

ضمیمہ ہا:

- الف - الگوی مصاحبہ با بیمار
- ب - تست افسردگی بک
- ج - مقیاس اضطراب کتل

الف - الگوی مصاحبه با بیمار

در این بحث منظور از مصاحبه، نه اقدامی است که پزشک معمولاً در کنار معاینات خود و در حول و حوش کسب اطلاع در بارهٔ یک بیماری به صورت سؤال و جواب با مریض به انجام می‌رساند، و نه آزمایش‌های خاصی که روانشناس به کمک مقیاس‌های بازخورد یا پرسشنامه‌های بررسی شخصیت مرضی و یا تست‌های فرافکن، برای ارزشیابی ویژگیهای معینی به عمل می‌آورد، بلکه نزدیک‌ماندن به یک نوع گفت‌و شنود روانشناختی است، که در چارچوب کلیهٔ اقدامات و معاینات روانی، یا در رأس آنها به صورت راهگشا و یا در پایان به صورت یک اقدام تکمیلی و یا در کنار و همراه با بررسی‌ها و آزمایش‌ها، در قالب فرآیندی که زمینه را برای تدوین شناخت نشانه‌های مرضی فراهم می‌سازد، تحقق می‌پذیرد. این مصاحبه ممکن است در عین حال از گامهای اول بررسی بیمار و بیماری تا نقطهٔ نهائی تمام اقدامات با هدف پژوهشی و تصریحی و در نهایت بیماری شناختی در کار باشد.

پیدا است که این روش مصاحبه باید کلیهٔ امکانات را به طبعی‌ترین وجه ممکن برای مشاهدهٔ حالات و خصوصیات روانی بیمار و در نتیجه جلوه‌ها و جنبه‌های درونی و برونی بیماری وی فراهم آورد، تا زمینه برای شناخت و متمایز کردن رگه‌های

توصیفی، علت شناختی و چگونگی تحول و تکوین یک اختلال هموار گردد. مشاهدات سنتی در سطوح مختلف قرار می‌گیرند. مثلاً می‌توان از مشاهده به نوعی که در گیاه‌شناسی معمول است و موضوع مورد مطالعه خود را از بیرون در نظر می‌گیرد یا از مشاهده از نوعی که در روان‌تحلیل‌گری متداول است (و در آن بعد تاریخی موضوع از درون آزمودنی به یاری انتقال نگریسته شده است) و یا از مشاهده پدیدار شناختی، که بیمار را در "موقعیتی که قرار دارد" می‌نگرد، صحبت کرد.

مصاحبه روانشناختی روشی است مشترک بین روانشناس و روانپزشک که معمولاً در چارچوب مؤسسات پزشکی - روانی - اجتماعی یا قبل از معاینات پزشکی به منظور آماده‌سازی آنها و یا بعد از آزمایش‌های پزشکی بمنظور تکمیل کردن آنها و یا بالاخره بدون وقوع یک آزمایش دقیقاً پزشکی در چارچوب سازمانهای غیر پزشکی (مراکز روانی - پرورشی و جز آن) که معذالک در آنها مشکلات مرضی را می‌توان ردیابی کرد، تحقق می‌پذیرد.

مصاحبه روانشناختی چه از نظر شکل ظاهری و چه از نظر هدف نباید به عنوان یک آزمایش پزشکی در نظر گرفته شود و قسمتی از مسؤولیت‌های یک پزشک را منتفی سازد. در زمینه مصاحبه روانشناختی، نه به نشانه مرضی بسط به خودی خود و نه به نمودهای بدنی به تنهایی علاقه‌مندیم. نقش بیمار همانند فرد در یک جلسه معمولی پرسشگری یا یک آزمایش فنی به یک شیء فعل‌پذیر محدود نمی‌شود. بیمار از همان آغاز در نقش یک آزمودنی فعال و سازمان‌دهنده واقعی طرز ارتباط خود با روانشناس درمی‌آید، و روانشناس به منزله دریافت‌کننده و به منزله "گواه" در کنار او قرار می‌گیرد.

روانشناس باید در بدو امر از ابراز هرگونه تفسیر (به خصوص در قالب مسائل ناشی از "رابطه مثلثی"، چه غالباً با یک وضع "مثلثی کاذب" دفاعی مواجه می‌شود) در مورد سخنان بیمار قبل از آنکه به شناخت مجموعه گفتار او نایل آید، خودداری کند. وانگهی نباید هیچ چیز را به جای بیمار تصور کرد یا از پیش در مورد وی بیان نمود.

۱- بخش اول مصاحبه

این بخش در حکم یک پرسشگری نیست بلکه بیشتر به منزله "گوش دادن" است. بیمار باید تا آنجا که ممکن است در وضع راحت قرار گیرد. شرایط مادی (زمان، مکان، فاصله، پول) یا عاطفی (دسترسی، صداقت، همدردی) بی نهایت حائز اهمیت اند. مدت مصاحبه ممکن است از چند دقیقه (که مصاحبه کننده ممکن است جلسات مصاحبه را به دلیل دلهره آشکار یا غلبه نیافتنی در بیمار مکرر سازد) تا یک ساعت به طول انجامد اما هیچگاه نباید از حد یکساعت فراتر رود. پرداخت ویزیت (مستقیم یا غیرمستقیم) یا رایگان بودن معاینه هریک دارای معایب و مزایایی هستند که نمی توان نادیده گرفت.

باید بیمار در سازماندهی ارتجالی طرز بیان ارتباطی خود (ملغمه ای، اتکائی، مثلثی) و ابراز هر نوع اضطراب یا دلهره (دلهره تکه تکه یا تجزیه شدن، از دست دادن موضوع یا اختگی) آزاد باشد و نباید دو زمینه اخیر را با یکدیگر مشتبه ساخت همچنین بیمار باید بتواند جنبه های اصلی دفاعی معمول خود را که از حد سرکوفتگی است (طریقه اصلی دفاع در یک فرد روان آزرده) تا مضاعف بودن "من" (مانند حالت یک فرد روان گسسته)، با گذار از مضاعف بودن صورت عاطفی، یا امتناع (از چه؟) یا فرافکنی (در حالات برزخ) و نیز مکانیزم های اقماری سرکوفتگی مانند، جابجائی، نفی و جز آن، نشان دهد.

بہتر است ما از نشانه مرضی صحبت نکنیم ولی در عین حال بگذاریم بیمار هر زمان و هر طور که می خواهد در باره آن با ما صحبت کند. باید از سبک "شکار کردن اطلاعات" یعنی مترصد نکته یا کلمه ای بودن و یا با سماجت خبری را از بیمار بیرون کشیدن، پرهیز کرد.

اما به عکس نباید از یاد برد که برای روانشناس مشاهده دقیق طرز بیان کلامی و سطح تحوّل عاطفی، درجه سازش بیمار با واقعیات، تراکم سخن، انعطاف یا خشکی بازخورد، جو کم و بیش شهوی گفتگو، طرز حرکات بدن برای فهماندن یک مطلب

بسیار مهم است.

روش جمع آوری این نکات که روانشناس خود شاهد آنها بوده است مستلزم آنست که وی بعداً شخص خود را، وضع درونی خود را از لحاظ وجود فاصله لازم بین احساسات خود در برابر دیگری، یعنی از نظر "انتقال متقابل" از نو مورد بررسی قرار دهد. در همان شرایط، نکات زیر را باید یادداشت کرد: میزان بهره‌گیری کلامی بیمار، آهنگ صدا، فاصله‌گیری‌ها در جریان صحبت (سکوت، استراحت، طرد، توقف‌ها، مبادلات) نیاز به منزوی کردن مخاطب، مسلط شدن بر او، بی‌تفاوت کردن او (پاره‌ای از بیماران برای گریز از سؤال و جواب لاینقطع صحبت می‌کنند)، طرز معامله یا دادوستد، دلهره و ستیزه‌گری، امکانات همسان‌سازی، بازسازی‌ها (عقلی و عاطفی)، ظرفیت‌های دفاعی یا سازشی بیمار در یک موقعیت جدید یا پیش‌بینی نشده، سهولت در به یاد آوردن و آماده کردن خاطرات، طرز کنش‌وری ذهنی (خیالها، رؤیاهای، رفتارها، سرکشی‌ها، و فرافکنی‌ها) تعارض‌ها و حالات دفاعی که در تلاقی با آنها به راه می‌افتند. باید دید و کاوید که طرز جداسازی یا جدارگذاری بین هشیار، ناهشیار و تصورات خیالی در بیمار چیست. همچنین باید نشانه‌های مرضی را در سطح ذهنی، یا در سطح رفتاری و یا بالاخره در سطح بدنی جای داد. یعنی باید آن را از سطحی که برخاسته است بهمان سطح بازگرداند و خاستگاه آن را مشخص کرد. همچنین باید "عمل کردن" به معنای خالی کردن خود (که به منظور اجتناب از داشتن وقت ابراز میل و تجسمات است) را از "عمل کردن" به منزله‌ی آغازی برای آماده‌سازی کلامی متمایز ساخت.

۲- بخش دوم مصاحبه

بخش دوم مصاحبه مربوط به نکاتی است که در گفته‌های ارتجالی بیمار نیامده‌اند و معدلک ما باید آنها را بدانیم بدون آنکه بیمار را با روشی کم‌ویش ملهم از روش سنتی پرسشگری (که در آن همواره نقش یک متهم‌کننده یا یک مأمور پلیس محسوس

است و این روش حتی به یک آزارپذیر نیز کمکی نمی‌کند) تحت سؤال و جواب قرار دهیم.

باید این نکته را تصریح کرد که مصاحبه در واقع به مجموعه تفحص روانشناختی از راه یک گفتگوی مستقیم به معنای بسیار وسیع کلمه مربوط می‌شود، و لزوماً در محتوای یک جلسه رودرروئی خلاصه نمی‌شود.

گاهی بهتر است و حتی ضروری است که به خصوص در حد بخش دوم مصاحبه، تعداد جلسات گفتگو متکثر باشد، بدون آنکه البته شکل تناوب جلسات روان‌درمانگری را به خود بگیرد، آنوقت است که می‌توان با متمرکز ساختن مسائل در نکات دقیق به نتایجی دست یافت. پیداست که این روش سوای آنست که به طور اتفاقی به بیمار گفته شود "زندگیتان را برایم شرح دهید."

گاهی باید چند سؤال مطرح کرد ولی فرصت داد تا بیمار به تنهایی به صحبت خود ادامه دهد. در این حالت یک بیان زیردندانی و حالت پرسشگری به خودگرفتن برای برانگیختن و ادامه صحبت بیمار کافی است.

موضوع اینست که باید کمبودهای اصلی و یا از قلم افتادگی‌های گفتارهای ارتجالی را پر کرد و این کار در حد امکان و بدون کوشش در رساندن مسائل به حد کمال (که هم نگران‌کننده می‌شود و هم سریعاً بیهودگی آن آشکار می‌گردد) و با بررسی قبلی خلاءها و حفره‌های بخش اول مصاحبه میسور است.

در اولین مصاحبه یا در جریان مصاحبه‌های بعدی، باید کلاً تعدادی از مسائل را

بشناسیم:

۱- سوابق شخصی بیمار: کجا زاده شده؟ از پدر و مادر کجائی؟ کجاها پی در پی زندگی کرده؟ کودکی او چگونه گذشته؟ نوجوانی او چگونه؟ وضع تحصیلات او؟ مشکلات تحصیلی او؟ توضیح در باره وقایع مهم از قبیل خدمت و وظیفه. بدیهی است سن و شغل و مشکلات و خواسته‌های بیمار را نیز باید یادداشت کرد.

۲- والدین: باید با ارتجالی‌ترین صورت اطلاعات مربوط به والدین را به دست آورد. در قید حیات اند یا نه؟ در کانون خانواده زندگی می‌کنند یا نه؟ چه شغلی دارند؟ در چه سنی هستند؟ وضع سلامت آنها چیست؟ چه خلق و رفتاری دارند؟ طرز تفاهم

آنها با همدیگر چگونه بوده است؟ کدامیک اراده خود را به دیگری تحمیل می کرده؟
 طریقه ارتباط بیمار در گذشته و حال با هریک از والدین چگونه است؟ فکر می کند به
 کدامیک بیشتر شبیه است؟

۳- تعداد خواهر و برادر: چند برادر و خواهرند؟ آنها که در قید حیات اند؟ آنها که
 فوت کرده اند؟ (بر اثر چه چیز؟ در چه سنی؟) جای سنی بیمار در بین خواهر و برادر؟
 جنس و سن و شغل و سلامت آنها؟ ازدواج کرده اند یا نه؟ با چه کسی؟ آیا در زندگی زناشویی
 خوشبخت اند؟ دارای فرزندان؟ رابطه بیمار در گذشته و حال با خواهر و برادر؟

۴- در باره همسر: سن؟ شغل؟ وضع سلامت؟ خلق و خو؟ تاریخ ازدواج؟ مدت و
 شرایط نامزدی؟ (نحوه ایجاد ارتباط و دل بستگی: آذرخشی (به یک نگاه)، ازدواج
 شتابزده، واقعه غیرعادی و جز آن) چگونه با هم آشنا شده اند؟ تفاهم آنها در آغاز
 ازدواج چگونه بوده است؟ بعداً چگونه؟ کدامیک تصمیم به ازدواج گرفته اند؟ یکی از
 دو همسر به تنهایی؟ والدین آنها؟ شخص دیگری؟ به علت انتظار کودک؟ چگونه این
 انتخاب صورت گرفته؟ آیا در ارتباط با خانواده یکی از والدین است؟ آیا به خاطر
 دوست داشتن است یا مقابله کردن و سلطه جوئی بر دیگری است؟ (همسر ضعیف، بیمار
 و بدون آینده...)

سوابق موقعیت زوجی از نظر مسائل بدنی، اجتماعی و احساسی؟ روابط خارج از
 زندگی روانی؟ شرایط این روابط؟

۵- فرزندان: تعداد آنها؟ سن آنها؟ جنس آنها؟ وضع سلامت آنها؟ تحصیلات
 آنها یا شغل آنها؟ ناخواسته بوده اند یا خواسته؟ مسائل مربوط به روابط با آنها و بین
 آنها؟ چگونه به آنها می رسند؟ (روش آزادگذاری در همه حال؟ همه چیز را
 تحمیل کردن؟ هیچ چیز را تحمیل نکردن؟)

۶- وضع کنونی سلامت بیمار: وزن نسبت به قد؟ رفتار و حالت عمومی او؟ ملاحظات
 خود را درباره ریخت بدنی و نیز واکنش های خود را از لحاظ هم احساسی یا فاصله
 گرفتن با مخاطب باید ذکر کنیم. باید بیماریهای قبلی، تصادف های احتمالی و
 جراحی های انجام شده در بیمار را بدانیم. سپس باید وضع کنونی بیمار، اختلالات
 گوارشی احتمالی، خواب، قاعدگی، اشتها، موضع گیری در برابر توتون، الکل، قهوه، و

جز آن با معمولی‌ترین و ارتجالی‌ترین طرز گزارش شود. این قسمت از مصاحبه نباید نسبت به قسمت‌های بعدی مصاحبه نقش تعیین‌کننده داشته باشد.

۷- دوره قبل از رشد تناسلی: کشش‌های دهانی (اشتهای غذایی و عاطفی، نیازها، آزمندی، مقاومت در برابر ناکامی‌ها) و مقعدی (هضم بدنی و روحی، نظافت، موشکافی و خرده‌بینی، سماجت، پول، طریقه گذار هضمی و گذار جلوه‌های عاطفی).

۸- رشد تناسلی: به گونه‌ای بسیار طبیعی و بدیهی باید مسائل مربوط به استمناء (وجود حالت ستوه‌آمیز، فقدان، در حد مبتدل، توأم با چه خیال‌انگیزی‌هایی؟) و کشش‌های جنسی پی‌درپی (مردانه، زنانه یا معکوس برحسب مورد) و روابط جنسی (اولین بار در چه سنی؟ چه برداشتی؟ و از آن پس چگونه برگزار می‌شوند؟) و دلبستگی‌های احتمالی دیگر (دقیقاً به چه دلائلی؟ برای پرکردن یک کمبود و گریز از انزوا یا به عکس فقط برای گریز از تماس دو نفری) مورد بررسی قرار داده شوند.

مشکل روانشناس غالباً در اینست که نمی‌داند آیا باید در مقابل رازداری مفرط بیمار بلافاصله به طرح سؤالات خود ادامه دهد؟ یا آنکه در انتظار یک جلسه دیگر مصاحبه باقی بماند؟ اگر توصیه نمی‌شود که با طرح سؤالات دقیق ایجاد نگرانی کنند، در عوض ناگوارتر از آن اینست که انسان با طرح مجدد سؤالات احساس نگرانی و ناراحتی کند. اهمیت مسئله در "سلامت" سبکی است که در گوش دادن به سخنان آزمودنی بکار رفته است.

نه حیا و شرم مفرط درست است و نه رک و بی‌پرده و عریان هرچیز را بیان کردن. ناشی‌گری بهمان اندازه در کنجکاوی زیاد وجود دارد که در رازداری و پرده‌پوشی فراوان. مسئله خواب‌پردازی را باید سریعاً مطرح کرد، بی‌آنکه خواست تفسیر خواب‌دیده‌ها یا توان آن در کار باشد، معذک باید دانست که وضع بیمار از لحاظ خواب و خواب‌دیدن چیست؟ آیا خواب‌دیده‌های خود را به خاطر می‌آورد؟ چه نوع رویائی به خصوص برای او شبها تکرار می‌شود؟ درگذشته چطور؟ در وضع کنونی چطور؟

۹- روابط اجتماعی: بالاخره باید روابط اجتماعی را با دقت و صراحت بررسی کرد: مسأله حرفه (وضع آینده؟ رضایت؟ چه آرزو کرده بود؟ آرزوی چه چیز را برای آینده

دارد؟) روابط او با بالاتر از خود؟ با همردیفان؟ یا زیردستان؟ آیا بیمار دوستانی دارد؟ دوست‌های واقعی یا فقط رفیق و آشنا؟ کم یا زیاد؟ در گذشته چطور؟ حالا چطور؟ اوقات فراغت خود را چگونه می‌گذارند؟ (در جمعه‌ها؟ در تعطیلات طولانی؟) دوست دارد وقت آزاد خود را چگونه بگذرانند؟ (با ورزش؟ با کارهای هنری؟) و نکته‌ای که باید با ظرافت و مهارت طرح گردد و با دقت و لطافت عمل یادداشت شود، اینست که آیا تنهائی را ترجیح می‌دهد یا زندگی گروهی را؟

همیشه جا دارد مصاحبه را با آزمودنی ضمن خواستن سه چیز از او به پایان برد؟ مایل است در باره چه مطلبی بیشتر صحبت کند؟ چه انتظاری از این مصاحبه دارد؟ آنچه بنظر او، در او روبراه نیست، چیست؟

۳- تفکر و بازنگری و ملاحظات روش شناختی

آنچه در جریان مصاحبه می‌گذرد نه یک "حادثه" است، نه یک "آزمون" و نه یک "طرح علت مسأله" بلکه یک قسمت یا یک پاره زندگی است. یک تجربه ارتباطی مشخص و تکراری بیمار است نسبت به تعارض‌های خود، شکست‌های خود، خواست‌ها و کمبودهای خود، سازش‌ها یا حالات دفاعی (ناموفق‌تر) خود.

به تدریج که در این مصاحبه (یا مصاحبه‌های پی در پی) پیش می‌رویم بیمار دیگر نمی‌تواند با موقعیت بازی کند و بر شخصیت عمیق خود سرپوش نهد. اگر روانشناس تمام احتیاطات لازم را به عمل آورده باشد، آزمودنی متدرجاً زندگی ارتباطی خود، دلهره‌ها و ناکامی‌های خود، خشم‌ها و استغاثه‌ها و استیفاهای خود را بروز می‌دهد. ساخت عمیق شخصیت سرانجام در مقابل کسی که در انتظار می‌ماند، گوش می‌دهد، هیچ چیز را تحمیل نمی‌کند و همه چیز را بدون گزینش واکنشی می‌پذیرد، به طور مسلم مشخص می‌گردد.

روانشناس نباید دلهره یا عصبانیت و بی‌حوصلگی از خود نشان دهد او باید ارتجاعاً با هرکس سبکی طبیعی و واکنش‌دهنده برای مصاحبه ابداع کند، این سبک نباید به

صورت بازتاب یک بازی سطحی (حتی به گونه‌ای بسیار ماهرانه هم که عمل گردد) درآید، بلکه باید از یک صداقت عاطفی واقعی و عمیق روانشناس حکایت کند و این حالتی است که هر مخاطبی خیلی زود و کاملاً آن را در مصاحبه کننده ردیابی می‌کند. اما نباید خیلی در این راه جاه‌طلبی کرد به خصوص نباید خیلی شتابزده یا شتاب‌انگیز بود، حتی اگر بخواهیم از این حالت شطرنج‌باز یا کشتی‌گیری که سعی دارد هرچه زودتر طرف خود را مات کند، یا پشت او را به خاک بمالد اجتناب کنیم و حوصله لازم را در مصاحبه به خرج دهیم باز هم گوش دادن اجباراً کامل نخواهد بود، بلکه متفرق و پراکنده است و باید با زمان آن را دنبال و کامل کرد. لازم است که پس از سی‌الی پنجاه دقیقه (برحسب بیمار) مصاحبه متوقف گردد، یعنی پیش از آنکه بیمار احساس کند خالی شده یا رمق او توسط یک مفتش آزارگر گرفته شده است.

مسئله سکوت‌های بیمار در خلال مصاحبه، به ندرت توسط مؤلفان مطرح شده است. باید بدون از دست دادن شکیبایی یا نشان دادن خوشروئی مفرط این سکوت‌ها را تحمل کرد. بیمار کاملاً حق دارد سکوت کند، اما واقعیت مصاحبه نیز حکم می‌کند که او سخن بگوید، چه بیمار برای همین کار حضور دارد. "گوش دادن به سکوت" نباید روانشناس را عصبانی کند یا او را با بیمار همداستان سازد.

همچنین باید از پاسخ‌دادن به تحریکات آزارپذیرانه یا آزارگرانه بیمار به شدت اجتناب کرد، و از وسوسه تسلط یافتن بر وی احتراز نمود، حتی وقتی همه این کارها بمنظور دانستن همه چیز در باره او باشد.

باید از دام متداول دیگری نیز پرهیز کرد و متوجه بود که هر بار که بیماری در بیان مسائل خود به طرح عناصر تناسلی و یا روابط مثلی به طور نمایشی متوسل می‌شود این کار به منظور سرپوش‌گذاشتن بر اهمیت اساسی تعارض‌های پیش‌تناسلی کاملاً خفیه اوست، و هر بار که بیماری عناصر پیش‌تناسلی (دهانی - مقعدی) را بارز و آشکارا مهم قلمداد می‌کند، به دلیل آنست که می‌خواهد بر اهمیت تعارض‌های مثلی و تناسلی خود سرپوش نهد. این "روسازی" بسیار رایج است و گاهی حتی تحلیل‌گران ورزیده به خصوص آنهایی که با کودکان و رشد‌نیافتگان بزرگسال سروکار دارند ممکن است در دام افتند.

وظیفه هر متخصص امور روانی است که مراقب تحریکات آزمودنی در سطح ایجاد حالات هیجانی ستیزه‌گرانه، عاشقانه، یا همجنس خواهانه باشد. البته مواردی که نشان‌دهنده نوعی تأثیر باشند نادر و استثنائی‌اند. ولی با وقوع چنین حالات ناگواری (حتی وقتی با هیچ تأثیری توأم نباشند) هیچ وجدان درستی هم نباید خود را از گزند آنها درامان بداند. بنابراین ابراز یک حالت ستیزه‌گرانه یا عاشقانه از سوی متخصص روانی ممکن است موجب توقف یا تعارض طولانی یا حتی همیشگی یک موقعیت گردد.

پایان مصاحبه، حالت بسیار ناراحت و نامتناسب جدائی بین دو مخاطب را به همراه دارد. یک مصاحبه روانشناختی در حقیقت نمی‌تواند دارای "پایان" باشد، چه حتی اگر قرار نباشد که روانشناس مجدداً بیمار را ببیند باید مصاحبه به صورت "باز" باقی بماند. هدف روانشناس این است که از بیمار مسائلی اصیل‌تر و عمیق‌تر از آنچه او در مراجعه تمایل به گفتن آنها را داشته است بیرون کشد. بیمار نیز باید بفهمد که هیچ فایده‌ای ندارد که وانمود شود شخص دیگری بجای او مشکلاتی را که حس کرده و برجسته ساخته، بطور واقعی اما در حد سطحی فی‌المجلس حل کرده است.

مصاحبه روانشناختی نمی‌تواند در حکم یک روان‌درمانگری عمقی باشد، اگر گاهی شکل یک روان‌درمانگری موارد فوری را به خود می‌گیرد، چیزی جز یک اثر ثانوی و بی‌دوام نیست. مصاحبه روانشناختی بیشتر اوقات چه برای بیمار و چه برای گروه درمانگر در حد سرآغازی برای تفکر در اخذ تصمیم در راه درمان است، و یا البته یک روان‌درمانگری لازم برای تغییراتی است که باید، در صورت اقتضا، در عادات بیمار بوجود آورد (مثل تغییر شغل، سبک و روش زندگی یا حتی طریقه جایگزینی یا بستری شدن در بیمارستان).

بدیهی است یادداشت‌کردن و خلاصه کردن مصاحبه، حجم مطالب، و نحوه تنظیم و تحریر آنها، هم تابع شخصیت روانشناس و هم تابع حجم و نوع اختلالی است که در بیمار پدیدار شده است. دانستن یک نکته مفید است که یادداشت‌کردن به صورت حداقل، در حضور بیمار و حداکثر، در غیاب او، عاقلانه‌ترین راه برای اجتناب از ایجاد دلهره در بیمار و تأمین ترکیب و تألیف بهتری از داده‌های مسئله اوست.

در اینجا باید از لحاظ روش شناختی به دو جنبه مهم مصاحبه با بیمار یا آزمودنی توجه داشت. جنبه‌هایی که رعایت آنها مستلزم توجه به نکات و تذکرات مبتکر روش بالینی جدید (پیاژه)^۱ و مبتکر روش غیرالقائی یا بی‌رهنمود است.

الف - مصاحبه با رعایت روش بالینی: مصاحبه بالینی

مصاحبه بالینی روش مصاحبه‌ایست که آن را برحسب قلمروها و مؤلفان، مصاحبه بدون ساخت، مصاحبه عمقی، مصاحبه آزاد، حتی مصاحبه غیرالقائی و جز آن نیز نامیده‌اند. خصیصه عمده این روش، فقدان استاندارد کردن سؤال‌ها و ایجاد یک ساخت روانی برای مصاحبه است، تا آزمودنی بتواند آزادانه و به کامل‌ترین صورت عقاید و بازخوردهای خود را درباره موضوع مورد بحث و امور و انگیزش‌هایی که چارچوب آن را تشکیل می‌دهند ابراز کند.

مشکل است بتوان گفت که این روش از چه زمان آغاز گردیده. امامی توان برای آن سرچشمه‌ای در اشکال مختلف مصاحبه‌های درمانگری یافت. برای شناساندن روش مصاحبه بالینی به نکاتی که پیاژه در این باره ذکر کرده است، بنگریم.

"برای آنکه بتوان در باره باورهای آزمودنی‌ها (کودکان) داوری کرد، نیاز به روش مخصوصی است که ما از آغاز اذعان داریم که کار مشکلی است و مستلزم آنست که فردی که به این کار روی می‌آورد لااقل یک یا دو سال در آن کارورزی کرده باشد."

"هنر مصاحبه‌کننده بالینی این نیست که بیمار را وادار به پاسخ‌دادن کند، بلکه اینست که او را آزادانه به صحبت بکشاند و تمایلات ارتجالی او را کشف نماید نه آنکه مسیر آنها را تعیین نماید و جلوی آنها را سد کند. مسأله عبارت از این است که به جای آنکه به پدیده‌ها جدا از چارچوب آنها بنگرد، به عکس هر نشانه مرضی را در چارچوب روانی آن قرار دهد."

مصاحبه‌کننده بالینی می‌تواند او را با بیمار (مثلاً با یک پارانویید) به گفتگو بپردازد و پاسخ‌های او را دنبال کند حتی به صورتی که هیچ چیز را از آنچه ممکن است

1- J.Piaget.

در عمل به شکل افکار هذیانی بروز کنند از دست ندهد، و ثانیاً به آرامی او را در جهت زمینه‌های بحرانی (مثلاً تولد وی، نژاد وی، ثروت وی، عناوین نظامی یا سیاسی وی، صفات بارز وی، زندگی عرفانی وی و جز آن) سوق دهد، و بدون آنکه طبعاً بداند در کجا فکر هذیانی بروز خواهد کرد دائماً مراقب حفظ گفتگو در زمینه‌های بارور باشد. یک متخصص بالینی خوب، در عین جهت دادن به گفتگوها باید اجازه دهد او را هدایت کنند و ضمناً تمامی چارچوب روانی را در نظر داشته باشد و در دام اشتباهات نظامدار که معمولاً آزمایش‌کننده محض با آن دست به‌گریبان است، نیفتد. پیازه در زمینه مشکلات این روش چنین می‌گوید "مشکل است که وقتی انسان با یک بچه به مصاحبه می‌پردازد زیاد صحبت نکند، همچنین خیلی مشکل است که چیزی را به کودک القاء نکند و مشکل‌تر از آن اینکه از نظامدار کردن مصاحبه که ناشی از فقدان هر نوع فرضیه هدایت‌کننده است، اجتناب کند."

مصاحبه بالینی از نظر پیازه دارای دو خصیصه اصلی است: اول آنکه "باید روش مشاهده کردن (بدون آنکه چیزی را قطع کنند و بدون آنکه چیزی را از مسیر خود منحرف سازند) را بدانند و دیگر آنکه بتوانند در جستجوی چیز دقیقی باشند." بدیهی است که انجام مصاحبه با کودکان بسیار متفاوت از مصاحبه با بزرگسالان است. کودک افکار کاملاً روشنی در باره یک گفتگوی جدی ندارد و رفتار کلامی وی بنظر خود او یک بازی است. از این بازی لذت می‌برد یا احساس خستگی و بی‌حوصلگی می‌کند. هیچ نوع تشویشی برای مهار کردن و محدود کردن فکر خود و انتقال دقیق آن ندارد. به خصوص وقتی صحبت از فکری است که در حال ساخته شدن است. معذک می‌توان خاطر نشان ساخت که برای پاره‌ای از بزرگسالان هم وضع بر همین منوال است.

در هر حال روش پیازه به نحوی بسیار مؤثر نقش روانشناس را در مصاحبه مشخص می‌کند: مهار کردن موقعیت در عین دنبال کردن گرایش‌های ارتجالی آزمودنی، یعنی در آخرین تحلیل قراردادن هر پاسخ در چارچوب روانی آن. پس در حقیقت تعیین خط در گفتگوها باید به حداقل تقلیل یابد و برای تأمین این

منظور:

- اولاً باید آزمودنی را آزاد گذارد تا به طرح هر موضوعی که مایل است، بپردازد.

- ثانیاً باید به او وقت داد تا آن موضوع را با وارد شدن در جزئیات بیان کند و حتی در صورت لزوم با ادای کلمات یا عباراتی نظیر "بله، خیر... جالبه... ممکنه... و جز آن" و یا "سکوت‌های کوتاه" او را یاری کرد.

- ثالثاً در باره عقیده‌ای که ابراز کرده است هرگز بحث یا احتجاج نکرد، حتی اگر این کار بمنظور توجیه نظرگاه بیمار باشد، به خصوص اگر صحبت از احساسات شخصی یا بازخوردهای عاطفی است.

- رابعاً سؤالهائی که از بیمار می‌کنند تا نظر او را بدانند باید "بی تفاوت" باشند و با لحنی خالی از تلقین ادا شوند. مثلاً می‌گویند: چطور به این رسیده‌اید؟ چرا فکر کردید باید اینطور باشد؟ آیا چیز دیگری در این باره دارید که به من بگوئید؟ و جز آن.

- خامساً باید از تثبیت دقت بیمار یا آزمودنی نسبت به پاره‌ای از مفاهیم یا مرجع‌ها با طرح سؤالهائی مستقیم که انعکاس طرز فکر مصاحبه‌کننده در باره آنهاست خودداری شود. مثلاً نباید پرسید که آیا شופاژ بهتر است یا بخاری؟ بلکه باید با طرح سؤال در باره وسایل مختلف گرمازا، به آزمودنی فرصت داد خود شخصاً به استنتاج تفاوتها بپردازد.

خلاصه آنکه مصاحبه‌کننده نه مربی است، نه مشاور است و نه مبلغ، بلکه مستمعی است خیرخواه و با حسن نیت. وی نباید احساسات و عقاید خود را تحت هیچ شکلی (حالت تعجب، غافلگیری، تائید و یا تکذیب) بروز دهد. چه در این صورت ممکن است موجب بازداری جریان فکری بیمار گردد و یا او را به موضع‌گیری‌های دفاعی سوق دهد.

ب - رعایت روش یا بازخورد بی‌رهنمود

در اینجا به دیدگاه راجرز^۱ که در جریان روان‌درمانگری‌ها و آزمایش‌های روانشناختی به طور کلی مورد توجه واقع شده است، استناد می‌کنیم.

1- C.Rogers.

راجرز در وهله نخست به جهت‌گیری فلسفی مصاحبه‌کننده غیرالقائی که عبارت از احترام مطلق نسبت به فردیت آزمودنی است توجه می‌کند. آزمودنی شیئی برای تشریح، تشخیص و یا در دست گرفتن نیست، این احترام جزء کامل‌کننده شخصیت روانشناسی است که به مصاحبه می‌پردازد.

از نظر راجرز این بازخورد همدوش با مفهومی از آزادمنشی است که به اتکای آن روانشناس دیگر به هیچ وجه نقش داور رفتارها، نیازها و هدفهای انسانها را برعهده ندارد بلکه نقش متخصصی را دارد که شرایطی را ایجاد می‌کند، که در آن شرایط اداره فرد یا گروه به وسیله خود امکان پذیر می‌گردد. "این کارشناس، در هنر تسهیل تحول آزادانه اشخاص، ماهر است."

باید مصاحبه به صورتی اداره شود که آزمودنی خود را فردی "مورد قبول" احساس کند و نسبت به موقعیت دقیقاً هشیار شود و رفتاری مسؤولانه در پیش گیرد. روانشناس نیز در این مصاحبه فعل پذیر نیست، چه در اینصورت آزمودنی احساس خواهد کرد که مورد توجه نیست در حالی که باید روانشناس در عین اجتناب از سؤال کردن طوری عمل کند که آزمودنی احساس کند که مصاحبه‌کننده حرفهای او را دنبال می‌کند و آنها را می‌فهمد.

بدیهی است وظیفه دیگر مصاحبه‌کننده به نظر راجرز اینست که سخنان بیمار را با از نمودن ساختن آنها به صورتی "واضح و عینی" درآورد بدون آنکه بیمار احساس کند که این کار در حکم قضاوت نسبت به احساس‌های او است. نکته ظریفی که بیمار باید احساس کند فرق بین بازخوردی است که جنبه اطلاعی دارد و بازخوردی که تفهیمی است و روانشناس باید با لحن صدای خود، حالت چهره خود و وضع قامت و بدن خود آن را نشان دهد. این بازخورد اخیر است که از نظر راجرز بسیار اساسی است، چه بیمار باید در روانشناس یک "من معین" همراه با تفاهم ببیند تا در نتیجه خود را در یک جو ایمنی ادراک کند.

در هر حال روانشناس در اجرای یک مصاحبه باید در مداخلات خود غیرالقائی باشد و همچنین نسبت به مسائلی که برای بیمار مطرح است غیرالقائی باشد، چه او با بیمار روبرو نشده است تا مسأله‌ای را برای وی تشریح یا تبیین کند و یا راه‌حلی برای او بیابد،

بلکه برای اینست که به آزمودنی فرصت دهد خود راه‌حلی برای خویش بیابد. در جریان مصاحبه ابتکار عمل با آزمودنی است که مسئله را طرح می‌کند، و در باره احساس‌ها، افکار و اعمالی که شرح می‌دهد داوری می‌کند. فرضیه‌ای که در اینجا پایه کار قرار می‌گیرد این است که قبول مسؤلیت موجب هشیار شدن می‌شود و هشیار شدن جستجوی فعالانه یک راه‌حل را ممکن می‌سازد. و این کار مقدور است، چه بیمار یا آزمودنی وقتی به منزله یک شخص رشد یافته و مسؤل در نظر گرفته شود، در نتیجه بازخوردهای خود را تغییر می‌دهد و تعارض‌های خود را حل می‌کند.

۴- تدوین تاریخچه روانی فرد:

تدوین تاریخچه روانی با یاری بستگان و نزدیکان، به خصوص در مورد کودکان و نوجوانان و یا بیمارانی که اغتشاش فکری آنها امکان گفتگو و تهیه داده‌های لازم را محدود می‌سازد، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. تدوین تاریخچه روانی با استفاده از اطلاعاتی که افراد نزدیک به مراجع یا بیمار (والدین، قیم، مربیان، دوستان و آشنایان) در اختیار روانشناس قرار می‌دهند و باید با اطلاعات مستقیم و یا غیرمستقیم دیگر درآمیخته شوند و مجموعه جامعی را تشکیل دهند تابع رعایت نکات و شرایطی است که ذیلاً به آنها اشاره می‌کنیم.

در تدوین تاریخچه روانی باید همواره دو دید روانزاد (پدید آئی روانی)^۱ و بدنزاد (پدید آئی بدنی)^۲ را بطور همزمان در ذهن حاضر داشت. چه تدوین تاریخچه روانی جنبه اکتشافی دارد و در این اکتشافات نباید به جستجو در یک زمینه پرداخت. مثلاً اگر کودکی از لحاظ زمان بروز راه رفتن و یا حرف زدن دچار تأخیر بوده است و یا پس از تولد دچار تشنج شده است، نباید از آن پس فقط به جنبه‌های بدنزاد توجه داشت و جنبه‌های عاطفی و پرورشی را بیکسو نهاد. تاریخچه روانی بر سه پایه استوار می‌گردد:

1- Psychogenesis.

2- Physiogenesis.

الف - علت دقیق مراجعه: چه نارضائیهائی علیه مراجع مدون شده‌اند. توصیف دقیق و جزء به جزء رفتار او (صفات، عیوب، اعمال و امور عینی). این قسمت از تاریخچه تعریف مشکلی است که عملاً برای مراجع مطرح است.

ب - تحول فرد از بدو تولد تا زمان معاینه روانی:

شرایط تولد: بروز فعالیت‌های مختلف حرکتی، حسی، ادراکی، عقلی و بروز اختلالات مختلف و غیره...

ج - تأثیر عوامل مختلف (محیط، پرورش و تربیت، الگو، آموزشگاه، شخصیت پدر و مادر، افراد خانواده، مربیان و اطرافیان) که توانسته‌اند از بدو تولد تا زمان معاینه، در فرد اثر کنند. به عبارت دیگر باید تعیین کرد که کودک از چه "جیره روانی تحول" برخوردار شده است. اطلاعاتی که در بند الف بدست می‌آیند توسط معلومات بندهای ب و ج مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرند و سپس در پرتو نتایج روانشناختی و طبی حل و فصل می‌شوند. پس خطوط کلی ترسیم تاریخچه روانی عبارتند از:

الف - علت مراجعه.

ب - تحول فرد از بدو تولد تا زمان معاینه.

ج - عوامل مؤثر خارجی از بدو تولد تا زمان معاینه.

تهیه تاریخچه روانی نباید بصورت ساده، در حکم آنچه مراجع و یا شهود وی (والدین، معلمان، مربیان و سایرین) می‌گویند، باشد. روان‌شناس باید در جستجوی تعدادی معلومات دقیق، که اغلب خود مراجع و یا والدین و یا سایرین بر اهمیت آنها واقف نیستند، برآید. تجسس این معلومات وی را در باز شناختن علائم مرضی و مهم دانستن پاره‌ای از عوامل و حذف و طرد پاره‌ای دیگر یاری می‌کند، و در خود فکری در باره گواه (اعم از خود مراجع و یا سایرین) می‌پرورد. روان‌شناس باید بداند چه می‌جوید و ماهیت عوامل تاریخی و پرورشی را بخوبی درک کند.

ب - تست افسردگی بک^۱

۱- معرفی تست

اغلب اوقات تشخیص و درمان سریع افسردگی، مسأله مرگ و زندگی است. اخیراً یک بررسی نشان داده است که تقریباً تمام کسانی که در یک شهر کوچک، دست به خودکشی زده‌اند، در خلال چند هفته قبل از انتحار به یک طیب خانوادگی مراجعه کرده‌اند. مرور گذشته نگرانه پرونده‌های پزشکی و مصاحبه با خانواده بیماران، حاکی از علائم افسردگی در ۸۰ درصد از موارد است. با آنکه فقط در چند مورد با تشخیص افسردگی مواجه می‌شویم، اما در هیچیک از موارد درمان ضد افسردگی تجویز نشده است. سلکابند^۲ در ۱۹۶۹ نشان داده است که افسردگی یکی از اختلالاتی است که در بین بیمارانی که به درمانگران خصوصی مراجعه می‌کنند عمومیت دارد. او در ۴۸ درصد از نمونه بیماران خود با عوارض افسردگی از حد خفیف تا وخیم مواجه شده است. نسبت بیماران افسرده در بخش خدمات پزشکی بیمارستان‌های عمومی نیز بالاست. از آنجا که افسردگی دارای جلوه‌های گوناگونی است، به آسانی از تشخیص آن

1- Beck depression inventory.

2- Salkind.

غافل می‌شوند. این اختلال دارای طیف وسیعی از نشانه‌ها، از قبیل سردرد، یبوست، کم‌شدن اشتها، کم‌درد، یا فقط خستگی مزمن است. همانطور که بک خاطر نشان ساخته است بررسی‌ها و معاینات مفصل و طولانی ممکن است نتایجی بیار نیارند و بیمار را با افسردگی درمان نایافته‌اش جواب‌کنند. و حال آنکه درمان سریع افسردگی معمولاً موجب تخفیف نشانه‌های بدنی و افسردگی حاصل از آن می‌گردد.

در بین بیماران سرپائی مؤسسات و بیمارستان‌های روانی، افسردگی شایع‌ترین اختلالی است که در آنان دیده می‌شود. و از اینجاست که درمانگران خانوادگی یا کارکنان کلینیک‌ها که با بیشترین رقم این بیماران مواجهند، باید به یک تست پرسشنامه‌ای ساده معتبر برای شناسائی بیماران افسرده خود دسترسی داشته باشند.

به منظور تسهیل استفاده از تست افسردگی در سطح عمومی است که بک شکل کوتاه و ساده‌ای از آن را برای خود آزمائی^۱ فراهم کرده است. این شکل کوتاه یا اختصاری نسبت بک در مقایسه با شکل اولیه، دارای این مزیت است که اجرای آن بجای تقریباً ده دقیقه، در مدتی نزدیک به پنج دقیقه وقت می‌گیرد. انتخاب مواد برای این شکل اختصاری مبتنی بر تحلیل و ایازی است که میزان تراکم مواد را بدون از دست رفتن قابلیت اعتماد^۲ و "درستی" تست فراهم ساخته است.

۲- دستور اجرا

مقیاس به صورت یک پرسشنامه است. در این پرسشنامه چندین گروه سؤال وجود دارد. و هر سؤال بیان‌کننده حالتی در فرد است. شما باید سؤال‌های هر گروه را به ترتیب و با دقت بخوانید. سپس سؤالی را انتخاب کنید که بهتر از همه طرز احساس کنونی شما را بیان می‌کند، یعنی آنچه درست در زمان اجرای تست حس می‌کنید. سپس دور عدد مقابل آن سؤال یک دایره بکشید. اگر در یک گروه چند سؤال را وصف حال خود می‌دانید، عدد مقابل هر یک از آنها را در یک دایره کوچک قرار دهید.

1- Self-Administration.

۳- پرسشنامه تست

A (غمگینی)

- ۳ من آنقدر غمگین یا بدبختم که دیگر تحملش را ندارم.
- ۲ من همیشه غمگین یا گرفته‌ام و نمی‌توانم خود را از این وضع خلاص کنم.
- ۱ من غمگین یا گرفته‌ام.
- ۰ من غمگین نیستم.

B (بدبینی)

- ۳ من احساس می‌کنم که به آینده امیدی نیست و اوضاع بهتر نخواهد شد.
- ۲ من احساس می‌کنم که هیچ امیدی به آینده ندارم.
- ۱ من نسبت به آینده مأیوسم.
- ۰ من خیلی نسبت به آینده بدبین یا مأیوس نیستم.

C (احساس شکست خوردگی)

- ۳ من احساس می‌کنم که شخصی کاملاً شکست خورده‌ام (به عنوان پدر، مادر، شوهر، زن).
- ۲ من هرچه به گذشته‌ام می‌نگرم چیزی جز شکست نمی‌یابم.
- ۱ من احساس می‌کنم که بیش از یک شخص متوسط در زندگی با شکست مواجه شده‌ام.
- ۰ من خود را مثل یک شخص شکست خورده نمی‌دانم.

D (ناراضی)

- ۳ من از همه چیز ناراضی‌ام.
- ۲ دیگر هیچ چیز مرا راضی نمی‌کند.

- ۱ من از چیزهایی که لذت می‌بردم، دیگر لذت نمی‌برم.
- ۰ من نارضائی خاصی ندارم.

E (احساس گنهکاری)

- ۳ انگار احساس می‌کنم که بسیار بد یا بی‌ارزش هستم.
- ۲ من احساس می‌کنم که کاملاً گنهکارم.
- ۱ من اغلب اوقات احساس می‌کنم که بد یا بی‌ارزشم.
- ۰ من احساس گنهکاری به خصوصی ندارم.

F (از خود بی‌زاری)

- ۳ من از خود نفرت دارم.
- ۲ من از خود بیزارم.
- ۱ من از خود ناامیدم.
- ۰ من از خود ناامید نیستم.

G (خود آزارسانی)

- ۳ اگر امکان داشت خودم را می‌کشتم.
- ۲ من نقشه‌های مشخصی برای خودکشی دارم.
- ۱ من احساس می‌کنم که بهتر است بمیرم.
- ۰ من به هیچ وجه در فکر آسیب رساندن به خود نیستم.

H (کناره‌گیری)

- ۳ من تمام علاقه‌ام را نسبت به مردم از دست داده‌ام و هیچ توجهی به آنها ندارم.
- ۲ من علاقه‌ام را تا حد زیادی نسبت به مردم از دست داده‌ام و فقط اندک احساسی نسبت به آنها دارم.
- ۱ من اکنون کمتر از گذشته نسبت به مردم علاقه دارم.

۰ من علاقه‌ام را نسبت به مردم از دست نداده‌ام.

I (بی‌تصمیمی)

- ۳ من دیگر نمی‌توانم هیچ تصمیمی بگیرم.
- ۲ برای من تصمیم‌گرفتن بسیار مشکل است.
- ۱ من سعی می‌کنم که تصمیم‌گیری خود را به تأخیر بیندازم
- ۰ من مثل همیشه می‌توانم به خوبی تصمیم بگیرم.

J (تغییر خودپنداشت)

- ۳ من احساس می‌کنم که زشت یا زنده‌ام.
- ۲ من احساس می‌کنم که وضع ظاهری من دائماً در تغییر است و باعث می‌شود که به نظر دیگران جذاب نباشم.
- ۱ من از اینکه پیر یا غیرجذاب به نظر برسم، نگرانم.
- ۰ من احساس نمی‌کنم که به نظر دیگران بدتر از گذشته باشم.

K (دشواری در کار)

- ۳ من اصلاً نمی‌توانم کار کنم.
- ۲ من برای انجام هرکاری باید خیلی به خود فشار بیاورم.
- ۱ برای من شروع یک کار مستلزم کوششی فوق‌العاده است.
- ۰ من می‌توانم مثل گذشته کار کنم.

L (خستگی‌پذیری)

- ۳ من خسته‌تر از آنم که بتوانم کاری انجام دهم.
- ۲ من با انجام هرکاری خسته می‌شوم.
- ۱ من خیلی زودتر از سابق خسته می‌شوم.
- ۰ من بیش از حد معمول خسته نمی‌شوم.

M (بی‌اشتهایی)

- ۳ من دیگر به هیچ وجه اشتها ندارم.
- ۲ حالا دیگر اشتهای من خیلی بدتر شده است.
- ۱ اشتهای من دیگر به خوبی گذشته نیست.
- ۰ اشتهای من بدتر از حد معمول نیست.

۴- نمره‌گذاری

برای محاسبه نتایج، روانشناس یا پزشک باید نمراتی را که آزمودنی با کشیدن دایره مشخص کرده است (یعنی فقط یک پاسخ از هر مقوله) با یکدیگر جمع کند. چنانچه مراجع یا بیماری در یک یا چند مقوله، بیش از یک سؤال را با دایره مشخص کرده باشد فقط یک سؤال از آن مقوله و آن هم سؤالی را که بالاترین نمره را دارد به حساب می‌آورند. از آنجا که در هر مقوله بالاترین نمره، سه است بنابراین حداکثر نمره مقیاس ۳۹ خواهد بود. باید در نظر داشت که در این مقیاس اختصاری برخلاف مقیاس اولیه، ترتیب مواد تست در هر مقوله، از لحاظ درجه و خامت افسردگی به صورت متنازل است.

۵- جدول تخمین میزان افسردگی

در جدول زیر ترتیب نمرات مبتنی بر تحلیل توزیع فراوانی مقیاس اختصاری است. لازم به تأکید است که برای تخمین درجه افسردگی یک فرد، ردیف نمرات این جدول بر نمونه وسیعی از آزمودنی‌ها مبتنی است، ولی چنانچه متخصص خواهان ارزشیابی دقیق‌تری از میزان وخامت بیماری باشد می‌تواند اقدام به واری‌های بیشتری نماید. معهدا به اعتقاد بک میان‌برهای گوناگون می‌توانند متخصص را در باره وخامت

احتمالی بیماری آگاه سازند، بدون آنکه نیازی به بررسی تاریخچه سوابق فردی و آزمایش تعیین وضع روانی هر بیمار باشد.

جدول تعیین درجه افسردگی

سطح نمره‌ها	درجات افسردگی
۰-۴	هیچ یا کمترین حد
۵-۷	خفیف
۸-۱۵	متوسط
از ۱۶ به بالا	وخیم

۶- جدول هنجارگزینی ایرانی مقیاس افسردگی "بک"

به منظور تعیین هنجار ایرانی برای تست "بک"، یک نمونه آماری ۲۰۰ نفری از جمعیت دانشجویی با روش تصادفی از بین کلیه دانشجویان دانشکده‌های دانشگاه تهران انتخاب و مورد آزمون‌گری واقع گردیده است. درجات افسردگی در جدول "بک" که در بند ۵ ملاحظه شد عبارتند از درجات چهارگانه هیچ، خفیف، متوسط و وخیم، اما در جدولی که اینک براساس نتایج آزمودنی‌های ایرانی تدوین گردیده با طبقه‌بندی ظریف‌تری (توزیع نتایج در هفت دسته یا طبقه)، میزان افسردگی تخمین زده می‌شود^۱.

۱- آزمونگری و هنجارگزینی کنونی با همت آقایان فیروز ندیمی و محمدتقی دلخوش دانشجویان رشته روانشناسی دانشگاه تهران به انجام رسیده است.

جدول تعیین درجه افسردگی براساس هنجارهای ایرانی

درصد نظری		طبقه یا دسته	سطح نمره‌ها	درجات افسردگی
تراکمی	پاره‌ای			
۴/۸۵	۴/۸۵	۱	۰	هیچ
۱۵/۷۸	۱۱/۰۲	۲	۱	تقریباً هیچ
۳۷/۰۷	۲۱/۲۰	۳	۲-۳	ناچیز
۶۲/۹۳	۲۵/۸۶	۴	۴-۷	خفیف
۸۴/۱۳	۲۱/۲۰	۵	۸-۱۰	متوسط (بیشتر از خفیف)
۹۵/۱۵	۱۱/۰۲	۶	۱۱-۱۴	متوسط (کمتر از وخیم)
۱۰۰	۴/۸۵	۷	۱۵/۲۶	وخیم