

باغچه خندا

طیبات هنراست،

هنرهای مکنی قلب و اندیشه



سرشناسه	رضانیا، صبا، ۱۳۷۴-
عنوان و نام پدیدآور	مهارت های بالینی و اخلاق حرفه ای در روان پزشکی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵/2024/ Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry. 5th ed, 2024/ Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry. 5th ed, 2024/ ترجمه و تلخیص و پاسخ دهی به سوالات: دکتر صبا رضانیا
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۲۱۳ ص: مصور(رنگی). ج ۱
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۵۰-۷ : ۷۶۵۰۰۰۰ ریال
مدیر تولید انتشارات	الهیة شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب " Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry. 5th ed, 2024 " به ویراستاری الن تاسمن... [و دیگران] است.
موضوع	روان پزشکی Psychiatry پزشک و بیمار Physician and patient
شناسه افزوده	تزامن، آلن، ۱۹۴۷ - م.
شناسه افزوده	Tasman, Allan
شناسه افزوده	RC ۴۵۴
رده بندی کنگره	۸۹/۶۱۶
رده بندی دیویی	۹۷۰۷۳۵۴
شماره کتابشناسی ملی	فیا
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: مهارت های بالینی و اخلاق حرفه ای در روان پزشکی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵/ Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry. 5th ed, 2024/ ترجمه و تلخیص و پاسخ دهی به سوالات: دکتر صبا رضانیا	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴ تیراژ: ۱۰۰ جلد شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۵۰-۷ بهاء: ۷۶۵.۰۰۰ تومان
ناشر: انتشارات کاردیا	
صفحه آرا: رزیدنت یار- صبا درخشان فرد	
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مهارت های بالینی و اخلاق حرفه ای در روان پزشکی

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry.
5th edition. 2024.

ترجمه و تلخیص و پاسخدهی به
سوالات

دکتر صبا رضانیا

۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

دانشگاه علوم پزشکی تهران





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رهمت‌ش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم. (زیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانهٔ پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است. اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث روان‌پزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (زیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم

فهرست مطالب



فصل اول: گوش دادن به بیمار	۹
فصل دوم: زمینه فرهنگی و اجتماعی ارزیابی بالینی	۴۷
فصل سوم: رابطه پزشک و بیمار	۷۹
فصل چهارم: مصاحبه روانپزشکی: ساختارها و فنون کلی	۱۰۹
فصل پنجم: مصاحبه روانپزشکی: تطبیق با شرایط مختلف، تطبیق با محیط های متنوع	۱۳۳
فصل ششم: اخلاق حرفه ای و مرز بندی در روان پزشکی	۱۴۵
سوالات و پاسخنامه فصل ششم	۱۹۹

گوش دادن به بیمار

گوش دادن: مهارت کلیدی در روان پزشکی

این زیگموند فروید بود که فن معاینه روان پزشکی - یعنی گوش دادن - را به سطحی حرفه ای ارتقا داد. در توصیف دوره پیش از فروید آمده است: «معاینه روان پزشکی چنان انجام می‌گرفت که گویی از زیر پیراهن بیمار صورت می‌گیرد؛ به گونه‌ای که بخش عظیمی از ماهیت او پوشیده یا نامفهوم باقی می‌ماند و لایه های متعدد معنا، هرگز کنده و بررسی نمی‌شد».

طغیان دانش زیست پزشکی، نگرش و رویه ما در مورد رابطه پزشک و بیمار را دگرگون ساخته است. با گسترش فناوری ها، معاینه در بالین بیمار به روشی بدل شده است که پزشک بواسطه آن مشخص می‌کند چه آزمایش هایی درخواست شود.

این دگرگونی در هسته رابطه پزشک-بیمار، با ظهور پرونده الکترونیک سلامت تشدید شده است. امروزه نا رایج نیست که بیمار در حالی با پزشک خود به گفتگو می‌پردازد که پزشک به صفحه رایانه خیره شده است .

آیا می‌توان روزی را در آیند های نه چندان دور تصور کرد که وظیفه روان پزشک تنها این باشد که تشخیص دهد بیمار سایکوتیک، مضطرب یا دارای اختلال خلقی است و سپس یک مطالعه تصویر برداری مغزی یا آزمایش خون درخواست کند که اختلال دقیق بیمار را مشخص نماید؟ در واقع، برخی ادعا می‌کنند که روان پزشکان دیگر نباید متخصصان رابطه پزشک - بیمار محسوب شوند، بلکه باید متخصصان مغز دانسته شوند .

درمان افرادی که بیماری شان از طریق اختلال در تفکر، احساس، ادراک و رفتار نمود می‌یابد، همواره مستلزم تخصصی ویژه در برقراری یک رابطه درمانی است - و این امر، خود کاملاً وابسته به مهارتی ویژه در گوش دادن است، این نوع گوش دادن به‌طور سنتی «گوش دادن با گوش سوم» نامیده شده است. سایر تلاش‌ها برای توصیف این فرآیند پیچیده، به ابداع اصطلاحات دیگری انجامیده است:

- موضع تفسیری
- حساسیت بین فردی
- چشم‌انداز روایی



رویکردی دیگر در مفهوم‌سازی این فرآیند، بر عوامل غیر اختصاصی تأکید دارد که برای حصول نتیجه در تمامی اشکال درمان روان‌پزشکی حیاتی هستند:

- همدلی
- توجه مثبت غیرشرطی
- اصالت درمانگر

فرآیند گوش دادن درمانی

صرف نظر از اینکه چگونه این فرآیند را نام‌گذاری و تعریف کنیم، گوش دادن درمانی مستلزم حساسیت به راوی داستان و تلفیق محوریت بیمار با تمرکز بر بیماری است. قصد شنونده این است که هم بفهمد «مشکل چیست» و برچسب تشخیصی بر آن بزند، و هم در سفری برای کشف این باشد که «بیمار کیست». کار گوش دادن، به زمان، تمرکز، تخیل، حس شوخ طبعی و نگرشی نیاز دارد که بیمار را قهرمان داستان زندگی خودش قرار می‌دهد.

اهمیت فرهنگ و تأثیرات جهانی

در این عصر جهانی شدن، باید تفاوت‌های فرهنگی و ملی را که می‌توانند بسیار سودمند باشند، در نظر گرفت. آنچه در یک کشور یا فرهنگ، گوش دادن و ارتباط مؤثر محسوب می‌شود، ممکن است در فردی از کشوری دیگر با پیشین‌های متفاوت، تأثیری کاملاً متضاد داشته باشد.

نمونه بالینی ۱

مرد متأهل ۲۸ ساله‌ای از نژاد سفید پوست، مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید و اختلال وسواسی - جبری، پس از تغییر دارو به کلوزاپین در محیط بیمارستانی بهبودی قابل توجهی پیدا کرد. با این حال، بلافاصله پس از ترخیص و بازگشت به خانه، علائم او به سرعت عود کرد. ارزیابی‌ها نشان داد که فضای درمانی بخش بیمارستانی نقش کلیدی در بهبودی وی داشته است. از این رو، برنامه بستری جزئی به بیمار پیشنهاد شد، اما بیمار با این استدلال که نمی‌خواهد "بار" اضافی برای خانواده باشد، از پذیرش طرح درمان امتناع کرد.

روان‌پزشک با انجام مصاحبه مشترک با بیمار و همسرش، به درک عمیق‌تری از مسئله دست یافت. فراتر از مسائل ملموس مانند هزینه و مشکلات رفت و آمد، روان‌پزشک دریافت که بیمار به طور عمیقی تمایل دارد به طور مستقل مسئولیت مدیریت بیماری خود را بر عهده بگیرد. روان‌پزشک با احترام به این خواست بیمار و همزمان ارائه آموزش لازم در مورد واقعیت‌های زندگی با اسکیزوفرنی، توانست همکاری بیمار را برای پذیرش سطح لازم مراقبت جلب کند.



نمونه بالینی ۲

روان پزشکی در ایالات متحده، روان پزشک دوره تکمیلی از چین را سوپرویزن می‌کرد. این روان پزشک دوره تکمیلی عمدتاً با بیماران چینی-آمریکایی که در چین متولد شده بودند کار می‌کرد. در جریان سوپرویزن، ناظر مرتباً با این موقعیت مواجه می‌شد که با پیشنهاد بیان سوال یا مطلب خاصی، روانپزشک دوره تکمیلی پاسخ می‌داد: "در فرهنگ ما نمی‌توان این را گفت". ناظر سپس با پرسش در مورد ماهیت این ممنوعیت‌های فرهنگی، به کمک روانپزشک دوره تکمیلی روش‌های جایگزین و مناسب از نظر فرهنگی برای بیان همان مفاهیم را توسعه می‌داد.

نمونه بالینی ۳

بیمار زن عرب مسلمان در دهه چهارم زندگی، با تشخیص اختلال افسردگی اساسی، تحت روان درمانی با روانپزشک ایرانی تحت نظارت روانشناس ارشد بریتانیایی قرار گرفت. در جلسات درمان، وابستگی شدید بیمار به والدین و شکایت‌های مکرر از همسرش که گهگاهی مقادیر متوسطی الکل مصرف می‌کرد، مشهود بود. بیمار هنگام بیان مشکلاتش بسیار هیجانی و پرشور بود.

ناظر بریتانیایی، این الگوها را نشان‌های از صفات شخصیت خوشه B و وابستگی بیمارگون به والدین تفسیر می‌کرد و نگرانی بیمار درباره مصرف الکل همسرش را اغراق‌آمیز و پوششی برای مسائل زناشویی عمیق‌تر می‌دانست. با این حال، روانپزشک ایرانی برای ناظر توضیح داد که این الگوهای رفتاری در چارچوب فرهنگی بیمار کاملاً طبیعی و هنجاری محسوب می‌شود. وی تأکید کرد که مصرف حتی مقادیر کم الکل در فرهنگی که مصرف آن حرام و ننگ‌آور است، می‌تواند به خودی خود منبع استرس زناشویی قابل توجهی باشد.

نمونه بالینی ۴

روان پزشکی در آمریکا، درمان مردی اهل نیجریه با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ناشی از حمله در محل کار را آغاز کرد. پس از چند جلسه، درمانگر احساس کرد درک انتظارات بیمار از درمان و تصویری که بیمار از او دارد، دچار سردرگمی شده است.

در پاسخ، درمانگر چند جلسه را به کاوش در مورد زمینه فرهنگی بیمار اختصاص داد: ساختار جامعه، نقش‌های خانوادگی، تعاریف بومی درمان و درک فرهنگی از بیماری و سلامتی. این کاوش فرهنگی به درمانگر امکان داد موضع متفاوتی اتخاذ کند، ارتباطات بیمار را در چارچوبی معنا دار تر درک کند و در نهایت درمان را به شکلی مؤثر تر و با رابطه درمانی قوی تر به نتیجه برساند.

نمونه بالینی ۵

مرد ۲۸ ساله متولد کانادا با اصالت سومالیایی، با توصیه خانواده برای ارزیابی روانپزشکی به مرکز درمانی در سومالی آورده شد. او سابقه ۱۰ ساله اسکیزوفرنی پارانوئید با چندین بار بستری در کانادا داشت. بیمار توهمات شنوایی که به



طور تحقیق‌آمیزی اعمالش را تفسیر می‌کرد و هذیان‌های بدگمانی درباره توطئه برای کشتن خود که پدر، عمو، پلیس و سازمان‌های اطلاعاتی را شامل می‌شد، گزارش می‌داد.

مادر بیمار، با این باور که روان‌پزشکان کانادایی تمایل به تجویز بیش از حد دارو دارند، او را به نقل مکان به سوماتی تشویق کرده بود. او به طور قاطعانه معتقد بود که داروهای روان‌پزشکی سمی و خطرناک هستند. بسیاری از اعضای خانواده که برخی از آنها تجربیات مهاجرت آسیب‌زایی به آمریکای شمالی داشتند، احساس می‌کردند که دیگر نمی‌توانند به نظام مراقبت سلامت روان کانادا اعتماد یا تکیه کنند.

تیم درمان در سوماتی این نیاز را شناسایی کرد که باید به طور فعالانه خانواده را درگیر کرد، به آنان آموزش روان‌شناسی و حمایت ارائه داد، نگرانی‌هایشان را معتبر شمرد و در عین حال، درمان‌های مبتنی بر شواهد را نیز پیشنهاد نمود.

ابزارهای اصلی: واژگان، تشبیهات، استعاره‌ها، کنایه‌ها و نمادها

برای اینکه گوش دادن و درک متقابل محقق شود، لازم است زبان مورد استفاده بین گوینده و شنونده، مشترک باشد؛ به این معنی که معانی واژگان و عبارات برای هر دو طرف یکسان باشد. زبان مشترک، عامل مسلط در سازمان‌دهی اجتماعی بشریت است و احتمالاً مهم‌ترین کلید برای برقراری آن رابطه دوتایی «شنونده فعال / راوی درگیر» است. فرضیه ساپیر-وورف نشان می‌دهد که آنچه ما قادر به فکر کردن درباره آن هستیم، توسط زبانی که با آن کار می‌کنیم محدود یا تعیین می‌شود. نظریه تکاملی جدیدتر درباره زبان، نشان می‌دهد که زبان یک مکانیسم حیاتی برای حفظ سازمان اجتماعی است.

بیماران، در درجه اول، راویان داستان روابط مهم خود هستند و این امید را دارند که شنیده و درک شوند. شنوندگان آن‌ها، پزشکانی هستند که انتظار می‌رود فعالانه گوش دهند و در سطح جدیدی از درک، همراه بیمار باشند. از آنجا که همه انسان‌ها هر روز به افراد مختلفی گوش می‌دهند، ما تمایل داریم که گوش دادن را یک فرآیند خودکار و مداوم بدانیم؛ با این حال، این نوع «گوش دادن فعال» همچنان یکی از مهارت‌های محوری در روان‌پزشکی بالینی است.

چالش‌های زبان و معنا

حتی زمانی که زبان مشترک است، به طور اجتناب‌ناپذیری تفاوت‌هایی در معنا وجود دارد که مبتنی بر تفاوت در جنسیت، سن، فرهنگ، مذهب، طبقه اجتماعی-اقتصادی، نژاد، منطقه رشد، ملیت و زبان مادری، و همچنین ویژگی‌های منحصربه‌فرد تاریخچه فردی است. این تفاوت‌ها به ویژه در استفاده از قیاس‌ها، تشبیهات و استعاره‌ها حائز اهمیت هستند. صنایع ادبی (که در آن یک چیز نمایانگر چیز دیگری است)، پنجره‌های بسیار مهمی به جهان درونی



بیمار هستند. تفاوت در معانی متصل به این صنایع ادبی می‌تواند استفاده از آن‌ها را پیچیده کند. در یک ارزیابی روان پویشی و درمان روان درمانی، این ظرایف زبانی، به طور خود آگاه به کانون توجه روان پزشک تبدیل می‌شوند؛ با این حال، عدم شنیدن چنین تمایزاتی می‌تواند بر تشخیص ساده پزشکی نیز تأثیر بگذارد. در روان درمانی، معانی ویژه واژگان به کانون اصلی درمان تبدیل می‌شوند.

چگونه می‌توان به این شیوه به واژگان گوش کرد؟

موارد بالینی ذکر شده در متن اصلی، وقتی توصیف می‌شوند، ساده به نظر می‌رسند. با این حال، برای گوش دادن به این شیوه، پزشک بالینی باید مهارت‌ها و نگرش‌های خاص و در عین حال چالش برانگیزی را کسب کند. دانشجویان، هنگام مشاهده مصاحبه روان پزشکان با تجربه با بیماران، اغلب حس حیرتی را ابراز می‌کنند: "چگونه فهمید که آن سؤال را بپرسد؟" "چرا بیمار نزد او باز شد ولی نزد من نه؟" "چه چیزی تشخیص را در آن مصاحبه اینقدر واضح کرد، در حالی که در بقیه مصاحبه‌ها نبود؟" دانشجو ممکن است با حس تحسین، احساس نالایقی و تردید، یا حتی واکنش تحقیر آمیز پاسخ دهد که این فرآیند بسیار غیر قابل تعریف و نادقیق به نظر می‌رسد. کلید این موضوع، توانایی روان پزشک در گوش دادن است. اما این مهارت نه عرفانی است، نه جادویی و نه غیر قابل تعریف؛ چنین مهارت‌هایی حاصل کار سخت، تفکر زیاد، نظارت شدید و مواجهه گسترده و عمیق با انواع مختلف بیماران است.

ابعاد مختلف گوش دادن در روان پزشکی

روان پزشکان، بیش از هر پزشک دیگری، باید به طور همزمان به دو شکل گوش دهند:

۱. گوش دادن علامت شناختی (Symptomatic): این روش، گرفتن شرح حال پزشکی سنتی است که در آن تمرکز بر وجود یا عدم وجود یک علامت خاص است. این، سطح محتوای (overt آشکار) مصاحبه است.
۲. گوش دادن روایی-تجربی (Narrative-experiential): این روش مبتنی بر این ایده است که همه انسان‌ها به طور مداوم در حال تفسیر تجربیات خود، نسبت دادن معنا به آن‌ها و بافتن داستانی از زندگی خود با محوریت خودشان به عنوان شخصیت اصلی هستند. این فرآیند به طور مداوم، هم به صورت هوشیار و هم ناهوشیار، به عنوان یک گفت و گوی درونی در هر یک از ما جریان دارد. این گفت و گو بین بخش‌های مختلف خود ما است؛ چیزی که بسیاری از روان‌کاوان، مانند ملانی کلاین (۱۹۷۵)، آن را "بژه‌های درون فکنی شده" نامیده‌اند - افرادی مهم در زندگی ما که تصاویر، گفته‌ها و نگرش‌هایشان به طور دائمی در حافظه ما ثبت می‌شود. این گفت‌وگو و تفسیر درباره زندگی ما، شامل تاریخچه شخصی، رفتارهای تکراری، فرضیات آموخته شده درباره جهان و نقش‌های بین فردی می‌شود. اینها به نوبه خود، حاصل پیشینه فردی، هنجارها و ارزش‌های فرهنگی، شناسه‌های ملی، معانی معنوی و نیروهای سیستم خانواده هستند.



تفاوت در تشخیص

در تشخیص بیشتر بیماری‌های پزشکی، توجه به معانی پیچیده واژگان، امری حیاتی نیست (اما در روان‌پزشکی این امر محوری است).

عوامل کلیدی برای تشخیص دقیق

- اول، روان‌پزشک باید علائم و سندرم‌های بسیاری را در ذهن خود آماده داشته باشد.
 - دوم، روان‌پزشک باید در حالت کنجکاوی باشد.
 - سوم، باید داستان بیمار را به شیوه‌های مختلف بشنود
- این امر مستلزم داشتن یک قالب شناختی (شامل علائم و سندرم‌ها؛ نظریه‌های رشدی، سیستمی و شخصیت؛ آگاهی از دیدگاه‌های فرهنگی)، یک موضع جستجو گرانه و پرسشگر، و پردازش انعطاف‌پذیر داده‌ها است. اگر کسی بتواند مهارت‌های فهرست شده در (جدول ۱) را درونی‌سازی کند، شنونده به طور خودکار شروع به شنیدن و درک معانی متعدد در واژگان می‌کند.

جدول ۱-مهارت‌های کلیدی گوش دادن

مهارت	توضیح
شنیدن (Hearing)	توجه به معنای ضمنی واژه‌ها؛ استفاده‌های فردی و خاص از زبان؛ استعاره‌ها و تعبیرهایی که داستان عمیق‌تری را منتقل می‌کنند؛ تُن و تغییرات صدا مثل لبه‌دار شدن، لرزش؛ جریان تداعی‌ها
دیدن (Seeing)	مشاهده وضعیت بدنی؛ ژست‌ها؛ حالات چهره مثل پرآب شدن چشم‌ها یا سفت شدن فک؛ سایر نمود‌های بیرونی هیجان
مقایسه کردن (Comparing)	توجه به چیزهایی که حذف شده‌اند؛ ناهماهنگی میان حالت‌های مختلف بیان (مثلاً گفته با لحن یا با حالت بدن نمی‌خواند)
حدس زدن/شهود (Intuiting)	توجه به واکنش‌های درونی خود درمانگر؛ تأمل و فکر کردن درباره گفتگو خارج از فشار لحظ‌های مصاحبه



مورد بالینی ۶: وقتی استعاره جان بیمار را نجات می‌دهد

- شرح مورد: یک مشاور روان پزشکی دعوت شد تا مرد ۴۸ ساله‌ای را در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی ویزیت کند که درد قفسه سینه او توسط متخصص قلب، "عملکردی" (غیر عضوی) تشخیص داده شده بود. متخصص قلب از بیمار پرسیده بود که آیا دردش "خرد کننده" است و بیمار پاسخ "نه" داده بود. سایر آزمایش‌های روتین نیز منفی بودند.
- مداخله روان پزشک: روان پزشک از بیمار خواست تا درد خود را توصیف کند. بیمار گفت: «مثل این می‌ماند که یک کامیون روی سینه‌ام نشسته باشد و آن را له کند».
- نتیجه: روان پزشک بلافاصله انجام آزمایش‌های تکمیلی را توصیه کرد که تشخیص سکته قلبی (انفارکتوس میوکارد) را تأیید کرد.

مورد بالینی ۷: ابهام در اصطلاحات تخصصی؛ "افسردگی اساسی" در مقابل "خفیف"

- شرح مورد: یک نوجوان ۱۷ ساله فرانسوی زبان به دلیل افت اخیر عملکرد تحصیلی، توسط پزشک خانواده به روان پزشکی ارجاع داده شد. پس از ارزیابی کامل، روان پزشک کودک تشخیص داد معیارهای یک "دوره افسردگی اساسی" را دارد.
- چالش: پدر بیمار که خود سابقه افسردگی شدید داشت، با تشخیص مخالف بود. او استدلال می‌کرد اگر پسرش افسردگی اساسی دارد، باید نمی‌توانست معاشرت کند و اشتها و خوابش به وضوح مختل می‌شد.
- منبع ابهام: روان پزشک توضیح داد: «پسر شما یک دوره افسردگی اساسی خفیف دارد. در موارد خفیف، بیماران اغلب برخی، اما نه همه علائم افسردگی را دارند.» این توضیح باعث سردرگمی پدر و پسر شد: «پس او افسردگی اساسی دارد یا خفیف؟»
- راه حل: روان پزشک با جزئیات توضیح داد که دوره افسردگی اساسی چگونه به صورت بالینی تعریف می‌شود و معیارهای DSM-5 را برای آن‌ها تشریح کرد. سپس توضیح داد که یک دوره افسردگی اساسی می‌تواند خفیف، متوسط یا شدید باشد و واژه "اساسی" در اصطلاحات روان پزشکی مترادف با "شدید" نیست.

مورد بالینی ۸: قدرت زبان مادری در روان‌درمانی

- شرح مورد: روان پزشکی یک زن جوان در اوایل ۲۰ سالگی را با تشخیص افسردگی مقاوم به درمان تحت نظر داشت. با وجود درمان دارویی بهینه، بهبودی تنها نسبی بود.
- کشف کلیدی: پس از دو سال درمان، مشخص شد که بیمار، با وجود متولد شدن و بزرگ شدن در ایالات متحده، تا ۵ سالگی و تا قبل از ورود به سیستم مدارس عمومی، فقط به زبان سوئدی صحبت می‌کرده است.
- مداخله: روان پزشک از او خواست که هر احساس شدیدی را ابتدا به زبان سوئدی بیان کند و سپس آن را به انگلیسی ترجمه کند.



- نتیجه: این کار روند درمانی را به طور اساسی متحول کرد و منجر به موفقیت بسیار بیشتری شد.

مورد بالینی ۹: بیان کامل هیجانات در بستر فرهنگی و زبان مادری

- شرح مورد: یک دانشجوی تحصیلات تکمیلی چینی - مالزیایی در اواسط ۲۰ سالگی، برای مدیریت اختلال افسردگی مداوم و اختلال اضطراب فراگیر ارجاع داده شد. با وجود تسلط بیمار به هر دو زبان انگلیسی و ماندارین، روان‌پزشک در کوالالمپور درمان را به انگلیسی ادامه داد.
- چالش: بیمار از این موضوع ابراز نارضایتی کرد و گفت با وجود تسلط به انگلیسی، نمی‌تواند طیف کاملی از هیجانات خود را به طور کامل بیان کند.
- تغییر درمانگر: بیمار درخواست تعویض روان‌پزشک را کرد تا بتواند با کسی که به زبان اول او (ماندارین) صحبت می‌کند، کار کند.
- نتیجه: در جلسات بعدی با روان‌پزشک جدید، بیمار احساس آرامش بیشتری کرد و بیان‌پذیری او به شدت افزایش یافت. او توانست افکار و احساساتش را به شیوه‌های محاوره‌ای محلی بیان کند و روایت سال‌های اولیه زندگی‌اش را با هیجانات مربوطه، به شیوه‌ای ظریف‌تر و دقیق‌تر هماهنگ سازد.
- نکته کلیدی: زبان مادری تنها یک ابزار ارتباطی نیست، بلکه حامل فرهنگ، هویت و ظرایف هیجانی است. بیان خود به زبان مادری می‌تواند به بیمار احساس اعتباربخشی داده و توصیف تجربیات اولیه زندگی در بافت فرهنگی خود را بسیار تسهیل کند.

مورد بالینی ۱۰: قدرت سکوت (therapeutic) درمانی

- شرح مورد: یک روان‌پزشک پس از مصاحبه با یک دختر نوجوان در مرکز درمان اعتیاد، به اتاق کنفرانس آموزش دانشجویان پزشکی بازگشت. دانشجویان همگی هیجان زده و پرسشگر بودند.
- سؤال دانشجوی: یکی از دانشجویان پرسید: «چگونه فهمیدید که او حرف بیشتری برای گفتن دارد؟ وقتی به نظر می‌رسید پاسخ سؤال شما را داده است، شما به شکلی ناراحت‌کننده ساکت ماندید، و سپس او بسیار بیشتر صحبت کرد.
- نکته کلیدی: این مورد بر اهمیت سکوت فعال و تحمل کردن سکوت به عنوان یک تکنیک درمانی تأکید می‌کند. سکوت می‌تواند فضایی برای تفکر عمیق‌تر و اشتیاق بیمار برای پر کردن خلا و به اشتراک گذاری مطالب بیشتر ایجاد کند. یک مصاحبه‌گر باتجربه می‌داند که سکوت می‌تواند به اندازه پرسش‌ها، گویا و قدرتمند باشد.



مورد بالینی ۱۱: گوش دادن فراتر از علائم روان پزشکی؛ تشخیص بیماری جسمی پنهان

- شرح مورد: یک مرد ۴۶ ساله با سابقه افسردگی اساسی و افسردگی مداوم پس از ورشکستگی کسب و کارش، به روان پزشک ارجاع داده شد. درمان های دارویی مختلف antidepressant تأثیر چندانی نداشتند و روان درمانی نیز به کندی پیش می‌رفت.
- سرخ کلیدی: یک روز، بیمار گزارش داد که همسرش او را به خاطر صدای خروپف بسیار بلندش در هنگام چرت عصرگاهی مسخره می‌کند، طوری که این صدا از صدای جاروبرقی هم شنیده می‌شود.
- مداخله روان‌پزشک: روان پزشک بلافاصله سؤالات بیشتری پرسید و در نهایت درخواست "پلی‌سومنوگرافی" (بررسی خواب) داد.
- نتیجه: پس از درمان مناسب برای "آپنه خواب"، افسردگی بیمار به طور چشمگیری بهبود یافت.
- نکته کلیدی: این مورد بر گوش دادن همه‌جانبه و تفکر انتقادی تأکید دارد. روان پزشک باید همیشه به دنبال علل عضوی احتمالی برای تظاهرات روان‌شناختی باشد. یک جزئیات به ظاهر کم اهمیت در شرح حال بیمار (مانند خروپف بسیار بلند) می‌تواند کلید حل یک معما باشد و نشان دهد که چه زمانی یک بیماری جسمی (مانند آپنه خواب) می‌تواند علائم یک بیماری روان‌پزشکی (مانند افسردگی) را تقلید یا تشدید کند.

گوش دادن فراتر از شنیدن کلمات است

اغلب، "گوش دادن" و "شنیدن" را یکی می‌دانند. با این حال، گوش دادن نه تنها شامل شنیدن و درک کلمات گوینده است، بلکه شامل توجه به آهنگ کلام، استعاره، تصاویر ذهنی، توالی تداعی‌ها و انتخاب های زبانی جالب نیز می‌شود. علاوه بر این، گوش دادن شامل دیدن – حرکات، اشارات، حالات چهره، تغییرات ظریف در این موارد – و همچنین مقایسه مداوم آنچه گفته می‌شود با آنچه دیده می‌شود، جست‌وجوی ناهماهنگی‌ها، و مقایسه آنچه در حال گفتن و دیدن است با آنچه قبلاً مشاهده شده، می‌باشد.

فراتر از این، ضروری است که از آنچه می‌توانست گفته شود اما گفته نشد، یا چگونه می‌توانست بیان شود اما بیان نشد، آگاه بود.

پایه های عصب-زیستی گوش دادن مؤثر

- زبان جهانی هیجانات: داروین (۱۹۵۵) اولین کسی بود که مشاهده کرد به نظر می‌رسد یک "دستور زیست نگاره" (Biogrammar) برای هیجانات اولیه وجود دارد که همه انسان‌ها آن را به اشتراک دارند و در الگو های قابل پیش‌بینی و ثابت رفتاری بیان می‌کنند. معنای یک لبخند یا تکان دادن سر در تمام فرهنگ های مختلف جهان شمول است.



- مطالعات مدرن: این بینش تا اواخر دهه ۱۹۶۰ به فراموشی سپرده شد، تا اینکه چندین پژوهشگر از حوزه‌های مختلف (تایگر و فاکس، ۱۹۷۱؛ تامکینز و مک‌کارتز، ۱۹۶۴) به آن بازگشتند و شواهد تجربی برای آن ارائه کردند.
- بستر عصب شناختی: لودو (۱۹۹۶) از پیشگامان شناسایی بستر عصب‌زیستی هیجانات اولیه بوده است. برادرز (۱۹۸۹) با استفاده از این کار و آزمایش‌های خود بر روی نخستی‌سانان، فرضی‌های درباره زیست‌شناسی همدلی بر اساس "دیدن" و همچنین "شنیدن" توسعه داد. او و داماسیو (۱۹۹۴) آمیگدال و قشر گیجگاهی تحتانی را به عنوان بستر عصب‌زیستی برای تشخیص و همدلی با دیگران و حالت‌های هیجانی آن‌ها شناسایی کردند.
- تأثیر تعامل اولیه: پژوهش‌های بیشتر نشان داده‌اند که این بخش‌های مغز از یک سو، از پیش برای تشخیص حالات چهره و gestures dedicat شده‌اند، اما برای انجام این کار به تعامل مؤثر مادر-نوزاد نیاز دارند (شور، ۲۰۰۱).
- نورون‌های آینه‌ای: کشف اخیر "نورون‌های آینه‌ای" درک ما از عصب‌زیستی گوش دادن مؤثر را کامل‌تر کرده است. این نورون‌ها زمانی فعال می‌شوند که فردی عملی را انجام می‌دهد یا زمانی که همان عمل را توسط فرد دیگری مشاهده می‌کند. مطالعات fMRI آن‌ها را در قشر پیش-حرکتی مغز نشان داده‌اند (کیسرز، ۲۰۱۱).
- شبکه "نظریه ذهن": علوم اعصاب شناختی، شبکه‌های متشکل از قشر پیش‌پیشانی میانی، شیار گیجگاهی فوقانی و پیش‌گوه (Precuneus) را به عنوان شبکه‌های تعریف کرده که "نظریه ذهن (Theory of Mind)" را تولید می‌کند؛ توانایی که قابلیت همدلی را به وجود می‌آورد.
- در واقع، نظریه ذهن اکنون توسط برخی به عنوان آن جهش absolutely crucial در نظر گرفته می‌شود که به Homo sapiens اجازه داد تا به عنوان گونه مسلط hominin در سیاره ما ظهور کند و بر سه یا چهار گونه دیگر که ۳۰۰,۰۰۰ سال پیش حضور داشتند (و حداقل دو تا از آن‌ها از نظر قابلیت‌های فیزیکی بسیار مستعد موفقیت به نظر می‌رسیدند) پیروز شود. احتمالاً داشتن ظرفیت نظریه ذهن نه تنها گونه ما را قادر به همدلی کرده است، بلکه شاید ما را به آن نیازمند نیز ساخته است.

موارد بالینی: درک آنچه گفته نمی‌شود

مورد بالینی ۱۲: گوش دادن به زبان بدن و هنجارهای فرهنگی

- شرح مورد: یک کارگر ساختمانی مکزیکی-آمریکایی ۳۸ ساله، خود را به اورژانس یک شهر کوچک در جنوب غربی ایالات متحده رساند و از دردی در هنگام راه رفتن شکایت کرد که در انگلیسی با لهجه اسپانیایی خود آن را "یک درد کوچک" توصیف کرد.
- نشانه‌های غیرکلامی: صدایش گرفته بود، چهره‌اش درهم کشیده شده بود و رفتار فیزیکی‌اش، نشان از بار سنگین و تردید داشت. وقتی از او دعوت شد تا راه برود، با تلاشی زجرآور سعی کرد بدون محافظت از اندام دردناکش راه برود.



- تشخیص پزشک: یک پزشک می‌توانست او را با یک نسخه کوچک برای ایبوپروفن از اورژانس مرخص کند. اما پزشک دقیق اورژانس، به پیام تصویری قدرتمند مبنی بر اینکه او درد دارد، تحت فشار درد است و مدت‌ها قبل از آمدن به اورژانس رنج کشیده است، پاسخ داد. این شناخت در ابتدا به صورت یک شهود به پزشک دست داد که این مرد به نحوی بیمارتر از چیزی است که بیان می‌کند.
- نتیجه: عکس‌برداری از استخوان ران، یک ضایعه lytic را نشان داد که بعدها ثابت شد از نوع کارسینوم متاستاتیک سلول کلیوی است.
- نکته کلیدی: برای شنیدن آنچه بیان نشده، باید به طور acute از آهنگ صدای بیمار و ظاهر او آگاه بود و همچنین ممنوعیت‌های فرهنگی که او را از تسلیم شدن در برابر درد یا نشان دادن نیاز به کمک منع می‌کرد، در خاطر نگه داشت.
- **مورد بالینی ۱۳: گوش دادن به روایت زندگی و هنجارهای خانوادگی**
- **شرح مورد:** یک ورزشکار سابق ۷۸ ساله توسط دخترش به یک کلینیک پزشکی سرپایی با خدمات روان‌پزشکی یکپارچه در باندونگ اندونزی آورده شد. دخترش گزارش داد که پدرش به ندرت از بیماری شکایت می‌کند، اما در چند هفته اخیر گفته که شکمش "حس درستی ندارد". او فقط پس از اصرار مکرر تمام فرزندان، راضی به دیدن پزشک شد.
- **شکایت اصلی:** در طول مصاحبه، شکایت اصلی او تنها "Masuk Angin" بود (یک اصطلاح غیراختصاصی برای احساس پری و نفخ خفیف معده)
- **مشاهدات پزشک:** پزشکان متوجه خشکی در لب‌خند بیمار و ناراحتی واضح abdominal شدند.
- **پیشینه بیمار:** بیمار یکی از دو خواهر و برادر باقی‌مانده از یک خانواده پرجمعیت است. دو برادر بزرگترش در جنگ استقلال اندونزی در جوانی مرده‌اند. برادر و خواهر کوچک‌ترش اخیراً بر اثر هپاتیت ویروسی فوت کرده‌اند. او در فقر بزرگ شده بود و تنها کسی در خانواده بود که به لطف یک بورسیه ورزشی توانست به تحصیل ادامه دهد. از آنجا که خود را ممتازترین فرد خانواده می‌دانست، به خود آموخته بود که همیشه سپاسگزار باشد و حتی در هنگام درد فیزیکی نیز هرگز شکایت نکند.
- **نتیجه:** مشاهدات پزشک و درک او از پیشینه بیمار، او را به این possibility هشدار داد که بیمار ممکن است شکایات خود را به طور کامل بیان نکند که می‌تواند منجر به underdiagnosis شود. در نتیجه، او درخواست ویزیت گوارش داد. پس از سونوگرافی کبد و سپس بیوپسی، بیمار با تشخیص کارسینوم هپاتوسلولار (سرطان کبد) مواجه شد.
- **نکته کلیدی:** با در نظر گرفتن روایت زندگی بیمار، پزشک توانست رویکرد تشخیصی خود را با این بیمار که در ابتدا تنها از میزان ناچیزی درد شکایت داشت، اصلاح کند.



موانع رایج برای گوش دادن مؤثر

توانایی گوش دادن تحت تأثیر عوامل بسیاری قرار دارد. روان‌پزشکان خود، محصول تجربیات زندگی خویش هستند و این پیشینه بر نحوه گوش دادن آن‌ها اثر می‌گذارد.

تأثیر تشابهات و تفاوت‌ها

آیا اگر شنونده و بیمار ویژگی‌های مشترکی داشته باشند (مانند جنسیت، قومیت، یا پیشینه فرهنگی)، شنونده با توجه بیشتری به آنچه می‌شنود، تامل می‌کند؟ چه موانعی برای گوش دادن (نگاه کنید به جدول ۲ در متن اصلی) توسط تفاوت‌های جنسیتی، سن، مذهب، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، نژاد، فرهنگ یا ملیت ایجاد می‌شود؟ حتی تشابهات ظاهری نیز می‌توانند باعث ایجاد "نقطه کور" شوند، چرا که ممکن است معانی شخصی متفاوتی به یک نماد فرهنگی یکسان نسبت داده شود. عمل گوش دادن به طور اجتناب‌ناپذیری تحت تأثیر تشابهات و تفاوت‌های بین روان‌پزشک و بیمار قرار دارد.

بازنگری در موارد بالینی: آیا یک زن در مورد بالینی ۱۱ مشکل خروپف همسرش را گزارش می‌داد یا شاید از بیان آن خجالت می‌کشید؟ آیا اگر روان‌پزشکش زن بود، راحت‌تر آن را گزارش می‌کرد؟ تصویر "کامیونی که روی سینه نشسته است" در مورد بالینی ۶ تا چه حد تحت تأثیر جنسیت، طبقه اجتماعی و فرهنگ است؟

موارد بالینی: کشف دنیای پنهان بیمار

مورد بالینی ۱۴: فقدان یک مفهوم در روایت زندگی

- شرح مورد: یک وکیل موفق ۴۵ ساله که از اضطراب و افسردگی خفیف رنج می‌برد، با چندین منبع آشفتگی در خانواده خود، از جمله با همسرش، مواجه بود.
- گوش دادن به آنچه گفته نشد: وقتی از او پرسیده شد که در مورد اعضای خانواده اش چه چیزهایی را ارزشمند می‌داند، او جنبه‌های بسیاری را فهرست کرد: آرزوی دیرینه‌اش برای تحقق "رویای آمریکایی" (خانه‌ای با نرده‌های سفید)، اهمیت خانواده برای حرفه اش، مسئولیتش برای موفقیت فرزندانش و غیره. اما آنچه هرگز به آن اشاره نکرد، نیاز خودش به صمیمیت و دوستی از سوی همسرش بود.
- کشف کلیدی: هنگامی که این غیبت به او اشاره شد، حوزه کاملاً جدیدی از زندگی بیمار آشکار شد. او هرگز صمیمیتی بین مادر و پدرش مشاهده نکرده بود، هرگز آن را برای خود جستجو نکرده بود و حتی هرگز تصور نکرده بود که صمیمیت بعدی مهم از زندگی است.