باید انجام دهم بگویند تا انجام دهم؛ یا: می‌دانم که حرف زدن با دکتر اندکی اضطراب‌آور است، مخصوصاً با دکترای که اولین بار است او را می‌بینید، اما نگران نباشید، هر کاری لازم باشد می‌کنم تا هر چه بیشتر احساس راحتی کنید. فکر می‌کنید بتوانید مورد خاصی را نام ببرید که باعث می‌شود نتوانید با من راحت صحبت کنید؟

یک سئوال مهم دیگر برای باز کردن سر صحبت، سئوال "چرا حالا؟" است. پزشک باید به وضوح به بیمار نشان دهد که برایش مهم است بداند چرا بیمار اکنون و در این زمان خاص به او مراجعه کرده است. یک علت ساده برای زودتر مراجعه نکردن این است که منشی، به علت پر بودن ساعات ملاقات، در این روز و این ساعت به بیمار وقت داده است. اما اکثر اوقات، مردم در نتیجه رویدادهایی خاص که استرس آنها را افزایش داده است به دکتر مراجعه می‌کنند. این رویدادهای استرس‌زا معمولاً رویدادهایی سریع الوقوع هستند که مشکلات کنونی بیمار را وخیم‌تر می‌سازند، مثل فقدان واقعی یا سمبولیک، مثل مرگ یا جدایی (متارکه)؛ رویدادهای مهم زندگی (مثل جشن تولد یا سالگرد)، و تغییرات جسمی (مثل حضور سمپتوم‌های فیزیکی یا وخیم‌تر شدن سمپتوم‌های از پیش موجود).

مصاحبه: فرایند اصلی. در طول مرحله اصلی مصاحبه، پزشک تلاش می‌کند تا جزئیات مشکل بیمار را کشف کند. برای تسهیل شناسایی مشکلات، پزشک باید مصاحبه را به شیوه سیستماتیک انجام دهد و در عین حال، به ایجاد و حفظ رابطه با بیمار بپردازد.

منظور از محتوای مصاحبه (content) گفتگوی پزشک و بیمار، یعنی همان موضوعات مورد بحث، موارد ذکر شده، است. منظور از فرایند مصاحبه (process) هر رویداد غیرکلامی بین پزشک و بیمار است، یعنی آنچه در طول مصاحبه در زیر سطح (under the surface) روی می‌دهد. در فرایند مصاحبه احساسات و واکنش‌هایی برانگیخته می‌شوند که یا ناخودآگاه هستند یا فرد وجود یا واقعیت داشتن آنها را انکار می‌کند. بیمار ممکن است از بادی لنگواچ استفاده کند تا احساساتی را بیان کند که به صورت کلامی قادر به بیان آنها نیست، مثلاً، بیماری که ظاهراً آرام است و رفتاری متین دارد ممکن است مشقت خود را گره کند یا دستمال کاغذی را با عصبانیت پاره کند. ممکن است بیمار سر صحبت را عوض کند تا بحث درباره یک موضوع اضطراب‌آور به بحث درباره یک موضوع خنثی کشیده شود، بدون این که خودش از این کار خبر داشته باشد. ممکن است بیمار بارها و بارها صحبت را به یک موضوع خاص بکشد بدون این که به مسیر طبیعی مصاحبه و این که احتمالاً به کجا ادامه خواهد یافت توجه داشته باشد. حرف‌های بی‌اهمیت یا زمزمه‌های هر از گاهی و بی‌دلیل، می‌توانند نگرانی‌های جدی پشت پرده را افشا سازند. مثلاً، ممکن است فرد بگوید: راستی، یکی از همسایه‌ها می‌گفت یکی از آشنایانم، که به سرطان مبتلاست، عین علایم پسر من را دارد.

فنون خاص

جدول ۵-۱ بعضی فنون رایج در مصاحبه را نشان می‌دهد. بعضی انواع تکنیک‌های دیگر را در متن کتاب و با مثال توضیح می‌دهیم.

جدول ۵-۱. بعضی فنون رایج در مصاحبه
۱. در همان اوایل مصاحبه و هر چه زودتر، راپورت ایجاد کنید.
۲. مشکلی اصلی بیمار را تعیین کنید.
۳. از مشکل اصلی بیمار برای رسیدن به یک تشخیص افتراقی موقت استفاده کنید.
۴. با استفاده از سئوالات متمرکز و همراه با جزئیات، با روش حذفی یا اضافی، تشخیص‌های احتمالی و مختلف را در نظر بگیرید یا آنها را منتفی کنید.
۵. پاسخ‌های مبهم یا دوپهلوی را جدی بگیرید، با سئوالات بعدی خود بیمار را مجبور کنید به سؤال قبلی پاسخ واضح‌تر بدهد.
۶. به بیمار اجازه دهید آزادانه حرف بزند، این کار به شما اجازه می‌دهد متوجه شوید افکارش تا چه اندازه منسجم هستند و با یکدیگر ربط دارند.
۷. هم از سئوالات انتها-باز و هم از سئوالات انتها-بسته استفاده کنید.
۸. از سؤال کردن درباره موضوعاتی که به نظر خود شما یا بیمار دشوار یا خجالت‌آور هستند طفره نروید.
۹. از بیمار بپرسید که درباره خودکشی فکر کرده است یا چه افکار انتحاری دارد.
۱۰. در پایان مصاحبه، به بیمار بگویند هر سئوالی دارد بپرسد.
۱۱. در پایان مصاحبه اولیه، به طور مستقیم یا غیرمستقیم، به بیمار این پیام را برسانید که به بهبود او اطمینان دارید و، در صورت امکان، به او امید بدهید.

سئوالات باز (انتها-باز) و سئوالات بسته (انتها-بسته)

در طول مصاحبه باید به بیمار اجازه دهید با اراده خود و با سرعتی که خودش می‌خواهد، داستان زندگی و مشکل خود را تعریف کند و در عین حال، باید اطلاعات لازم را برای ارائه تشخیص (دیagnoz) و طراحی نوع درمان به دست آورد. اکثر متخصصان معتقدند که مصاحبه ایده‌آل با سئوالات کلی و انتها-باز آغاز می‌شود، در طول مصاحبه سئوالات به تدریج مشخص‌تر و جزئی‌تر می‌شوند، و در اواخر مصاحبه سئوالات مستقیم و همراه با جزئیات خواهند شد.

سؤال انتها-باز (سؤال باز)^۱ سئوالی است که با یک کلمه یا یک پاسخ ساده، یا با بله یا خیر نمی‌توان به آن جواب داد. در انگلیسی، این سئوالات معمولاً با what (چه)، how (چگونه)، could (آیا می‌شود ..)، یا can (آیا می‌توانید ..) شروع می‌شوند. یا یک مثال از سؤال انتها-باز: برای چه امروز به اینجا آمده‌اید؟ یا. از کجا می‌خواهید شروع کنید؟ یا می‌شود یک کمی بیشتر در باره آن صحبت کنید؟ سؤال انتها-بسته سئوالی است که با بله یا نه یا با یک پاسخ ساده نمی‌توان به آن جواب داد. یک نمونه از سؤال انتها-بسته چنین خواهد بود: چند وقت است آن دارو را مصرف می‌کنید؟ یا. از شغل‌تان راضی هستید؟ خوبی سئوالات انتها-بسته این است که می‌توانند پاسخ‌های دقیق و سریع در باره یک موضوع مشخص به دست آورند. همچنین، در سنجش عواملی مثل حضور یا عدم‌حضور، فراوانی، شدت، و مدت سمپتوم‌ها بسیار مؤثر واقع می‌شوند. جدول ۶-۱ نقاط ضعف و

1 open-ended question

2 close-ended question

قوت سؤالات انتها- باز و انتها- بسته را به طور خلاصه نشان می دهد.

جدول ۱-۶. نقاط ضعف و قوت سؤالات انتها- بسته و انتها- باز		
ویژگی	سؤالات انتها- باز و کلیاتی	سؤالات انتها- بسته و جزئیاتی
میزان اصالت (طبیعی، واقعی، اصل بودن) genuineness	زیاد باعث می شوند بیمار افکار و عقاید خود را به صورت خودجوش، آزادانه، و از روی میل باطنی بیان کند.	کم به بیمار خط می دهند (او را مجبور می کنند به شیوه ای خاص پاسخ دهد).
پایایی (ثبات) reliability	کم پاسخ های به دست آمده ممکن است تکرار نشوند.	زیاد سؤالات را روی موضوعات مشخص تر و محدودتری متمرکز می کنند، اما ممکن است عقایدی را مطرح کنند که بیمار احتمالاً به آنها فکر خواهد کرد.
دقت precision	کم منظور سؤال مبهم است.	زیاد منظور سؤال واضح است.
صرفه جویی در وقت time efficiency	کم پاسخ ها معمولاً به همراه توضیحات جزئی و بی اهمیت خواهند بود.	زیاد ممکن است باعث شود بیمار با بله یا نه پاسخ دهد و در نتیجه، در وقت صرفه جویی شود.
میزان کامل بودن اطلاعات به دست آمده برای رسیدن به تشخیص (دیاگنوز) completeness of diagnostic coverage	کم زیرا بیمار است که موضوع صحبت را تعیین می کند.	زیاد زیرا مصاحبه کننده است که موضوع صحبت را انتخاب می کند.
مثبت بودن نظر بیمار به نوع سؤال acceptance by patient	متغیر اکثر بیماران ترجیح می دهند عقاید خود را آزادانه بیان کنند؛ بعضی نیز محتاط هستند و اعتماد به نفس ندارند.	متغیر بعضی بیماران از سؤالات صریح و مشخص استقبال می کنند، بعضی دیگر از این که مجبور شوند با قریب و بله یا نه پاسخ دهند متفرقند.

بازگویی. در تکنیک بازگویی (reflection)، پزشک حرفی را که بیمار زده است، به شیوه ای حمایتگرانه، برای او تکرار می کند. بازگویی دو هدف دارد: (۱) پزشک می خواهد مطمئن شود که حرف بیمار را خوب فهمیده است، و (۲) بیمار متوجه می شود که دکتر حرف هایی را که او می زند درک می کند. یعنی، هم به او مشکلات او گوش می دهد و هم آنها را می فهمد. برای مثال، وقتی بیمار درباره ترس از مردن و از این که حرف زدن در باره مرگ چه تأثیری بر او و خانواده اش دارد صحبت می کند، دکتر می تواند چنین بگوید: به نظر می رسد نگران این هستید که مبادا باری بر دوش خانواده تان شوید. این بازگویی دقیقاً تکرار آنچه بیمار گفته است نیست، بلکه بیان منظوری بیمار به شیوه ای دیگر و با کلمات دیگر است که نشان می دهد پزشک محتوای کلام بیمار را متوجه شده است.

تسهیل. گاهی پزشک حرف زدن را برای بیمار آسان یا تسهیل (facilitation) می کند. در طول مصاحبه، پزشک با آرایه محرک های کلامی یا غیرکلامی^۱ بیمار را تشویق می کند به حرف زدن ادامه و اطلاعات بیشتری ارائه دهد. سر تکان دادن از بالا به پایین (به علامت تأیید)، اندکی به جلو خم شدن روی صندلی، و گفتن "خوب، بعد

1 verbal and nonverbal cues

چه شد؟" یا "یک کم بیشتر توضیح می‌دهید؟" یا "آه آه، ادامه دهید"، همگی نمونه‌هایی از تکنیک تسهیل هستند. تسهیل می‌تواند غیرکلامی باشد، مثلاً، اندکی جلوتر خم شدن روی صندلی و به طرف بیمار، یا لمس کردن او. توجه داشته باشید که موضوع لمس کردن بیمار یا درمانجو، موضوعی بسیار حساس است و هرگز نمی‌توانید مطمئن باشید که بیمار چه برداشتی از آن خواهد داشت. بنابراین، توصیه می‌شود به طور کلی این کار انجام ندهید.

سکوت. سکوت (silence) یعنی حرف نزدن و دادن وقت و آرامش کافی به بیمار برای فکر کردن و پاسخ دادن. در صحبت‌های عادی بین مردم عادی، سکوت معانی مختلف دارد، از جمله مخالفت یا بی‌علاقگی. اما در رابطه پزشک-بیمار، سکوت می‌تواند مفید و سازنده باشد. در بعضی موارد، سکوت پزشک به بیمار اجازه می‌دهد فکر کند، گریه کند، یا خیلی ساده، در صندلی خود بنشیند و از محیط و جو مثبت حاکم بر رابطه خود با پزشک (که به او گفته است دلیلی ندارد به طور دائم حرف بزنند) لذت ببرد.

رویارویی. معنای واقعی اصطلاح confrontation، در اینجا، تو روی کسی ایستادن و با او مخالفت کردن است. مثلاً، ریاستان دایم شما را سرزنش و تحقیر می‌کند. وقتی این موضوع را به دوستان می‌گویید، ممکن است پیشنهاد دهد که محترمانه تو روی او بایستید (confront him) و به او بگویید که از این رفتار او خسته شده‌اید. یا اگر یک نفر به شما دروغ می‌گوید، دروغ‌گویی وی را به رویش بیاورید. چون پیشکسوتان روان‌شناسی ایران این اصطلاح را رویارویی ترجمه کرده‌اند، به این سنت ادامه می‌دهیم. در تکنیک رویارویی، پزشک به بیمار نکته‌ای را گوشزد می‌کند که به نظر می‌رسد بیمار از آن با خبر است اما به آن توجه نمی‌کند، از آن بی‌خبر است (متوجه آن نمی‌شود)، یا به طریقی، آن را انکار می‌کند. در تکنیک رویارویی، پزشک، به شیوه‌ای محترمانه اما مستقیم، به بیمار می‌گوید که باید با آنچه لازم است آن را قبول کند کنار بیاید. برای مثال، بیمار ممکن است یک بار اقدام به خودکشی کرده باشد و به پزشک بگوید کاری که کرده است زیاد اهمیت نداشته است. در این حالت، پزشک ممکن است تو روی او بایستد و چنین بگوید: "کاری که کردید شاید به خیر گذشته باشد، اما نشان می‌دهد که در حال حاضر مشکلات شدیدی دارید و برای این که دوباره این کار را نکنید به کمک نیاز دارید". مثال دیگر: بیمار می‌گوید: "قفسه سینه‌ام درد می‌کند، کمر درد پدرم را در آورده است، دایم حالت تهوع دارم، و قرص‌های فشار خونم تمام شده‌اند". پزشک: "لطفاً فعلاً در باره درد قفسه سینه‌تان صحبت کنید. در باره سایر مشکلات اندکی بعد صحبت خواهیم کرد". یک کاربرد دیگر رویارویی، زمانی است که حرف‌های بیمار با اعمالش مطابقت ندارند. برای مثال، پزشک به بیمار می‌گوید: "می‌گوئید که نگران عمل جراحی فردا نیستید، اما رفتارتان نشان می‌دهد که عصبی هستید؛" یا "می‌گوئید که مشکلی در نفس کشیدن ندارید، اما من متوجه شدم که تند تند و به زور تنفس می‌کنید؛" یا "می‌گوئید که عصبانی نیستید، اما در همین چند دقیقه چند بار صدایتان را بلند و مشت‌هایتان را گره کردید".

شفاف‌سازی. در شفاف‌سازی (clarification)، واضح‌سازی، تشریح، یا تصریح، پزشک از بیمار می‌خواهد در باره حرفی که زده است بیشتر توضیح دهد. مثلاً، به بیمار می‌گوید: "پس می‌گویید که احساس افسردگی می‌کنید، معمولاً چه مواقعی بیشتر از همه احساس افسردگی می‌کنید؟" یا، بیمار می‌گوید: "از زمین و زمان خسته شده‌ام". پزشک: "چه چیزی باعث شده است از زمین و زمان خسته شوید؟ لطفاً بیشتر توضیح دهید تا بدانم اوضاع از چه قرار است؛" یا "وقتی می‌گوئید سرم‌زده شده‌اید، منظورتان چیست؟" یا "منظورتان از این که دیگر بی‌خیال همه چیز شده‌اید دقیقاً چیست؟"

تفسیر، تکنیک تفسیر (interpretation) معمولاً هنگامی به کار می‌رود که پزشک در باره رفتار یا طرز فکر بیمار نکته‌ای را مطرح می‌کند که ممکن است خود بیمار از آن بی‌خبر باشد. برای اجرای این تکنیک، پزشک باید به دقت به حرف‌های بیمار گوش دهد تا موضوع اصلی و پشت‌پرده آنها را کشف کند. تفسیر بر اساس استنباط یا نتیجه‌گیری پزشک قرار دارد و رویدادها را به هم ربط می‌دهد، تداعی‌ها یا روابط علت و معلولی را کشف می‌کند. برای مثال، پزشک به بیمار می‌گوید: "به نظر می‌رسد شروع معده دردهای شما با نوعی استرس در زندگیتان همزمان است". تفسیر، همچنین، می‌تواند احساسات مختلف را به بیمار نسبت دهد و به او کمک کند احساسات خود را در رابطه با پیام‌های کلامی خود درک کند. برای مثال، بیمار: تصمیم گرفته‌ام به دارودرمانی ادامه ندهم، اما به نظر می‌رسد نمی‌توانم این موضوع را به دکترم بگویم. هر بار که وارد اتاق می‌شود، گلویم می‌گیرد و نمی‌توانم چیزی بگویم. پزشک: شاید از واکنش او می‌ترسید! ممکن است پزشک در استنباط خود اشتباه کند، اما در این صورت، بیمار آن را تصحیح خواهد کرد. حتی اگر استنباط پزشک تصحیح شود، تکنیک تفسیر باعث می‌شود در باره موضوع مورد نظر بیشتر صحبت شود. مثال دیگر: پزشک: "اگر درست فهمیده باشم، سه روز پشت سر هم است که درد می‌کشید و امروز بدتر شده است". بیمار: "درست است". در استفاده از تکنیک تفسیر، پزشک باید محتاط باشد، مخصوصاً تا زمانی که بیمار را خوب نشناخته و یک راپورت نسبتاً خوب ایجاد نکرده است این کار را نکند. برای مثال، پزشک: "فکر می‌کنم خودکشی مادرتان وقتی که همسن الان شما بود تا اندازه‌ای در افکار انتحاری شما نقش داشته باشد. ممکن است چنین باشد؟" یا پزشک: "عصبانیت شما از این که اعضای خانواده‌تان روحیه حمایتگری نداشته‌اند ممکن است نشان‌دهنده این موضوع باشد که نسبت به حمایتگر بودن من نیز تردید دارید. نظراتان چیست؟"

جمع‌بندی. در تکنیک جمع‌بندی (summation) یا خلاصه (summary)، پزشک به مرور اطلاعاتی می‌پردازد که بیمار ازایه داده است و خلاصه‌ای از آنها را بیان می‌کند. مثلاً، پزشک: "اجازه دهید ببینم تا اینجا خوب متوجه شده‌ام یا نه: بعد از خودکشی دوستان شما افسرده‌تر شده‌اید و به این فکر افتاده‌اید که خودتان هم خودکشی کنید". جمع‌بندی (خلاصه) فرصتی در اختیار بیمار قرار می‌دهد تا با برداشت پزشک موافقت یا آن را تصحیح کند. در این کار، هم پزشک و هم بیمار باید مشارکت داشته باشند. جمع‌بندی (خلاصه) ممکن است چندین بار در طول مصاحبه روی دهد، اما وقتی در اواخر مصاحبه صورت می‌گیرد، نشان می‌دهد که پایان مصاحبه نزدیک است.

توضیح. توضیح (explanation) عبارت است از اطلاع دادن در باره آنچه روی داده است به منظور کمک به پیشرفت صحبت و تبادل اطلاعات بیشتر. برای مثال، بیمار: "می‌شود به من بگوئید چه کار کردید؟"، پزشک: "ما قند خون و فشار خونتان را چک کردیم و به نظر می‌رسد هر دو طبیعی هستند". از طریق تکنیک توضیح، پزشک اطلاعات بیشتری در اختیار بیمار قرار می‌دهد. این اطلاعات اضافی هم واقعیتی هستند (آنچه واقعاً به وقوع پیوسته است) و هم آبجکتیو (یعنی، به دور از نظرات شخصی و خصوصی پزشک). عباراتی مثل: شام شما ساعت ۶ داده خواهد شد، یا، برای آزمایش خون باید ناشتا باشید زیرا مواد غذایی باعث می‌شوند نتایج آزمایش دقیق نباشند، دو مورد از عبارات توضیحی هستند. توضیح باید در قالب جملات آسان و قابل فهم باشد، به بیمار باید اجازه پاسخ دادن و سوال کردن داده شود. برای مثال، پزشک ممکن است بگوید: "به علت جدی بودن وضعیتتان، حتماً باید همین حالا به بیمارستان بیایید. همین امشب در بخش اورژانس شما را پذیرش خواهند کرد. خودم هم آنجا خواهم بود تا ترتیب کارهای لازم را بدهم. مقداری اندکی دارو به شما داده خواهد شد تا راحت بخواهید. اسم داروی مورد نظر لورازپام است و ۲۵ صدم میلی گرم از آن به شما داده خواهد شد. فردا صبح

اول وقت شما را دوباره ویزیت خواهم کرد و قبل از این جلوتر برویم، همه مراحل کار را برایتان توضیح خواهم داد. خوب، سئوالی دارید؟ مطمئن هستم که سئوالاتی در ذهنتان دارید. "توجه داشته باشید که به هنگام تجویز دارو، بیمار باید از عوارض جانبی آن آگاه شود.

گذر. تکنیک گذر (transition) به پزشک اجازه می‌دهد به طور غیرمستقیم به بیمار اطلاع دهد که در باره یک موضوع خاص به اندازه کافی اطلاعات جمع‌آوری شده است و با حرف‌هایی که می‌زند بیمار را تشویق می‌کند به سر یک موضوع دیگر برود. برای مثال، پزشک ممکن است بگوید: "در باره آن مقطع زمانی خاص از زندگیتان اطلاعات خوبی به من دادید. شاید حالا بهتر باشد که حتی اندکی به قبل‌تر از آن دوره برگردیم." توجه داشته باشید که گذر یا ترانزیشن یعنی عبور کردن از یک مرحله مشخص به یک مرحله مشخص و متمایز دیگر. قبل از این که پزشک به قسمت بعدی برود، باید یک جمله گذری واضح بیان کند. مثلاً، "فکر می‌کنم از مشکلات اصلی شما و این که چگونه به وجود آمدند خوب آگاه شده باشم، حالا می‌خواهم در باره وضعیت سلامتی شما در گذشته سئوال کنم." سئوالات گذری بیمار را برای سئوالات بعدی آماده می‌سازند.

خود-افشاسازی. خود-افشاسازی (self-revelation)، یا خود افشاکاری، یعنی دادن اطلاعات شخصی-خصوصی خود به دیگران. خود-افشاسازی از سوی پزشک، در بعضی موقعیت‌های خاص، می‌تواند به فرایند مصاحبه کمک کند به این شرط که پزشک احساس راحتی کند و بیمار را به طور غیرمستقیم متوجه این موضوع کند. برای مثال، پزشک به سئوال بیمار در این باره که آیا مجرد است یا متأهل، و این که همسرش اهل کجاست، به راحتی و بدون درنگ پاسخ می‌دهد. پزشکانی که بیش از اندازه خود-افشاکاری می‌کنند در واقع از بیمار برای ارضای نیازهای برطرف نشده زندگی خود استفاده، و از مقام خود به عنوان پزشک سوءاستفاده می‌کنند. اگر پزشک فکر می‌کند که یک نوع اطلاعات خاص می‌تواند به یک بیمار خاص کمک کند تا بیشتر احساس راحتی کند، می‌تواند خود-افشاسازی به کار ببرد. تصمیم‌گیری پزشک بستگی به این موضوع دارد که آیا اطلاعات افشا شده به فرایند رسیدگی به بیمار کمک می‌کند یا فایده‌ای نخواهد داشت. وقتی بیمار سئوالی خصوصی می‌پرسد، حتی اگر پزشک فکر می‌کند این سئوال بیجاست، نباید کاری کند که بیمار از پرسیدن این سئوال پشیمان شود و خجالت بکشد. مثلاً، پزشک می‌تواند چنین بگوید: "با کمال میل خواهم گفت که مجرد هستم یا متأهل، اما قبل از اجازه دهید ببینم چرا مجرد یا متأهل بودن من برایتان مهم است. حرف زدن درباره اهمیت وضعیت تأهل من برای شما باعث می‌شود یک کمی بیشتر با شما آشنا شوم و متوجه شوم نظراتان در باره من و این که چه کمکی می‌توانم به شما بکنم چیست." فقط به ظاهر سئوالات توجه نکنید. بسیاری از سئوالات، مخصوصاً سئوالات شخصی و خصوصی، صرفاً از روی کنجکاوی نیستند، بلکه در پشت پرده آنها نگرانی‌هایی وجود دارد که پزشک باید به آنها رسیدگی کند.

تقویت مثبت. از روان‌شناسی عمومی باید به یاد داشته باشید که دو نوع تقویت و دو نوع تنبیه داریم: مثبت و منفی. مثبت و منفی بودن به معنای خوشایند یا ناخوشایند بودن محرک‌های ارائه شده نیست، بلکه به این معناست که چیزی به فرایند تقویت یا تنبیه اضافه (+) یا از آن کم (-) شده است. تکنیک تقویت مثبت به بیماران اجازه می‌دهد احساس راحتی کنند و با آرامش خیال بتوانند به پزشک خود هر حرفی را که می‌خواهند بزنند، حتی درباره پایبند نبودن به مصرف داروها یا فکر کردن به ترک روان‌درمانی. وقتی پزشک بیمار را متوجه می‌سازد که از هیچ‌یک از حرف‌های او ناراحت نمی‌شود، تبادل اطلاعات به صورت آزاد تسهیل می‌شود. برای مثال، پزشک ممکن است بگوید: "از این که متوقف کردن مصرف دارو را به من اطلاع دادید خوشحالم. می‌شود

بگویید چرا این کار را کردید؟" روان‌پزشکان مجرب، در واکنش به بیمارانی که در مصاحبه اولیه از افشا کردن موضوعات شوکه‌کننده هراس دارند، می‌توانند این گونه پاسخ دهد: "بعد از چندین سال تجربه کاری و حرفه‌ای، دیگر هیچ چیزی نمی‌تواند من را شوکه کند". وقتی پزشک به طور غیرمستقیم بیمار متوجه می‌کند که انسان جایز‌الخطاست و هیچ کاری عجیب نیست، بیمار معمولاً احساس راحتی و آرامش خیال خواهد داشت.

اطمینان‌بخشی، اطمینان‌بخشی (reassurance) یا قوت قلب دهی، در صورت صادقانه و واقعی بودن، می‌تواند اعتماد به پزشک و پایداری به روان‌درمانی یا دارودرمانی را افزایش دهد و بیمار آن را نشانه همدلی پزشک دلسوز خود بداند. از طرف دیگر، اطمینان‌بخشی دروغین در اصل به معنای دروغ گفتن به بیمار است و می‌تواند به اعتماد پزشک ضربه شدیدی بزند و احتمال نیمه‌کاره رها شدن درمان از سوی بیمار را افزایش دهد. پزشکان معمولاً زمانی به دروغ به بیمار اطمینان خاطر یا قوت قلب می‌دهند که می‌خواهند روحیه او را بهتر کنند، اما اگر بیمار متوجه شود که پزشک حقیقت را نگفته است، ممکن است سایر اطمینان‌بخشی‌های واقعی را نپذیرد یا باور نکند. برای مثال، بیمار مبتلا به سرطان کشته شده ممکن است بپرسد: "آقای (خانم) دکتر، من خوب خواهم شد؟" و پزشک پاسخ می‌دهد: "البته که خوب خواهی شد، همه چیز مرتب است". این یک اطمینان‌بخشی دروغین است. اطمینان‌بخشی واقعی می‌تواند چنین باشد: "ببینید آقای (خانم) ...، من هر کاری که لازم باشد انجام خواهم داد تا آسوده خاطر شوید، و یک روش برای آسوده‌خاطر شدن شما این است که به همان اندازه‌ای که من درباره بیماری شما اطلاعات دارم شما نیز اطلاعات داشته باشید. هر دوی ما می‌دانیم که شما در وضعیت دشواری قرار دارید. دلم می‌خواهد شما دقیقاً بدانید چه وضعیتی دارید و چه وضعیتی خواهید داشت، و با کمال میل به همه سئوالات شما پاسخ خواهم داد". بعد از دریافت این گونه اطمینان‌بخشی‌های واقعی، بیمار ممکن است قادر باشد درباره ترس خود از مرگ صحبت کند.

نصیحت کردن، در بسیاری موارد، پند و اندرز دادن یا نصیحت کردن (advice) از سوی پزشکان قابل قبول، و حتی مطلوب است. برای این که نصیحت مؤثر واقع شود، بیمار آن را از روی همدلی تلقی کند، و احساس نکند نصیحت پزشک بیجا یا نوعی دخالت است، شرایط خاصی وجود دارد. مهمترین آنها این است پزشک ابتدا باید به بیمار فرصت و وقت کافی بدهد تا آزادانه درباره مشکل صحبت کند، طوری که پزشک به اندازه کافی اطلاعات اولیه و اساسی در اختیار داشته باشد تا از روی آنها بتواند توصیه‌های خود را ارایه دهد. گاهی اوقات، بعد از آن که پزشک با دقت به حرف‌های بیمار گوش کرده است، مشخص می‌شود که بیمار زیاد دوست ندارد نصیحت بشنود و بیشتر دلش می‌خواهد پزشک به حرف‌هایش به صورت بی‌طرفانه، مهربانانه، و به دور از هر گونه قضاوت، گوش دهد. نصیحت کردن زودتر از موقع مناسب ممکن است باعث شود بیمار احساس کند پزشک زیاد به حرف‌هایش با دقت گوش نمی‌دهد. یک نمونه از نصیحت بیش از حد زود هنگام، زمانی است که بیمار می‌گوید: "نمی‌توانم این قرص را بخورم چون خیلی اذیتم می‌کند"، و پزشک پاسخ می‌دهد: "اگر جای شما بودم اصلاً این کار نمی‌کردم". پاسخ مناسب‌تر می‌تواند چنین باشد: "از شنیدن این حرف متأسفم. به من بگوئید که چرا این دارو ناراحتتان می‌کند تا بدانم چه کار می‌توانیم بکنیم که کمتر اذیت بشوید". در یک مثال دیگر، بیمار می‌گوید: "این اواخر خیلی حالم گرفته است"، و پزشک پاسخ می‌دهد: "خوب، یک کمی بیرون بروید و کارهایی که برایتان جالب هستند انجام دهید، مثلاً، سینما بروید یا در پارک قدم بزنید". پاسخ مناسب‌تر می‌تواند چنین باشد: "منظورتان از از حالم گرفته است چیست؟"

فناونی که در مصاحبه باید از آنها اجتناب شود، علاوه بر اطمینان‌بخشی دروغین و نصیحت بیجا، پزشکان باید از

بعضی دیگر فنون مصاحبه نیز اجتناب کنند. جدول ۷-۱ بعضی از فنون اشتباه را به طور خلاصه نشان می‌دهد.

جدول ۷-۱. فنونی که در مصاحبه باید از آنها خودداری کرد		
توضیح	مثال	تکنیک اشتباه
پزشک هرگز نمی‌تواند مطمئن باشد که همه چیز به خیر و خوبی تمام خواهد شد.	پزشک: "حالتن خوب خواهد شد"، "چیز مهمی نیست که بخواهید به خاطرش نگران شوید".	اطمینان‌بخشی دروغین
این حرف باعث تحقیر بیمار می‌شود.	پزشک: "اگر جای شما بودم، اصلاً آمبولانس صدا نمی‌کردم".	تصحیح کردن بیجا
بیمار استحقاق این را دارد که با او محترمانه برخورد شود. برای پزشک شایسته نیست که طوری حرف بزند که بیمار فکر کند مراجعه به پزشک برای مشکلی که دارد اقدامی غیرضروری بوده است، حتی اگر به نظر پزشک چنین باشد.	پزشک: "یعنی، شما فقط به دلیل این مشکل به دکتر مراجعه کرده‌اید؟"	پرسیدن سئوالات خط دهنده یا جانب‌دارانه
پزشک باید نقش راهنمای بیمار در طول مصاحبه را داشته باشد. وقتی بیمار اطلاعات ارائه می‌دهد، پزشک باید آن اطلاعات را مورد توجه قرار دهد و مسیر گفتگو را به سمت یک هدف خاص هدایت کند.	پزشک با بیمار حرف می‌زند بدون آنکه واقعاً به حرف‌های او گوش دهد، گفتگوی آنها مسیر خاصی ندارد.	زیاد حرف زدن
ممکن است به نظر برسد پزشک حوصله‌اش سرفشته است یا از این که بیمار وقتش را می‌گیرد ناراحت است.	بیمار: "راستی، چند هفته پیش تنگی نفس گرفته بودم و ...!" پزشک: "آهان حالتان چطور است؟"	قطع کردن حرف
با این سؤال ممکن است به نظر برسد پزشک از این که بیمار خارج از نوبت وقت گرفته است ناراحت است.	پزشک: "چرا امروز خارج از نوبت وقت گرفتید؟"	استفاده از سئوالات "چرا"
این نوع حرف زدن ممکن است مانع از تبادل آزاد اطلاعات شود.	پزشک: "بگوئید ببینم مشکلاتان چیست." "حاشیه نروید. اصل مطلب را بگوئید."	استفاده از زبان تحکم‌آمیز
این نوع ارائه اطلاعات باعث سردرگمی بیمار می‌شود. اکثر بیماران این گونه اصطلاحات تخصصی را متوجه نمی‌شوند.	پزشک: "فکر می‌کنم باید شما را به ای.دی. استات ببریم. به شما ای.اس.ای و این‌جی آن-روت خواهیم داد. سئوالی دارید؟"	به کار بردن اصطلاحات تخصصی

پایان دادن به مصاحبه. پزشک دوست دارد که بیمار، بعد از پایان مصاحبه، احساس کند پزشک درد او را فهمیده است، پرایش احترام قایل است، و اطلاعات مهم و مرتبط را به کسی ارائه داده است که به کار خودش وارد است و برای او دل می‌سوزاند. برای رسیدن به این هدف، پزشک باید به بیمار فرصت دهد سئوالات خود را مطرح کند و در باره برنامه‌های آتی اطلاعات هر چه بیشتری به بیمار بدهد. پزشک باید از بیمار به خاطر در میان گذاشتن اطلاعات لازم تشکر کند و به او بگوید که اطلاعات به دست آمده به او کمک می‌کنند تا با دید بازتری برنامه‌های آتی را طراحی کند. در صورت تجویز دارو، پزشک باید اسم، فایده، مقدار و نحوه استفاده آنها را با زبانی ساده و روشن به بیمار توضیح دهد. پزشک باید برای ملاقات بعدی با بیمار هماهنگی کند، یا او را به پزشک یا سایر مراجع ذی‌ربط ارجاع دهد، و به او توضیح دهد که در صورت نیاز، در فاصله بین دو ملاقات، چگونه می‌تواند به او یا سایر متخصصان مراجعه کند.

چند نکته مهم و نیازمند به شفاف سازی

حق الزحمه. بیش از آن که روان پزشک یک رابطه مستمر با بیمار برقرار سازد، باید چند مسأله را روشن سازد. برای مثال، باید درباره حق ویزیت خود بدون رودربایستی صحبت کند. بحث درباره حق ویزیت و سایر مسائل مالی در همان جلسه اول باعث می شود بعدها مشکلی پیش نیاید یا تعداد مشکلات بعدی به حداقل برسد. اکثر بیماران بیمه خدمات درمانی و حتی بیمه های تکمیلی دارند. بعضی بیمه ها حق ویزیت پزشک را به طور کامل یا نیمه کامل پوشش می دهند. مسأله پرداخت حق ویزیت توسط بیمه باید مشخص شود وگرنه ممکن است بیمار مجبور شود حق ویزیت را خودش بپردازد. کاری که ممکن است تمایلی به انجام نداشته باشد یا قادر به آن نباشد.

رازداری. روان پزشکان و سایر افراد حرفه ای در حوزه بهداشت و سلامت جسمی و روانی، باید میزان رازداری و محدودیت های آن را به اطلاع بیماران برسانند تا آنها بدانند چه مطالبی محرمانه باقی می ماند و چه مطالبی را نمی توان محرمانه نگه داشت. پزشکان از لحاظ اخلاقی و قانونی موظف هستند اسرار بیمار را حفظ کنند، با این حال، در بعضی مواقع خاص، قانون رازداری ممکن است به صورت جزئی یا کامل نقض شود. برای مثال، اگر بیمار به وضوح مشخص سازد که قصد آسیب رساندن به کسی را دارد، پزشک موظف است قربانی احتمالی یا پلیس را آگاه سازد. موارد زیر نیز جزو موارد رازداری هستند: این که چه کسانی حق دسترسی داشتن به پرونده پزشکی بیمار را دارند، اطلاعاتی که شرکت های بیمه از پزشک مطالبه می کنند، و این که اطلاعات مرتبط به بیمار تا چه اندازه برای اهداف آموزشی به کار خواهند رفت. در همه این گونه موارد، بیمار باید اجازه استفاده از پرونده های پزشکی خود را بدهد.

نظارت. پزشکان تحت تعلیم باید تحت نظارت پزشکان مجرب قرار گیرند. این کار در بیمارستان های آموزشی فرایندی روتین است و اکثر بیماران از آن آگاه هستند. بیماران باید از همان ابتدا از این موضوع که پزشک جوان آنها تحت نظارت پزشکان ارشد قرار دارد آگاه باشند. در جریان قرار دادن بیماران از امور مرتبط با آنها در روان پزشکی اهمیت زیادی دارد. هر یک از بیماران روانی که تحت مراقبت و رسیدگی یک دانشجوی روان پزشکی یا رزیدنت روان پزشکی (روان پزشک معالج) قرار می گیرد باید بدانند که او بعد از هر جلسه روان درمانی مشروح مواقع را به صورت یادداشت به پزشک ارشد (روان پزشک ناظر) خود ارائه می دهد. اگر بیمار کنجکاو است و می خواهد بداند سطح تحصیلات روان پزشک معالج چیست، پزشک رزیدنت یا دانشجوی روان پزشکی باید صادقانه پاسخ دهد و اطلاعات اشتباه در اختیار بیمار نگذارد. اگر پزشک معالج حقیقت را نگوید و بیمار بعداً متوجه این موضوع شود، رابطه بیمار و پزشک ممکن است به شدت آسیب ببیند.

مدت هر جلسه. پزشک باید بیمار را از سیاست خود در قبال غیبت بیمار در جلساتی که برای او هماهنگ شده است و همچنین، پزشک باید بیمار را از طول جلسات آگاه سازد. جلسات روان پزشکی معمولاً ۱۵ تا ۴۵ دقیقه هستند. در پایان این جلسه، روان شناسان از بیماران انتظار دارند این واقعیت را قبول کنند که جلسه پایان یافته است. طول جلسات برای پزشکان غیرروان پزشک ممکن است متفاوت باشد: ۳۰ دقیقه تا یک ساعت برای جلسه

اول و بعد، ۱۵ تا ۲۰ دقیقه برای جلسات بعدی. روان‌پزشکانی که بیماران پسیکوتیک (روان پریش) را ویزیت می‌کنند ممکن است به این نتیجه برسند که بیمار نمی‌تواند جلسات طولانی را تحمل کند و احتمالاً تصمیم خواهند گرفت که او را در طول هفته در جلسات ۱۰ دقیقه‌ای ویزیت کنند. در هر صورت، سیاست روان‌پزشک یا پزشک در مورد تعداد جلسات و مدت آنها باید به اطلاع بیمار برسد.

کنسل کردن جلسه از سوی بیمار. در مورد غیبت از جلسات پزشکان چند سیاست مختلف به کار می‌برند. بعضی از پزشکان به بیماران اطلاع می‌دهند که در صورت تمایل به کنسل کردن وقت ملاقات، حداقل از ۲۴ ساعت قبل باید این موضوع را به اطلاع آنها برسانند و در غیر این صورت، حق ویزیت یک جلسه کامل از آنها گرفته خواهد شد. بعضی دیگر به خاطر هر بار غیبت بیمار از جلسه او را شارژ می‌کنند و فرقی نمی‌کند بیمار غیبت کردن خود را از قبل اطلاع داده است یا نه. بعضی پزشکان قانون خاصی ندارند و بر اساس شرایط اختصاصی هر یک از بیماران ممکن است او را شارژ کنند یا نکنند، یا شاید قانون اطلاع رسانی از ۲۴ ساعت قبل را اعمال کنند اما در صورت موجه بودن غیبت بیمار برای او استثنای قابل شوند. بعضی پزشکان می‌گویند که اگر کنسل شدن از قبل به آنها اطلاع داده شود و آنها بتوانند وقت ویزیت خالی شده در آن روز را با یک بیمار دیگر پر کنند، بیمار را شارژ نخواهند کرد. بعضی دیگر نیز بیماران غایب از جلسه را کلاً شارژ نمی‌کنند. تصمیم‌گیری در این باره طبق اراده پزشک است اما بیمار باید از آن قبلاً اطلاع یابد تا بتواند در مورد پذیرفتن سیاست پزشک یا انتخاب یک پزشک دیگر تصمیم بگیرد.

در دسترس بودن پزشک. پزشکان تا چه اندازه موفقند در فاصله بین دو جلسه در دسترس بیمار باشند؟ آیا قابل دسترس بودن به طور ۲۴ ساعته جزو وظایف پزشک است؟ بعد از آن که بیمار پزشک خود را انتخاب می‌کند و با او وارد یک قرارداد برای دریافت خدمات پزشکی می‌شود، وظیفه پزشک این است که برای ارائه خدمات اورژانس در خارج از وقت ملاقات‌های زمانبندی شده یک سیاست خاص در پیش گرفته باشد. بیمار باید بداند این سیاست چیست و روند آن چگونه است. برای مثال، پزشک یک شماره تلفن مخصوص برای مواقع اضطراری در اختیار او می‌گذارد یا یک پزشک دیگر در این فاصله پاسخگویی به نیازهای عاجل بیمار را بر عهده خواهد گرفت. اگر پزشک برای مدتی از شهر دور خواهد شد، باید یک پزشک جایگزین برای خود تعیین کند و به بیمار اطلاع دهد از چه طریق می‌تواند به آن پزشک دسترس داشته باشد. بیمار باید بداند که در فاصله بین جلسات به پزشک خود یا پزشک جایگزین دسترس خواهد داشت تا به سئوالات ضروری او پاسخ دهند و همچنین، در صورت نیاز، می‌تواند برای جلسات بیشتر وقت بگیرد.

با رعایت شرایط بالا، باز هم به عهده پزشکان است که میزان در دسترس بودن خود برای بعضی بیماران با بعضی شرایط خاص را تعیین کنند. در بعضی موارد، پزشکان باید با قاطعیت به بیماران بگویند که در فاصله بین جلسات تا چه اندازه در دسترس خواهند بود. برای مثال، بعضی بیماران به طور مکرر و در همه ساعات شبانه روز به پزشک تلفن می‌زنند و موضوعاتی را مطرح می‌کنند که از پشت تلفن نمی‌توان به خوبی به آنها رسیدگی کرد و بهترین روش رسیدگی به آنها جلسات حضوری هستند. پزشکان باید با احترام اما قاطعانه از این بیماران بخواهند بدون دلیل واقعی و نیاز ضروری به آنها زنگ نزنند. باید به آنان اطمینان داده شود که در جلسه

حضورى به همه نگرانی‌های آنها رسیدگی خواهد شد و اگر در جلسه عادى وقت کم بیايد یک جلسه فوق العاده در حداقل فاصله زمانى گذاشته خواهد شد، اما همه نگرانی‌های غیراضطرارى باید تا جلسه بعدى به تعویق انداخته شوند.

پیگیری (فالوآپ)، رابطه پزشک- بیمار به دلایل مختلف قطع می‌شود. بعضی دلایل عادى هستند، مثلاً، دوره آموزشی رزیدنت‌ها پایان می‌یابد و آنها به بیمارستان‌های دیگر می‌روند. بعضی دیگر غیرعادى و در نتیجه، غیرقابل پیش‌بینی هستند، مثلاً، پزشک مریض می‌شود و دیگر نمی‌تواند به بیماران خود رسیدگی کند. به بیماران باید اطمینان داده شود که حتى در صورت قطع رابطه آنها با پزشک خود، مراقبت از آنها ادامه خواهد یافت.

وقتی پزشک مریض می‌شود و نمی‌تواند به مراقبت از بیماران خود ادامه دهد، وضعیت پیچیده‌ای به وجود می‌آید. اگر آنها از قبل بدانند که مجبور خواهند شد روان‌درمانى را متوقف کنند، باید بیمار را به سایر پزشکان ارجاع دهند و مراتب را به طور شفاف به اطلاع بیمار برسانند. در مورد مطلع کردن بیمار از مریض شدن پزشک یا بی‌خبر نگه داشتن او بحث و اختلاف نظر وجود دارد، اما به نظر می‌رسد گفتن حقیقت بهترین گزینه است. آگاه سازی بیمار از این موضوع، تا حد امکان، باید به شیوه‌ای آرام (بدون نشان دادن نگرانی و عصبیت از سوى پزشک)، و طوری باشد که بیمار احساس خطر نکند. گفتن حقیقت بهتر است زیرا عدم آگاهی بیماران ممکن است باعث شود برای ادامه ندادن پزشک به مراقبت از آنها احتمالات مختلف را در ذهن خود ایجاد کنند. مثلاً، ممکن است فکر کنند لاعلاج بودن یا واگیردار بودن بیماری آنها باعث شده است پزشک از ادامه مراقبت منصرف شود. همچنین، نتفتن حقیقت در چنین شرایطی ممکن است این باور اشتباه را که بیمار بودن شرم‌آور یا ترسناک است تقویت کند.

صفات شخصیتی پزشکان و روان‌پزشکان

پزشکان به دلایل مختلف به رشته پزشکی روی آورده‌اند، از جمله: میل به کمک کردن به مردم، شفا دادن بیماری‌ها، اشتغال در حرفه‌ای محترم، قرار گرفتن در مقام یک فرد مقتدر و مرجع که دیگران حرفش را قبول دارند و به او استناد می‌کنند، و در دست گرفتن کنترل نسبی بر زندگی و مرگ. بسیاری از افرادی که تصمیم می‌گیرند پزشک شوند افرادی کمال‌گرا هستند که از خودشان توقعات زیادی دارند و جزئیات را مو به مو بررسی می‌کنند. این صفات شخصیتی مفید هستند و حتى ممکن است ضرورى باشند، اما باید در حد متعادل نگه داشته شوند و برای این منظور، پزشک باید اندکی خودشناسی، تواضع، شوخ‌طبعی، و مهربانی به آن اضافه کند. سیر ویلیام اوسلر^۱، پزشک کئادایی، در کتاب خود به نام Aequanimitas، صفات و خصوصیات پزشکان را برمی‌شمارد (جدول ۸-۱). از ریشه لاتین *aequus* به معنای مساوی، آرام؛ و *animus* به معنای روح، ذهن، نفس است، و در کل، به دو معناست: (۱) خیرخواهی، نیت خوب، مهربانی، لطف؛ و (۲) آرامش، بردباری، خویشتن‌داری، متانت. موارد ذکر شده در جدول ایده‌آل‌هایی دلخواه هستند اما رسیدن به آنها بسیار دشوار است. پزشکان، و سایر افراد شاغل در حرفه بهداشت و خدمات درمانی، باید واقع‌گرا و با خودشان صادق

1 Sir William Osler, 1st Baronet (1849-1919)

باشند و بدانند که داشتن این صفات به طور کامل، معمولاً امکان‌پذیر نیست. آنچه پزشک از خودش انتظار دارد، و توقعات دیگران، ممکن است باعث تشویش خاطر و کاهش اعتماد به نفس او شوند. برای طبابت به مقدار انبوهی دانش و مهارت‌های مختلف نیاز است، اما علاوه بر آن، پزشک باید توانایی متعادل کردن بسیاری موضوعات متناقض را داشته باشد. مثلاً، با این که به شدت به فکر بیمار است و برایش دل می‌سوزاند، باید بتواند عینیت و بی‌طرفی خود را حفظ کند و بدون هیچانی شدن، وظیفه خود را انجام دهد، یا برای کاستن از ناراحتی بیمار، تصمیمات ناراحت‌کننده بگیرد، و با این که تمایل به شفا دادن و کنترل کردن زندگی و مرگ دارد، بداند که در این کار قادر مطلق نیست و محدودیت‌های یک انسان را دارد. وقتی پزشک یاد می‌گیرد این جنبه‌های مختلف و مرتبط با یکدیگر راه که از پزشک انتظار می‌رود، با هم متعادل کند، در شغل خود بهتر و سازنده‌تر عمل خواهد کرد، شغلی که در طول روز، و هر روز، مملو از رویدادهای ناراحت‌کننده است (مریضی، درد کشیدن، غم و اندوه، رنج کشیدن، و مرگ).

جدول ۸-۱. صفات شخصیتی پزشکان از دیدگاه سیر ویلیام آسلیر	
خونسردی	توانایی حفظ آرامش و خونسردی، طوری که باعث آرامش خاطر دیگران می‌شود.
Imperturbability	
حضور ذهن	توانایی کنترل کردن خود در موقعیت‌های اضطرابی یا خجالت آور، طوری که فرد بتواند حرف صحیح را بزند یا کار مناسب را انجام دهد.
Presence of mind	
قضاوت شفاف	توانایی تصمیم‌گیری آگاهانه، اتخاذ تصمیماتی که قابل فهم و بدون هرگونه ابهام هستند.
Clear judgment	
توانایی تحمل دلسردی	توانایی حفظ ثابت قدمی و کنار آمدن با احساس عدم اعتماد به نفس و عدم رضایت خاطر
Ability to endure frustration	
بردباری نامحدود	توانایی نامحدود برای دیدن و شنیدن درد و رنج دیگران با خونسردی و حفظ آرامش
Infinite patience	
مهربانی و همدلی نسبت به دیگران	سخاوتمندی و یابوری کردن، مخصوصاً نسبت به نیازمندان و دردمندان
Charity toward others	
جستجوی حقیقت مطلق	کندوکاو در حقایق و وقایع و دنبال کردن واقعیت
The search for absolute truth	
آرامش	آرامش فکر، وقار رفتار، ظاهر آراسته
Composure	
شجاعت	توانایی روبرو شدن با، یا تحمل کردن، رویدادهای ناراحت‌کننده با شجاعت
Bravery	
پشتکار	ثابت قدم بودن برای دستیابی به یک هدف یا پایبند ماندن به چیزی باارزش
Tenacity	
آرمانگرایی (ایده‌آلیسم)	تعیین استانداردها و ایده‌آل‌ها و زندگی کردن بر اساس آنها
Idealism	
خویش‌داری (متانت)	توانایی اداره کردن موقعیت‌های استرس‌آمیز از طریق حفظ آرامش و بدون عصبانی شدن
Equanimity	



مرجع آمادگزامون کارشناسی ارشد
و دکترای تخصصی
مجموعه روانشناسی
ravanamooz.ir