

سلام به تو دوست عزیز؛ خیلی خوشحالم که برای مطالعه و تسلط به درس مصاحبه بالینی کتاب ما رو انتخاب کردی. این کتاب خلاصه‌ای کامل و منسجم از جدیدترین ویراست کتاب مصاحبه بالینی اوتمر بر اساس DSM-5 (جلد اول) ترجمه دکتر مهدی نصر اصفهانی، به همراه بخشی از فصل اول کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک ترجمه دکتر فرزین رضاعی (جدیدترین ویراست) می‌باشد. این کتاب از یازده فصل تشکیل شده؛ فصل ۱ تا فصل ۱۰ از کتاب اوتمر و فصل ۱۱ از کتاب کاپلان (مطالبی که در فصل یازده اومده بسیار مهم و پرتسته!). دلیل اینکه فصل آخر از کتاب کاپلان آورده شده این هست که موضوع اون فصل درباره ارزیابی و تشخیص در روان‌پزشکیه که مطالب بسیار مهمی درباره فرآیند و فنون مصاحبه رو برامون مطرح می‌کنه؛ بنابراین تمام فصول این کتاب به یک اندازه اهمیت دارند.

ما سعی کردیم تمام مواردی که برای تسلط و موفقیت در درس مصاحبه بالینی توی کنکور لازم میشه رو در این کتاب تهیه و گردآوری کنیم. میخوای بدونی این کتاب چه ویژگی‌هایی داره؟ از جمله ویژگی‌های خاص این کتاب میشه به موارد زیر اشاره کرد:

- خلاصه‌ای مفید و جامع از جدیدترین ویراست کتاب مصاحبه بالینی اوتمر و فصل اول کتاب کاپلان
- تست‌های کنکور کارشناسی ارشد و دکتری وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۳
- چیدمان تست‌های مربوطه بعد از هر درسنامه و مبحث
- توضیحات و نکات تکمیلی به زبان محاوره‌ای در هر فصل
- جدول لغات تخصصی در انتهای هر فصل همراه با معادل فارسی آن اصطلاحات
- واژه‌نامه‌ای مفید و کاربردی از اصطلاحات خاص و تعاریفشان در انتهای کتاب
- استفاده از جدول و نمودار برای فهم بهتر مطالب
- در نظر گرفتن فضایی برای یادداشتهای شخصیته تو در انتهای هر فصل و...

بنابراین هر چیزی که برای درخشیدن و موفقیت در کنکور نیاز داری رو به صورت یکجا برات توی این کتاب جمع و جور کردیم. پس بدون نیاز به منابع دیگه، با خیال راحت میتونی یه شروع عالی رو با این کتاب تجربه کنی. البته اگر وقت و علاقه کافی داری، میتونی از منابع اصلی که در بالا ذکر کردیم در کنار کتاب حاضر برای فهم عمیقتر مطالب استفاده کنی و دانش خودت رو کاملتر کنی.

نظرت چیه قبل از اینکه شروع به کار کنیم، کمی بیشتر همدیگه رو بشناسیم؟ من امیرمهدی امرائی هستم، روان‌درمانگر و روان‌شناس بالینی و فعال در زمینه ترجمه و تألیف کتاب‌های روان‌شناسی و همچنین رتبه ۴ بهداشت روان، رتبه ۱۸ روان‌شناسی سلامت و رتبه ۴۸ روان‌شناسی بالینی در کنکور کارشناسی ارشد وزارت بهداشت، که به همراه همکار توانمندم خانم آیناز اسماعیلیان، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، این کتاب رو برای دوست خوبمون که تو باشی آماده کردیم.

با وجود تلاش‌های بی‌وقفه ما برای تهیه این کتاب، هیچ اثری عاری از نقص و اشتباه نیست. بنابراین، در صورت تمایل میتونید با به اشتراک گذاشتن بازخوردها و پیشنهادات ارزشمندتون به ما در ارتقای هر چه بیشتر این اثر کمک کنید. برای ارتباط با من میتونید از طریق آدرس ایمیل: Amirmahdi.amraei@gmail.com اقدام کنید. در نهایت اینو یادت باشه که تاریخ به ما میگه «آدمای قدرتمند از مکان‌های قدرتمند میان»، اما تاریخ اشتباه میکنه! در واقع آدمای قدرتمند هستن که مکان‌ها رو قدرتمند می‌کنند؛ و تو میتونی یکی از اون آدمای باشی...

امیرمهدی امرائی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی از دانشگاه علوم‌پزشکی کرمانشاه

آغاز سخن (چارچوب)

۱



نشر علمی سنا
SANA



سلام دوست من، میبینم میخوای مطالعه رو شروع کنی! خب خوشحالم که برای شروع این کار اومدی سراغ ما. قبل از شروع کار بیا ببینیم تو این فصل قراره چکار کنیم: تو این فصل، اول دو نوع از مصاحبه که بهشون میگیم بینش گرا و علامت گرا رو یاد می گیریم بعدش تو رو با ابعاد و اجزایی که هر مصاحبه ای داره آشنا می کنیم. آخرش هم بهت میگم هر مصاحبه چند مرحله داره و اینکه چجوری بدونی مصاحبتو خوب انجام دادی یا نه! خب بزن بریم...
متخصصان بهداشت روانی از دو نوع مصاحبه استفاده می کنند: مصاحبه بینش گرا و مصاحبه علامت گرا.

مصاحبه بینش گرا (رویکرد روان پویایی)

در این نوع مصاحبه، بالینگر سعی می کند تعارضات عمیقی که اغلب مربوط به دوران کودکی است و به عوامل مزمن و آسیب زا تبدیل شده اند را تشخیص دهد. این عوامل، به روان و ذهن فرد صدمه زده و باعث رفتارهای ناسازگار و رنج فرد می شود. در مصاحبه بینش گرا، از تعارضات ناخود آگاه پرده برداشته و به سطح آگاهی بیمار آورده می شود تا بیمار بتواند آن ها را حل کند.

روش هایی که در مصاحبه بینش گرا استفاده می شوند: تعبیر رویا، تداعی آزاد، جستجو و کشف اضطراب ها، رویارو کردن بیمار با رفتارهایش نسبت به درمانگر و دیگران، مشخص کردن دفاع ها، تحلیل مقاومت بیمار.

نکته زیگموند فروید بنیان گذار روش های مصاحبه بینش گرا می باشد.

هدف مصاحبه بینش گرا: هم تشخیص، و هم درمان است.

اگه یادت باشه فروید بینش پیدا کردن به تعارض و مشکل رو راه درمان شدن میدونست! پس یادت باشه فروید به بینش گرای دو آتیشه بوده که مصاحبه رو قسمتی از درمان میدونسته...

مصاحبه علامت گرا (رویکرد توصیفی)

این نوع مصاحبه، اختلالات روان پزشکی را به صورت مجموعه ای از علائم، نشانه ها و رفتارهایی فرض می کند که:

۱- سیر مشخص و قابل پیش بینی دارند

۲- نسبت به درمان های خاصی پاسخ می دهند

۳- معمولاً یک رخداد خانوادگی هستند

نکته در مصاحبه علامت گرا در مورد علل بیماری صحبت نمیشود بلکه تاکید بر طبقه بندی و تشخیص و سپس انتخاب

موثرترین روش درمانی به صورت تجربی است...

روش مصاحبه علامت گرا: مشاهده رفتارهای بیمار و برانگیختن وی برای توصیف دقیق مشکلاتش، و سپس ترجمه این مشاهدات به علائم و نشانه ها برای رسیدن به یک تشخیص.

هدف مصاحبه علامت‌گرا: طبقه‌بندی شکایت‌ها، رفتارهای ناسازگارانه و کژکاری‌ها بر اساس طبقات تشخیصی (ملاک‌های DSM-5) برای رسیدن به تشخیص است.

بیا چندتا نکته بیشتر یاد بگیریم شاید به کارمون بیاد:

- در مصاحبه علامت‌گرا، طبقه‌بندی بیشتر بر اساس ملاک‌های بالینی است تا بر اساس آسیب‌شناسی زیربنایی.
- مصاحبه بینش‌گرا یک رویکرد تفسیری است (علت علائم و رفتارها را توضیح می‌دهد اما مصاحبه علامت‌گرا رویکردی توصیفی است (علائم را برای دسته‌بندی اختلالات طبقه‌بندی و توصیف می‌کند).
- مصاحبه بینش‌گرا برای ارزیابی شخصیت، تعارض‌ها و مشکلات زندگی مناسب‌تر است اما مصاحبه علامت‌گرا، برای اختلالات شخصیت و اختلالات روان پزشکی مناسب است.
- بلولر، اولین روانپزشکی بود که این دو رویکرد را تلفیق کرد و روان‌پزشکی التقاطی را رواج داد.
- پس اون شیر پاک خورده‌ای که این دو رویکرد رو باهم آشتی داد و رویکرد تلفیقی مصاحبه رو رواج داده بلولر بوده! خب حالا وقتشه چندتا تست بزنیم ببینیم چی یاد گرفتیم:

۱ در مصاحبه بینش‌گرا چه مسیری برای تشخیص به کار گرفته می‌شود؟ (دکتری بهداشت ۱۳۹۰)

(الف) علائم و نشانه‌هایی که با ملاک‌های تشخیصی متناسب باشد جمع‌آوری می‌شود

(ب) کارکردهای روانی و روانی-اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرند

(ج) ابعاد کارکردهای روانی حرکتی، گفتاری، تفکر و عاطفه براساس ملاک‌های تشخیصی ارزیابی می‌شود

(د) تعارض و الگوهای رفتاری ناخودآگاه مورد ارزیابی قرار می‌گیرند

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۲ کدام یک از موارد زیر در مورد مصاحبه‌های بینش‌گرا و علامت‌گرا صحیح است؟ (دکتری بهداشت ۱۳۹۷)

(الف) در مصاحبه بینش‌گرا، تلاش روان‌شناس بالینی بر این هدف است که خود، تعارضات بیمار را حل کند

(ب) در مصاحبه علامت‌گرا، جستجو و کشف اضطراب‌ها یکی از روش‌های رایج است

(ج) در مصاحبه علامت‌گرا، آسیب‌های زیربنایی مورد توجه نمی‌باشند

(د) در مصاحبه بینش‌گرا، مشاهده رفتارهای بیمار و برانگیختن وی برای توصیف دقیق مشکلاتش یکی از روش‌های اصلی است

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

چهار جزء مصاحبه

مصاحبه دارای چهار جزء می‌باشد که عبارتند از:

رابطه: چگونگی برقراری ارتباط بین بیمار و مصاحبه‌گر است.

تکنیک: شیوه‌هایی که مصاحبه‌گر برای ایجاد رابطه و کسب اطلاعات به کار می‌گیرد و مایه مباحثات مصاحبه‌گراست.

وضعیت روانی: منظور از وضعیت روانی، حالت کلی روانی فرد هنگامی که در حال صحبت و مصاحبه با او هستید می‌باشد.

تشخیص: هرچه مصاحبه‌گر نقاط قوت و ضعف، ناراحتی و رنج‌های بیمار را بیشتر بداند، تشخیص صحیح‌تر و دقیق‌تر می‌شود.

حالا بیا اون دو رویکرد به مصاحبه رو با توجه به این چهار جزء با هم مقایسه کنیم:

مصاحبه بینش گرا (روان پویایی)	مصاحبه علامت گرا (توصیفی)
مفهوم رابطه بر اساس الگوهای انتقال و انتقال متقابل است. در جریان مصاحبه تکرار روابط کودکانه در گذشته جستجو می‌شود.	رابطه به معنی تعامل بین بیمار و مصاحبه‌گر است که از درک و فهم به سوی اعتماد پیشرفت می‌کند.
تکنیک‌هایی که تعارضات ناخودآگاه را آشکار می‌کنند تاکید بر تکنیک‌هایی که علائم، نشانه‌ها، رفتار و از قبیل: تداعی آزاد، تفسیر و...	تکنیک‌هایی که علائم، نشانه‌ها، رفتار و اختلال در کارکردهای روانی را ارزیابی می‌کنند.
از توصیف اختلال در کارکردها فراتر می‌رود و کارکردهای روانی را شرح داده و بر ابعاد این کارکردها مکانیسم‌های دفاعی و تعارضات اساسی را مشخص تمرکز می‌کند.	مکانیسم‌های دفاعی و تعارضات اساسی را مشخص تمرکز می‌کند.
هر دو نوع مصاحبه به دنبال تشخیص هستند، اما از مسیرهای متفاوتی وارد می‌شوند.	هر دو نوع مصاحبه به دنبال تشخیص هستند، اما از مسیرهای متفاوتی وارد می‌شوند.

۳ کدام یک از گزینه‌های زیر از چهار جزء مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی نمی‌باشد؟ (دکتری بهداشت ۱۴۰۰)

- الف) رابطه ب) وضعیت روانی ج) فرمول‌بندی د) تکنیک
- پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

رویکرد چند مرحله‌ای به مصاحبه

به طور کلی هر دو رویکرد روان‌پویایی و توصیفی، فرایند مصاحبه را به سه مرحله تقسیم کرده‌اند:

- ۱- **مرحله شروع:** مصاحبه‌گر بیمار را برای وظیفه اصلی مصاحبه آماده می‌کند.
- ۲- **مرحله میانی:** قسمت اعظم مصاحبه است و بیشترین زمان مصاحبه را به خود اختصاص می‌دهد.
- ۳- **مرحله پایانی:** در این مرحله مصاحبه‌گر، بیمار را برای اتمام مصاحبه آماده می‌کند و خلاصه مصاحبه و دورنمایی از آینده بیمار را به او گزارش می‌دهد.

نکته مرحله شروع بهترین زمان برای ایجاد رابطه با بیمار است.

نکته مصاحبه‌گر نباید در مرحله پایانی مطالب هیجان‌انگیز را مطرح کند.

خب حالا برای اینکه فرایند مصاحبه‌ی جذاب‌مون رو بهتر متوجه بشیم اونو به ۵ مرحله‌ی مشخص‌تر تقسیم کردیم:

- ۱- آماده‌سازی و غربال مشکل (مرحله شروع)
 - ۲- پیگیری نظرات اولیه (مرحله میانی)
 - ۳- گرفتن تاریخچه روان‌پزشکی (مرحله میانی)
 - ۴- تشخیص و بازخورد دادن (مرحله میانی)
 - ۵- پیش‌آگهی و قرارداد درمانی (مرحله پایان)
- ناگفته نمونه خیلی وقت‌ای مصاحبه‌ها این مراحل پس و پیش میشن! چون گاهی بیمار خودش مصاحبه‌گر رو هدایت میکنه. البته جای نگرانی نیست وقتی مراحل رو بلد باشیم میتونیم دوباره برگردیم به جای درستش.

۱ در دیدگاه اوتر، مرحله سوم در مصاحبه بالینی چه نامیده می‌شود؟ (دکتری بهداشت ۱۳۹۳)

- الف) آماده‌سازی ب) تاریخچه و اطلاعات پایه
- ج) غربال مشکل د) پیگیری و نظارت اولیه
- پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

مصاحبه برای اختلالات خاص

در موارد خاصی که بیمار در مصاحبه همکاری نمی‌کند، مصاحبه‌گر باید استراتژی خود را تغییر دهد. بهتر است استراتژی مصاحبه‌گر با رفتار و پاتولوژی بیمار که ویژه بیماری اوست منطبق شود. دو معیار برای قضاوت درباره کیفیت تکنیک‌های استفاده شده در مصاحبه وجود دارد:

- ۱- **پیامد کوتاه مدت:** میزان همکاری بیمار در زمان مصاحبه و اطلاعات مناسبی که ابراز می‌کند.
- ۲- **پیامد بلند مدت:** بیمار بعد از اولین مصاحبه دوباره مراجعه کرده و در فرایند درمان همکاری می‌کند.

لغت	معنی	مرورها
Insight-oriented	بینش‌گرا	
Symptom-oriented	علامت‌گرا	
Mental status	وضعیت روانی	
Eclectic Psychiatry	روان‌پزشکی التقاطی	
Transference	انتقال	
Countertransference	انتقال متقابل	
Confrontation	رویارویی	



سلام دوباره. خوبه که میخوای فصل ۲ رو شروع کنی. تو این فصل قصد داریم ۶ مرحله اساسی برای ایجاد رابطه درمانی رو یاد بگیریم. رابطه خیلی برای انجام مصاحبه و بعدش برای درمان مهمه! پس فروید درونت رو هوشیار کن که به کمکش نیاز داریم. خب این گوی و این میدان...

مراحل ایجاد رابطه



مراحل ایجاد رابطه

اولین جزء مصاحبه ایجاد رابطه است که دارای شش مرحله می‌باشد:

- ۱- سعی کنید بیمار و خودتان در شرایط راحت و آسوده ای قرار بگیرید
- ۲- رنج و ناراحتی بیمار را بیابید و نسبت به آن واکنش شفقت آمیز نشان دهید
- ۳- بینش بیمار را ارزیابی کنید و سعی کنید همراه بیمار باشید

- ۴- مهارت‌های حرفه ای خود را نشان دهید
 - ۵- نقش هدایتگر را به عنوان درمانگر اعمال کنید
 - ۶- در محیط درمانی نقش هارا متعادل کنید
- حالا بریم به ترتیب هر مرحله از ایجاد رابطه رو به طور مفصل توضیح بدیم و ببینیم چه نکاتی رو باید حین هر مرحله رعایت کنیم:

۱- بیمار و خود را در شرایط راحت و آسوده ای قرار دهید

به دلیل وجود انگ‌های اجتماعی درمورد مراجعه به متخصصان بهداشت روانی، بیماری که برای اولین بار به روان‌پزشک مراجعه می‌کند معمولاً نگران، مضطرب و شکاک است. وظیفه شما این است که نشان دهید متوجه نگرانی‌های او هستید، طرف او هستید و برای او و نگرانی‌هایش احترام قائلید و سعی دارید به او کمک کنید. با انجام این وظایف بیمار پیام درونی رفتارهای شما را متوجه خواهد شد و شما توانسته اید رابطه را ایجاد کنید. به دقیقه صبر کن! منظورمون این نیست که با پیژامه دراز بکشیم یا لم بدیم رو صندلی! قراره با کلمات و جملاتمون کاری کنیم که بیمار از نظر روانی احساس امنیت بیشتری داشته باشه و خودمون هم با فرایند مصاحبه احساس راحتی بکنیم

• برای شروع مصاحبه از یک محاوره ساده استفاده کنید
اولین هدف شما شناخت اولیه بیمار است (مانند پرسیدن نام و نام خانوادگی و اینکه بیمار ترجیح می‌دهد او را با نام کوچک بخوانید یا نام خانوادگی) تا رابطه را ایجاد کنید و بیمار در وضعیت راحتی قرار بگیرد.

نکته در مورد بیماران وابسته، پسیکو تیک و بسیار مضطرب می‌توانید از پرسیدن این سوال که "دوست دارید شما را با نام خانوادگی صدا بزنم یا نام کوچکتان؟" صرف نظر کنید.

نکته در مورد اغلب بیماران می‌توانید از یک صحبت کوتاه، مطلب را شروع کنید مثلاً بپرسید چه کسی شما را معرفی کرده است.

همینگوی درباره نحوه شروع صحبت می‌گوید: با زبان بیمار با او صحبت کنید. در صورت ناموفق بودن این روش سعی کنید راجع به موضوعاتی مانند زادگاه فرد، محلی که در آن بزرگ شده و یا معلومات عمومی و مطالبی که با آن راحت تر هستند، سوال کنید و یک صحبت معمولی را شروع کنید.

نکته بعضی بیماران اضطرابی، مایلند از ابتدا سر اصل مطلب بروند و مشکل‌شان را مطرح کنند؛ بعضی از بیماران وسواسی فکر می‌کنند چنین گفتوگوهایی (سوالات شناخت اولیه مثل پرسیدن درباره معلومات عمومی) فقط تلف کردن پول و وقتشان است.

ای داد بیداد! با این تنوعی که تو فکر و برداشت مراجعین مختلف وجود داره چکار کنیم؟ باید یکاری کرد نه سیخ بسوزه نه کباب! بزار این نکته رو درگوشی بهت بگم: راهش اینه که به نشانه‌ها، رفتارهای غیرکلامی، صدا و نحوه بیان بیمار دقت کنی...

۱ خانم ۳۰ ساله‌ای برای اولین بار به شما مراجعه کرده است. کدام پرسش برای شروع جلسه مناسب است؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۰-۹۱)

الف) «حدس می‌زنم به خاطر مشکل خاصی مراجعه کرده‌اید؟»

ب) «نظرتان درباره به درمان‌های روانشناسی چیست؟»

ج) «حدس می‌زنم بسیار غمگین باشید؟»

د) «آیا به راحتی اینجا را پیدا کردید؟»

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

• نشانه‌ها را تشخیص دهید

وضعیت روانی بیمار می‌تواند به وسیله نشانه‌ها بیان شود از جمله زبان غیرکلامی چهره، بدن و صدا که معمولاً به سختی می‌توان آن‌ها را کنترل کرد. برای اینکه بیمار را آسوده خاطر سازید فوراً به این نشانه‌ها پیردازید و بگویید: "کار صحیحی انجام داده که به شما مراجعه کرده است."

نشانه‌ها از نظر ماهیتشان به چند دسته تقسیم می‌شوند:

مربوط به قلمرو (مکانی-حرکتی)	دقت کنید هنگامی که بیمار وارد اتاق مصاحبه می‌شود، چگونه به سوی قلمرو جدیدش حرکت می‌کند. اگر بیمار کمرو باشد، صندلی کنار درب را اختیار می‌کند و از نزدیک شدن به شما اجتناب می‌کند و از دست دادن با شما خجالت می‌کشد درمقابل اگر بیمار فضول باشد خیلی نزدیک به شما مینشیند بلند صحبت می‌کند و دستان شمارا لمس می‌کند.
رفتاری (روانی-حرکتی)	هماهنگ و منطبق با رفتار مکانی-حرکتی است اگر بیمار کمرو باشد فقط به لباسش نگاه می‌کند، از تماس چشمی با شما اجتناب می‌کند در حالیکه بیمار فضول ممکن است با خودکار تان بازی کند یا پاهایش را روی میز بگذارد.
هیجانی (بیانگر)	به صورت وضعیت کلی بدن، ژست‌ها، حالت چهره، تماس چشمی و تون صدا بیان می‌شود. بیمار ممکن است حالت شق و رق قدم بزند، پرانرژی باشد یا با حالت خمیده و دولادولاً حرکت کند و به کندی راه برود. ممکن است لبخند بزند یا متقبض باشد و از نگاه کردن به چشمان شما پرهیز کند.
کلامی (صدا و حالت بیان)	نشانه‌های کلامی وضعیت روانی بیمار، به وسیله انتخاب کلمات خاصی مشخص می‌شود. سعی کنید از کلمات و به خصوص از استعاره‌های بیمار استفاده کنید این امر کمک می‌کند بیمار احساس کند مشکلات خاص او را فهمیده‌اید. همچنین به شما کمک می‌کند تا نحوه تفکر و تجربه او از جهان خودش را دریابید.

بهبتره تو فرایند درمانی برای بعضی از مراجعین مرزهای دقیقتری مشخص کنیم، چون به درمان شدنشون کمک میکنه! اینم بگم بعضی جاها فضول بودن میتونه خوب هم باشه مثل وقتی که داری برای کنکور مطالعه میکنی. از اینا که بگذریم به طور کلی بیمار میتونه مشکلش رو به چهار شکل برای ما بیان کنه (با استفاده از کلمات خاص). این روشا عبارتند از:

دیداری (visual): در این روش بیمار از کلمات خاصی که بر بینایی یا حس دیدن تاکید دارند استفاده می‌کند؛ از قبیل: "هیچ روزنه امیدی وجود ندارد"، "هر چیزی به نظرم ناخوشاینده"، "هیچ راه خلاصی در زندگی نمیبینم"، "هیچ نور امیدی دیده نمیشه".

جنبشی (kinesthetic): در اینجا تاکید بر حس‌های احشایی و درونی است مثل: "احساس می‌کنم گیرافتم"، "احساس می‌کنم فلج شده‌ام"، "احساس می‌کنم یه دیوار روی سینم فشار میاره"، "مغمز کار نمیکنه"، "همه درها به رویم بسته شده است"، "دارم خفه میشم" و...

شنیداری یا شنوایی (Auditory): در اینجا تاکید بر حس شنوایی است مثل: "همیشه یک وزوزی تو سرم میپیچه"، "انگار همه چیز را از فاصله خیلی دور میشنوم"، "دلَم میخواد فریاد بزنم"

انتزاعی (Abstract): در این قسمت تاکید بر باورهای بیمار درباره خودش و مشکلش می‌باشد مثل: "افسرده‌ام"، "مضطربم"، "اراده ندارم"، "انرژی‌ام از همیشه کمتره"، "احساس گناه می‌کنم"، "هیپومانیک میشوم"

نکته هنگامی که بیمار از زبان دیداری، شنیداری، جنبشی یا انتزاعی استفاده می‌کند، شما هم ابتدا از همان زبان استفاده کنید مثلاً وقتی بیمار می‌گوید: "هیچ روزنه امیدی ندارم" از او بپرسید: "از کی همه چیز اینقدر تیره و تار به نظر تون میرسه؟"

● به نشانه واکنش نشان دهید

● به نشانه‌های مربوط به هر قلمرو با همان حالت پاسخ دهید مثلاً اگر بیمار از شما دور می‌شود به آهستگی به او نزدیک شوید یا اگر فضول است از او فاصله بگیرید.

- ابراز هیجان‌های قوی و یا فقدان چنین ابرازی از سوی مصاحبه‌گر ممکن است مانع ابراز هیجان بیمار شود ولی ابراز هیجان در حد متوسط می‌تواند واکنش‌های هیجانی بیمار را تسهیل کند.
- روبرو کردن بیمار با نشانه هیجانی و کاوش منبع این نشانه در ایجاد یک واکنش هیجانی موثر است.
- به جای استفاده از اصطلاحات روان‌پزشکی یا روان‌شناسی، از اصطلاحات بیمار استفاده کنید.

۲ وقتی بیماری برای اولین بار به ملاقات شما به عنوان روان‌شناس بالینی می‌آید. قبل از مصاحبه با شما در ذهن خود می‌گوید «آیا حقیقتاً آنچه میگم و درک میکنه؟» این ذهنیت توسط کدام یک از راهبردهای زیر باید مورد توجه قرار گیرد؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

(الف) رنج و ناراحتی بیمار را دریابید و نسبت به آن دلسوزی نشان دهید

(ب) بیمار و خود را در شرایط راحت و آسوده قرار دهید

(ج) نقش هدایتگر را اعمال کنید

(د) توانایی و مهارت خود را نشان دهید

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۳ در راهبردهای ایجاد رابطه اگر بالینگر به نشانه‌های رفتاری، هیجانی و کلامی مراجع یا بیمار واکنش نشان دهد از کدام راهبرد ایجاد رابطه استفاده کرده است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

(الف) بینش بیمار را ارزیابی کرده و با بیمار همراه شده است.

(ب) بیمار و خود را در شرایط راحت و آسوده قرار داده است.

(ج) مهارت حرفه‌ای خود را نشان داده است.

(د) رنج و ناراحتی بیمار را درک و نسبت به آن دلسوزی نشان داده است.

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۲- رنج و ناراحتی بیمار را دریابید و نسبت به آن دلسوزی نشان دهید

کانون فشاری که از طریق آن می‌توان عواطف بیمار را آزاد کرد، رنج و ناراحتی بیمار است.

مشکلات بیمار دو جنبه دارد: واقعیت‌ها و هیجان‌های همراه آن‌ها

واقعیت‌ها: واقعیت‌ها علائم بیماری هستند مانند کاهش اشتها، زود از خواب بیدار شدن و دردهای بدون علت؛

همچنین می‌توانند شامل عوامل استرس‌زا باشند مانند مرگ فرزند، مشکلات زناشویی، بیکاری و...

هیجان‌ها: احساساتی هستند که واقعیت‌ها آن‌ها را در بیمار تحریک می‌کند و باعث رنج و ناراحتی می‌شوند.

نکته اگر بتوانید علاوه بر واقعیت‌ها، رنج‌های بیمار را بیرون بکشید خواهید توانست رابطه را استحکام ببخشید.

• رنج و ناراحتی بیمار را ارزیابی کنید

هنگامی که بیمار مشکلاتش که آن را شکایت اصلی می‌نامند، بیان می‌کند به بیمار کمک کنید تا ناراحتی و رنج خود را

با کلمات و به شکل آزادانه بیان کند: "این مشکل چه احساسی به تو داد؟" این کار فرصتی فراهم می‌کند تا بتوانید خلق

و عاطفه بیمار را ارزیابی کنید و به بیمار نشان دهید که به احساسات او اهمیت می‌دهید و از این طریق رابطه را عمیق‌تر

کنید.

۴ هنگامی که بیمار مشکلاتش را بیان می‌کند، مصاحبه‌گر از او می‌پرسد که این مشکل چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟ او از کدام یک از راهبردهای ایجاد رابطه استفاده کرده است؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۵-۹۴)

(ب) ارزیابی رنج و ناراحتی بیمار

(د) ارزیابی سطوح بینش

(الف) نشان دادن همدلی

(ج) تشخیص دادن نشانه‌ها

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

(ارشد وزارت بهداشت ۱۴۰۱)

۵ درجه بندی کیفیت مصاحبه از سوی بیمار به چه عاملی بستگی دارد؟

- (الف) درک هیجان بیمار توسط مصاحبه گر
(ب) درک شرایط و حوادث تجربه شده توسط مصاحبه گر
(ج) درک گرمی و احترام مثبت توسط بیمار
(د) درک اعتماد و اطمینان به بهبودی توسط بیمار

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

- با همدلی و شفقت واکنش نشان دهید
- بعد از مهارت، همدلی دومین معیار مهم بیماران در انتخاب پزشک می باشد (بخصوص از دیدگاه خانم ها).
- اگر بیمار در حین صحبت هایش دچار تنش فزاینده ای شده و عصبانی می شود در این زمان قبل از توجه به محتوای صحبت، همدلی خود را با پریشانی بیمار بیان کنید
- چنانچه مصاحبه گر، قبل از صحبت همدلانه هیجان های خود را بیان کند پاسخ هیجانی در بیمار افزایش میابد.
- همدلی باید حقیقی و صحیح، خودجوش و متناسب با عاطفه بیمار باشد.
- همدلی نباید تصنعی باشد، چنانچه در احساس همدلی مشکل مزمنی دارید سعی نکنید همدلی را بیان کنید.
- کیفیت، زمان بندی و محتوای همدلی مهم است.
- توانایی احساس همدلی و انتقال نگرانی خالصانه خود به بیماران باعث بهبود رابطه می شود.
- خلاصش کنیم؟ هیچ وقت تبدیل به ربات همدلی نشو دوست من! درسته که بیمارهای ما مشکلات متعددی دارند و اومدن که درمان بشن ولی خوب میتونن تفاوت همدلی مصنوعی رو با همدلی که از درک واقعی میاد رو احساس کنن. پس زمانی که از نظر شناختی و هیجانی تونستی مشکلتش رو درک کنی، این درک رو خالصانه و با احترام بهش نشون بده... گاهی حتی بدون حرف زدن، با یه نگاه یا تعارف دستمال کاغذی یا یه لیوان آب...

۳- بینش بیمار را ارزیابی کنید و با بیمار همراه شوید

بعد از همدلی شروع کنید مشکلات را از دیدگاه بیمار ببینید، به عبارت دیگر بینش او نسبت به مشکلتش را بررسی کنید.

به دو دلیل نیاز دارید از بینش بیمار استفاده کنید:

- ۱- وقتی با بیمار مصاحبه می کنید به مشکلات او از نقطه نظر خودش نگاه می کنید.
- ۲- فاصله بین درجه بینش بیمار و بینش کامل را به عنوان وسیله سنجش آزمون واقعیت به کار می گیرید.

نکته چنانچه سطح بینش بیمار را اشتباه برآورد کنید، رابطه به سرعت از بین می رود.

- سطح بینش را تعیین کنید

بینش سه سطح کلی دارد: بینش کامل، بینش نسبی، فقدان بینش

بینش کامل	بینش نسبی	فقدان بینش
-----------	-----------	------------

علایم روان پزشکی خود را نتیجه یک بیمارانی که مطمئن یک جای کار اختلال میدانند غلط است ولی آن را به علل بیرونی بیمار کاملاً انکار می کند که از هر نوع بیماری رابطه با بیمارانی که بینش کامل دارند، نسبت می دهند دارای بینش نسبی رنج می برد و حتی انکار می کند که اصلاً ناراحتی پیشرفت می کند هستند مانند:

بیمار آزادانه در مورد علایم خود صحبت بیمارانی پسیکوتیک مبتلا به معمولاً این بیماران به اجبار دیگران (همراهان یا می کند و تشخیص می دهد آن ها جزئی اسکیزورفرنیا، بیمارانی دوقطبی یا اعضای خانواده و...)، برای درمان مراجعه از یک بیماری هستند نه خوشتن او مبتلا به افسردگی اساسی که اغلب از می کنند

این قبیل بیماران را معمولاً در مراکز بیمار بودن خود آگاه نیستند شکایت اصلی بیمار این است که بدون دلیل به سرپایی روان پزشکی، مراجعان سوء مصرف کنندگان مواد که تأثیر اینجا آورده شده است و میگویند: "تمیذونم چرا روان شناسان یا متخصصان بهداشت بیماریشان بر خود و دیگران را انکار اینجا هستم"

روانی پیدا می کنید می کنند

نکته در بیمارانی که هیچ بینشی ندارند بهترین کار این است که آگاه شوید همراه بیمار، از چه دست آویزی برای آوردن بیمار استفاده کرده است.

- وجه بیمارگونه فرد را مجزا کنید
- بعد از اینکه آگاهی یافتید که بیمار، چه چیزی را به عنوان اختلالش در نظر میگیرد، به وجه ناظر سالم وی متوسل شوید و بین بخش سالم و بخش مشوش او جدایی بیندازید.
- در بیماری که بینش کامل دارد ماهیت بیماری را توضیح دهید، گزینه‌های درمانی و نحوه عمل آن‌ها را مرور و بررسی کنید.
- در بیماری که بینش نسبی دارد تعیین قسمت سالم مشکل تر است. بنابراین باید اساس جمله بندی سوالات خود را بر ادراک بیمار بنا گذارید تا بتوانید به بخشی که خواهان کمک است برسید.
- در بیماری که هیچ بینشی ندارد ممکن است ناظر سالمی وجود نداشته باشد، اما بعضی از بیماران به اینکه در رنج هستند آگاه هستند. این همان قسمتی است که باید به آن توسل جویید.
- اهداف درمانی را مشخص کنید

با توجه به سطح بینش بیمار، دو هدف را مشخص کنید:

- ۱- هدفی که با بیمار راجع به آن صحبت می کنید (هدف آشکار).
- ۲- هدف درمانی که بر اساس ماهیت بیماری او مشخص می شود و به عنوان یک راز حرفه ای نزد خود نگه می دارید (هدف درمانی).

نکته هر چه بین هدف آشکار و هدف درمانی تفاوت بیشتری وجود داشته باشد، بیمار به حمایت بیشتری نیاز دارد.

• در بیمارانی که بینش کامل دارند: هر دو هدف یکی هستند، علایم بیماری او را تظاهرات یک بیماری قابل درمان ببینید بعد هدف را بیان کنید و کمک‌هایتان را ارائه دهید.

• در بیمارانی که بینش نسبی دارند: دو هدف وجود دارد، هدف آشکار و هدف درمانی اهداف درمانی در این بیماران، کوشش در جهت ایجاد بینش کامل و جلوگیری از عود است.

سه عنصر در مانگران کارا بر اساس پژوهش ترواکس و میچل عبارتند از:

- همدلی با رنج‌های بیمار
- صادق و بی‌پیرایه بودن در تعامل
- توجه بی قید و شرط مثبت بیمار به عنوان یک انسان

نکته این عناصر محدود به درمان نبوده و برای ایجاد پیوند درمانی جهت هدف فوری مصاحبه که در جهت خودافشایی بیمار است و هم برای هدف دورتر که همان بهبود بیمار می‌باشد، کاربرد دارند.

۴- مهارت حرفه ای خود را نشان دهید

برای برقراری مهارت خود، نیاز دارید به بیمار نشان دهید که صلاحیت اداره مشکل او را دارید.

سه تکنیک برای متقاعد کردن بیمار به اینکه مشکل او را فهمیده‌اید:

- دور نمایی از بیماری به دست دهید
- او را آگاه کنید که تنها فردی نیست که به این ناراحتی مبتلاست
- ناراحتی او را در چارچوب چشم انداز اجتماعی قرار دهید
- با بیمار بحث کنید و شرح دهید که چه ابعادی از بیماری عمومی و چه ابعادی مختص اوست
- به بیمار اطمینان بدهید مردمان زیادی همین مشکلات را داشته و با درمان بهبود یافته اند
- **میتوانید به بیمار بگویید:** "کسی رو میشناسین که مشکلی شبیه مشکل شما داشته باشد؟"
- به بیمار منتقل کنید که با مشکل او آشنا هستید و معلومات و اطلاعات خود را نشان دهید
- با بررسی دقیق و کنکاش علایم ویژه اختلال بیمار، مهارت خود را نشان دهید
- با مطرح کردن سوالات مرتبط با اختلال، اعتماد بیمار را بیشتر جلب می کنید

- درباره وراثت و فرمول بندی‌های روانشناسی و اطلاعات تخصصی توضیحاتی به بیمار بدهید. ارائه این اطلاعات به بیماران باهوش، روشنفکر، وسواسی و با تحصیلات بالا اطمینان بخش است
- اگر پاسخ سوالی را ندانید، ندانستن خود را به راحتی بپذیرید این کار باعث اعتماد بیمار به صداقت شما می‌شود
- به شک و تردیدهای بیمار بپردازید و بیمار را به آینده امیدوار کنید
- در مورد شک بیمار نسبت به توانایی حرفه ای خود، آزادانه و راحت صحبت کنید.
- از سوالات مقابله ای استفاده کنید.
- اگر متوجه شدید شک و تردیدها عمیق ترند از تعبیر و تفسیر استفاده کنید.
- ضروری است که دیدگاه و نگرش بیماران نسبت به آینده تغییر یابد و امیدوار شوند.
- اکثر بیماران با دانستن تشخیص و نحوه درمان آسوده خاطرتر خواهند شد.

۱ **هنگامی که مصاحبه‌گر تلاش می‌کند «به بیمار منتقل کند که با مشکل او آشناست»، «او را نسبت به آینده امیدوار کند» و «او را آگاه کند که تنها فردی نیست که به این ناراحتی مبتلا است» چه ویژگی خود را مطرح می‌سازد؟**
(وزارت بهداشت ۹۰-۹۱)

- الف)** اقتدار و همدلی
ب) فراهم آوردن شرایط راحت و آسوده برای بیمار
ج) نقش هدایتگری
د) مهارت حرفه‌ای

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.
۵- نقش هدایتگر را اعمال کنید

- رهبری و هدایت گری از توانایی مصاحبه‌گر در برانگیختن و هدایت بیمار ایجاد می‌شود.
- چنانچه بیمار توصیفات و تعبیر شما را بپذیرد و با دستورات درمانی شما همکاری داشته باشد، مشخص است نقش هدایتگری شما را پذیرفته است.
- بیماران معیار توانایی رهبری و هدایت را به عنوان نقش سوم و چهارم، پس از مهارت و همدلی انتخاب کرده‌اند.
- در بیماران خود بزرگ بین یا شکاک، یا بیمارانی با شخصیت ضد اجتماعی، نقش هدایت گری شما را هیچ می‌انگارند، و سعی می‌کنند شما را خلع صلاح نمایند، یا به شما بی احترامی کنند در این مواقع بیمار را با رفتارهایش روبرو کنید.

مثال:

بیمار: «تا ببینم که چیکار باید بکنم»

درمانگر: «به نظر میرسد در پزیرش بعضی از صحبت‌های من مشکل دارین»

نکته چنانچه بیمار با مقاومت یا اطاعت توأم با اضطراب به شما پاسخ می‌دهد، بررسی کنید که آیا در رابطه با بیمار بیش از حد تهدید کننده یا متوقع نبوده باشید.

ع- نقش‌ها را متعادل کنید

نقش‌های مصاحبه‌گر

مصاحبه‌گر متبخر، هنگام مصاحبه نقش‌های متعدد خود یعنی شنونده همدل، متخصص و هدایت‌گر را به طور مناسبی در تمام طول مصاحبه متعادل و هماهنگ می‌کند.

نکته مطلوب آن است که این نقش‌ها بر اساس نیاز بیماران به کار برده شوند.

- **شنونده همدل:** شنونده همدل بیمار را در حالت آسوده و راحتی قرار می‌دهد، نسبت به رنج‌های وی حساسیت نشان می‌دهد و شفقت خود را ابراز می‌کند (همدل بودن به معنای مدارای بیش از حد نیست)

نکته هرگاه متوجه شدید بیش از حد همدلی می‌کنید، سعی کنید محدودیت‌هایی را به اجرا بگذارید و نقش هدایتگر و راهنما را اعمال کنید.

- **تخصص:** اساس نگرش چنین افرادی بدین صورت است که چندان مهم نیست که بخواهید کمک کنید بلکه مهم آن است که بتوانید کاری انجام دهید. یک متخصص ممکن است احساس کند که همدلی چیزی جز اتلاف وقت نیست.



نکته: اگر در مصاحبه شما حالت دوستانه و گرمی وجود ندارد، نیاز دارید که سعی کنید نسبت به درد و رنج بیمار حساسیت نشان دهید.

● **اقتدار:** یک مصاحبه‌گر مقتدر از ابتدای مصاحبه بر دستور دادن تاکید دارد و توقع دارد بیمار آن‌ها را اجرا کند. این نقش همانند یک جراح است که مهارت و تخصص را کافی میداند.

۲ کدام گزینه از نقش‌های مصاحبه‌گر محسوب نمی‌شود؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۳-۹۴)

- (الف) حفظ فاصله حرفه‌ای (ب) شنونده همدل
(ج) متخصص (د) هدایتگر

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

نقش‌های بیمار

- حامل یک بیماری (carrier of an illness)
 - در این نقش بیمار صرفاً خودش را به طور موقت بیمار می‌بیند
 - بیمار بین خود و اختلالش فاصله‌ای قائل می‌شود
 - بیمار خواستار امتیاز ویژه‌ای نیست
 - اشتیاقی برای همدردی و دلسوزی ندارد
 - آنچه توقع دارد، کنترل مشکلش توسط تخصص و مهارت درمانگر است
 - رابطه با چنین بیمارانی آسان است
 - رنج بر (The sufferer)
 - نقش متضاد نقش حامل یک بیماری است
 - بیمار در ناتوانی‌های خود اغراق می‌کند
 - بیمار بیشتر مشتاق همدردی، همدلی، درک شدن و آسودگی می‌باشد تا توصیه‌های کارشناسانه
 - بیمار اغلب توقعات بیش از حد و غیرقابل تحمل دارد
 - درمانگر را ناچار به اجرای محدودیت‌های سخت و سخت می‌کند
 - در افسردگی مزمن و اختلالات شخصیت چنین نقشی مشاهده می‌شود
 - بیمار خیلی مهم (very important patient یا VIP)
 - در چنین نقشی، بیمار خودش را فردی ممتاز و سزاوار توجه در هر لحظه از روز یا شب میداند
 - بیمار توقع بهترین درمان را دارد
 - در جستجوی بهترین روان‌شناس و روان‌پزشک است
 - برقراری ارتباط با چنین بیماری ممکن است پیچیده باشد
 - اعمال محدودیت برای این بیماران اجتناب‌ناپذیر است
 - چنین نقشی را هر بیماری ممکن است اعمال کند از بیماران بسیار موفق تا بیماران ناموفق
- امان از دست این بیماران VIP؛ گاهی خیلی دوست داشتنی میشن ولی گاهی هم انقدر ازت توقع دارن که اگر بخوای راضی‌شون کنی باید از نقش درمانگری خارج بشی و نقش والدی همیشه حمایت‌گر رو براشون بازی کنی! ولی به توصیه از من بشنو: وقتی وارد کار شدی همیشه با خودت تکرار کن که من برای مراجعینم فقط یه درمان‌گرم؛ پدر، مادر یا دوستشون نیستم... رمز موفقیت همینه

تعامل نقش‌ها

رابطه وقتی ایجاد می‌شود که مصاحبه‌گر و بیمار نقش‌های متغییرشان را هماهنگ و متعادل نمایند و بر طبق آن عمل کنند.

● اگر شما و بیمار نقش‌های یک دیگر را نفی کنید تعارض ایجاد خواهد شد.

- پدیدار شدن نقش هارا به خوبی مدنظر قرار دهید و طبق آن واکنش نشان دهید.
- هنگامی که بیمار به طور کلامی به شما حمله می کند بهتر است که کنار بکشید و دلایل تهاجم او را ارزیابی کنید.
- دلایل بیمار را به عنوان نگرانی های معقول او بپذیرید و این پذیرش را به بیمار بیان کنید
- در مورد بیماری که به افسردگی مبتلا بوده و دچار تردید است، از توصیه و پیشنهاد دادن بپرهیزید در عوض شنونده همدلی باشید.
- وقتی بیمار به شما گوش فرا می دهد سعی کنید نقاط قوت و ضعف او را کنار هم قرار دهید و کمک کنید تا بتواند تصمیم خودش را بگیرد.
- وقتی بیمار شکایت دارد یا در رابطه با اهدافش دچار دوسوگرایی یا ابهام شده، نقش شنونده را اتخاذ کنید.
- وقتی بیمار درباره شرایط خود فاقد اطلاعات است و نیاز به اطلاعاتی در مورد بیماری دارد، نقش متخصص را ایفا کنید
- وقتی بیمار تصمیمات منطقی گرفته ولی در انجام آنها درنگ دارد، نقش توصیه دهنده را ایفا کنید.

لغت	معنی	مرور
Territorial	مربوط به قلمرو	
Locomotor	مکانی-حرکتی	
Expressive	بیانگر	
Psychomotor	روانی-حرکتی	
Verbal	کلامی	
Self . disclosure	خود افشایی	
Counter acting	واکنش متقابل	
Counter questioning	سوالات مقابله ای	
Authority	اقتدار	



نشر علمی سنا
SANA



سلامم مجدد روان جوی عزیز. باریکلا! چه پرانرژی و سرحال... گوشتو بیار جلو بهت بگم این فصل چی به چیه! تو این فصل راجع به تکنیک‌های مربوط به کسب اطلاعات از بیمار و تکنیک‌های کمک به بیمار جهت غلبه بر مقاومت و اداره کردن دفاع هاش به طور مفصل صحبت می‌کنیم. اول از همه برای اینکه مطالب فصل سه کامل توی ذهنت موندگار بشه یه خلاصه کلی از این فصل برات آوردم جیگرت حال بیاد.

بیماران به طور کلی به سه صورت مشکلات خود را مطرح می‌کنند:

شکایات

● **تکنیک‌های گشاینده (آغازین)** ← سوالات باز و سوالات بسته

● **تکنیک‌های پیش برنده** ← ادامه دهی، پژواک، هدایت مجدد، گذارها
 ۱ گذار ملایم
 ۲ گذار تاکیدی
 ۳ گذار ناگهانی

● **تکنیک‌های روشن کننده**
 الف) اختصاصی کردن یا تصریح، تعمیم، واریسی علائم
 ب) پرسش‌های هدایتگر، کنکاش، ربط دادن مطالب، خلاصه کردن

مقاومت

● بیان پذیرش
 ● رویارو کردن
 ● رویارو کردن با پیامد
 ● تغییر جهت دادن
 ● مبالغه کردن
 ● القای لاف زنی

دفاع

● تفسیر کردن
 ● رویارو کردن
 ● اطمینان بخشی
 ● منحرف کردن حواس
 ● میانبر زدن

۱- شکایات

وقتی بیمار به برون‌ریزی تمام مشکلاتش می‌پردازد، در حال مطرح کردن شکایاتش است و ما باید او را به ادامه دادن صحبت تشویق کنیم. تکنیک‌های موثر در این کار شامل: تکنیک‌های آغازین، تکنیک‌های روشن‌کننده و تکنیک‌های پیش‌برنده می‌باشد.

تکنیک‌های آغازین

در این تکنیک همه شکایات بیرون کشیده می‌شود. این تکنیک شامل سوالات باز و بسته می‌باشد که هر کدام مزایا و معایبی دارند.

نکته هنگام مصاحبه با بیمار باید تعادلی بین فرصت دادن به بیمار برای بیان داستانش با کلام خودش و کسب اطلاعات لازم برای تشخیص برقرار شود.

نکته معمولاً شروع با سوالات باز در ابتدای مصاحبه و سپس بسته و تخصصی‌تر شدن تدریجی سوالات رویکرد مناسبی است.

نقاط قوت	نقاط ضعف
<ul style="list-style-type: none"> پاسخ‌های حقیقی، واقعی و منحصر به فردی را به دست می‌دهد. بیان هیجانی را در بیماران تسهیل می‌کند. دیدگاه شخصی بیمار نسبت به مشکلش مشخص می‌شود. مطالب کمتری را به بیمار القا می‌کند. 	<ul style="list-style-type: none"> ممکن است به پاسخ‌هایی طولانی، نامعتبر، مبهم و ناقص منتهی شود. اعتبار یا پایایی کم است چون ممکن است به جواب‌هایی منجر شود که دوباره قابل به دست آمدن نیست. دقت کم است چون منظور سوال‌ها نامشخص و مبهم است. صرفه جویی در وقت کم است چون به جزئیات بیشتری می‌پردازد. دستیابی به تشخیص را طولانی می‌کند، چون بیمار موضوع صحبت را انتخاب می‌کند
<ul style="list-style-type: none"> پاسخ‌ها سریع، واضح، معتبر و در مورد یک موضوع مشخص می‌باشد. بیشتر می‌تواند به وضعیت روانی بیمار دسترسی پیدا کند. اعتبار و پایایی زیاد است. دقت زیاد است. صرفه جویی بیشتری در وقت دارد. کمک در دستیابی به تشخیص بیشتر است. 	<ul style="list-style-type: none"> گاهی این سوال‌ها به پاسخ‌های مثبت کاذب منتهی می‌شود. ممکن است پاسخ‌های خاصی را به بیمار القا کند یا او را هدایت کند. آزادی بیمار را در بیان خود محدود می‌کند. اطلاعات محدودتری به دست می‌دهد. واقعی بودن کم پاسخ‌ها کمتر است. بیان هیجانی کمتری را به دست می‌دهد.

نکته زمانی که علائم کلیدی خاصی در اخذ اطلاعات وجود ندارد، استفاده از روش جهت‌دار و مستقیم موثرتر از روش آزاد (سوالات باز) است.

نکته با استفاده از پرسش‌های جهت‌دار تکرار، شدت، زمینه، طول مدت و کیفیت علائم یا مشکلات، بهتر ارزیابی می‌شود.

نکته بهترین رویکرد، ترکیب و استفاده از هر دو نوع پرسش در مصاحبه است. یعنی هر موضوع جدید را با سوالات باز و آزاد شروع می‌کنیم و به تدریج به سمت سوالات بسته و مستقیم پیش می‌رویم.

بزار به مثال بزنم این نکته رو بهتر جا بندازیم: این کار دقیقا مثل حکایت قیفه! وقتی مصاحبه رو شروع می‌کنیم یا می‌خواهیم در مورد یه موضوع جدید با بیمارمون صحبت کنیم، رویکردمون باید دقیقا مثل یه قیفه باشه. یعنی اولش قیف یا همون موضوع صحبتمون باز و گسترده‌تره اما هرچی جلوتر میریم قیف و تمرکزمون محدودتر میشه تا بتونیم به یه تشخیص یا فرضیه‌های مشخص‌تری برسیم. افتااااا؟؟

نکته بیماران و سواسی سوال‌های بسته و مستقیم را ترجیح می‌دهند در حالی که شخصیت‌های هیستریک سوال‌های باز و گسترده را دوست دارند.

خب روان‌جو جان چندتا تستمون نشه؟؟؟

۳ در یک مصاحبه تشخیصی کدام یک از گزینه‌های زیر جزو نقاط قوت سوالات وسیع باز پاسخ است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۴-۹۵)

الف) بیمار موضوع را انتخاب می‌کند

ب) ممکن است به پاسخ‌های غیرقابل تکرار منجر شود

ج) پاسخ‌ها با شرح و بسط‌های حاشیه‌ای همراهند

د) فرمول بندی خودانگیز به وجود می‌آورد

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۴ کدام یک از گزینه‌های زیر در مصاحبه تشخیصی با سوالات باز پاسخ صحیح است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۷-۹۸)

الف) میزان صحت و صداقت پایین دارد

ب) پذیرش از سوی بیمار همواره وجود دارد

ج) ممکن است به پاسخ‌های غیر قابل تکرار منجر شود

د) دقت بالا دارد

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

تکنیک‌های روشن کننده

این تکنیک‌ها در جهت ترجمه شکایات به علائم، خصوصیات رفتاری طولانی مدت، یا مشکلات زندگی می‌باشد. به عبارتی مصاحبه‌گر با این تکنیک‌ها به بیمار کمک می‌کند تا مطالبش را در مورد خویش با وضوح بیشتری بیان کند. تکنیک‌های روشن‌سازی به هفت دسته تقسیم می‌شوند و تکنیک‌هایی مبتنی بر بیماراند که حدود علایم را روشن و ارتباط هریک از اجزا را در یک موضوع ارزیابی و مشخص می‌کنند. این تکنیک‌ها عبارتند از: اختصاصی کردن یا تصریح، تعمیم، وارسی علائم، پرسش‌های هدایتگر، کنکاش، ارتباط متقابل و خلاصه کردن.

• اختصاصی کردن یا تصریح (specification)

• چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که مصاحبه‌گر به اطلاعات صریح، دقیق و روشن نیاز دارد

ولی بیمار مبهم صحبت می‌کند و پاسخ‌های تک کلمه‌ای می‌دهد از این تکنیک استفاده می‌شود.

• این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ در این تکنیک مصاحبه‌گر به سوال‌های بسته تغییر مسیر می‌دهد.

نکته کلمات مبهم مانند "بد، افتضاح، آن طور که باید، خرابه" را باید به بیمار برگردانید، اگر باز خوردتان نتیجه نداشت، برداشت خود از جواب‌ها را به او بازگردانید.

نکته از بیمار بخواهید که شدیدترین و یا آخرین رخداد واقعه‌ای که در این زمینه داشته را بطور کامل برای شما تعریف کند.

برای مثال وقتی بیماری گوید “تمام روز احساس خستگی میکنم، چون خوب نمیخوابم”، مصاحبه‌گر میتواند بگوید “خستگی؟ آخرین باری که خوابتون مشکل داشت یادتون میاد؟”

۵ وقتی درمانگر در مصاحبه بالینی سوال می‌کند: «موقع به خواب رفتن مشکلی دارید؟ چقدر طول می‌کشد تا خوابتون ببره؟» از کدام تکنیک روشن‌سازی استفاده می‌کند؟
(ارشد وزارت بهداشت ۹۵-۹۶)

- الف) کنکاش
ب) واریسی علایم
ج) اختصاصی کردن
د) پرسش‌های هدایتگر
- پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

● تعمیم (Generalization)

● چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که بیمار به جای اطلاعات کلی درمورد الگوهای رفتاری ثابت و مکرر که مصاحبه‌گر به آن نیاز دارد، اطلاعات اختصاصی و محدود به یک زمینه خاص را بیان می‌کند و زمانی که بیمار مایل است یک واقعه منفرد و اخیر را که معرف علائم معمول او نمی‌باشد را مطرح کند از این تکنیک استفاده می‌شود.

● این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ در این تکنیک مصاحبه‌گر سوالش را تکرار می‌کند و با استفاده از اصطلاحاتی مانند “معمولا، مرتبا، بیشتر اوقات، اغلب” بر زمان طولانی‌تری تاکید می‌کند. اگر بیمار مجدداً بر موقعیت‌ها و زمان‌های اختصاصی و محدود اشاره کرد، به ناچار هر موقعیت را به طور جداگانه بررسی می‌کند تا کل مشکل او را درک کند.

مثلا زمانی که بیمار درباره مشکلات جنسی در رابطه با همسرش صحبت می‌کند و می‌گوید “دیشب نتوانستم با همسر رابطه خوبی را تجربه کنم”، مصاحبه‌گر می‌تواند بگوید “معمولا این مشکل را دارید؟ قبلا هم اینطور اتفاقی براتون افتاده بود؟”.

● واریسی علایم (checking symptom)

● چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که بیمار به صورت مبهم مشکلش را بیان می‌کند برای مثال یک بیمار افسرده نمیتواند با صراحت صحبت کند و در نتیجه نمیتواند به راحتی افکار و احساسش را بیان کند، بنابراین علایم را از او می‌پرسیم و یا علایمی را مطرح می‌کنیم.

● این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ در این تکنیک مصاحبه‌گر برای کمک به بیمار فهرستی از علایم را برای تعیین هر نوع آسیب شناسی روانی به وی ارائه می‌کند.

نکته به طور متقاطع بررسی کنید که از القا شدن به بیمار اجتناب شود.

نکته گاهی بررسی علایم، القا کننده شکایت است و کلمات مصاحبه‌گر به جای دایره لغات بیمار به کار گرفته می‌شود. پرسش‌های هدایتگر (Leading questions)

● چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که قصد دارید بیمار را در جهت خاصی تحت نفوذ قرار دهید بهتر است از این سوال‌ها استفاده کنید مثلا اگر میخواهید اعتمادتان را به همکاری بیمار با برنامه درمانی بیان کنید و همچنین زمانی که می‌خواهید بیمار با اظهار مثبت شما مخالفت کند از سوال‌های هدایت کننده استفاده می‌شود.

● این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ در این تکنیک مصاحبه‌گر پاسخ‌های خاصی را به بیمار القا می‌کند، مثلا “شما هرگز صداهایی نشنیدین، شنیدین؟” یا اینکه “حتما دارو مصرف میکنی، این طور نیست؟”.

نکته این تکنیک در بیماران مضطرب و وابسته به انکار علایم می‌انجامد، حتی زمانی که بیمار افکار خودکشی دارد و صداهایی نیز می‌شنود، وجود آن‌ها را انکار می‌کند. از طرف دیگر در بیماران ستیزه جو و مخالفت‌گرا به تناقض و دروغگویی منجر می‌شود.

نکته اگر میخواهید اطلاعات معتبر و بدون تعبیر به دست آورید از سوالات هدایت کننده اجتناب کنید.

• کنکاش (probing)

- چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که برخی از بیماران به طور نادرست و بدون اینکه توضیح دهند چرا، معانی و اهمیت خاصی به تجارب خود می‌دهند. این تکنیک بیشتر در بیماران هذیانی و بیمارانی که تماس اندکی با واقعیت دارند استفاده می‌شود و همچنین این تکنیک برای بیرون کشیدن واکنش‌های هیجانی افراد به سایر رویدادهای زندگی استفاده می‌شود.
- این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ در این تکنیک مصاحبه‌گر باید بکوشد تا دلایل ادعاهای نادرست یا عجیب بیمار را معلوم سازد. زمانی که بیمار داستان خود را به صورت پیچیده و گیج کننده‌ای تعریف می‌کند با استفاده از کلمه “چرا” کنکاش را شروع کنید. مثلاً از بیمار می‌پرسیم “فکر میکنی اتفاقات عجیبی داره میفته؟” یا اینکه “فکر میکنی معنی اینا چیه؟”

نکته کنکاش در سطوح بسیار متفاوتی به کار گرفته می‌شود، از تعیین سطح بینش بیمار نسبت به هذیان‌ها تا جستجوی بیشتر موضوعی که به نظر می‌رسد بیمار میخواهد آن را پنهان کند.

نکته اگر حدس می‌زنید بیمار هذیانی است از کنکاش شروع کنید.

این تکنیک کمک می‌کند که:

- در مورد بیماران هذیانی، یا بیمارانی که تماس اندکی با واقعیت دارند، کنکاش وسیله‌ای اساسی است تا بدون اینکه بیمار احساس کند با او مقابله می‌شود، داستان خود را بیان کند.
- این تکنیک در بیمارانی که افکار خرافی و افکار بیش از حد بها داده شده دارند، منطق زمینه‌ای تفکر بیمار را به واسطه بر ملا شدن تعابیر غلط آشکار می‌کند.
- استفاده از این تکنیک به تعیین سطح بینش بیمار کمک می‌کند.
- استفاده از این تکنیک جهت تعیین محتوای فکری بیمار از نظر عقاید انتساب و هذیان‌ها بسیار مفید است.
- با این تکنیک میتوان موضوعاتی که بیمار می‌خواهد پنهان کند را بیشتر بررسی کرد.
- ارتباط متقابل (Interrelation)
- چه زمانی این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که بیمار دو مطلب غیرمربوط را به یکدیگر ارتباط می‌دهد.
- این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ در این تکنیک ارتباطات غیرمنطقی که بیمار در طول مصاحبه بیان می‌کند، کاوش می‌شود و می‌گوییم “متوجه نشدم چطور این دو موضوع با هم ارتباط دارند، لطفاً به من کمک کن تا ارتباط این دو را متوجه بشوم”.

نکته ارتباط دادن عقلانی میتواند آشکار کننده تفکر مختل، و ارتباط دادن هیجانی آشکار کننده عاطفه مختل باشد. خب بزار یکم خودمونی‌تر توضیحش بدم تا حق مطلب ادا بشه و نون ما هم حلال... بین دوست من، وقتی بیمار وسط مصاحبه میاد دو تا مطلب کاملاً بی‌ربط به هم رو با هم مرتبط میکنه، جوری که ما هم نمیفهمیم چی به چیه و اینا چه ربطی به هم دارن، باید ازش بخوایم توضیح بده که ربط اینا با هم چیه؟ چون ممکنه محتوای هذیانی، پارانوئیدی و... پشت این ارتباط عجیب غریب باشه!

• خلاصه کردن (Summerizing)

- چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ در بیمارانی که پاسخ‌های مبهم یا حاشیه‌ای دارند یا بیمارانی که تداعی شل یا پرش افکار دارند، مانند بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و سیکلوتایمی استفاده می‌شود.
- این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ وقتی صحبت‌های بیمار طولانی یا پراکنده‌اند، بعد از اتمام صحبت‌هایش درباره یک موضوع خاص، خلاصه‌ای از حرف‌هایش را با لغات خودش به او برمی‌گردانیم تا بتواند مطالب را در ذهن خودش منسجم کند یا حتی اگر مطلبی نیاز به تغییر دارد، آن را اصلاح کند.

نکته خلاصه کردن، حواس بیمار را متمرکز کرده و به او نشان می‌دهد که شما درباره آنچه او گفته است چه فکری می‌کنید تا در صورت لزوم بتوانید برداشت خود را با برداشت بیمار تطبیق دهید.

نکته سعی کنید هنگام خلاصه کردن از خزانه لغات بیمار استفاده کنید.

نکته آگاه باشید که خلاصه کردن می‌تواند بیمار را هدایت کند و ممکن است شما مطالبی را در دهان بیمار بگذارید. خب چون دل، برقراری عزیز؟ پاشو الکی ادای حال بدو رو در نیار، تازه وسط فصلیم! حالا که تکنیک‌های آغازین و تکنیک‌های روشن‌سازی رو خونددیم، می‌خوام ببرمت سراغ تکنیک‌های پیش برنده ببینیم داستان چیه! این تکنیکای پیش برنده بیشتر مصاحبه‌گر محورند. اینجا دیگه سلطاً انا تویی...

تکنیک‌های پیش برنده

تکنیک‌های پیش برنده راهی را دنبال می‌کنند که در آن مصاحبه در مسیر مطلوب نگه داشته می‌شود و تکنیک‌های پیش برنده بیش از تکنیک‌های روشن‌سازی مصاحبه‌گر محورند.

تکنیک‌های پیش برنده عبارتند از: تداوم، پژواک، هدایت مجدد و گذارها

● تداوم (Continuation)

● تداوم ساده ترین تکنیک پیش برنده است.

● این تکنیک بیمار راه تشویق می‌کند که به داستان خود ادامه دهد و به او نشان می‌دهد که در مسیر درستی پیش میرود.

● این تکنیک به بیمار فرصت می‌دهد تا مشکلاتش را به زبان خودش بیان کند (بدون اینکه علایمی را تلقین کند) و موضوعات را با توجه به اهمیتی که خودش برای آن‌ها قائل است مطرح کند.

● مصاحبه‌گر سعی می‌کند از دخالت مستقیم در صحبت بیمار اجتناب کند و چیزی را القا نکند.

● این تکنیک شامل ژست‌ها، تکان دادن سر، حفظ تماس چشمی، بیان عباراتی مثل: "بعد چه اتفاقی افتاد؟"

چیزی که جالبه اینه که خیلی از ما توی مکالمات روزمرمون با دوستا و... از این تکنیک استفاده می‌کنیم بدون اینکه متوجهش باشیم. مثلاً وقتی طرفمون در حل صحبتته برای اینکه تشویقش کنیم ادامه بده می‌گیم: "خب"، "بدش چیشد؟"، "اوهم"، "عجب!", "بیشتر برام توضیح بده" و...

● پژواک (Echoing)

● در این تکنیک قسمتی از پاسخ‌های بیمار که مایلیم بیمار توضیح دقیق‌تری در مورد آن‌ها بدهد را تکرار می‌کنیم تا درباره آن بیشتر صحبت کند.

● زمانی از پژواک استفاده می‌کنیم که بیمار درباره چند موضوع صحبت می‌کند اما می‌خواهیم که بیمار رشته خاصی از افکارش را دنبال کند و سایر موضوعات را کنار بگذارد.

● مصاحبه‌گر به طور انتخابی برخی صورت‌بندی‌های بیمار را به منظور بیرون کشیدن علائم خاص او پژواک می‌کند مثلاً درباره بیماری با مسائل خلقی به فقدان انرژی، تحریک پذیری و حواس پرتی تأکید می‌کند.

● تکنیک پژواک در مورد بیمارانی که دچار حواس پرتی و یا حمله تکلم می‌باشند مفید است.

۶ وقتی بیماری چندین موضوع را برای بحث مطرح می‌کند و مصاحبه‌گر از او می‌خواهد که او فقط بخش خاصی از

افکارش را پیگیری کند، مصاحبه‌گر از چه تکنیکی استفاده می‌کند؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۵-۹۶)

الف) پژواک

ب) کنکاش

ج) هدایت مجدد

د) پرسش‌های هدایت‌گ

پاسخ: گزینه الف) صحیح است.

● هدایت مجدد (Redirecting)

● تکنیک هدایت مجدد به بیمار نشان می‌دهد که مسیر انحرافی را دنبال نکند و از او می‌خواهد که دوباره به مسیر اصلی بازگردد.

● این تکنیک زمانی استفاده می‌شود که بیمار بدون اینکه مسیر خاصی را دنبال کند صرفاً صحبت می‌کند یا در جزئیات غرق می‌شود و از مشکلات دیگران صحبت می‌کند.

• تکنیک هدایت مجدد در مورد بیمارانی استفاده می‌شود که پرش افکار، تکلم مماسی، پرحرفی و یا حاشیه‌پردازی دارند.

۷ هنگامی که بیمار بدون اینکه مسیر خاصی را دنبال کند صحبت می‌کند، در جزئیات نامربوط غرق می‌شود یا از مشکلات اشخاص دیگر صحبت می‌کند، چه تکنیکی توسط مصاحبه‌گر به کار گرفته می‌شود؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۰-۹۱)

الف) هدایت مجدد

ب) پژواک

ج) گذارهای تسریع شده

د) رویارویی کردن

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

• گذارها (Transitions)

در طول یک مصاحبه، عناوین و موضوعات بسیاری باید پوشش داده شوند بنابراین گاهی باید توجه بیمار را برای تغییر موضوعات، جلب نمایید که این کار توسط گذارهای مختلف انجام می‌شود. به عبارتی گذار روشی برای تغییر موضوع صحبت است و نوع گذار بستگی به وضعیت روانی بیمار دارد. انواع گذار عبارتند از:

• گذارهای ملایم

• با گذارهای ملایم به راحتی می‌توان از موضوعی به موضوع بعدی رفت زیرا ارتباط بین آن‌ها امری بديهی است. این ارتباط به دو صورت است:

ارتباط علت و معلول: در این حالت فرض بر این است که اتفاقی که رخ داده است احتمالاً بر کارکرد بیمار اثر گذاشته است مانند سوء مصرف مواد یا بیماری‌های جسمی و پیامد آن.

رابطه زمانی: گذار از یک علامت به علامت دیگر به واسطه مربوط کردن علائم به همان مقطع زمانی.

• گذارهای ملایم برای بیمار هذیانی (پارانوئید) که به هر چیز تازه‌ای بدگمان است مفید است.

• گذارهای تاکیدی

• در گذار تاکیدی، پافشاری بر تغییر جهت در موضوع رخ می‌دهد و موضوع قبلی را از موضوع جدید جدا می‌کند.

• قبل از انجام یک گذار تاکیدی می‌توان مطالبی که بیمار تا به حال مطرح کرده است را خلاصه نمود و صحبت جدیدی را شروع کرد.

• جهت مطرح کردن ارزیابی کارکردهای وضعیت روانی میتوان از این گذار استفاده کرد.

• گذارهای تاکیدی، توجه بیمار را احیاء کرده و او را واقف می‌کند که موضوعات متفاوتی تحت پوشش قرار دارد.

• با استفاده از این تکنیک بیماران افسرده منزوی‌تر و بیماران اسکیزوفرنیک ممکن است فعال‌تر شوند.

• با استفاده از این تکنیک بیماران مانیک که دچار حواس‌پرتی هستند توجه‌شان دوباره جلب می‌شود.

• با استفاده از این تکنیک بیماران وسواسی - جبری که دچار حاشیه‌پردازی هستند، به واسطه موضوع تازه تحریک شده و همکاری بهتری نشان می‌دهد.

• گذارهای ناگهانی

• در این تکنیک بعد از یک هشدار کوچک، موضوع جدیدی مطرح می‌شود.

• این گذارها معمولاً زمخت، ناپسند و بدون ظرافت هستند.

• گذارهای ناگهانی در مورد بیمارانی که دروغ می‌گویند یا علائم را تقلید می‌کنند مفید هستند و می‌توانند گارد این گونه بیماران را رفع کنند.

• گذارهای ناگهانی، تأثیری بازجویانه دارد.

• این گذارها مانع می‌شود بیمار نقش دلخواهش را بازی کند.

• این گذارها تناقض‌گویی‌های بیمار را آشکار می‌کند.

• این گذارها کشف‌کننده دروغ در یک مصاحبه‌اند.

سعی کن بیمار دیگه ببینی این گذارها چه فرقی باهم دارن چون خیلی مهمن و مورد علاقه طراحای کنکورن؛ خب حالا بیا چندتا تست درباره این گذارهایی که یاد گرفتیم بزنیم و بعدش ازشون گذر کنیم.

۸ کدام یک از موارد زیر جزو تکنیک‌های پیش برنده در مصاحبه تشخیصی است؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۸-۹۹)

- (الف) پرسش‌های هدایتگر Leading Question (ب) ربط دادن مطالب Interrelation
(ج) گذارها Transitions (د) کنکاش Probing
- پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

۹ کدامیک از عبارات زیر در مورد گذار (Transition) درست است؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۵-۹۶)

- (الف) گذار از احساسات منفی بیمار (ب) تشویق بیمار به طرح موضوع دیگر
(ج) گذر از موضوعات بی فایده (د) گذر از مراحل از رشد
- پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۱۰ در این تکنیک مصاحبه تشخیصی بعد از یک هشدار کوچک موضوع جدیدی مطرح می‌شود؟

- (الف) گذار پنهان (ب) گذار ناگهانی (ج) گذار تاکیدی (د) گذار ملایم
- پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۲. مقاومت

منظور از مقاومت کوشش‌های آگاهانه و ارادی بیمار برای اجتناب از موضوع خاصی است. مقاومت به صورت‌های مختلفی نمایان می‌شود مانند امتناع واضح بیمار که مشخص‌ترین نوع مقاومت است و تلاش‌های بیمار برای منحرف یا گیج کردن مصاحبه‌گر از ادامه موضوع که شکل غیرمستقیم مقاومت است.

دو دلیل شایع مقاومت:

- ۱- تمایل بیمار به حفظ تصویر خاصی از خود
 - ۲- عدم اطمینان از پاسخ‌های مصاحبه‌گر و ترس از اینکه مصاحبه‌گر او را طرد یا مسخره کند
- نکته** مصاحبه‌گر باید مقاومت بیمار را تشخیص دهد و به آن بپردازد، باید انتخاب کنید میخواهید مقاومت بیمار را تحمل کنید یا او را ترغیب کنید بر مقاومتش چیره شود.
- نکته** اگر مقاومت به یک موضوع خاصی مربوط است که به رابطه درمانی لطمه‌ای نمیزند میتوانید به موضوع دیگری بپردازید؛ در غیر این صورت باید بر روی مقاومت بیمار کار کنید.
- هنگام برخورد با مقاومت از شش تکنیک زیر استفاده کنید: بیان پذیرش، رویارو کردن، رویارو کردن با پیامدها، تغییر جهت دادن، مبالغه کردن و القای لاف زنی.

۱ تعریف حاضر به کدامیک از مفاهیم زیر اشاره دارد؟ «..... کوشش‌های آگاهانه و ارادی بیمار برای اجتناب از موضوع خاصی است و یا تلاش‌های بیمار برای منحرف یا گیج کردن مصاحبه‌گر از ادامه‌ی موضوع».

(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

- (الف) دفاع (ب) مقاومت (ج) انتقال (د) مواجهه (رویارو کردن)
- پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

- بیان پذیرش (Expressing acceptance)
- چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ هنگامی که بیمار از صحبت کردن اکراه دارد ولی آشکارا امتناع نمیکند، و معمولاً نگران مسخره شدن است از این تکنیک استفاده می‌شود.

• این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ مصاحبه‌گر باید پذیرش افکار و احساسات بیمار را به وی بیان کند تا بیمار احساس کند که درک شده است؛ سپس باید بیمار را تشویق کند تا آنچه را که او می‌کوشد تلویحا بیان کند به طور شفاهی بیان کند و به بیمار نشان دهد که او را می‌فهمد.

نکته استفاده از این تکنیک در بیماران مبتلا به فوبیا باعث می‌شود که بر ترسشان از صحبت کردن درباره مشکل خود فائق آمده و در برابر ترس و وحشت زدگی، مقاومت خود را حل و رفع نمایند.

• رویارو کردن (Confrontation)

• چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که متوجه علائم و نشانه‌های رفتاری مقاومت مانند اجتناب از تماس چشمی، سرخ شدن، مکرراً آب دهان را بلعیدن، کنترل بیش از حد عاطفه، تنش، بی‌قراری، گفتار تک سیلابی، سانسور کردن صحبت‌ها، تاکتیک‌های پرت کردن حواس یا به روی خود نیاوردن یعنی به حداقل رساندن علائم، یا صحبت‌های به شدت بی‌هدف شدید، از این تکنیک استفاده کنید.

• این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ در این تکنیک توجه بیمار را بر مقاومتش معطوف می‌کنیم و وقوف بیمار نسبت به مقاومتش را افزایش می‌دهیم.

نکته این تکنیک باعث می‌شود که بیمار راجع به مقاومتش صحبت کند و توضیح بیشتری بدهد.

۲ اگر مصاحبه‌گر با این عبارت «قبلاً گفته بودی بخاطر مصرف مواد چند ماه همسرم مرا ترک کرده است» از مراجع سوال کند، از چه نوع سوالی در جریان مصاحبه استفاده کرده است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

الف) بازپاسخ ب) تسهیل‌گر ج) روبروکننده د) مستقیم

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

• رویارو کردن با پیامدها (Confrontation with consequences)

• چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که بیمار شدیداً از تعامل و صحبت با مصاحبه‌گر اجتناب می‌کند از این تکنیک استفاده می‌شود. به عبارت دیگر این تکنیک برای بیمارانی که سرسختانه از تعامل با مصاحبه‌گر سر باز می‌زنند بسیار مفید است.

• این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ با استفاده از موضوعاتی که برای بیمار خوشایند و مطلوب هستند مانند مرخص شدن از بیمارستان، برگرداندن فرزندش از شیرخوارگان، میتوان مقاومت وی را مرتفع نمود. همچنین باید فواید رها کردن مقاومت را به بیمار نشان داد.

نکته برای استفاده از این تکنیک باید تا حدی از تمایلات بیمار آگاه باشید؛ زیرا این تکنیک بر پاداش دادن به تمایلات و نیازهای بیمار استوار است.

نکته شکستن مقاومت با زور برای رابطه سودی ندارد. بنابراین فضایی را ایجاد کنید که در آن بیمار احساس حمایت شدن کند و بینش پیدا کرده و آزادی انتخاب را تجربه کند.

۳ در به کارگیری کدام تکنیک برای مقابله با مقاومت بیمار، درمانگر بهتر است از تمایلات بیمار آگاه باشد؟

(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۰)

الف) مبالغه کردن ب) تغییر جهت دادن ج) القاء لاف زنی د) رویارویی با پیامدها

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

• تغییر جهت (Shifting)

• چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که مصاحبه‌گر می‌خواهد بیمار در مورد مطالبی صحبت کند که مایل به آشکار شدن آن‌ها نیست. به عبارتی منظور از تغییر جهت، نزدیک شدن به مشکل از مسیر دیگری است.

• این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ به جای تأکید بر یک سوال خاص، مسیر مصاحبه را تغییر داده و از زاویه دیگری به مشکل نزدیک شوید. این تکنیک شبیه وارد شدن از در پشتی می‌باشد.

نکته در این تکنیک برای بررسی یک مسئله خاص، از دیدگاه دیگری وارد می‌شویم.

● مبالغه (Exaggeration)

- چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که بیمار واهمه دارد از اینکه مصاحبه‌گزار ضعف‌های شخصیتی او آگاه شود و او را طرد کند. همچنین در بیماران مضطرب، وسواسی یا بسیار با وجدان و وظیفه‌شناس که اغلب از پذیرش اشتباهات کوچک یا ناکامی‌های خود اکراه دارند، از این تکنیک استفاده می‌شود.
- این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ نگرانی بیمار از مشکلش را با قرار دادن در یک دورنما کاهش می‌دهیم. برای مثال چنانچه بیمار از بیان جزئیات درباره اینکه در کودکی از یک مغازه شیرینی دزدیده اکراه دارد، می‌توانید به صورت مبالغه آمیزی بگویید: “بانک مرکزی رو که نزدی؟”

۴ مراجعی در طی مصاحبه از ترس طرد شدن سعی می‌کند از صحبت در مورد خطاها و ناکامی‌های خود اجتناب کرده و مقاومت کند. درمانگر سعی می‌کند با زیر سوال بردن شدت نگرانی او را از طرد شدن کاهش دهد. درمانگر از چه تکنیکی برای مقابله با مقاومت مراجع استفاده کرده است؟

- (الف) مبالغه کردن (ب) القاء لاف زنی (ج) رویارو کردن (د) بیان پذیرش
- پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۵ در مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی از تکنیک مبالغه بیشتر برای چه بیمارانی استفاده می‌شود؟

- (الف) ضد اجتماعی (ب) وسواسی، با وجدان و وظیفه‌شناس (ج) بهره‌هوشی پایین (د) افسرده با کندی روانی حرکتی
- پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۶ در مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی از تکنیک مبالغه بیشتر برای چه بیمارانی استفاده می‌شود؟

- (الف) شخصیت ضد اجتماعی (ب) وسواسی (ج) بیماران با بهره‌هوشی پایین (د) بیماران افسرده که دچار کندی روانی حرکتی هستند
- پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

● القاء لاف زنی (Induction to bragging)

- چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که با بیمارانی مواجه هستیم که تمایلات ضداجتماعی دارند، و اغلب مایل‌اند تاثیر خوبی بر مصاحبه‌گر بگذارند و همچنین واهمه دارند که اعمال ضداجتماعی آنان این تصویر را تیره کند و بنابراین می‌کوشند تا اعمال ضداجتماعی خود را سانسور کنند.
- این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ به بیمار نشان دهید شما نقطه ضعف اخلاقی او را می‌پذیرید. از آن جایی که یک شخصیت ضداجتماعی در مورد اعمال خود، حق به جانب است احساس می‌کند عبارتهایی مثل “بینم، بزن بهادر خوبی بودی؟” یا “به نظر میاد خیلی آب زیرکاهی مثل روباره، یا به نظرم از زیرقتل درمیری” نشانگر پذیرش و درک شما است جملات شما به بیمار می‌گوید که دلیلی ندارد از انتقاد شما بترسد و حتی ممکن است تمجید شما را نیز به دست آورد.

نکته در شخصیت‌های ضداجتماعی میتوان از تکنیک مبالغه و تکنیک القاء لاف زنی استفاده کرد.

نکته در نهایت به بیمار توضیح دهید که پذیرش مشکلات او بدین معنی نیست که او را تشویق می‌کنید یا به اعمال او علاقه ای دارید؛ بلکه صرفا بدین معنی است که شما می‌خواهید به او فضا و توجهی ارائه دهید که وی بتواند داستان خود را با عاطفه‌ای بیان کند که ویژگی این نوع اختلال شخصیت است.

۷ بیماری که تمایل دارد اعمال ضد اجتماعی خود را سانسور کند و در مورد مشکلاتش در مدرسه مقاومت کند، در حین مصاحبه، مصاحبه کننده با گفتن جملات زیر او را به چالش میکشد: «بینم بزن بهادر خوبی بودی؟» یا «بنظر می رسد خیلی آب زیرکاه هستی مثل روباره، به نظر می رسد از زیر کار در می روی؟» مصاحبه کننده از چه تکنیکی استفاده کرده است؟

(الف) مبالغه (ب) تغییر جهت (ج) رویارو کردن (د) القاء لاف زنی
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۸ مصاحبه گر در فرایند مصاحبه با «بیماری که تمایل ضد اجتماعی دارد و از اینکه اعمال ضد اجتماعی، تاثیر او را بر مصاحبه کننده تیره نماید واهمه دارد» او را با گفتن عبارت «بینم بزن بهادر خوبی بودی؟» بیمار را به چالش میکشد. مصاحبه کننده از چه تکنیکی استفاده کرده است؟

(الف) القاء لاف زنی (ب) مبالغه (ج) توجیه عقلانی (د) اظهار وجود
پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

اینم از تکنیک های مقابله با مقاومت که باهم خوندمشون. باید دقت کرد که هرکدوم از این تکنیکا برای طیف خاصی از بیمار کاربرد داره و باید تو جای درست ازشون استفاده کرد. خب حالا وقتشه بریم سراغ بخش آخر این فصل که درباره دفاع هاست! بینم چه میکنی

۳. دفاع ها

دفاع ها را نمی توان به طور کامل مشاهده نمود زیرا مکانیسم های خاص روان شناختی هستند که به عنوان زیربنای الگوهای رفتار قابل مشاهده، نشانه ها و علائم قابل گزارش می باشد. مکانیسم های دفاعی عمدتاً در مصاحبه های روان پویایی و روان تحلیلی عمیقاً ارزیابی و تحلیل می شوند.

مکانیسم های دفاعی سه جزء دارند:

- ۱- یک رفتار قابل مشاهده (اغلب یک علامت).
- ۲- یک تکانه یا قصدی که برای بیمار قابل قبول نیست و عامل استرس زا است و تعارض هیجانی ایجاد می کند.
- ۳- فرآیندی که از طریق آن رفتار قابل مشاهده بیمار (یا علامت) به قصد، نیت و تمایل غیر قابل قبول متصل می شود.

اداره دفاع ها: اداره کردن دفاع ها متفاوت از اداره کردن مقاومت است. به هنگام مقاومت، بیمار از مقاومت خود آگاه است و به طور ارادی اطلاعات را مخفی می کند. در حالی که بیمار از مکانیسم های دفاعی آگاه نیست، و بر آن ها کنترل ارادی ندارد، در نتیجه رفتارهای بیمارگونه ادامه می یابد و مصاحبه را مختل می کند.

نکته منظور از اداره کردن دفاع ها، خنثی کردن اثر آن ها است نه تحلیل و تفسیر آن ها.

مکانیسم های دفاعی	علائم یا رفتارهای قابل مشاهده	تعارض هیجانی و عوامل استرس زا	فرآیند
سطح سازگاری بالا پیوند جویی Affiliation	تشکیل گروه های کاری و حل و فصل مشکلات، تشنه همکاری	جدایی، مسئولیت، کامل نبودن	در اضطراب ها و پاداش ها شریک شدن
نوع دوستی Altruism	نثار بی دریغ کمک	شکست در رقابت کردن	جایگزینی حمایت به جای رقابت و خشونت

فرآیند	تعارض هیجانی و عوامل استرس‌زا	علایم یا رفتارهای قابل مشاهده	مکانیسم‌های دفاعی
طرح اتفاقات و راهبردهای مقابله	تهدیدات شدید و ناگهانی	پیش‌بینی رویدادهای احتمالی و برنامه‌ریزی برای آن‌ها	پیش‌بینی Anticipation
تبدیل اضطراب ناشی از تهدیدها به تفریح، استهزا و طنز	شکست، از دست دادن، نابودی و تخریب	به میان آوردن ابعاد خنده‌دار و سرگرم‌کننده تهدید	شوخی humor
انتقال و بیان ترس، اضطراب و خشم به گونه اجتماع‌پسندانه	ترس و اضطراب و خشم	بیان اجتماع‌پسندانه تکانه‌ها	ابراز وجود Self assertion
افزایش آگاهی از احساسات، تکانه‌ها و افکار	ترس، اضطراب، شکست‌ها و تهاجم	ابراز تکانه‌ها، احساسات و افکار خود	مشاهده‌گری خود Self observation
تبدیل تکانه‌ها به موضوعات مورد پذیرش و قبول اجتماع	احساسات و تکانه‌های غیرقابل قبول	رفتار اجتماع‌پسندانه	والایش sublimation
انسداد عمدی به یادآوری	وقایع دردناک، تکانه‌های سادیستی یا جنسی	اجتناب از بررسی مشکلات، آرزوها و احساسات دردناک	سرکوبی suppression
انتقال و جابه‌جایی احساس از موضوع اصلی به جایگزین آن	احساس ترس و تهدید به وسیله یک شی یا عشق و تنفر از یک موضوع	فوبی‌ها	سطح‌بازداری‌های ذهنی جابه‌جایی Displacement
تغییر موقت آگاهی، حافظه، ادراک و هویت	بی‌بندوباری، خصومت یا رفتار غیرمسئولانه، وقایع دردناک	اختلال شخصیت چندگانه، گریز روان‌زاد، آمیزی	تجزیه Dissociation
حذف اجزا هیجانی و شخصی یک واقعه	آشفته‌گی افکار و احساسات	تفکر انتزاعی، شک کردن، تردید، تعمیم دادن	توجیه عقلانی Intellectualization
جدا کردن محتوا و عاطفه و حذف عاطفه	هیجان و خاطرات دردناک	وسواس‌ها، صحبت کردن در مورد وقایع بدون داشتن احساس نسبت به آن‌ها	جداسازی عاطفه Isolation of affect
جایگزین شدن احساسات حقیقی با آرزوها و احساسات متضاد	احساس خصومت و عدم علاقه	فداکاری، رفتار مبتنی به ایثار خود، صحت و درستی، پاکیزگی	واکنش‌سازی Reaction formation
خنثی‌سازی سمبولیک یک تکانه	خواسته‌های سادیستیک، تکانه غیرقابل قبول	رفتار جبری	ابطال Undoing
قدغن کردن یادآوری افکار و احساسات	خاطرات، احساسات، ترس‌ها و آرزوهای تهدیدآمیز	وقفه‌های حافظه	واپس‌روی Repression

فرآیند	تعارض هیجانی و عوامل استرس‌زا	علائم یا رفتارهای قابل مشاهده	مکانیسم‌های دفاعی
غفلت از خصوصیات مثبت خود یا دیگران و اغراق در خصوصیات منفی خود یا آن‌ها یا اشیا	خصوصیات مثبت دیگران، اهداف غیرقابل دسترس	بیان جملاتی حاکی از بی‌ارزش کردن دیگران یا خود و یا بی‌ارزش کردن هدفی که نمی‌تواند به آن دست یابد	سطح تحریف کم تصویر ذهنی ارزش‌زدایی Devaluation
غفلت از خصوصیات منفی خود و دیگران و اغراق در خصوصیات مثبت خود و یا دیگران	خصوصیات منفی خود یا دیگران (افراد مهم)	تعریف و تمجید اغراق‌آمیز از خود یا دیگران	آرامانی‌سازی Idealization
تبدیل احساس حقارت به احساس و اعمال بزرگ‌منشانه	احساس حقارت، شکست، عزت نفس پایین	از خود تعریف کردن، حق به جانب بودن، مغرور بودن	همه کار توانی Omnipotence
امتناع از پذیرفتن و آگاهی یافتن به بعضی واقعیت‌ها	واقعیت دردناک	نفی سرسختانه و خشن واقعیتی که برای دیگران کاملاً آشکار است	سطح نفی، انکار Denial
انتساب احساسات شخصی خود به دیگران	خصومت و سایر نگرش‌ها، آرزوها و خواسته‌های غیرقابل قبول	عقاید انتساب، پیش‌داوری، شکاکیت، بی‌عدالتی	فراکنی Projection
ارائه دلایل نادرست ولی اجتماع‌پسندانه برای توجیه رفتار	تکانه‌های غیرقابل قبول اجتماع و عزت نفس پایین	ارائه توضیحات و دلایل شخصی و توجیه رفتار	دلیل تراشی Rationalization
ارضا نیاز از طریق خیال پردازی	تکانه‌ها و آرزوهای ارضا نشده	خیال‌پردازی	سطح تحریف زیاد تصویر ذهنی تخیل اتیستیک
تبدیل تکانه‌های خشم خود به صورت واکنش‌های قابل توجیه نسبت به رفتار تهاجمی شخص دیگر	تنفر، خشم و خصومت	متهم کردن دیگران به اینکه باعث ناراحتی، خشم و خصومت می‌شوند	هماندسازی فراکن Projective identification
جدا کردن یا همه خصوصیات خوب است یا همه خصوصیات بد است در مورد خود و دیگران	تجربه مثبت و منفی از خصوصیات خود و دیگران	به طور متناوب خود یا دیگران را ایده آل و بی‌ارزش نمودن	دو نیمه سازی خودانگاره یا تصویر ذهنی از دیگران Splitting of self
ارضا آرزوهای کنترل نشده و غیرعقلانی	تکانه‌های جنسی و پرخاشگرانه	اعمال خشونت، دزدی، دروغ‌گویی، تجاوز به عنف	سطح عمل کنش‌نمایی Acting out
واکنش به نیازها از طریق افزایش حالت انفعالی	نیازها، آرزوها، تکانه‌ها	کاهش هیجان‌ها، فعالیت و تعاملات اجتماعی	کناره‌گیری آپاتیک Apathetic withdrawal

فرآیند	تعارض هیجانی و عوامل استرس‌زا	علائم یا رفتارهای قابل مشاهده	مکانیسم‌های دفاعی
تبدیل خصومت به قربانی شدن	خصومت و سرزنش دیگران	فرد طوری نشان می‌دهد که قربانی غیرقابل نجاتی است و دلش به حال خود می‌سوزد	شکایت از رد کردن کمک Help rejecting complaining
بیان ناراحتی از طریق انجام ندادن و انفعالی شدن	پرخاشگری، تکانه‌های خصومت و رنجش	تاخیر کردن، معوق گذاشتن، کارها را ناتمام رها کردن	پرخاشگری انفعالی Passive aggression
استناد تکانه‌های خود به دیگران علی‌رغم واقعیت متضاد آن	تسلط یافتن، تکانه‌های غیرقابل قبول و کنترل	هذیان‌های آزار و گزند	سطح بی‌نظمی دفاعی فراافکنی هذیانی Delusional projection
نفی و ابطال عمیق واقعیت‌های آشکار	تسلط یافتن، واقعیت دردناک	نفی واقعیت آشکار	انکار پسیکوتیک Psychotic denial
تحریف عمیق ادراکات و تفسیر اشتباه از احساسات و واقعیت‌ها بیرونی	تسلط یافتن، تکانه‌ها و واقعیت‌های غیرقابل قبول	گفته‌های واضحاً دور از واقعیت و اعمال غیرمنطقی	تحریف پسیکوتیک Psychotic distortion

خب گل جان، بیا بهت پنج تا تکنیک یاد بدم که بتونی باهاشون دفاع‌های بیمار رو مدیریت و خنثی کنی. فقط آروم خنثی کنیاااا...

پنج تکنیک مدیریتی برای اداره کردن دفاع‌ها عبارتند از: دور زدن، اطمینان‌بخشی، منحرف کردن حواس، رویارو کردن و تفسیر کردن

● دور زدن یا میان‌بر زدن (Bypassing)

● چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که مصاحبه‌گر با بیماری که آشکارا درک تحریف شده‌ای از واقعیت دارد روبرو می‌شود از این تکنیک استفاده می‌شود؛ برای مثال بیوه‌ای که معتقد است شوهرش بهترین شوهر دنیا بوده در حالی که، مدارک موجود نشان می‌دهد شوهرش مردی الکلی بوده که با بیمار سوء رفتار جسمی داشته است. در این مواقع بهتر است مکانیسم‌های دفاعی او را دور بزنی و نیازی نیست که بیمار را با مکانیسم‌های دفاعی‌اش روبرو کنی.

● این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ در این تکنیک بهتر است مکانیسم‌های دفاعی او را دور بزنی، یا از آن‌ها چشم‌پوشی کنی. اگر چه می‌توانید در معاینه وضعیت روانی او، بخشی از مکانیسم‌های وی را گزارش دهید. این تکنیک بر یک اصل عقلی متکی است که می‌گوید: «پا روی دم سگ نذار» یا «در دسر درست نکن».

۱- در ضرب المثل «سگ خفته را بیدار نکن» کدام تکنیک اداره موثر مکانیسم‌های دفاعی بیان شده است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۵-۹۴)

الف) تغییر جهت

ب) منحرف کردن حواس

ج) میان‌بر زدن

د) اطمینان‌بخشی

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۲ کدام یک از موارد زیر از راهبردهای مقابله با بیمار در طی مصاحبه نمی باشد؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

الف) القای لاف زنی ب) بیان پذیرش ج) میان بر زدن د) تغییر جهت دادن

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

• اطمینان بخشی (Reassurance)

• چه زمانی از این تکنیک استفاده می شود؟ زمانی که مصاحبه گر با بیماری روبرو می شود که تحت فشار و مشکلات بسیاری قرار گرفته است، استفاده از این تکنیک بسیار موثر است. در این تکنیک از نیاز وابستگی بیمار استفاده می شود.

• این تکنیک چگونه اجرا می شود؟ در این تکنیک با ایجاد حمایت، از اضطراب و بدگمانی های بیمار کاسته می شود و اعتماد به نفس وی افزایش می یابد. به هنگام استفاده از این تکنیک باید از موضع بیمار به مکانیسم دفاعی نگاه کنید. وقتی بیماری شنود که درمانگر در پاس و ناامیدی او شریک نمی شود و آینده بهتری برای او در نظر می گیرد، فعال تر می شود.

نکته این تکنیک زمانی بیشترین تاثیر را دارد که بیمار، شما را به عنوان فرد همدلی درک کند.

نکته در این تکنیک مصاحبه گر به جای بررسی مشکل خاص بیمار، به حمایت و اطمینان بخشی او می پردازد.

۳ هدف استفاده از تکنیک کاهش اضطراب بیمار و افزایش اعتماد به نفس با اظهار حمایت از اوست.

(دکتری وزارت بهداشت ۹۷-۹۶)

الف) اطمینان بخشی ب) مواجهه ج) تفسیر د) اغراق و مبالغه کردن

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

• منحرف کردن حواس (Distraction)

• چه زمانی از این تکنیک استفاده می شود؟ زمانی که شما با بیماری سرو کار دارید که خلق غیرطبیعی دارد مانند مانیا، افسردگی توام با کندی و مسمومیت با مواد، از این تکنیک استفاده کنید.

• این تکنیک چگونه اجرا می شود؟ با استفاده از محرک های قوی توجه بیمار را جلب نمایید، محرک هایی مانند، صدا کردن نام بیمار، با صدای بلند حرف زدن و یا لمس کردن. محرک ها را می توان تکرار کرد یا با سایر محرک ها ترکیب نمود. از سوال های کوتاه و بسته استفاده کنید.

نکته در مورد بیمارانی که خیلی هیجان زده یا عصبانی هستند، حمله تکلم شدید دارند، پرش افکار واضحی از خود

نشان می دهند و افرادی که دچار مسمومیت با الکل شده اند یا هذیانی هستند، ممکن است حواس آنها قابل

منحرف کردن نباشد، در این زمان شاید قبل از ایجاد رابطه، بیمار به مداخلات دارویی نیاز پیدا کند.

• رویارو کردن (Confrontation)

• چه زمانی از این تکنیک استفاده می شود؟ زمانی که می خواهیم توجه بیمار را به رفتار یا عقاید خاصی که در طی مصاحبه دارد جلب کنیم، تا بتواند آنها را بشناسد و اصلاح کند از این تکنیک استفاده می کنیم.

• این تکنیک چگونه اجرا می شود؟ به بیمار نشان می دهیم که باید به رفتار خاصی که در طی مصاحبه و در زمان های خاصی انجام می دهد توجه کند و تلاش کند آن را اصلاح کند. به هنگام رویارو کردن با دیدگاهی شروع می کنیم که بیشتر به بیمار کمک می کند تا رفتار نامناسبش را درک کند و همزمان با همدلی به او پاسخ می دهیم.

نکته در طول مصاحبه تشخیصی، باید به منظور حفظ رابطه، به چنین تحریف هایی از واقعیت توجه کنید و در مورد هر

بیمار با توجه به شرایط خاص او تصمیم بگیرید که آیا بهتر است چنین عقاید و افکار انتسابی را به عنوان

واقعیت های مورد قبول بیمار بپذیرید یا بهتر است او را با آنها رویارو سازید.

نکته چنانچه بیمار شما را هم در هذیان هایش گنجانده، ناچارید بیمار را با ماهیت هذیانی تفکراتش رویارو نمایید.

● تفسیر (Interpretation)

- چه زمانی از این تکنیک استفاده می‌شود؟ زمانی که بیمار هم سطح شما پیش نمی‌آید و یا مشکلاتی در ارائه افکار یا احساساتش دارد. معمولاً تفسیر به دنبال رویارویی انجام می‌شود.
- این تکنیک چگونه اجرا می‌شود؟ تفسیر ادراک خورد از رفتار دفاعی بیمار را بیان کنید. از طریق تفسیر، معنی افکار و یا انگیزه رفتارهای بیمار به وی بیان می‌شود.

نکاتی در مورد تفسیر:

- یک تفسیر صحیح، به طور مناسبی رفتار بیمار را در زمینه کل رفتارهایش توضیح می‌دهد.
- زمانی یک تفسیر صحیح است که بیمار موافق آن باشد و به طور ارادی بیشتر آن را بررسی کند و توضیح دهد.
- زمانی که تفسیر، گفتگوی هیجانی بیشتری به دنبال داشته باشد یا زمانی که اطلاعات جدیدی به دست دهد، به احتمال زیاد تفسیرتان اثربخش است.
- ممکن است تفسیرتان بسیار زیرکانه یا عالی باشد، ولی موثر بودن آن به قبول کردن از طرف بیمار بستگی دارد.
- زمانی که بیمار از رفتار خود آگاه نباشد، تفسیر اثری معکوس خواهد داشت زیرا بیمار احساس می‌کند درک نشده و از او انتقاد شده است و بیشتر از خودش در مقابل این اتهامات دفاع می‌کند و در نتیجه رابطه مختل می‌شود.
- در مورد بیمارانی که هذیان‌گزنند و آسیب دارند، تفسیر می‌تواند مصاحبه را کاملاً تخریب و مضمحل سازد.
- تفسیر به صورت مکانیسم دفاعی فرافکنی مطرح می‌شود و باید سه جزء مکانیسم‌های دفاعی که قبلاً گفته شد را در خود جای دهد.

تفسیر برای اهداف زیر بکار می‌رود:

- بیمار بیشتر درگیر شود
- ادراکات و نگرش‌های خود را بیشتر بفهمد
- تشویق شود در جریان مصاحبه و درمان، فعالیت بیشتری داشته باش

تفسیر چهار بعد دارد:

زمان بندی	معمولاً زمان مناسب برای ارائه یک تفسیر به راحتی مشخص می‌شود. زمانی که بیمار در مورد رفتارش کنجکاو می‌شود، آمادگی دارد که معنی آن را کشف کند. زمانی تفسیر را مطرح کنید که بیمار به غیرمنطقی بودن رفتار خود آگاه شده، و درباره معنی و مفهوم آن‌ها متعجب شده است
دیدگاه تفسیر	در تفسیری که از نقطه نظر درمان‌گر انجام می‌پذیرد، بیمار ممکن است احساس کند از او انتقاد شده، عصبانی، رنجیده و بی‌حوصله شده و مجبور به مقاومت می‌شود. در حالی که تفسیر صحیحی که از دیدگاه بیمار ارائه شود، بیشتر احتمال دارد که از سوی بیمار پذیرفته شود و صحت آن را تایید کند.
دامنه تفسیر	تفسیر می‌تواند در مورد موضوع محدودی باشد و یا در مورد موضوعات وسیع‌تری مثل سبک زندگی بیمار باشد. تفسیرهایی با دامنه وسیع ممکن است به اعتماد به نفس بیمار لطمه زده و رابطه را تخریب کند.
تأثیر بر بیمار	تفسیر یک اثر هیجانی بر بیمار دارد. بیمار ممکن است آگاهی تازه‌ای از موقعیت خود به دست آورد و احساس کند تحت فشار قرار گرفته است. شما باید صرفاً مطلبی را به بیمار ارائه دهید که در حد تحمل بیمار و یک مصاحبه یک ساعته باشد.

۴ مناسب‌ترین زمان برای استفاده از تفسیر در اداره کردن دفاع‌ها چه زمانی است؟ (دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۰)

- (الف) وقتی بیمار به غیرمنطقی بودن رفتار خود آگاه شده باشد
- (ب) وقتی بیمار آشکارا درک تحریف شده‌ای از واقعیت دارد
- (ج) وقتی بیمار بد گمان و مضطرب است
- (د) وقتی بیمار به دلیل شدت علائم حواسش منحرف می‌شود
- پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.



لغت	معنی	مرورها
specification	اختصاصی کردن	
Generalization	تعمیم	
Checking symptoms	وارسی علائم	
Leading question	پرسش‌های هدایت‌گر	
probing	کنکاش	
Interrelation[ارتباط متقابل	
Summarizing	خلاصه کردن	
Open ended approach	رویکرد باز	
Steering Techniques	تکنیک‌های پیش‌برنده	
Continuation	تداوم	
Echoing	پژواک	
Redirecting	هدایت مجدد	
Transition	گذار	
Tangential	تکلم مماسی	
Smooth transition	گذار ملایم	
Exaggeration	مبالغه کردن	
Confrontation	رویارو کردن	
Shifting	تغییر جهت دادن	
Induction to bragging	القای لاف زنی	
Bypassing	دور زدن	
Reassurance	اطمینان بخشی	
Distraction	منحرف کردن حواس	
Interpretion	تفسیر	
Self defeating	خود شکن	
Ideas of refrence	عقاید انتساب	
Ambivalent	دوسوگرا	



نشر علمی سنا
SANA



سلام! امروز حالت چگونه؟ این فصل نکات مهم و خوبی داره، سعی کن خوب یادش بگیری. توی این فصل یاد میگیری که در طول مصاحبه چطور وضعیت روانی بیمار رو ارزیابی کنی. برای بررسی روشهای ارزیابی وضعیت روانی لازمه که این سه مبحث رو خوب بخونی: مشاهده، گفتگو و کاوش. آزمونها که مرحله آخر ارزیابی وضعیت روانیه توی فصل ۵ بررسی میشه. برو بریم...



۵ کدام گزینه روشهای سه گانه ارزیابی وضعیت روانی در مصاحبه تشخیصی روانپزشکی را به درستی بیان می کند؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۹-۱۴۰۰)

ب مشاهده، ارزیابی و کاوش

د ارزیابی، گفتگو و بازخورد

الف مشاهده، گفتگو و کاوش

ج ارزیابی، مشاهده و بازخورد

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۶ کدامیک از گزینه‌های زیر روش‌های سه‌گانه ارزیابی وضعیت روانی در مصاحبه تشخیصی روانی را به درستی بیان می‌کند؟

(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۰)

- (الف) مشاهده، گفتگو و کاوش
(ب) مشاهده، ارزیابی و کاوش
(ج) ارزیابی، مشاهده و بازخورد
(د) ارزیابی، گفتگو و بازخورد
- پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۱. مشاهده (Observation)

مشاهده شامل بررسی ظاهر، هشیاری و رفتار روانی - حرکتی می‌باشد. به وسیله مشاهده، متوجه رفتارهای مختلف بیمار شده و معانی آن‌ها را تعبیر می‌نماییم. در مشاهده نیازی به همکاری بیمار نیست. تمام جوانب و ابعاد رفتار و حضور بیمار را که در همان چند دقیقه اول مصاحبه آشکار می‌شوند را مشاهده کنید، رفتارهایی مثل ظاهر بیمار، هشیاری، رفتار روانی - حرکتی و عاطفه.

- نکته** در مورد بیمارانی که از صحبت کردن امتناع می‌کنند، معمولاً مشاهده تنها روش ارزیابی در دسترس خواهد بود.
- نکته** هر نوع اختلال و آشفتگی که مصاحبه‌گر مشاهده می‌کند را نشانه یا Sign می‌نامند.

ظاهر

زمانیکه با بیمار روبرو میشوید میتوانید جنس، سن، نژاد، وضعیت تغذیه، تیپ بدنی، بهداشت، لباس، و تماس چشمی را یادداشت کنید. در این زمان می‌توانید وجوهی را مشاهده کنید که با شروع یا وجود یک آسیب روانی رابطه دارد.

جنس و سن

- معمولاً سن و جنس با تشخیص رابطه دارند.
- **اختلالات روانی شایع در زنان:** بی‌اشتهایی، پرخوری روانی، اختلال جسمانی شدن، اختلالات خلق
- **اختلالات روانی شایع در مردان:** شخصیت ضد اجتماعی، سوء مصرف الکل
- **اختلالات روانی شایع در جوانان:** بی‌اشتهایی روانی، اختلال جسمانی شدن، شخصیت ضد اجتماعی، اسکیزوفرنیا
- **اختلال روانی شایع در افراد مسن:** دمانس پیشرونده
- **بیمارانی که از سن خود مسن‌تر به نظر میرسند:** معمولاً سابقه ای از سوء مصرف مواد، اختلالات شناختی، افسردگی یا بیماری‌های جسمی دارند.

نژاد و قومیت

- نژاد و قومیت می‌تواند منبع استرس یا واکنش‌های انطباقی باشد.
- نژاد و قومیت می‌تواند بر شروع یا شیوع اختلالات روانی اثر بگذارد.
- اختلافات بین زمینه‌های قومی - فرهنگی مصاحبه‌گر و بیمار، بر تعامل میان آن‌ها تاثیر می‌گذارد.
- زمینه‌های قومی و فرهنگی با اختلالات روانپزشکی خاصی رابطه دارد.
- بهتر است برای به حداقل رساندن فرض‌های کلیشه‌ای درباره رفتار بیماران، اطلاعاتی در مورد معنای رفتارها در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی مختلف داشته باشیم.
- **نکته** با داشتن اطلاعاتی در مورد معنای رفتارها در زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی مختلف از بیمار بخواهید که به شما کمک کند تا معنای رفتارش را از نظر خانواده یا کشورش بفهمید.

وضعیت تغذیه

- **فقر غذایی:** ممکن است ناشی از یک بیماری روانپزشکی یا طبی باشد.
- **فقر غذایی ناشی از بیماری‌های روانپزشکی:** بی‌اشتهایی روانی در زنان جوان، بی‌اشتهایی به علت الکل و سوء مصرف مواد، اسکیزوفرنیا و افسردگی.

فقر غذایی ناشی از بیماری‌های طبی: سرطان، دیابت، اختلالات غدد درون ریز

• **چاقی:** میتواند به دلیل اختلالات خوردن، اختلالات جسمانی شدن، اختلال خلق با پرخوری یا به دلیل استفاده از داروهای روانگردان خاص باشد.

نکته چنانچه در مورد سبب شناسی ابهامی دارید، میتوانید مستقیماً عادات غذایی بیمار را مورد خطاب قرار دهید.

بهداشت و لباس

• **عدم اراستگی و عدم رسیدگی و اهمیت ندادن به خود:** میتواند نشانه ای از وجود اختلالات روانپزشکی خاصی از جمله دمانس، سوء مصرف مواد و الکل، افسردگی، اسکیزوفرنیا باشد.

• **تمیزی بیش از حد و دست‌های قرمز:** نشانه ای از اختلال وسواسی-جبری است.

• استفاده از لوازم آلات رزق و برق دارو لباس نامناسب و آرایش غلیظ: ممکن است نشان دهنده وجود علائم هیستریک یا مانیک، یا یک اختلال شناختی باشد.

• **ظاهر عجیب و غریب و نامتعارف و نامناسب یا وقیحانه:** نشانه ای از وجود رفتار پسیکوتیک است.

نکته این شواهد فقط شما را هشیارتر می‌کند ولی نباید در جهت تشخیص خاصی باعث پیش داوری شود.

نکته بعضی از بیماران دوقطبی با ظاهرشان وضعیت خلق خود را به نمایش می‌گذارند.

تماس چشمی

حرکات غیرعادی چشم می‌تواند جنبه تشخیصی داشته باشد.

• **حرکات چشم بدون هدف:** نشان دهنده حواس پرتی، توهمات بیماری، مانیا یا اختلالات شناختی است.

• **اجتناب از تماس چشمی:** نشان دهنده خصومت، شرم و یا اضطراب است.

• **تعقیب مداوم حرکات مصاحبه گر:** ممکن است نشان دهنده بدگمانی باشد.

هشیاری

مصرف الکل، داروها یا تعدادی از حمله‌های پاروکزیمال، مثل غش کردن، حملات نازکولپسی، صرع کوچک، صرع بزرگ و یا کمپلکس پارشیال و حمله‌های تشنجی کاذب می‌توانند تغییراتی در سطح هشیاری ایجاد کنند.

بی حالی (لتارژی) میتواند نشان دهنده وجود یک اختلال روانی ناشی از وضعیت طبی، دلیریوم، دمانس، حالات فراموشی و دیگر اختلالات شناختی باشد.

نکته از بیمار بپرسید آیا تا به حال چنین حمله‌هایی را تجربه کرده است.

رفتار روانی-حرکتی

رفتار روانی-حرکتی سرخ‌های تشخیصی را در مورد هشیاری، عاطفه، سطح انرژی، آژیتاسیون و اختلالات حرکتی به دست می‌دهد که دامنه وسیعی از اختلالات روانپزشکی و نورولوژیک را دربرمی‌گیرند.

از نقطه نظر تشخیص، میتوان حرکات را در چهار گروه جای داد:

۱- وضعیت بدن

۲- حرکات روانی-حرکتی

۳- حرکاتی که بیانگر عاطفه‌اند

۴- حرکات مرکب غیرطبیعی

۱. وضعیت بدنی

وضعیت بدن، تون عضلات بدن را حفظ می‌کند و تون عضله سطح انرژی و میزان تنش آن را منعکس می‌کند.

• **تغییرات سریع در وضعیت بدن:** مثل سریع گام برداشتن منعکس کننده بی‌قراری است.

• **وضعیت بدنی شق و رق:** بیانگر افزایش سطح انرژی است.

- **وضعیت خمیده:** بیانگر کاهش سطح انرژی است.
- شکلک درآوردن، کاتالپسی، وضعیت خاص بدن، انعطاف پذیری مومی شکل: نشانگر اسکیزوفرنیا نوع کاتاتونیک، اختلال خلقی نامعین و ضایعات مغز میانی است.

نکته تون زیاد عضلات در یک بیمار تنش دار و بی قرار دیده می شود در حالی که در یک بیمار آرام و یا خواب آلود عضلات تون کمی دارند.

۲. حرکات روانی-حرکتی

از طریق حرکات روانی-حرکتی و تکلم، رفتار و اعمال بیان می شود. تفاوت های بین حرکات هدفمند، ژست های بیانگر و نمایشگر، و ژست های نمادین را تشخیص دهید.

- **حرکات هدفمند:** بیمار با استفاده از حرکات هدفمند، کاری را انجام می دهد. به عنوان تشخیص گذار، باید قضاوت کنید که آیا بیمار می تواند با استفاده از حرکات هدفمند به انجام اعمالش نایل آید یا نه. حرکات هدفمند در افسردگی، پارکینسونیسم، یا پارکینسونیسم ناشی از داروهای نورولپتیک کاهش می یابد. در دو مورد آخر، همه حرکات هدفمند سفت و سخت شده اند.

- **ژست های بیانگر و نمایشگر:** ژست های بیانگر و نمایشگر همراه تکلم اند. آن ها آنچه را که بیمار سعی می کند به طور کلامی منتقل کند، برجسته می کنند. ساده ترین شیوه این است که بیمار به هنگام صحبت ارتفاع، پهنا، یا شکل یک شی را نشان دهد.

نکته کودکان و بالغین ساده لوح داستان شان را با انواع حرکات دست آب و رنگ می دهند.

نکته افراد فرهیخته و تحصیل کرده از ژست های نمایشگر کمتر استفاده می کنند و نگرش و احساسات خود را به وسیله ژست های بیانگر ابراز می کنند.

- **برخلاف حرکات نمایشگر که محتوای پیام کلامی را دو برابر می کنند، حرکات بیانگر مکمل پیام کلامی هستند.**
- **ژست های نمادین:** ژست های نمادین ویژه فرهنگ اند. این نوع حرکات، تکلم را دوبرابر یا تکمیل نمی کنند بلکه جایگزین آن می شوند.

نکته اگر چه حرکات از طریق مشاهده ارزیابی می شوند، ولی از طریق محتوای تکلم شروع و قابل فهم می گردند.

۳. حرکات بیانگر عاطفه

ان حرکات، قابل مشاهده اند و اغلب در خلال مصاحبه دیده می شوند. بنابراین در قسمت عاطفه مورد بررسی قرار می گیرند.

۴. حرکات مرکب غیرطبیعی

شامل بهت (stupor)، تهیج یا برانگیختگی (Excitement) و اعمال تکانه ای است.

نکته اعمال تکانه ای نشان دهنده فقدان بینش یا قضاوت اند.

حرکات ناشی از آسیب های عصب شناختی عبارت اند از: لرزش، بی قراری حرکتی (آکانتیاز)، حرکت پریشی دیررس (تاردیودیس کینزیا)، کره (داء الرقص)، حرکات آتوتیک و تیک ها.

- **لرزش:** چنانچه لرزش ها، نامنظم، محدود به یک اندام و در طی زمان متغیر باشند، به لرزش های هیستریک مشکوک شوید. ترس، تعمد و قصد، لرزش ها را افزایش می دهد و حواس پرتی آن ها را کاهش می دهد.
- **بی قراری حرکتی (آکانتیاز) و حرکت پریشی دیررس (تاردیودیس کینزیا):** در اثر مصرف داروهای نورولپتیک ایجاد می شوند.

- **حرکات آتوتیک و حرکات کره ای:** نشان دهنده وجود یک بیماری نورولوژیک می باشند و باید آن را از کاتاتونیا افتراق داد. حرکات کره و آتوتیک در اعمال ارادی مداخله کرده و به هنگام خواب از بین می روند.

- **تیک ها:** به صورت حرکتی و یا کلامی جدای از هم می توانند وجود داشته باشند. طول مدت وجود تیک گاهی طولانی و بیش از یک سال و گاهی گذرا و کمتر از یک سال است. تیک ها را باید از اختلالات حرکتی استریوتایپی که آن ها هم تکراری و ناکارآمد هستند تفکیک کرد.

نکته اختلالات حرکتی کلیشه‌ای (استریوتایپی) معمولاً با عقب ماندگی ذهنی، نابینایی و ناشنوایی همراه بوده و بیشتر در مراکز نگهداری بیماران دیده می‌شود و حرکاتی چون دست دادن، پیچ و تاب، تکان دادن بدن، سر کوفتن، گاز گرفتن، کندن اطراف سوراخ‌های بدن یا پوست و به بدن ضربه زدن همه نمونه‌هایی از این حرکات استریوتایپی هستند.

۵. اختلال حرکتی در برخی از اختلالات روان پزشکی

- **بیماران ADHD:** آن‌ها معمولاً بی‌قرار به نظر می‌رسند و نمی‌توانند یکجا بنشینند و در صندلی خود وول می‌خورند و درخواست‌هایی همچون زمانی برای سیگار کشیدن، دسشویی رفتن، استراحت و یا آب داشته باشند.
- **بیماران افسرده بی‌قرار (آژیته):** قدم زدن اجباری افزایش یافته ولی سایر حرکات کاهش می‌یابد.
- **بیماران کاتاتونیک:** مشابه وقفه افکار، تمام حرکات روانی-حرکتی متوقف می‌شود. چنین حالتی ممکن است در زمان محدودی روی داده و هنگام بهبودی این کندی عمومی از بین برود. بیمار کاتاتونیک ممکن است از پاسخ دادن به شما امتناع کرده ولی هنگام برگشت و ترک اتاق با خصومت به شما واکنش نشان دهد. این حالت «واکنش آخرین لحظه» نامیده می‌شود.

۲. گفتگو (Conversation)

در یک گفتگوی معمولی، بیمار کمتر حالت تدافعی می‌گیرد. در اینجا شما نباید با «نقاط حساس» او برخورد کنید بلکه باید بی‌درنگ و پنهانی طیفی از کارکردها همچون توجه و تمرکز، تفکر و تکلم و عاطفه را ارزیابی کنید. هر نکته‌ای که در مورد بیمار متوجه شوید راهی است به سوی مشکلی که نیاز به ارزیابی بیشتری دارد.

نکته گفتگو شامل ارزیابی توجه و تمرکز، تکلم، تفکر، موقعیت سنجی، حافظه و عاطفه می‌باشد.

نکته گفتگو یا مکالمه با صحبت درباره هر موضوعی به غیر از مشکلات بیمار شروع می‌شود.

توجه و تمرکز

- وقتی بیمار جدیدی را می‌بینید، از او بپرسید که مثلاً ماشینش را کجا پارک کرده، یا ساعت ملاقاتش کی بوده است؟
- **بیمارانی که ملاک‌های یکی از چهار زیرگروه اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه را دارند:** ممکن است در مورد نقص توجه خود سرنخ‌هایی به شما بدهند. مثلاً هنگامی که از آنان سوالی باز و گسترده پرسیده می‌شود از بیان جزئیات عاجز مانده و یا روی عنوان متوقف می‌شوند و اغلب اظهار می‌کنند که فراموش کار هستند و همچنین سر و صدای راهرو، زنگ تلفن و یا رفت و آمد افراد پشت پنجره حواس آن‌ها را پرت می‌کند.
 - **مسمومیت با مواد:** بیمار خواب آلود و فاقد توجه به نظر می‌آید.
 - **افسردگی:** کاهش علاقه و تمرکز در بیمار دیده می‌شود.
 - **ضایعه لب پیشانی:** در ابتدا دارای هشیاری و توجه هستند ولی به سرعت تمرکزشان را از دست می‌دهند.

(ارشد وزارت بهداشت ۱۴۰۱)

۱. کدام کارکردها اغلب باهم ارزیابی می‌شوند؟

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| الف) حافظه، توجه و تمرکز | ب) حافظه درازمدت و کوتاه مدت |
| ج) حافظه، بینش و قضاوت | د) تمرکز، تفکر و بینش |
- پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

تکلم و تفکر

- تکلم، تفکر رمزبندی شده است و برای گشودن این رمز باید بدانیم بیمار به چه می‌اندیشد. همچنین باید دانست که مرکز تکلم، در نیم کره غالب قرار دارد. به منظور بررسی بهتر بیمار، تکلم و تفکر جداگانه بررسی می‌شوند.
- نکته** اختلال در تکلم ممکن است ناشی از اختلال تفکر باشد ولی همیشه اینطور نیست.

• **تکلم:** تکلم بیمار پنجره‌ای به سوی تفکر بیمار است و احساسی است برای تعیین طیف عاطفه او و شناسایی اختلال در تلفظ. برای پی بردن به این حوزه‌ها، بیمار را به صحبت در مورد موضوعات هیجانی دعوت کنید. در مورد اختلالات تکلم به تلفظ، ریتم و سلیس بودن آن توجه کنید.

اختلال در تلفظ (دیس آرتری یا تکلم غیرسلیس)	معمولا نشان دهنده وجود اختلال نورولوژیک، یا مسمومیت‌ها به ویژه، مسکن‌ها و خواب‌آورها و الکلی می‌باشد.
اختلال در ریتم تکلم (دیس‌پروژودی)	گفتار منقطع که در مالتیپل اسکروز (MS)، تکلم مقطع در صرع روانی-حرکتی، و من من کردن در کره هانتینگتون دیده می‌شود.
وجود اشکال در متوقف کردن بیمار	زمانی اتفاق می‌افتد که احتمالا کنترل بازداری دچار اشکال شده است.
جریان مداوم تکلم یا فشار	معمولا با حمله تکلم (Push of speech) همراه است؛ یعنی متوقف کردن تکلم چنین بیماری مشکل است. بیماران مانیک یا افرادی که مقادیر زیادی الکلی یا داروی محرک مصرف کرده‌اند ممکن است هر دو اختلال را داشته باشند. افرادی که اضطراب، یا افکار وسواسی-جبری دارند و همچنین بیمارانی که هذیان‌های آسیب و گزند دارند، فقط فشار تکلم را نشان می‌دهند.
آفازیا	آسیب به مراکز مغزی تکلم، اشکال مختلفی از آفازیا را ایجاد می‌کند. در آفازیا جریان و سرعت تکلم مختل می‌شود.

انواع آفازیا	<p>آفازیای بیانی (حرکتی): گفتار "تلگرافی" در این نوع آفازی رایج است. بیمار تلاش می‌کند تا کلمات مناسبی پیدا کند و کلماتی که فراموش کرده است را تعریف کند. آفازیای بیانی یا حرکتی ناشی از آسیب به ناحیه بروکا در لب پیشانی نیمکره غالب است. این اختلال یا به طور ناگهانی، پس از ضربه به سر یا سکنه مغزی یا به تدریج به علت وجود تومور در مغز و درابتدای سالمندی (بیماری آلزایمر) ایجاد می‌شود.</p> <p>آفازیای دریافتی (حسی) یا پارافازیا: قادر به فهم آنچه به آن‌ها گفته می‌شود نیستند. در این نوع آفازیا ناحیه ورنیکه آسیب دیده است که در لب گیجگاهی نیم کره غالب قرار دارد و مرکز رمز گشایی تکلم است.</p>
--------------	--

نکته به گفتار ناسلیس که همراه مکث‌های زیاد و بدون استفاده از حروف اضافه، حروف ربط و ضمائر بین اسامی و افعال می‌باشد، گفتار تلگرافی گفته می‌شود که در آفازی بیانی رایج است.

نکته به جریان پیوسته و بی‌معنایی از کلمات، سلاله کلمات گفته می‌شود. در این گفتار مکث‌ها حذف می‌شود و کلمات به طور نادرست به کار برده می‌شوند. این شرایط در پارافازیا رایج است.

خودمونی‌تر بگم؟ در تکلم بیماری که دچار پارافازیا هستند، کلمات غلط زیادی پیدا می‌شود. کلمات جدیدی رو اختراع می‌کنن و اون ساختار صوتی عادی کلمه رو هم تحریف می‌کنن. به عبارتی این افراد سلاله‌ای از کلمات درست می‌کنن که بقیه متوجه نمیشن چی به چیه...

انواع آفازیای دریافتی (حسی)

- **پارافازیای معنایی** ← یک لغت صحیح جایگزین یک لغت صحیح دیگری می‌شود که البته لغت نامناسبی است. مثال: "نامه را با علفم نوشتم"
- **پارافازیای ادبی یا صوتی** ← فقط یک سیلاب یا یک حرف جایگزین می‌شود. مثال: "نامه را با پلم نوشتم"
- **پارافازیای تقریبی** ← کلمه صحیح به وسیله کلمه صحیح دیگر که رابطه‌ای با کلمه صحیح دارد جایگزین می‌شود. مثال: "من نامه ام را به وسیله اسباب نوشتن مینویسم"
- **پارافازیای واژه سازانه** ← یک واژه جدید خلق می‌شود. مثال: "نامه را با این زمپس نوشتم. یکشنبه‌ها دوست دارم فلووم ببینم"

نکته پارافازیا در اسکیزوفرنیا و یا پسیکوزهای کارکردی بدون هیچ گونه اختلال ارگانیک مشخص نیز رخ می دهد.

۲ در جریان مصاحبه بیمار می گوید «نامه را با علغم نوشتم و دوست دارم با ماشین اطراف چادرم رانندگی کنم» کدام علامت در مورد صحبت او مناسب تر است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۰)

- (الف) دیس آرتریا (ب) پارافازیا (ج) دیس پروزودی (د) دیس آفازیا
- پاسخ:** گزینه (ب) صحیح است.

۳ در کدامیک از انواع آفازی، سلاست (روانی) زبان آسیب می بیند؟
(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۱-۱۴۰۲)

- (الف) هدایتی (ب) نامیدن (ج) حسی ترانس کورتیکال (د) ایزولاسیون
- پاسخ:** گزینه (د) صحیح است.

خب چون دل، بعد از زدن یه تست خوب وقت چیه؟ و قشقه بهت یاد بدم چجوری بین آفازیای دریافتی و پارافازیای تکلمی در بیماران اسکیزوفرنیک افتراق قائل بشی! یادت نره این تشخیص افتراقی ها خیلی مورد علاقه طراحان عزیزه...

علائم زیر در بیماران مبتلا به آفازیای دریافتی مشاهده می شود:

- فقر افعال و اسامی
- حذف حروف ربط، حروف اضافه و حروف ندا
- واژه سازی تصادفی، بدون تکرار و بدون هیچ معنای ثابت
- جملات جدا که از نظر ساختار دستوری بی معنی و غیر قابل فهم می باشند

در مقابل، علائم رایج در بیماران اسکیزوفرنیک عبارت اند از:

- از واژه سازی های مشابهی به کرات استفاده می کنند
- معنای خصوصی به واژه ها می دهند
- ساختار دستوری جملات دست نخورده باقی می ماند
- اشکال دیگری از بهم ریختگی تکلم همچون از خط خارج شدن، گسیختگی تداعی ها و تفکر مماسی نشان می دهند

تفکر و عاطفه: عاطفه در پاسخ های خودکار بیمار؛ حرکات واکنشی، چهره ای و تیماری؛ و در تکلمش متجلی می شود. عاطفه در اختلالات روانپزشکی متعددی مختل می شود.

اگر صلاح بدونی چندتا نکته خصوصی درباره اهمیت عاطفه بهت بگم تا از بقیه رقبات جلو بیفتی و کارو تمیزتر درباری! بفرما

- تأخیر طولانی در پاسخ به سوال های شما می تواند نشانه ای از عاطفه افسرده باشد.
- در مانیا زمان واکنش کوتاه می شود.
- زمان واکنش در اسکیزوفرنیا، متغیر است.
- صدای بیمار مانیک به علت زیاد صحبت کردن ممکن است خشن باشد.
- در صورتی که مشکل شنوایی وجود نداشته باشد، معمولاً بلند صحبت کردن و فریاد زدن ناشی از فقدان بازداری است که می تواند ناشی از مانیا یا مسمومیت باشد.
- یک صدای نرم، آرام، پایین و توأم با درنگ می تواند نشان دهنده اضطراب و افسردگی باشد.
- حالت تکلم، انعکاسی از عاطفه است. بیماران اسکیزوفرنیک و افسرده ممکن است به طور یکنواختی صحبت کنند در حالی که بیماران مانیک یا بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شدن، به طور مفرطی صدایشان دچار نوسان است.
- یک بیمار مضطرب یا هیجان زده تن صدایش بالا می رود و همراه با غم و ناراحتی تن صدای پایین می آید.

تفکر

تفکر به وسیله تکلم منتقل می‌شود. باید بین اختلالات تکلم و اختلالات تفکر تفاوت بگذارید. در رابطه با ارزیابی تفکر، سه معیار به شما کمک می‌کند: مفهوم واژه یا کلام، محکم بودن تداعی‌ها و هدفمند بودن.

● **مفهوم واژه:** بیمارانی که از نظر مفهوم و معنای کلمه مشکل دارند، واژه‌ها را به گونه‌ای عینی و فراشمول به کار می‌برند. چنین اختلالی در تفکر صوری از همان ابتدای مصاحبه مشخص می‌شود.

● **تفکر عینی:** هم عقب ماندگان ذهنی و هم بیماران اسکیزوفرنیک، معنای نمادین واژگان را از دست می‌دهند و معنای کلمه را به موقعیت‌های خاصی محدود می‌کنند. بنابراین باید توجه کرد که تفکر عینی محدود به بیماران اسکیزوفرنیک نیست. آزمون تفکر عینی بدین صورت است که از بیمار خواسته می‌شود ضرب المثل‌هایی که با آن‌ها آشناست را تفسیر کند.

● **فراشمولی:** در فراشمولی که عکس تفکر عینی است، مفهوم و معنای واژه وسیع‌تر می‌شود. با استفاده از مجموعه‌ای از آزمون‌ها بیماران اسکیزوفرنیک از بیماران افسرده و نوروتیک در عاملی بنام فراشمولی متمایز می‌شوند، اما در عوامل کندی و عینی این تمایز رخ نمی‌دهد.

خب بزار با یه مثال تفاوت این دو نوع تفکر رو بهتر برات روشن کنم. اگه از عمو حسن که تفکر تماما عینی داره پرسیم چی باعث شد که اومدی اینجا؟ به جای اینکه دلیل اومدنش رو بگه، می‌گه: با اسنپ اومدم! اینم شد جواب؟! حالا همینو از آقا جواد که تفکر فراشمولی داره پرسیم احتمالا می‌گه: غرب. من غرب اینجا زندگی میکنم و با بادی که از سمت غرب میاد هم مسیرم. تمام مشکلاتم در شرق بیشتره...

● **محکم بودن تداعی‌ها و هدفمند بودن:** جملات و کلمات بیمار تا چه اندازه محکم با یکدیگر ارتباط دارند. اختلال تداعی‌ها غالبا به از دست رفتن هدفمندی می‌انجامد، بجز دو نوع از اختلال در تداعی‌ها که در آن‌ها به طور کلی یا نسبی هدف حفظ می‌شود که عبارت‌اند از حاشیه‌پردازی و تفکر مماسی.

● **حاشیه‌پردازی (Circumstantiality):** در حاشیه‌پردازی بین جملات ارتباط محکمی وجود دارد و در انتها نیز به هدف می‌رسند ولی تفکر بیمار روی خط فرعی در طول یک مسیر مارپیچ همراه با جزئیات نامربوط است. حاشیه‌پردازی ویژگی بارزی در اختلالات وسواسی-جبری و اختلالات شناختی است.

● **تفکر مماسی (Tangentiality):** در تفکر مماسی، تداعی‌ها سست یا به یکدیگر پیوسته هستند. بیمار به هدف نمی‌رسد اما پاسخ‌های وی خیلی نزدیک به هدف است.

۴ **هنگامی که در بیان بیمار بین جملات ارتباط محکمی وجود ندارد و در انتها به هدف می‌رسد ولی تفکر بیمار روی خط فرعی در طول یک مسیر مارپیچ همراه با جزئیات است، چه ویژگی وجود دارد؟** (دکتری وزارت بهداشت ۹۵-۹۶)

الف) تفکر عینی ب) تفکر مماسی ج) تفکر فراشمولی د) تفکر حاشیه‌پردازی
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۵ **هنگامی که در جملات بیمار ارتباط محکمی وجود دارد و در انتها نیز به هدف خود می‌رسد، ولی تفکر بیمار روی خط فرعی در طول یک مسیر مارپیچ همراه با جزئیات نامربوط است، چه موردی اتفاق افتاده است؟** (ارشد وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

الف) پرش افکار ب) تکلم قطعه قطعه ج) حاشیه‌پردازی د) تفکر مماسی
پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

۶ **طی مصاحبه بالینی از بیماری پرسیده می‌شود که چه باعث شد اینجا بیایی؟ می‌گوید: «من این احساس را دارم، من تمام مدت این احساس را دارم، تمام صحبت‌ها راجع به من، میتونی تصور کنی چه احساسی بهت دست میده وقتی این‌ها پخش شود؟ اولین دفعه در محل کارم بود، حالا به نظرم در همه جا هست.» بیمار چه علامتی را نشان داده است؟** (دکتری وزارت بهداشت ۹۵-۹۴)

الف) Circumstantiality ب) Perseveration ج) Tangentiality د) Flight of idea

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

۷ برای بیماری که در پاسخ به این سوال چه شد که اینجا آمدید؟ گفت: «این احساس دارم، من تمام مدت این احساس را دارم، تمام صحبت‌ها را راجع به منه، میتونی تصور کنی چه احساسی بهت دست میده وقتی این‌ها پخش شود، اولش سرکارم بود...»
(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۰)

الف) تکرار ب) پالیلیا ج) حاشیه‌پردازی د) تفکر مماسی
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

در دو اختلال بالا که توضیح داده شد، به طور کلی یا نسبی هدف حفظ می‌شود ولی در اختلال شدید تفکر، بیمار به هدف نمی‌رسد و تداعی‌ها مختل می‌شوند که ده نوع از این اختلال‌ها در پایین بررسی می‌شود.
درجا زدن (Perseveration)

- اگر چه موضوع صحبت عوض می‌شود ولی بیمار یک سری از کلمات و جملات را تکرار می‌کند و یا اینکه به یک موضوع خاص می‌چسبد.
- به کلمه تکرار شده "کلمه ذخیره" یا Stock phrase گفته می‌شود.
- درجا زدن در افسردگی اساسی، آسیب لب پیشانی و اسکیزوفرنیای کاتاتونیک مشاهده می‌شود.

۸ تمایل برای تمرکز بر یک ایده یا محتوای خاص بدون آن که فرد بتواند به سمت موضوعات دیگر حرکت کند، چه نام دارد؟
(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

الف) تفکر مماسی Tangential ب) درجاماندگی Perseveration
ج) حاشیه‌پردازی Circumstantial د) واژه سازی Neologism
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

تکرار مرضی با پالیلیا

- بیماران کاتاتونیک و گاهی بیماران مانیک به طور خودکار و به خصوص در انتهای جمله، کلمات یا عباراتی را تکرار می‌کنند.

تداعی صوتی (Clang association)

- در اینجا کلمات نه براساس معنی و نه براساس منطق بلکه فقط براساس شباهت صداها، تکرار می‌شوند.
- برخی از تداعی‌های صوتی شبیه قافیه هستند.
- این اختلال در بیماران مبتلا به دمانس، پارافازی صوتی، اسکیزوفرنیا و برخی دوره‌های مانیا دیده می‌شود.

توقف فکر و از خط خارج شدن

- در توقف فکر، جریان فکر ناگهانی متوقف می‌شود و پس از مکث، ممکن است فکر کاملاً جدیدی را شروع کند، که به این حالت از خط خارج شدن می‌گویند.
- اگر از بیمار پرسید که در هنگام قطع فکر چه اتفاقی افتاد؟ به شما خواهد گفت که ناگهان سلسله افکارش را از دست داده است، به این حالت "حذف فکر" گفته می‌شود.
- قطع فکر، مشابه صرع کوچک در کودکان است.

پرش افکار

- پرش افکار، تکلم بی‌هدفی است که به علت حواس‌پرتی ایجاد می‌شود.
- بیمار در هنگام پاسخ دادن به یک سوال مرتباً یک سری افکار جدیدی را شروع می‌کند که محرک این افکار جدید، اغلب کلمات جمله‌های قبلی است.
- در پرش افکار که از مشخصات بیماران مانیک است می‌توانید لغاتی را که بین دو جمله متوالی پیوند ایجاد می‌کنند را پیدا کنید، ولی این جملات به هدف نمی‌رسند.
- معمولاً پرش افکار با تکلم شتابنده همراه است؛ این حالت در کلام بیماران اسکیزوفرنیک که محتوای مرموزی دارند دیده نمی‌شود.

تکلم قطعه قطعه

- بیمارانی با این نوع تکلم، از عباراتی استفاده می‌کنند که ارتباطی با یکدیگر ندارند.
- در این نوع تکلم، بیمار به صورت پیوسته و پشت سرهم از جملات نامربوط استفاده می‌کند.
- این نوع تکلم مختص هیچ گونه اختلال روانپزشکی نیست و در بیماران دوقطبی، دوره مانیا، اسکیزوفرنیای نوع آشفته و کاتاتونیک یا دمانس دیده می‌شود.

کلام نامربوط (Non sequitur)

- کلام نامربوط پاسخی است که هیچ ربطی به جواب ندارد و در سطح تفکر عینی و یا انتزاعی است.
- این نوع اختلال تفکر در دمانس و اسکیزوفرنیا دیده می‌شود.
- پرت و پلا گویی
- در این اختلال تفکر، بیمار از جملاتی استفاده می‌کند که ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند ولی به دنبال آن گروه‌های دیگری از جملات را می‌گوید که ارتباط یا هدفی ندارند.
- این نوع کلام اغلب در بیماران مبتلا به دلیریوم و مسمومیت با مواد دیده می‌شود. هنگامی که با این نشانه روبرو شدید وجود سایر نشانه‌های مسمومیت مانند تکلم شل، آتاکسی در راه رفتن و نیستایگوس را بررسی کنید.

یاوه گویی (Deriveling)

- در این حالت بیمار کسی است که کودکانه سخن می‌گوید.
- بیمار در دستور زبان جمله‌سازی مشکلی ندارد و به نظر می‌رسد جملات بعدی به هم مرتبطند، ولی با این حال کلام بیمار را نمی‌توان فهمید.
- در یاوه گویی، تکرار مرضی و درجا زدن دیده نمی‌شود، ولی واژه‌سازی‌هایی (آگراماتیسم نامفهوم) وجود دارد.
- این اختلال در آفازی ورنیکه و در اسکیزوفرنیای مزمن وجود دارد.

سالاد کلمات

- در مورد بعضی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمنی که در بیمارستان بستری‌اند، رابطه معنی‌دار میان واژگان کاملاً از بین می‌رود.
- در کلام قطعه‌ای رابطه بین عبارات و جملات سست می‌گردد، در حالی که در سالاد کلمات، لغات بدون اینکه ارتباط معناداری با یکدیگر داشته باشند پشت سرهم به صورت متوالی بیان می‌شوند و گفتار بیمار کاملاً غیرقابل فهم است.
- بلور سالاد کلمات را اسکیزوفازی نامید.
- تفاوت و نقاط تمایز بین این اختلالات خیلی مهمه! پس بیار دیگه با هم مقایسه‌شون کن تا ببینی چی به چیه. حالا که تکلم و تفکر بیمار رو بررسی کردیم، وقتشه بریم سراغ ارزیابی موقعیت‌سنجی...
- موقعیت‌سنجی (Orientation)
- به منظور بررسی موقعیت‌سنجی نسبت به مکان، در اولین ملاقات از بیمار بپرسید چگونه مطب را پیدا کرده است.
- یکی از شاخص‌های حساس موقعیت‌سنجی زمان است. برای بررسی موقعیت‌سنجی نسبت به زمان، بپرسید کی وقت ملاقات با شما گرفته است.
- از بیمار بستری شده، طول مدت اقامتش در بیمارستان را سوال کنید.
- بیماران عقب مانده ذهنی نیز ممکن است نتوانند نسبت به زمان موقعیت‌سنجی کنند ولی این گروه بهانه نمی‌آورند و انکار نمی‌کنند.
- بیماران منزوی یا بیمارانی که حواس‌پرتی دارند نیز ممکن است اختلال موقعیت‌سنجی را نشان دهند، ولی اگر شما برای جواب گرفتن پافشاری کنید، جواب صحیحی می‌دهند.
- چنانچه بیمار اختلال موقعیت‌سنجی دارد، به جای پرسیدن تاریخچه اخیر فقط وضعیت روانی را ارزیابی کنید.

حافظه (Memory)

در ابتدای گفتگو می‌توانید حافظه بیمار را به روش غیررسمی بررسی کنید. مثلاً وقتی خودتان را معرفی می‌کنید، اسم‌تان را برای بیمار هجی کنید، اگر توانست اسم شما را تکرار کند، یادآوری فوری او سالم است؛ اگر بعداً نیز توانست نام شما را بگوید، حافظه اخیر نیز به نظر سالم است.

صحبت و گفتگو از وقایع گذشته امکان وجود اختلالات حافظه را مشخص می‌کند. بیمارانی که اختلالات حافظه دارند بر وقایعی تمرکز می‌کنند که راحت‌تر به یاد می‌آورند. بنابراین بهتر است موضوع صحبت را خودتان انتخاب کنید، مانند فیلم‌ها، وقایع ورزشی، سریال‌های تلویزیونی.

تحریف حافظه: اختلالات روانپزشکی می‌توانند حافظه را تحریف نمایند.

• **بیمار افسرده:** ممکن است ادعا کند که از کودکی دچار افسردگی بوده، یا اصولاً بازنده، گناهکار، یا جانی و تنه‌کار به دنیا آمده است.

• **بیمار مانیک:** ممکن است در موقعیت‌هایش مبالغه کند، و یا تجارب گذشته را تحریف نماید.

• **بیمار اسکیزوفر نیک:** ممکن است ظلم و گزند و آسیب‌هایی را که هرگز اتفاق نیوفتاده است را بیان کند.

• **بیمار مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی:** ممکن است یک تاریخچه زندگی را جعل کند.

حافظه کاذب: دژاوو و دژاووکو عمدتاً در بیماران با آسیب‌های لب‌گیجگاهی رخ می‌دهد، و نیز در اشخاصی که اختلال خاص عصبی شناختی ندارند. در اختلالات تجزیه‌ای حافظه کاذب دیده می‌شود که در آن مواردی از سوءاستفاده جنسی ادعا می‌شود ولی صحت و سقم آن معلوم نمی‌شود.

عاطفه (Affect)

عاطفه، واکنش هیجانی قابل دیدن و شنیدن فرد نسبت به وقایع بیرونی و درونی (مانند افکار، عقاید، خاطرات برانگیخته شده و تفکرات) است.

نکته: عاطفه به صورت‌های مختلفی ابراز می‌شود از جمله واکنش‌های خودکار، وضعیت بدن و...

بیا تا روش‌های ابراز عاطفه رو بهتر یاد بگیریم و بعدش تفاوت عاطفه و خلق رو جمع و جور بهت بگم. بزن بریم...

روش‌های ابراز عاطفه

● تلفظ کلمات

● انتخاب کلمات

● واکنش‌های خودکار

● وضعیت بدنی

● حرکات چهره‌ای

● حرکات واکنشی

● حرکات تیماری

● آهنگ صدا

• **واکنش‌های خودکار:** از طریق دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک اعمال می‌شوند. این واکنش‌ها در حالات رنگ پریدگی ناشی از عصبانیت، در سرخ شدن، تعریق و لرزش، قابل مشاهده می‌گردند.

• **حرکات چهره‌ای:** شامل حرکات عضلات اطراف دهان، بینی و چشم‌ها است.

• **حرکات واکنشی:** چهره و کل بدن را در برمی‌گیرد. آن‌ها در پاسخ به محرک تازه ایجاد می‌شوند، بنابراین حرکات واکنشی نشان‌دهنده هشیاری، تعجب و علاقه هستند.

• **حرکات تیماری:** به دستکاری و مرتب کردن ظاهر شخصی مربوطند. این حرکات برای ایجاد راحتی و یا به دست آوردن آرامش نیز انجام می‌شوند.

حالا ببینیم تفاوت عاطفه با خلق چیه؟!

خلق	عاطفه
مدت زمان خلق طولانی‌تر است (پایدارتر است)	لحظه ای است (۱ تا ۲ ثانیه طول می‌کشد)
به محرک‌های بیرونی و درونی وابسته است و بر اساس محرک‌ها تغییر می‌کند خود به خود تغییر می‌کند	روینا و سطح است (سطحی و قابل مشاهده)
در زمینه تجربه هیجانی است (عمیق و بنیادی‌تر)	مصاحبه‌گر می‌تواند عاطفه را مشاهده کند (نشانه)
خود بیمار خلش را بیان کند (علامت)	

کارکردهای عاطفه

درک از خود

ارتباط

انگیزه

- **درک از خود:** عاطفه ارزش قضاوت هیجانی دارد و به ما می‌گوید آنچه را که تجربه می‌کنیم، دوست داریم یا از آن متنفریم؟
- **ارتباط:** عاطفه، احساسات ما را بیان کرده و آن‌ها را برای دیگران قابل شناسایی می‌کند. بنابراین واکنش هیجانی ما نسبت به رویدادها، روابط بین فردی، رفتارها و موقعیت‌ها ما را به دیگران مرتبط می‌کند.
- **انگیزه:** عاطفه پیش‌تاز برای عمل است. مثلاً احساس خشم و غضب، باعث خشونت و رفتار تخریبی می‌شود.

اساس و ریشه عاطفه چیست؟

پژوهش‌ها از فرضیه چارلز داروین حمایت کرده‌اند، فرضیه داروین بر غریزی و همگانی بودن حالت‌های هیجانی و عاطفه مبتنی است.

نکته همه ما نه عدد عاطفه غریزی داریم؛ این عواطف عبارت‌اند از تنفر، تعجب، خوشحالی، خشم، ترس، غم، علاقه، شرم، خشنودی.

این هیجانات اساسی در ۱۸ ماه ابتدای زندگی، در یک توالی قابل پیش‌بینی ایجاد می‌شوند. بنابراین عاطفه یک وسیله ذاتی برای روابط بین فردی است که ممکن است در اختلالات روانپزشکی مختل شود.

نکته تمامی عواطف نه گانه در اختلالات روانپزشکی مختل می‌شوند یا در یک اختلال روانپزشکی خاص، یک یا دو تا از عواطف اساسی ممکن است بر بقیه غالب شوند.

چگونه عاطفه را ارزیابی می‌کنید؟

ژست‌ها و حالت‌های چهره بیمار را تماشا کنید. نشانه‌های غیرکلامی، قبل از ارتباطات کلامی پدیدار می‌شوند و بدون توجه به محتوای کلامی ادامه می‌یابند.

نکته عاطفه می‌تواند حاوی پیام دوگانه‌ای باشد. عاطفه خودجوش، از سیستم لیمبیک و خارج هرمی نشئت می‌گیرد و بر عاطفه عمدی مقدم است.

نکته وقتی بیمارانی که مورد مصاحبه قرار می‌گیرند عاطفه خود را سرکوب می‌کنند، شما می‌توانید آن را برانگیزانید. برای نیل به این امر، از بیمار بخواهید درباره موضوعات حساس صحبت کند.

میبینی ما آدما چقدر پیچیده‌تر از اون چیزی هستیم که نشون میدیم؟ مخصوصاً وقتی پای هیجان و ابراز اون وسط باشه، در اکثر اوقات، شروع به سرکوب و نشون دادن هیجانات فیک می‌کنیم! خارج از بحث کتاب، یه روش درمانی به نام روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت یا ISTDP با تمرکز بسیار زیادی بر این هیجانات بنیادی و روش‌هایی که اونا رو ابراز می‌کنیم، به ما کمک میکنه تا هیجانات فیک رو کنار بزاریم و هیجانات واقعی سرکوب شدمون رو تشخیص و ابراز کنیم. این روش درمانی جذاب، توسط یه ایرانی به اسم دکتر دوانلو ابداع شده که معروفه به روش متد قفل‌گشایی ناخودآگاه!

ابعاد عاطفه



• ابعاد اولیه:

- **کیفیت:** برای مثال یک نگاه بی‌قرار و بیمناک شما را از سرگشتگی آگاه می‌کند و از این قبیل.
- **شدت:** نشان‌دهنده میزان درگیر شدن بیمار با یک موضوع است، برای مثال بیماران اسکیزوفرنیک اغلب قادر به درگیر شدن در یک موضوع نیستند و مصاحبه با آن‌ها شبیه صحبت با یک کامپیوتر است.
- **مدت:** یک پاسخ عاطفی ممکن است در یک چشم به هم زدن ایجاد شود و بعد با همان سرعت از بین برود و ممکن است به آهستگی به وجود بیاید و بعد روبه کاهش بگذارد و یا روشن و خاموش شود. عاطفه ناپایدار در بیمار دچار مسمومیت یا مانیا رخ می‌دهد.
- **تناسب:** رابطه بین عاطفه و محتوای فکر، تناسب آن را تعیین می‌کند. عاطفه ممکن است نامتناسب باشد، مثل بیمار اسکیزوفرنیکی که درباره مرگ مادرش می‌خندد. اختلال دیگری که در رابطه بین عاطفه و محتوای فکر دیده می‌شود، فقدان نگرانی است که ممکن است بیماران مبتلا به واکنش تبدیلی نشان دهند (ژانه این حالت را بی‌تفاوتی زیبا نامید).

• ابعاد ثانویه:

- **دامنه:** دامنه عاطفه می‌تواند طیفی از کیفیات گوناگون از عاطفه محدود تا گسترده باشد. در بیمار اسکیزوفرنیک منزوی، بیمار افسرده همراه با کندی و یا بیمار وسواسی-جبری، عاطفه محدود دیده می‌شود. در مسمومیت‌ها و بیماران آسیب مغزی عاطفه گسترده دیده می‌شود.
- **کنترل:** میزان کنترل بیمار بر عواطف‌اش را نیز ارزیابی کنید.

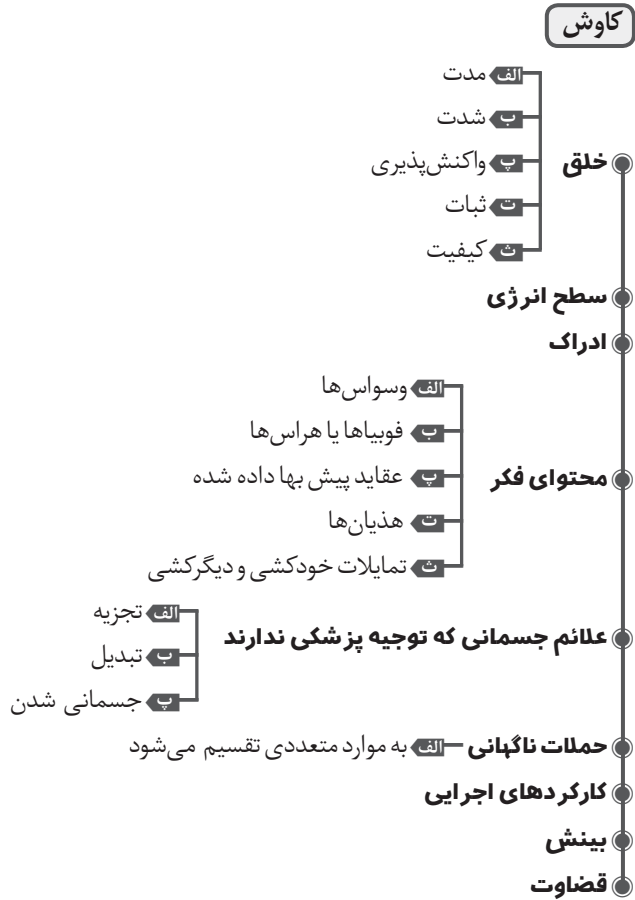
نکته دستگاه لیمبیک مغز، به تکلم و اعمال رنگ هیجانی می‌دهد، لب آهیانه‌ای راست (غیر غالب این هیجان‌ها را شناسایی می‌کند و لب پیشانی راست آن‌ها را ابراز می‌کند. بنابراین با ارزیابی عاطفه، مصاحبه‌گر درباره کارکرد ساختارهای تحت قشری و قشری مغز اطلاعاتی به دست می‌آورد.

نکته یک حالت چهره خشک با چشمانی که حرکت زنده‌ای دارند چنان که انگار از پشت یک ماسک می‌کنند، همراه با ژست‌های نامتراکم دهان که اسپاسم پوزه نامیده می‌شود، نشان‌دهنده وجود کاتاتونیا است.

یادته گفتم شدت عاطفه یعنی میزان درگیر بودن بیمار با یک موضوع؟ خب پس حالا که یادته می‌خوام به نکته جدید بهش اضافه کنم تا مصاحبه‌گر بهتری بشی. چرا منتظری! گوشتو بیار جلو؛ اینو فقط به تو میگم... قضیه اینه که وقتی در مورد هذیان‌ها و افکار بیش بها داده شده به بیمار اسکیزوفرن نوع پارانویا باهاش صحبت کنی، بیمار درگیر موضوع میشه و احتمالا واکنش‌هایی نشون میده. یه عمومی به نام لئونارد به این حالت عاطفی میگه پارافرنیای پروییمان!

۳. کاوش (Exploration)

مصاحبه‌گر می‌تواند بدون رضایت بیمار او را مشاهده کند و با او صحبت و گفتگو داشته باشد. ولی در کاوش، مصاحبه‌کننده نیاز به همکاری بیمار دارد تا درباره خودش صحبت کند. در کاوش لازم است شما به طور عمیق‌تری به کنکاش معنایی که در پشت کلمات، رفتار، و واقعیت‌هایی که بیمار بیان می‌کند بپردازید. وقتی که جمله زیر را می‌پرسید کاوش را شروع کرده‌اید: "چه چیزی شما رو اینجا آورده؟"



خب بعد این تقسیم بندی جمع و جور از قسمتهای مختلف کاوش، باید بدونیم چه زمانی باید علائم و نشانه ها رو از بیمار بپرسیم؟ نگران نباش، همین الان بهت میگم که چه وقتی باید فوراً علائم رو از بیمار بپرسی:

- اگر علائم و نشانه ها باعث تخریب رابطه شوند
 - چنانچه بعداً ممکن است فراموش شوند
 - زمانی که علائم هسته اصلی آسیب روانی هستند
 - اما یه وقتایی هم لازمه که کاوش و پرسیدن علائم رو به تاخیر بندازیم؛ از جمله زمانایی که:
 - علائم یا نشانه ها اهمیت چندانی نداشته باشد
 - پرسیدن علائم شما را از مسیر اصلی مصاحبه دور کند
 - علائم بخشی از یک سایکوپاتولوژی پیچیده مثل یک سیستم هذیانی باشد
- یه نکته مهم بهت بگم کیف کنی؛ وقتی مشغول ارزیابی وضعیت روانی و کاوش هستیم ممکنه درگیر مسائل غیرضروری و جزئیات بالینی بشیم. پس همیشه یادت باشه که چهار علامت کلیدی زیر رو بررسی کنی! (برای اینکه یادت نره یه رمز از حروف اول هر علامت رو بزار کنار هم که میشه SOAP)

چهار علامت کلیدی در کاوش یا SOAP

سایکوز Psychosis

مصرف الکل و دیگر مواد Alcohol

وضعیت‌های ارگانیک Organic

تمایلات خودکشی و دیگرکشی Suicidal

- **تمایلات خودکشی و دیگرکشی:** احتمال خطر آنی را مطرح می‌کنند.
- **وضعیت‌های ارگانیک:** شرایط طبی عمومی نامیده می‌شوند و در ایجاد اختلالات شناختی نقش دارند.
- **مصرف الکل و دیگر مواد:** باعث ایجاد مسمومیت، محرومیت، و عوارض سمی بلند مدت بر مغز و دیگر دستگاه‌های بدن می‌شوند.
- **سایکوزها:** هذیان‌ها و توهمات هستند که رابطه بیمار را با واقعیت قطع می‌کنند و بیمار را قربانی تفکرات غیرمنطقی و ادراک غیرواقعی می‌سازند.
- **نکته:** به طور کلی در کاوش به دنبال ارزیابی خلق، سطح انرژی، ادراک، محتوای فکر، علائم جسمانی که توجیه پزشکی ندارد، کارکرد اجرایی، حملات ناگهانی، بینش و قضاوت هستیم.

خلق

شناخت خلق بیمار بسیار مهم است زیرا خلق، حالت احساسی طولانی مدت فرد است که تمام تجربیات فرد را فیلتر می‌کند. خلق الزاما قابل تشخیص نیست و زمانی آشکار می‌شود که مستقیما درباره آن از بیمار سوال شود. گاهی اوقات اختلاف واضحی بین عاطفه و خلق مشاهده می‌شود؛ بیمار عاطفه‌اش را با استفاده از نقاب اجتماعی کنترل می‌کند، ولیکن خلق افسرده‌ای را توصیف می‌کند. خلق پنج بعد دارد که عبارت‌اند از کیفیت، ثبات، واکنش پذیری، شدت، مدت. این ابعاد را می‌توان زمانی که در طی مصاحبه پدیدار می‌شوند، مورد کاوش قرار داد.

کیفیت: نمی‌توان کیفیت خلق را از عاطفه مشاهده شده بیمار فهمید و باید از بیمار درباره آن پرسید. با سوالات خوبی همچون "قسمت اعظم روز چه احساسی دارین؟" یا "الان چه احساسی دارین؟"، می‌توان کیفیت خلق بیمار را ارزیابی کرد. اما اگر بیمار پاسخ‌های مبهمی به این سوالات داد، می‌توانید طیفی از جواب‌های احتمالی را از بیمار پرسید.

نکته: اگر بیمار نتوانست خلش را با کلمات خودش شرح دهد، می‌توان درباره فعالیت‌های روزمره یا کارکردهای نباتی او سوال پرسید.

ثبات: خلق بی‌ثبات به طور خود به خود یا واکنشی تغییر می‌کند. تغییرات خود به خود خلق می‌تواند در طول یک روز رخ دهد؛ این حالت نوسانات روزانه نامیده می‌شود و اغلب همراه با یک اختلال خلقی است.

واکنش پذیری:

- فقدان واکنش‌پذیری، ویژگی افسردگی اساسی با نمای ملانکولیک متوسط تا شدید است.
- بیمارانی که به علت سوءمصرف دچار دیس‌فوری هستند، بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شدن و برخی از اختلالات شخصیت اگر موقعیت اجتماعی‌شان بهبود یابد احساس بهتری خواهند داشت.
- خلق افراد مبتلا به افسردگی اساسی با نمای آتپیک نیز در واکنش به یک رویداد مثبت بالا می‌رود.
- **شدت:** تجربه خلق از طیفی شدید تا سطحی متغیر و متنوع است.
- خلق شدید در پانیک، مانیا و مصرف دارو وجود دارد.
- خلق سطحی و کم عمق در بیماران اسکیزوفرنی.
- خلق شدید همراه با عاطفه سطحی در افسردگی دیده می‌شود.
- **مدت:** مدت خلق ارزش تشخیصی دارد.

سطح انرژی

برای ارزیابی سطح انرژی باید دقت کرد که در اغلب اوقات بیمار یک موضوع جدید را چگونه مطرح می‌کند، و تا چه حد روی هر موضوع کار می‌کند. از بیمار بپرسید آیا می‌تواند کارها را به آسانی شروع کند و انجام دهد. از او بپرسید که آیا مجبور است خودش را در طول روز کشان کشان و به زور پیش ببرد. از او درباره ۲۴ ساعت گذشته‌اش سوال کنید. آیا گذران امور روزمره در این ۲۴ ساعت آسان بوده؟

• **بیمار افسرده:** شکایت دارد از اینکه نمی‌تواند برنامه‌ای برای خود طرح کند، تصمیم بگیرد، کاری را شروع کند و به انجام برساند.

• **بیمار وسواسی:** درباره دودلی و واریسی مکرر نگران است.

• **بیمار مانیک:** کارهای بسیاری را شروع می‌کند، ولیکن چندتایی از آن‌ها را به پایان می‌رساند.

• **بیمار فوبیک:** به علت اجتناب‌های متعدد، محدود شده است.

• **بیمار با شخصیت ضداجتماعی:** ممکن است فعال به نظر برسد، ولی به دنبال خوش گذرانی است تا کار موثر.

• **بیمار اسکیزوفرنیک:** ممکن است سراسر روز را با تماشای تلوزیون سپری کند.

ادراک

ادراک طبیعی از تحریک گیرنده‌های حسی ویژه ایجاد می‌شود. وقتی تلاش می‌کنید که تعیین کنید آیا بیمار توهماتی دارد یا نه، فرض را بر این بگذارید که بیمار بینشی به ماهیت بیمارگون آن‌ها ندارد.

بینش نسبت به توهمات ۵ مرحله دارد:

مرحله ۱: بیمار می‌گوید که توهماتی در گذشته داشته است ولی در حال حاضر قطع شده‌اند. در اینجا بیمار بینش کاملی به ماهیت بیمار گونه دارد.

مرحله ۲: توهماتی در گذشته تجربه شده‌اند ولی در حال حاضر وجود ندارند؛ بیمار اعتقاد دارد که آن‌ها واقعی بوده‌اند.

مرحله ۳: به تازگی توهماتی تجربه شده‌اند ولی بیمار از گفتگو درباره آن‌ها امتناع می‌کند؛ به نظر می‌رسد که او تناقص بین ادراکات پسیکوتیک (سایکوتیک) و واقعیت را دریافته است.

مرحله ۴: بیمار درباره توهماتش گفتگو می‌کند، اما براساس آن‌ها عمل و اقدامی انجام نمی‌دهد.

مرحله ۵: بیمار بر طبق توهماتش عمل می‌کند، از صداها اطاعت می‌کند و یا به آن‌ها پاسخ می‌دهد.

دونستن این ۵ مرحله خیلی مهمه! میدونی چرا؟ اول اینکه برای اینکه بخوایم بیمار رو مرخص کنیم، بینشش باید در مرحله ۱ باشه (بعضی از همکارای عزیزمون به اشتباه وقتی بیمار تو مرحله ۳ هست فکر میکنن همه چی اوکیه و بیمار خوب شده! بنابراین زودتر مرخصش میکنن). دلیل دومش هم اینه که توهمات غیرحاد به همون ترتیبی که ناپدید میشن، احتمالاً دوباره پدیدار میشن...

نکته: اگر بیمار آن بر واقعی بودن توهماتشان اصرار می‌کنند، این را به عنوان حالتی از شدت علائم آن‌ها در نظر بگیرید.

نکته: در طی مرحله چهار و پنج اگر بیمار توهماتش را جنون و "دیوانگی" می‌خواند، این صحبت بیمار را دلیلی بر وجود بینش تلقی نکنید.

نکته: اگر بیمار به توضیحات هذیانی متوسل شد، توضیحات هذیانی او را به عنوان واقعیت بپذیرید و با تجربیات ناراحت کننده او همدلی نمایید.

نکته: بیمارانی که به هنگام انکار شما مبنی بر شنیدن صداها، شمارا دروغگوی بدخواه می‌نامند، معمولاً دچار هذیان‌های گزند و آسیب هستند و ممکن است خطرناک باشند. اجازه دهید بیمار اتهاماتش را نسبت به شما بیان کند. بنابراین بهتر است به جای رویارو کردن بیمار با واقعیت، توجه‌تان را به ارزیابی هذیان‌های بیمار معطوف کنید.

اختلالات محتوای فکر

تمایلات خودکشی و دیگرکشی

هذیان‌ها

عقاید پیش بها داده شده

فوبیایا (هراس‌ها)

وسواس‌ها

اجبارها

۹ هذیان‌ها از اختلالات کدامیک از موارد زیر به شمار می‌آیند؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

الف) هشیاری ب) ادراکی ج) محتوای تفکر د) خلق و عاطفه
پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

۱۰ کدام مورد بیانگر اختلالات در محتوای تفکر است؟ (دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۱-۱۴۰۲)

الف) تمایلات خودکشی، هذیان، عقاید پیش بها داده شده، تیک
ب) تمایلات دیگرکشی، توهم، عقاید پیش بها داده شده، وسواس
ج) تمایلات خودکشی، توهم، عقاید پیش بها داده شده، تیک
د) تمایلات دیگرکشی، هذیان، عقاید پیش بها داده شده، وسواس
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

تمایلات خودکشی و دیگرکشی

عوامل خطر ساز برای خودکشی: مذکر بودن، سن بیش از ۴۰ سال، تجربه یک انزوای اجتماعی، سابقه تجربه‌های جدی اقدام به خودکشی، نوشتن یادداشت خودکشی و یا تقسیم اموال و همچنین در اختلالات مختلف.

نکته اگر بیماری از تمایل و یا نقشه خود برای خودکشی صحبت کند، بایستی آن‌ها را بستری کرد.

دو رویکرد مثبت و منفی برای ارزیابی تمایل به خودکشی وجود دارد:

رویکرد مثبت: به جای پرداختن مستقیم به خود تکانه خودکشی، از فرصت‌های مناسب‌تری همچون ارزیابی میزان ارزش و یا رضایتی که فرد از زندگی خود دارد، استفاده می‌کنیم. به عبارتی در این رویکرد از راه غیرمستقیم وارد می‌شویم. رویکرد منفی: با سوالات مستقیم‌تر از بیمار درباره ایده‌ها، طرح‌ها و تمایلات خودکشی شروع کنید.

نکته تمایلات دیگرکشی اغلب با راهی برای ابراز عصبانیت شناسایی می‌شوند.

نکته خطر دیگرکشی در مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال شخصیت پارانوئید، اختلال هذیانی و یا اسکیزوفرنیای نوع پارانوئید بالا می‌رود.

نکته اگر بیمار هذیانی و یا سایکوتیک نیست، می‌توانید او را وادار به معرفی قربانی کنید. چه بیمار سایکوتیک باشد یا نباشد و از معرفی قربانی خودداری کند، می‌توانید به او بگویید که برای جلوگیری از ارتکاب جرم تکلیف دارید که هشدار بدهید. این هشدار شامل آگاه کردن اعضای خانواده بیمار، کارفرما و پلیس می‌شود.

هذیان‌ها

هذیان‌ها باورهای ثابت و غلطی هستند که اغلب به رویدادهایی مربوط می‌شوند که اتفاق می‌افتند از قبیل جاسوسی همسایه‌ها و توطئه چینی علیه بیمار. وقتی بیمار می‌گوید: چیزها چنان به نظر می‌رسند که انکار واقعیت ندارند، هذیان ندارد.

چهار سوالی که هذیان را ارزیابی می‌کنند:

- چه اتفاقی داره میوفته؟ این سوال محتوا را ارزیابی می‌کند. پرسیدن سوال مستقیم زمانی که بیمار بینش ندارد، کارآمد نیست مانند سوال "آیا افکار عجیب و غریب داری؟". بنابراین در این مواقع بهتر است پرسید: "شده دیگران فکر کنن، عقاید شما عجیب و غریبه؟"
- چرا اینطور میشه؟ این سوال به بیمار فرصتی می‌دهد تا تفسیرش را از موقعیت ارائه کند، مثلاً بگوید که آن‌ها تنبیه می‌کنند، صدمه می‌زنند، کنترل می‌کنند یا به او احترام می‌گذارند.
- نتیجه این وضعیت چیه؟ با این سوال، انتظار بیمار از هذیان آشکار می‌شود. پاسخ‌های شایع عبارت‌اند از اینکه، آن‌ها حمله خواهند کرد، یا قصد دارند بیمار را به دیوانگی بکشانند.
- او درباره این وضع چه خواهد کرد؟ این سوال برای بیمار واکنش‌زا است. برای مثال او می‌گوید از خودش دفاع خواهد کرد یا تسلیم خواهد شد.

نکته هذیان‌ها مختص یک اختلال خاص نیستند. هذیان‌ها را در یک زمینه از آسیب‌شناسی روانی با توجه به متغیرهایی مانند نوع و سن شروع، سیر، پسرفت اجتماعی، شخصیت پیش از بیماری، و همراهی با علائم دیگر خلقی یا شناختی ارزیابی کنید.

- یه نفسی چاق کن تا بریم سراغ هذیان‌های مختلف و با جزئیات بیشتری یادشون بگیریم...
- **هذیان‌های هماهنگ با افسردگی:** در بیماران افسرده‌ای مشاهده می‌شود که از هذیان‌هایی رنج می‌برند که بار سنگین احساسات گناه را بر دوش میکشند. در جدول زیر انواع این دسته هذیان آورده شده است.

واکنش بیمار	محتوا
تقاضای رحم و بخشش، متهم کردن خود، تسلیم شدن	گناه
تسلیم، خود ویرانگری، خودکشی	فقر
خودآزاری	نیست انگاری و مرگ
جستجوی کمک، ناگزیر به تسلیم	بیماری

(دکتری وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

۱۱ کدامیک از محتوای هذیان هماهنگ با افسردگی می‌باشد؟

(د) انتشار افکار

(ج) تزریق تکانه

(ب) بیماری

(الف) تزریق افکار

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

- **هذیان‌های بزرگ‌منشی:** بدون استفاده زیاد از کنکاش آشکار می‌شوند. از بیمار پرسید آینده نزدیک چه ارمغانی برای او دارد و او با آب و تاب فراوان راجع به رفاه قریب الوقوع، قدرت، و سلامت از بین رفتنی خود صحبت خواهد کرد. در زیر انواع این هذیان آورده شده است.

واکنش بیمار	محتوا
سحررانی و موعظه کردن، کمک کردن و شفا دادن	توانایی‌های مسیحایی
استفاده از ثروت خود در جهت از بین بردن فقر در روی زمین	ثروت
کمک و هدایت بشر، اختراعات بزرگ	قدرت و استعدادهای درخشان
سرمایه گذاری در امور مختلف	سلامت از بین رفتنی و زندگی جاودان

- **هذیان‌های انفعال:** بررسی هذیان‌های انفعالی که در اسکیزوفرنیا مشاهده می‌شود بسیار مشکل است، چنین بیماری اغلب مایل است آن‌ها را از شما پنهان کند. برای ترغیب بیمار به بیان و توصیف این هذیان‌ها، یک سوال باز مطرح کنید. هشت هذیان کورت اشنايدر در جدول زیر لیست شده‌اند که به طور شایع واجد سه خصیصه هستند:

بیمار احساس می‌کند که تحت نیرویی قوی قرار گرفته است، این نیرو فرد را تحت کنترل و استیلای خود دارد، واکنش بیمار به هذیان، اطاعت و تسلیم است.

واکنش بیمار	محتوی
تسلیم منفعلانه	تزریق احساس (انفعال جسمانی)
فقدان کنترل، هیچ عملی انجام نمی‌دهد	انتشار افکار
انطباق و تسلیم	ربایش افکار
اطاعت منفعلانه	تزریق افکار
بیمار احساساتی که به او تحمیل شده است را نشان می‌دهد	تزریق احساسات (ایجاد احساسات)
تسلیم به تکانه‌های تحمیل شده	تزریق تکانه‌ها (ایجاد تکانه)
اطاعت مانند یک عروسک خیمه شب‌بازی	تزریق یک اراده بیرونی
اطاعت و پیروی از یک پیام	ادراک هذیانی

● **هذیان‌های گزند و آسیب و بزرگ‌منشی:** در اختلالات خلقی، اختلالات هذیانی، اسکیزوفرنیا، اختلالات شناختی، و اختلالات مربوط به مواد دیده می‌شود. عجیب و غریب بودن محتوی هذیان‌ها تا حدودی برای تشخیص افتراقی اختلالات سایکوتیک ارزش دارد. برای نمونه در اختلال هذیانی، هذیان‌ها عجیب و غریب نبوده و در زندگی عادی هم اتفاق می‌افتد.

محتوا	واکنش بیمار	همبستگی تشخیصی احتمالی
گزند و آسیب حسادت دشمنان	مراقبت و محافظت دقیق از خود، درگیری‌های کلامی و حملات فیزیکی	اسکیزوفرنیا، اختلال هذیانی
گزند و آسیب گناه و انحراف اخلاقی	اتهام به خود، تسلیم مراجع مجازات‌کننده و درخواست بخشش	اختلال افسردگی اساسی
گزند و آسیبی که دیگران درباره نیات خوب بیمار دچار سوءتفاهم شده‌اند	نشان دادن کردارهای خوب	مانیا
گزند و آسیب حیرت	محافظت از خود به صورت خصمانه و با ترس ولرز، شکایت کردن و دادخواستن	اختلالات شناختی
بزرگ‌منشی (هذیان استحقاق)	با تکبر و خصومت، بی‌ارزش کردن دیگران	اسکیزوفرنیا، مانایای تحریک‌پذیر
بزرگ‌منشی	سخنرانی و موعظه‌های محکم مانند روحانیون و مقدسان	مانیا
بزرگ‌منشی (شهید‌نمایی)	از خودگذشتگی	اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی
بزرگ‌منشی (فی نفسه)	ادا و اطوار و ادعاهای بزرگ‌منشانه	اختلالات شنالنج عمومی

عقاید بیش بها داده شده

- عقاید بیش بها داده شده را همانند هذیان‌ها نمی‌توان با بحث‌های منطقی اصلاح نمود. با این حال برخی اوقات آن‌ها به طور خیلی واضح کاذب نیستند.
- این عقاید ارزش تشخیصی اختصاصی ندارند، ولیکن می‌توانند مقدمه یک هذیان باشند.
- عقاید بیش بها داده شده مانند هذیان‌ها، حول محور بی‌عدالتی، تبعیض، ناامیدی، بی‌وفایی، حسادت، نقشه‌های بزرگ‌منشانه، دور می‌زند ولی از شدت کمتری برخوردارند.
- عقاید بیش بها داده شده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلالات خلقی، اختلالات شناختی، فوبیاهای وسواس‌ها، و اختلالات شخصیت دیده می‌شود.

فوبیاهای (هراس‌ها)

فوبیاهای از یک محرک خاص، یک اضطراب بی‌دلیل و غیرقابل توضیح که پس از مواجهه با آن محرک ایجاد می‌شود، و یک رفتار اجتنابی پس از رویارویی با محرک تشکیل شده‌اند. در هنگام مصاحبه بهتر است به یک جزء در هر زمان توجه شود.

وسواس‌ها

وسواس‌ها را باید از افکار تکراری و لذت‌بخش مانند خیال‌بافی‌های جنسی، عقاید بیش بها داده شده، هذیان‌هایی که ذهن بیمار را تسخیر کرده‌اند و مقبول ایگو هستند و نگرانی مربوط به افسردگی که ناخواسته هستند، تفکیک کرد.

نکته کاوش وسواس‌ها دشوار است زیرا بیمار از وسواس‌های خود خجالت می‌کشد.

(دکتری وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

۱۲ وسواس‌های عملی در کدام طبقه‌بندی نشانگان قرار می‌گیرد؟

(الف) طرز برخورد (ب) رفتار آشکار (ج) فرآیند تفکر (د) محتوای تفکر

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

اجبارها

- اجبارها، اعمال تکراری و بی‌معنایی هستند که بیمار بر اساس افکار وسواسی یا مقرراتی که به خودش تحمیل کرده، خود را ناگزیر به انجام این اعمال احساس می‌کند.
- بیمار رفتارها یا اعمال ذهنی انجام می‌دهد تا به طور نمادین از وقوع حادثه‌ای وحشتناک و ناراحت‌کننده جلوگیری کند.
- بزرگسالان نسبت به بیماری خود بینش دارند ولی کودکان معمولاً نسبت به افکار و یا اعمال وسواسی خود بینش ندارند.

علائم جسمی غیر قابل توجهیه پزشکی

وجود چندین علامت جسمی بدون وجود توجهیه طبی، مشخصه اختلال علائم جسمی است. برای ارزیابی چنین مواردی، وجود علائم خاص را بررسی کنید ازجمله: تنگی نفس، اختلال قاعدگی، احساس سوزش در اندام‌های جنسی، احساس توده در گلو، فراموشی، استفراغ و فلج. چنانچه بیمار از بین این علائم یک علامت یا بیشتر داشته باشد و این علائم در زندگی او تداخل ایجاد کرده باشد و از نظر پزشکی غیرقابل توجهیه باشند، مشکوک به اختلال علائم جسمی می‌باشد.

نکته در DSM-5 طبقه‌بندی جدیدی با عنوان اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط شامل اختلال علائم جسمی، اختلال اضطراب بیماری، اختلال تبدیلی، عوامل روان‌شناختی موثر بر بیماری‌های طبی و اختلال ساختگی تشکیل شده است.

یه نکته خیلی مهم دیگه هم از من داشته باش و آویزه گوشت کن عزیزجان. بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی معمولاً علائمی که دارن رو پررنگ و آب توصیف میکنن ولی اطلاعاتی که میدن ضد و نقیض و مبهمه! پس واسه تشخیص باید چکار کنیم؟ اینجور وقتا باید بیشتر بر سوابق درمان‌های طبی و بستری‌هایی که داشتن تمرکز کنیم...

تبدیل یا Conversion

- علائم تبدیلی، علائم عصب‌شناختی هستند که توجیه طبی ندارند مانند فلج، کوری یا کری.
- علائم تبدیلی را با سوال‌های باز می‌توانید آشکار کنید.
- این علائم در هراس اختلال روان‌پزشکی ممکن است مشاهده شوند.
- این علائم اغلب به یک سود ثانوی (معمولاً یک مشوق و محرک خارجی) ختم می‌شوند.

تجزیه یا Dissociation

- تجزیه به ازم‌گسیختگی و عدم پیوستگی اعمال هشیاری، حافظه، هویت، ادراک و کنترل حرکت و رفتار گفته می‌شود. اختلال‌های تجزیه‌ای عبارت‌اند از: فراموشی تجزیه‌ای، اختلال هویت تجزیه‌ای، اختلال گسست از خویش، اختلال گسست از واقعیت و سایر اختلالات مشخص و نامشخص.
- میدونی اختلال هویت تجزیه‌ای چیه؟ به زبون ساده بهش میگیم اختلال چند شخصیتی! برو سرچ کن بین دقیقاً چی به چیه چون می‌خوام نحوه ارزیابی کردنش رو یادت بدم. خب حالا بریم سراغ ارزیابی این اختلال:
- در صورتی که شخصیت حاضر از دیگر شخصیت‌ها آگاه باشد، ارزیابی نسبتاً ساده است و پرسش‌های مستقیم به پاسخ می‌رسند: "آیا شده که به شخصیت دیگری تغییر کنید؟"
 - در صورتی که شخصیت مطرح شده از شخصیت‌های جایگزین آگاه نباشد، به سوال‌های شما جواب منفی می‌دهد. در این صورت شما می‌توانید در پی شواهدی از زمان‌های گمشده و اختلال در حافظه برآیید (همچنین با استفاده از هیپنوتیزم می‌توانید حافظه از دست رفته را برگردانید یا باعث تغییر به شخصیت دیگری شوید): "آیا این اتفاق افتاده که گاهی حافظه تون رو از دست بدین"
- نکته** ۹۷ درصد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت تجزیه‌ای سابقه مورد سوء استفاده قرار گرفتن در کودکی دارند.
- نکته** مواردی از قبیل نوسان در ارتباط، عاطفه، سطح رشد، نگرش‌ها، دیدگاه‌ها، حافظه، و رفتارها، نشان‌دهنده وجود شخصیت‌های متناوب متفاوتی است.

حملات ناگهانی (پاروکزیسمال) یا ("Spells")

- آنچه غالباً از نظر پنهان می‌ماند پدیده‌های ناگهانی است. بیماران آن‌ها را نه به عنوان علائم روان‌پزشکی بلکه به عنوان علائم عصب‌شناختی یا طبی می‌شناسند. این گونه پدیده‌های ناگهانی را مستقیماً ارزیابی کنید. در این قسمت تعدادی از این حملات و پدیده‌های ناگهانی شایع بررسی می‌شوند:
- غش (سنکوپ) یا Fainting:** افراد مبتلا معمولاً می‌گویند "زمانی که برای مدت زیادی مجبورم بایستم، یا وقتی بلند می‌شم، یا زمانی که خیلی داغ شدم همه چیز بالای سرم دوران می‌کنه و چشم سیاهی می‌ره. حمله‌ها از چند ثانیه تا چند دقیقه طول میکشن."
- حملات خواب یا Narcoleptic attacks:** حمله خواب به صورت ناگهانی و غیرقابل کنترل رخ می‌دهد. بیماران به قدر کافی در شب می‌خوابند ولی در طول روز چندین حمله خواب دارند. چرت‌ها ۱۰ تا ۲۰ دقیقه طول کشیده و اگر کسی حمله را قطع نکند می‌تواند بیش از یک ساعت به طول انجامد. مدت حملات معمولاً ۹۰ دقیقه است.
- سه علامت کمکی حمله خواب:**
- **حملات کاتالپتیک:** بیماران ضعف ناگهانی عضلات را در کل یا بخش‌هایی از بدن مانند بازو یا فک گزارش می‌کنند. برانگیختگی هیجانی، خشم، یا لطیفه‌ها می‌تواند شروع حملات را تحریک کنند.
 - **فلج خواب:** بیماران در طی شب بیدار می‌شوند و برای چند دقیقه فلج هستند اما قادر به تنفس هستند.
 - **توهمات هیپنوگوژیک و هیپنوپمپیک:** بیماران توهمات بینایی و شنوایی را شب به هنگام خواب رفتن (توهمات هیپنوگوژیک) و یا هنگام برخاستن از خواب در نیمه شب یا در صبح (توهمات هیپنوپمپیک) گزارش می‌دهند.

تشنج‌های صرع بزرگ: بیمارغش می‌کند و هنگام برخاستن گیج و سست است که همراه با سردرد و اغلب دردهای عضلانی عمومی است. گاهی نیز به خودش صدمه زده، زبانش را گاز گرفته یا بی‌اختیاری دفع پیدا می‌کند.

تشنج‌های کاذب: بیماران تشنج‌های صرعی را گزارش می‌کنند، ولی تایید می‌کنند که در زمان حمله قادر بوده آنچه که در اطرافشان می‌گذشته را بشنوند و ببینند. این بیماران به ندرت به خودشان صدمه می‌زنند یا زبانشان را گاز می‌گیرند. اکثر این بیماران تلقین‌پذیرند. می‌توان با هیپنوتیزم یا استفاده از محیط‌های بالینی که بر آن‌ها تأثیرگذار باشد مانند اتاق نوار مغزی حملات تشنجی را در آنان القا کرد.

تشنج‌های پارسیل مرکب یا لب گیجگاهی: بیمار گزارش می‌کند که حملات فراموشی دارد که در طی حمله فعالیت کلیشه‌ای خودکار خاصی انجام داده است از قبیل اعمال غیرهوشمندانه، اعمال نامتناسب، حرف‌های نامربوط و احساس گیجی، فراموشی نسبی و خستگی در آخر حمله. بهبودی معمولاً ۲۰ دقیقه‌ای طول می‌کشد تا اینکه بیمار بتواند فعالیت‌های معمول خود را از سر بگیرد.

حملات پانیک: بیمارگزارش می‌کند که معمولاً حمله‌هایی دارد که شبیه حمله قلبی است. حمله‌ها اغلب در بالغین جوان شروع می‌شود. حمله‌های منفرد ممکن است به طور ناگهانی آغاز شده و در طی ده دقیقه یا کمتر به بیشترین شدت خود برسند. حملات می‌توانند غیرمنتظره و بدون وجود عامل آشکارکننده شروع شوند. برای تشخیص اختلال پانیک وجود حملات غیرقابل انتظار ضروری است. علائم حملات پانیک عبارت‌اند از: تپش قلب، کوبیدن قلب، تعریق، لرزش یا تکان خوردن، کوتاه شدن نفس یا توقف تنفس و...

حملات فراموشی (فراموشی الکلی)

فراموشی تجزیه‌ای

گسست از خویشتن یا Depersonalization: بیمار بعد از تجربه یک استرس شدید احساس می‌کند که خودش نیست، مثل اینکه از بدن خودش جدا شده و یا در یک فیلم است. به هر حال او بصیرت کامل دارد.

گسست از واقعیت یا Derealization: بیمار گزارش می‌کند که دنیای پیرامونش غیرواقعی و عجیب است. اشیاء ممکن است بزرگ‌تر یا کوچک‌تر به نظر برسند. مردم ناآشنا و یا مکانیکی به نظر آیند. بیمار بصیرت کامل دارد.

گریز تجزیه‌ای یا Fugue: بیمار به صورت غیرمنتظره‌ای به جایی دور از خانه یا محل کار مسافرت می‌کند، هویت جدیدی اکتساب می‌کند، یا درباره هویت شخصی‌اش گیج و متحیر باقی می‌ماند. ممکن است سردرگمی و اختلال موقعیت‌سنجی به وجود آید. بعد از بهبودی بیمار آنچه را که در طی فرار رخ داده است به یاد نمی‌آورد.

تغییر تجزیه‌ای یا Switching: تن کلام، بیان چهره و رفتار روانی-حرکتی بیمار به طور ناگهانی تغییر می‌کند. این تغییر ظاهراً خود به خود در بیمار مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای رخ می‌دهد. می‌تواند توسط درمانگر انجام شود.

حمله هیپوگلیسمیک: بیمار گزارش می‌کند که معمولاً ۱ تا ۲ ساعت بعد از غذا احساس تعریق، لرزش، گرسنگی می‌کند.

فراموشی کلی گذرا: بیمار گزارش می‌کند که حافظه‌اش را برای تقریباً یک روز کامل از دست می‌دهد. سابقه‌ای از وجود تعارضات وجود ندارد، جلسات هیپنوتیزم نمی‌توانند حافظه از دست رفته را برگردانند. این حملات به طور پراکنده در بیمارانی رخ می‌دهد که از سن ۶۰ سالگی گذشته‌اند. علت این بیماری احتمالاً نارسایی در سیستم گردش خون در ساختارهایی از مغز همچون هیپوکامپ است که در یادآوری حافظه نقش دارند.

حملات ایسکمیک گذرا: بیمار یک نقص عصب‌شناختی کانونی را گزارش می‌کند که کمتر از ۱۵ دقیقه طول می‌کشد، از قبیل نابینایی در یک چشم، فلج ناقص در یک بازو یا پا. این حملات در بیماران مبتلا به اختلال عروق مغزی رخ می‌دهد.

۱۳ هنگامی که بیمار تشنج‌های صرعی را گزارش می‌کند ولی تایید می‌کند که در زمان حمله قادر بود آنچه در اطرافش

(ارشد وزارت بهداشت ۹۶-۹۵)

می‌گذرد را بشنود و ببیند، دچار چه نوع تشنجی است؟

(د) پارشیال

(ج) کاذب

(ب) گراندمال

(الف) پتی مال

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

کارکرد اجرایی (Executive functioning)

دمانس، ممکن است در ابتدا بالاترین، پیچیده‌ترین و منسجم‌ترین کارکردهای شناختی را متاثر سازد. این کارکردهای اجرایی عبارت‌اند از: طراحی، سازماندهی، ترتیب و توالی، انتزاع. کارکرد اجرایی را می‌توانید با یک رویکرد استقرایی یا رویکرد قیاسی ارزیابی کنید.

● **روش استقرایی:** بر کارکردهای شناختی اساسی تمرکز می‌کند که کارکردهای اجرایی از آن‌ها تشکیل شده‌اند. این کارکردهای اساسی عبارت‌اند از: توجه، تمرکز، توانایی تغییر یک رفتار به رفتار دیگر (Shifting sets) و حافظه.

● **رویکرد قیاسی:** پیچیده‌ترین کارکردها به صورت مستقیم و به همان صورت که در زندگی روزمره بیمار وجود دارند ارزیابی می‌شوند. در این روش برای ارزیابی افت هوش بیمار، به جای استفاده از آزمون‌های کمی، سوالات خاصی از زندگی روزمره بیمار پرسیده می‌شود.

نکته یک راه عملی بحث در مورد این کارکردها (به خصوص سازماندهی)، این است که از بیمار بخواهید که فعالیت‌های خود را در طی روز، هفته، ماه و سال گذشته شرح دهد. لازمه چنین عملی داشتن حافظه اخیر سالمی است.

بینش

بینش بیمار نسبت به علائم را از همان ابتدای مصاحبه متوجه می‌شوید. هرگاه علائم یا مشکل جدیدی مطرح شد، با کنکاش می‌توانید بینش بیمار را بررسی کنید. بیماران به توهمات و هذیان‌های پایدار، جاری، توهمات و هذیان‌هایی که ارتباطی با مصرف مواد ندارند به ندرت بینش نشان می‌دهند که دلیل آن هم ساده است: بینش بر اساس یک آگاهی شناختی دوسویه از واقعیت است و این روند در حالت توهم هذیانی مختل می‌شود. در وسواس‌ها، اجبارها، اجتناب‌های فوبیک، و سوء مصرف مواد، به ندرت رخ می‌دهد که بیماران نسبت به ماهیت پاتولوژیک آن‌ها بینش نداشته باشند.

نکته اگر یک بیمار توهم دارد یا تفکر هذیانی نشان می‌دهد، روند آسیب‌شناسی بسیاری از کارکردهایی که برای تشخیص اختلال درک و تفکر ضروری‌اند را متاثر می‌سازد. این فقدان بصیرت، بیماری‌شناسی یا آنوزوگنوزیا (Anosognosia) نامیده می‌شود.

قضاوت

قضاوت به معنای توانایی انتخاب اهداف مناسب، و انتخاب وسایل مناسب و قابل قبول از نظر اجتماع برای دست یافتن به این اهداف است. قضاوت نشان‌دهنده آزمون واقعیت‌سنجی، هوش، و تجربه است. از آن جایی که لازمه قضاوت ایجاد ترکیبی از واقعیت بیرونی، نیازهای درونی، و مهارت زندگی است، بنابراین شاخص دقیقی از کارکردهای ذهنی مختل شده می‌باشد.

روش‌های ارزیابی قضاوت:

- مصاحبه‌گران معمولاً قضاوت را از طریق بررسی اطلاعات عمومی و توانایی حل مسئله، ارزیابی می‌کنند. مثلاً می‌پرسند: "چرا ستاره‌ها در شب پیدا می‌شود؟" یا "چرا دولت مالیات‌ها رو جمع می‌کنه؟"
- سوالاتی به ارزیابی قضاوت کمک می‌کنند که بیمار را ترغیب کنند با توجه به زمینه اجتماعی، تصویری از نقاط قدرت و ضعف خود بیان کند. می‌توانید از بیمار در مورد برنامه‌های آینده‌اش سوال کنید برای مثال: "آینده چطوری به نظرتون میرسه؟" یا "احتمال داره که شما به نوعی رهبر و راهنما بشین؟"
- شما می‌توانید قضاوت بیمار را در مقایسه با فعالیت‌های قبلی او بسنجید. چنانچه اهداف در مسیر فعالیت‌های قبلی اوست و در حد توانایی‌ها و کنترل بیمار باشد، قضاوت بهتر است و هرچه تفاوت بیشتری بین فعالیت‌های گذشته و توانایی‌ها و اهداف فعلی باشد، قضاوت ضعیف‌تر است.



خب این فصل سنگین و طولانی هم دیگه تقریباً تموم شد! وایسا عزیز کجا داری میری؟ گفتم تقریباً! به تیکه کوچیک دیگه مونده. بیا ببینیم تو اختلالات مختلف قضاوت بیمار را چجوری میشه؟

- **بیمار مبتلا به اختلال شناختی:** برای آینده طرح‌های به شدت غیرواقع بینانه را شرح می‌دهند.
- **بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا:** جواب‌های نامتناسب و غیرمنطقی به سوال‌های سنجش قضاوت می‌دهند.
- **بیمار مبتلا به اختلال خلقی:** پاسخ‌های متفاوتی می‌دهند که بستگی به این دارد که افسرده باشند یا مانیک، اگر افسرده باشند، توانایی هایشان را کمتر از آنچه که هست برآورد می‌کنند و اگر مانیک باشند، هیچ هدفی دور از دسترسشان نیست که نتوانند به آن دست بایند و توانایی هایشان نامحدود است.
- **بیمار مضطرب:** توانایی هایشان را به درستی می‌شناسد ولیکن خطر را به طور اغراق‌آمیزی بیش از حد برآورد کرده و از برخورد با آن‌ها پس می‌نشینند، و نگرشی تدافعی به آینده دارند.
- نکته** از آن جایی که علائم اکثر اختلالات روانپزشکی بر قضاوت تأثیر می‌گذارند، بهتر است که به طور اصولی و منظم در هر مورد قضاوت بیمار تان را ارزیابی کنید.

۱۴ | در کلینیک روانشناسی بیمار ادعای کند اینجا مسجده است و همچنین در محیط عمومی لباس را از تن درمی‌آورد.

به ترتیب مربوط به کدام جزء از معاینه وضعیت روانی بیمار است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

الف) هشیاری و ادراک ب) جهت‌یابی و قضاوت ج) جهت‌یابی و هوش د) توجه و تمرکز

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

مرورها	معنی	لغت
	مشاهده	observation
	گفتگو	Conversation
	کاوش	Exploration
	نشانه	Sign
	علامت	Symptom
	جسمانی‌سازی	Somatization
	هشیاری	Consciousness
	تشخیص کاذب	pseudoseizures
	ژست بیانگر	Expressive
	ژست نمایشگر	Illustrative
	بهت	Stupor
	برانگیختگی	Excitement
	گیجی	confusion
	بی‌قراری حرکتی، آکانژیا	Akathisia
	اختلالات ارتباط	Communication disorders
	معنایی	Semantic
	ادبی	Literal
	تقریبی	Approximative
	واژه‌سازانه	Neologistic

لغت	معنی	مرورها
Derailment	از خط خارج شدن	
Loosening of associations	گسیختگی تداعی‌ها	
Tangentiality	تفکر مماسی	
Incoherence	بی‌ربط‌گویی	
Word salad	سالاد کلمات	
Concrete	عینی	
Over Inclusive	فراشمول	
Palilalia	تکرار مرضی، پالیلالیا	
Clang association	تداعی صوتی	
Circumstantiality	حاشیه‌پردازی	
Preservtion	درج‌زدن	
Stock phrase	کلمه ذخیره	
Thought Omission	حذف فکر	
Accelerated speech	تکلم شتابنده	
Non sequitur	کلام نامربوط	
Deriveling	یاوه‌گویی	
False memory	حافظه کاذب	
Judgement	قضاوت	
La belle Indifference	بی‌تفاوتی زیبا	
Insight	بینش	
Grandiosiity	خودبزرگ‌بینی، بزرگ‌منشی	
Overvalued ideas	عقاید بیش‌بها داده شده	
Compulsion	اجبار	
Conversion	تبدیل	
Dissociation	تجزیه	
Executive Functioning	کارکرد اجرایی	



سلام. بعد از اینکه توی فصل قبلی مفصل درباره روش‌های معاینه وضعیت روانی مطالعه کردیم، با یه فصل جدید و یه موضوع جدید برگشتیم. توی این فصل قصد دارم کارکردهای روانی و حالت‌های روان‌شناختی رو برات توصیف کنم. این کارکردا در مغزمون متمرکز و در بعضی از اختلالات روان‌پزشکی تغییر می‌کنن! پس باید خوب یادشون گرفت تا با ارزیابی اونا بتونیم شناخت بهتری از بیماران عزیز داشته باشیم. مقدمه بسه؛ بریم سراغ اصل مطلب...

بیمارانی که از سه وضعیت کلی زیر رنج می‌برند، به طور کامل‌تری از نظر کارکردهای نوروسیکولوژیک ارزیابی می‌شوند:

- ۱- دمانس پیش‌رونده تدریجی ناشی از بیماری آلزایمر و پیک و دمانس عروقی مولتی آنفارکت کوچک
- ۲- اختلالات وابسته به مواد، مانند مسمومیت، محرومیت، دلیریوم. همچنین آسیب‌های مداومی که می‌توانند علت حالات فراموشی و تداوم دمانس ناشی از مواد باشند.

- ۳- وضعیت‌های عمومی پزشکی که منجر به اختلال حاد شده و باعث دلیریوم می‌شود. همچنین وضعیت‌های عمومی پزشکی که منجر به اختلال مزمن شده و در نتیجه باعث دمانس می‌شود مانند بیماری HIV، ضربه مغزی، بیماری پارکینسون، بیماری هانتینگتون، بیماری پیک و...

نکته روان‌شناسان برای سنجش وضعیت فعلی مراجعان، استفاده از آزمون‌های هنجاریابی شده و معتبر را بر معاینه وضعیت روانی روان‌پزشکان (که یک معاینه کیفی است) ترجیح می‌دهند.

آزمون‌ها چه کارکردی دارند؟

در حوزه بهداشت روانی، آزمون‌ها کارکردهای روانی را اندازه‌گیری می‌کنند. در انجام آزمون به همکاری بیمار نیاز دارید. بیمارانی که خصومت دارند ویا بیماران پارانویید ممکن است از انجام آزمون‌ها امتناع کنند. چنین امتناعی همانند آزمون‌ها ارزش تشخیصی دارد.

آزمون‌ها دو ویژگی دارند؛ اول به شما اجازه می‌دهند آسیبی که به آن مشکوک هستید را به روشی هنجار و یکسان ارزیابی کنید. دوم اینکه در یک زمان مشخص، از آسیب مورد نظر اطلاعاتی کمی به شما می‌دهند تا از این اطلاعات کمی به عنوان مبنایی برای ارزیابی تغییرات، مدرکی دال بر پیشرفت و بهبود بیمار، ثابت ماندن وضعیت بیمار به همان صورت و یا پیشرفت بیماری استفاده کنید.

اهداف آزمون‌ها متفاوت است، از جمله این اهداف می‌توان به این موارد اشاره کرد:

- آزمون‌های عصب‌شناختی، از طریق مشخص کردن ناتوانی فرد در تکالیف مشخص، اختلال در کارکردهای عالی‌تر را نشان می‌دهند که به علت صدمات مغزی ایجاد شده‌اند.
- آزمون‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی، معمولاً اختلالات کارکردی را به صورت کمی ارزیابی می‌کنند، به این ترتیب که نمره هرفرد با نمرات هنجار شده مربوط به همان سن مقایسه می‌شود، مانند آزمون هوش بزرگسالان و کسلر.

دو زمان اساسی برای استفاده از آزمون وجود دارد. اول زمانی که اختلال کارکردی در ابتدای مصاحبه پدیدار می‌شود و دوم در انتهای مصاحبه، یعنی زمانی که جریان مصاحبه قطع نمی‌شود.

چه کسانی را مورد آزمون قرار می‌دهید؟

برای هر بیمار و هر موضوعی نمی‌توان از آزمون‌ها استفاده کرد، بلکه استفاده از آزمون‌ها انتخابی است. زمانی از آزمون‌ها استفاده می‌شود که در کاوش، سطح کارکرد بیمار مشخص نشده یا نقصی آشکار نشده باشد. در صورتی که شواهد، نشان‌دهنده توانایی کارکردهای اجرایی بیمار (طرح و برنامه ریزی، سازماندهی، ترتیب و توالی و انتزاع) باشند، انجام آزمون محدود خواهد بود.

نکته در اکثر اوقات ارزیابی صوری سه کارکرد شناختی، یعنی جهت‌یابی، حافظه و هوش به عنوان هسته اصلی ارزیابی‌ها، توصیه می‌شود.

در کل اگر بیمار کارکردای اجتماعی و حرفه‌ای خوب و یا تاریخچه قابل اعتمادی داشته باشد، به سوالات پاسخ‌های دقیقی بدهد، در جلسه مصاحبه رفتار متناسبی داشته باشد و از نظر بقیه کارکردا (توجه، حافظه، موقعیت‌سنجی و...) هم سالم باشد؛ معمولا روان‌پزشکا از آزمونای سنجش وضعیت روانی صرف نظر می‌کنن!

چگونه آزمون‌ها را انجام دهید؟

قبل از شروع به بیمار تان توضیح دهید که چرا آزمون را انجام می‌دهید و چرا آزمون‌ها اهمیت دارند. در مورد ارزیابی کارکردهای عالی، به دلایل اقتصادی بهتر است از یک سلسله مراتب استفاده کنید و به تدریج از کارکردهای پیچیده به کارکردهای ساده نزدیک شوید. ابتدا کارکردهای پیچیده‌تر آسیب می‌بینند؛ و وجود اختلال در کارکردهای پایین‌تر نشان‌دهنده وجود اختلال و آسیب‌های شدیدتری است.

سلسله مراتب کارکردها از ساده به پیچیده عبارت‌اند از:

- ۱- سطح هشیار: بی‌حالی (لتارژی)، بهت (استوپور)، اغما
- ۲- توجه و گوش به زنگ بودن: حواس‌پرتی و درجا زدن
- ۳- حافظه: فراموشی و ناتوانی در یادگیری
- ۴- موقعیت‌سنجی: کنفوزیون
- ۵- زبان: آفازی
- ۶- شناسایی: آگنوزی
- ۷- اجرا: آپراکسی (کردارپریشی)
- ۸- بازتاب‌ها و حرکات پاتولوژیک
- ۹- طیف عاطفه
- ۱۰- تلقین‌پذیری: تجزیه
- ۱۱- تفکر انتزاعی: عینیت
- ۱۲- هوش: دمانس، عقب افتادگی ذهنی
- ۱۳- آزمون‌های زنجیره‌ای از حالات روان‌شناختی خاص

۱. سطح هشیار: بی‌حالی (لتارژی)، بهت (استوپور) و اغما

هشیاری، توانایی شناسایی و پاسخ به محرک‌ها است. میزان شلیک سیستم مشبک ساقه مغز، سطح بیداری را تعیین می‌کند که می‌توان سطوح آن را به صورت آگاهی، بی‌حالی (لتارژی)، خواب‌آلودگی، استوپور و اغما درجه‌بندی کرد.

آگاهی: ارزیابی آگاهی یا هشیاری آسان است. (به فصل ۴، بخش مشاهده مراجعه شود)

بی‌حالی (لتارژی): وقتی شما بیمار لتارژیک را با صدای بلند مورد خطاب قرار می‌دهید، جواب می‌دهد. تفکر بیمار پراکنده و بی‌هدف است و آگاهی او محدود شده است.

خواب‌آلودگی: حالت خواب‌آلوده در بین بی‌حالی و استوپور قرار داد.

استوپور: بیماران استوپور حتی به یک حرکت مداوم و شدید به زحمت پاسخ می‌دهند، این پاسخ معمولاً منحصر به ناله کردن یا بی‌قراری است.

اغما: به بیمار در حالت اغما حتی اگر سوزنی وارد شود واکنش نشان نمی‌دهد.

۱. هنگامی که به بیمار در حالت اغما سوزنی وارد می‌شود و او هیچ واکنشی نشان نمی‌دهد، هوشیاری بیمار در چه سطحی می‌باشد؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

الف) خواب آلود ب) لتارژی ج) استوپور د) اغماء

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

حالا که این تست آبکی و آسون رو زدی، بیا چندتا اصطلاح یادت بدم تا اگه ازش سوال اومد از پشش بریای. **استوپور روانزاد:** ترکیبی از دو حالت کاتاتونیا یعنی بی‌حرکتی عضلانی و موتیسم است. حالتی بدون واکنش است که بیمار هشیار بوده و می‌تواند آنچه که در طی این حالت رخ داده را به خاطر بیاورد. استوپور روانزاد ممکن است مشخصه اشکال خاصی از اختلال دوقطبی به نام پسیکوزهای کونفوزیون و حرکتی باشد. استوپور روانزاد در حالت پانیک می‌تواند بیمار را از ترس فلج کند.

تفاوت اغمای واقعی با استوپور:

- در استوپور بسته شدن چشم‌ها به طور آهسته و تدریجی انجام نمی‌شود.
- در استوپور برخلاف اغمای واقعی، چنان چه آب سرد در مجرای گوش ریخته شود (آزمون کالری)، نیستاگموس ایجاد می‌شود.
- در استوپور نوار مغزی (EEG) طبیعی است.

۲. آزمون کالری (caloric test) در چه مواردی بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد؟

(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۰)

الف) افتراق استوپور عضوی و روانزاد

ب) افتراق هیپوگلیسمی ناشی از عدم تغذیه و تزریق انسولین

ج) افتراق بیماری پیک و هانتیگتون

د) فراموشی ناشی از مواد و روانزاد

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

نکته گاهی افزایش تونوس عضلات باعث ایجاد حالت چهره عجیبی می‌شود که به آن اشناوزکراف می‌گویند و به علت افزایش انقباض عضلات دهانی، دهان برآمده می‌شود.

بالش روان‌شناختی: زمانی که بیمار دراز می‌کشد، سرش یک اینچ بالاتر از بالش قرار می‌گیرد زیرا عضلات استرنوماستوئید در انقباض است که به این حالت بالش روان‌شناختی گفته می‌شود.

۲. توجه و گوش به زنگ بودن: حواس‌پرتی و در جاز دن

توجه: توانایی یک بیمار هشیار در معطوف کردن ذهنش به یک محرک خارجی است. سیستم فعال کننده مشبک صعودی به همراه کارکردهای لب پیشانی مسئول این توانایی‌اند. برای ارزیابی توجه بیمار، از بیمار بخواهید که اعدادی را که با فاصله زمانی یک ثانیه به می‌گویید به صورت مستقیم و معکوس تکرار کند و این اعداد را تا ۷ رقم ادامه دهید (آزمون فراخنای عددی). به ناتوانی در انجام این آزمون، بی‌توجهی و یا حواس‌پرتی گفته می‌شود.

نکته بیماران مبتلا به اختلال فراموشی این آزمون را در محدوده طبیعی انجام می‌دهند.

تمرکز یا گوش به زنگ بودن: به معنای حفظ توجه به جریانی از محرک هاست. برای ارزیابی تمرکز، از آزمون عملکرد پیوسته استفاده کنید. در این آزمون از بیمار خواسته می‌شود از میان حروفی که به طور تصادفی به او گفته می‌شود، هرگاه حرف "ا" را شنید، یک ضربه به میز بزند. چنانچه بیمار بعد از شنیدن هر حرف، ضربه بزند دچار درجاذدن است.

پایداری و ناپایداری: پایداری، توانایی نگهداری یک رفتار در طی دوره طولانی از زمان است و سنجش دیگری برای تمرکز است. برای ارزیابی پایداری:

- از بیمار خواسته می‌شود فهرستی از کلمات تهیه کند که به ترتیب با حروف ف، آ و س شروع می‌شوند. برای تهیه هریک از فهرست‌ها بیمار یک دقیقه وقت دارد.
- آزمون سریال‌های معکوس ۷ یا ۳، علاوه بر آزمون پایداری و توانایی ریاضی، کارکردهای دیگری را نیز می‌سنجد.

- از بیمار بخواهید به طور متوالی از عدد ۱۰۰، ۷ را کم کند و همین طور این کم کردن را از باقی مانده‌ها ادامه دهد.
- آزمون سریال ۳ از ۳۰ را در مورد بیمارانی که به کار ببرید که بهره هوشی زیر ۸۰ دارند.
- از بیمار بخواهید اسم ماه‌های سال را به طور معکوس بگوید، یا حروف یک کلمه را به طور معکوس هجی کند. با این راه می‌توان توجه و گوش به زنگی را به طور ترکیبی ارزیابی کرد و ناتوانی در انجام این آزمون نشان‌دهنده بی‌توجهی و یا ناپایداری است.

- برای ارزیابی پایداری حرکتی از بیمار بخواهید که چشم‌هایش را بسته نگه دارد، زبانش را بیرون بیاورد و نگه دارد و با به یک طرف خیره بماند. ناتوانی در انجام چنین فعالیت‌هایی را ناپایداری حرکتی می‌نامند که در بیماران مبتلا به آسیب لب پیشانی مشاهده می‌شود.

نکته به توانایی تغییر از یک رفتار به رفتاری دیگر، آمادگی برای تغییر یا Set shifting می‌گویند و ناتوانی در انتقال با تغییر را در جازدن می‌گویند.

۳. حافظه: فراموشی و ناتوانی در یادگیری

اینجا باید حافظه فوری، کوتاه مدت، بلند مدت، اخیر و دور رو از هم تفکیک کنیم.

حافظه فوری

یادآوری پس از ۱۰ الی ۱۵ ثانیه

حافظه فوری را از طریق تکرار حروف، اعداد یا چهار کلمه نامربوط (مثل قهوه‌ای، صداقت، لاله و قطره چکان چشم) ارزیابی کنید. همچنین به منظور ارزیابی حافظه فوری بینایی (که عمدتاً از طریق لب گیجگاهی غیرغالب تنظیم می‌شود)، از بیمار بخواهید نقش‌های انتزاعی را کپی کند. در حافظه فوری یا آنی مراحل دریافت، ثبت، بازیابی و بازتولید وجود دارد و بنابراین سیستم فعال کننده مشبک، لب پیشانی، سیستم لیمبیک، و ناحیه مرکزی تکلم را درگیر می‌کند.

حافظه کوتاه مدت

توانایی فراخوانی اطلاعات پس از ۵ تا ۱۰ دقیقه است

ارزیابی حافظه کوتاه مدت، با منحرف کردن حواس بیمار در فاصله بین ارائه اطلاعات و یادآوری صورت می‌گیرد. برای ارزیابی حافظه شنوایی کوتاه مدت از بیمار بخواهید چهار کلمه را تکرار کند و بعد از ده دقیقه آن‌ها را به یاد آورد. می‌توان حافظه شنوایی پیچیده را با آزمون یادآوری یک داستان ارزیابی کرد.

حافظه بلند مدت

یادآوری بعد از ۳۰ دقیقه تا چندین روز

برای ارزیابی از بیمار بخواهید که مصاحبه‌ای را که با وی انجام شده، یا چهار کلمه داده شده، یا داستان خاصی را بعد از ۳۰ دقیقه به یاد آورد.

حافظه اخیر

متخصصین بالینی حافظه بلند مدت و کوتاه مدت را با یکدیگر ترکیب کرده و به عنوان حافظه اخیر در نظر می‌گیرند و آن را از حافظه دور متمایز می‌کنند.

حافظه اخیر به کارکردهای روزمره و یادگیری مربوط است و برای ارزیابی، از بیمار بستری بپرسید آخرین صبحانه، نهار، و شام او چه بوده است و صحت مطالب را از کارکنان بخش سوال کنید.

علائم اختلال حافظه اخیر: فراموشی پیش گستر (ناتوانی در یادگیری موضوعات جدید) و افسانه پردازی (میل به بیان داستان‌ها برای پرکردن جاهای خالی)

اختلالاتی که حافظه اخیر را مختل میکند: اختلال فراموشی مقاوم ناشی از الکل (سندرم کورساکف)، آسیب همراه با تکان مغز، فراموشی کلی گذرا

نکته لب گیجگاهی غالب یادگیری شفاهی و لب گیجگاهی غیر غالب، یادگیری بینایی را کنترل می‌کنند. اینم بدونی بد نیست: اختلالات منفرد حافظه زمانی رخ میدن که بازیابی دچار مشکل شده باشه ولی ذخیره سازی سالم باشه. برای ارزیابی اختلال در بازیابی هم میشه بازشناسی بیمار رو بررسی کرد.

حافظه دور

یادآوری بعد از ماه‌ها یا سال‌ها

غیر از اختلالات شناختی، در دیگر اختلالات روان پزشکی مانند اختلالات اضطرابی شدید، اختلالات خلقی با کندی روانی-حرکتی، اُپیتاسیون یا حواس‌پرستی شدید، می‌توانند با کارکرد حافظه به علت فقدان توجه، تداخل کنند.

حافظه دور را می‌توان با ترغیب بیمار به گفتگو در مورد وقایع تاریخی و یا وقایع شخصی که صحت آن‌ها مشخص باشد ارزیابی کرد مثل تاریخ تولد، ازدواج، نام رئیس جمهور و...

حافظه دور را قشر ارتباطی مغز کنترل می‌کند (نه هیپوکامپ)، بنابراین بیماران مبتلا به اختلال فراموشی مداوم ناشی از الکل (سندرم کورساکف) یا بیمارانی که در ابتدای دمانس نوع آلزایمر قرار دارند، هنوز حافظه دور سالمی دارند. ولی در آلزایمر پیشرفته، بیماری پیک و سایر دمانس‌های فرنتوتمپورال به علت آتروفی قشر مغز، حافظه دور آسیب می‌بیند.

نکته در اختلالات تجزیه‌ای به دلیل سرکوبی یا واپس‌زنی، فراموشی پس‌گستر (آمنزی بازیابی) ایجاد می‌شود که با فراموشی پیش‌گستر (آمنزی ذخیره‌سازی) تفاوت دارد. در فراموشی پس‌گستر مطالب جدید یاد گرفته می‌شود.

۴. موقعیت‌سنجی: کونفوزیون یا سردرگمی

از بیمار نام، وقت روز، روز هفته، تاریخ، سال، محل حاضر، آدرس و شماره تلفنش را بپرسید. اختلال موقعیت‌سنجی نسبت به شخص، در مقایسه با اختلال در موقعیت‌سنجی زمان و مکان نشان‌دهنده وجود اختلال شناختی شدیدتری است.

۵. زبان: آفازی یا زبان‌پریشی

هرگاه متوجه شدید بیمار حیران و سردرگم است، در ارتباط و گفتگو با شما دچار مشکل شده است یا در انجام اعمال هدفمند مردد است او را از نظر تقایص زیر ارزیابی کنید:

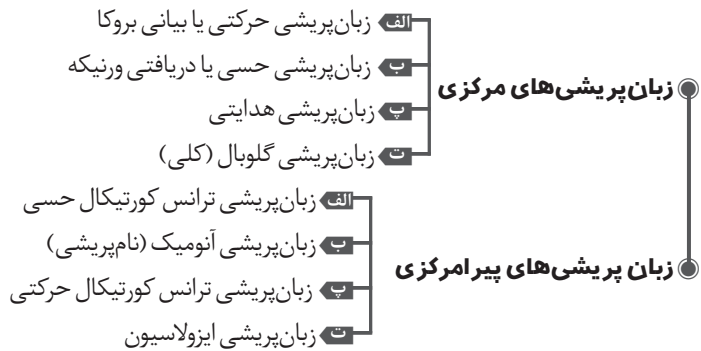
- اشکالات مربوط به درک مطلب و بیان زبانی (آفازی)
- شناسایی حس‌های پیچیده (آگنوزی)
- انجام اعمال معمولی (آپراکسی)

چنین ارزیابی مانع از تفسیرهای اشتباه می‌شود از جمله تفسیر آفازی به عنوان اختلال تفکر اسکیزوفرنیا، آگنوزی به عنوان کندی روانی-حرکتی، آپراکسی به عنوان کاتاتونیا.

آفازی یا زبان‌پریشی به معنای ناتوانی در استفاده و به کارگیری تکلم است. قبل از ارزیابی زبان‌پریشی باید بدانید کدام دست بیمار مسلط است. بین چپ یا راست دست بودن و غالب بودن نیمکره‌های مغز، رابطه مهمی وجود دارد.

داستان اینه که توی راست دستا نیمکره چپ غالبه و توی چپ دستا گاهی نیمکره راست غالبه. در ۹۸ درصد موارد، چپ یا راست یا بودن با نیمکره غالب مطابقت داره در حای که درباره دستا این مطابقت بین ۸۰ تا ۸۵ درصده! ینی پاها معمولاً دقیقتر میتونه به ما برای تشخیص نیمکره غالب و غیرغالب کمک کنه.

زبان پریشی‌ها



نکته در زبان پریشی‌های پیرامری، ضایعاتی در اطراف مناطق مرکزی حسی و حرکتی تکلم وجود دارد. بیمارای مبتلا به زبان پریشی یا در درک زبان و کلام مشکل دارن (زبان پریشی حسی یا دریافتی ورنیکه) یا در بیان کلام (زبان پریشی حرکتی یا بیانی بروکا). زبان پریشی خوندن و نوشتن رو هم درگیر می‌کنه. ناتوانی در خوندن که خوانش پریشی یا آکسی گفته میشه، معرف یه زبان پریشی حسی یا دریافتیه و ناتوانی در نوشتن که نوشتارپریشی یا آگرافی گفته میشه، معرف یه زبان پریشی حرکتی یا بیانیه.

زبان پریشی‌های مرکزی

۱. زبان پریشی حرکتی یا بیانی بروکا

- علت این زبان پریشی وجود ضایعه در ناحیه تکلم قدامی جلو پیشانی (ناحیه ۴۴ برودمن) است.
- بیمار کلمات و افعالی را بدون استفاده از ربط‌های دستوری صحیح بیان می‌کند.
- کلام بیمار فاقد سلاست است، دیس آرتریک بوده، و با زحمت و سختی زیادی بیان می‌شود به همین دلیل به آن زبان تلگرافی هم گفته می‌شود.

۲. زبان پریشی حسی یا دریافتی ورنیکه

- علت این زبان پریشی وجود ضایعه در ناحیه ۲۲ برودمن است. این ناحیه در لب آهیانه و بخش خلفی شکنج فوقانی لب گیجگاهی واقع است.
- برای بیمار فهم سوال شما از راه درک شنیداری مشکل است.
- کلام بیمار با خصوصیات روان، سلیس، بدون زحمت، تلفظ صحیح، و عاری از اسامی مشخص می‌شود.
- ممکن است بیمار حمله تکلم داشته باشد.
- از انجایی که معمولا بیمار نسبت به مشکل تکلمی خود بینش ندارد، ممکن است اختلال زبان وی اشتباهاً به عنوان زبان پسیکوتیک (مانیک و اسکیزوفرنیک) تشخیص داده شود.

۳. زبان پریشی هدایتی

- علت این نوع زبان پریشی، وجود ضایعه‌ای در راه کمانی است، یعنی رشته‌هایی که مراکز تکلم بیانی و حسی را به یکدیگر مرتبط می‌کنند.
- در این زبان پریشی، تکرار کلمات و جملات به شدت مختل می‌شود.
- گفتار بیمار سلیس است، ولی مکث‌هایی دارد، زیرا واژه‌یابی مختل شده است.
- در این زبان پریشی، پارافازیهای لغوی شایع هستند.



۳ در کدام آفازی تکرار کلمات و جملات به شدت مختل می‌شود، گفتار بیمار سلیس است ولی مکث‌هایی دارد، زیرا واژه‌یابی مختل شده است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۵-۹۶)

- الف) گلوبال ب) هدایتی
ج) حسی یا دریافتی ورنیکه د) حرکتی یا بیانی بروکا
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.
۴. زبان پریشی گلوبال (کلی)

- بیمار نه می‌تواند افکارش را بیان کند و نه صحبت دیگران را می‌فهمد، فقط برخی از سیلاب‌ها را ادا می‌کند.
- این اختلال شدید کلامی در ضایعات وسیع نیمکره غالب مشاهده می‌شود که با تخریب هر دو ناحیه کلامی بیانی (بروکا) و دریافتی (ورنیکه) همراه است.

زبان پریشی‌های پیرامرکزی

۱. زبان پریشی ترانس کورتیکال حسی

- بیمار به خوبی تکرار می‌کند و کلام خود به خودی او سلیس است.
- بیمار آنچه که تکرار می‌کند و یا می‌شنود را درک نمی‌کند.
- تکلم بیمار پارافازیک است.
- محل ضایعه در ناحیه مرزی خلفی قرار دارد.

۲. زبان پریشی آنومیک (نام پریشی)

- بیمار سلیس و روان صحبت می‌کند، ولی برای یافتن لغات مکث می‌کند.
- می‌تواند به خوبی کلمات را تکرار کند و مطلب را درک کند، ولی در نامیدن اشیا مشکل دارد.
- او نه می‌تواند اشیایی را که به وی نشان داده می‌شود را نام ببرد و نه می‌تواند به اشیا نام برده شده اشاره کند.
- مشکل بیمار در یافتن لغت منجر به پارافازی‌ها می‌شود.

۳. زبان پریشی ترانس کورتیکال حرکتی

- بیمار می‌تواند به خوبی کلمات را تکرار کند و مطلب را درک نماید اما کلام بیمار سلیس نیست.

۴. زبان پریشی ایزولاسیون

- بیمار نمی‌تواند اشیا را نام برده و یا مطلب را درک کند و تکلم وی سلیس نیست.
- با این حال می‌تواند تکرار کند و ممکن است تمایل داشته باشد هرچیزی که در طیف شنوایی است را طوطی‌وار تکرار کند به این اختلال تکلمی اکولالیا یا پژواک کلام (Echolalia) می‌گویند.
- ضایعه کل ناحیه پیرامرکزی را دربرمی‌گیرد.

۴ تکرار آخرین کلمات شنیده شده دیگران چه نامیده می‌شود؟
(ارشد وزارت بهداشت ۹۷-۹۶)

- الف) Palilalia ب) Coprolalia ج) Echolalia د) Copropraxia
پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

آزمون زبان پریشی‌ها (آفازی‌ها)

اگر به یک سندرم زبان پریشی مشکوک هستید، نوشتار، تکرار، سلاست، و درک مطلب را ارزیابی کنید.

۱. نوشتن

- همه آزمون‌های مربوط به زبان پریشی به درجاتی نوشتارپریشی یا آگرافی را نشان می‌دهند؛ بنابراین اول باید توانایی نوشتن ارزیابی شود. با استفاده از دستورالعمل زیر نوشتارپریشی را غربال کنید:
"در یک جمله بنویسین که مشکل اصلی که شما رو اینجا آورده چیه."



- زمانی تشخیص آگرافی داده می‌شود که خطاهای اساسی زبانی در هجی کردن یا جابجا نوشتن حروف، سیلاب‌ها، یا کلمات (ناجانویسی) دیده می‌شود و نمی‌توان این خطاها را به کم سوادی بیمار نسبت داد.
- اگر بیمار آزمون‌ها را به طور صحیح انجام داد، احتمالاً زبان‌پریش نیست.

نکته برای ارزیابی نوشتارپریشی نمی‌توان از بیمار درخواست کرد که اسمش را بنویسد، زیرا در موارد بسیار شدید نوشتارپریشی نیز ممکن است توانایی نوشتن نام خود محفوظ بماند.

۲. تکرار

- تکرار کلمات گفته شده فقط در آفازی‌های مرکزی مختل می‌شود.
- در این زبان‌پریشی‌ها نواحی مرکزی گفتار که در اطراف شیار سیلوپوس متمرکز شده‌اند دچار آسیب می‌گردند.
- آفازی‌های پیرامرکزی در اثر ضایعات ایجاد شده در اطراف نواحی مرکزی تکلم ایجاد می‌شوند.
- از بیمار بخواهید کلمات و جملاتی که به تدریج بر پیچیدگی آن‌ها افزوده می‌شود را تکرار کند.
- اگر بیمار مبتلا به آگرافی آزمون تکرار را به طور صحیح گذراند، او آفازی مرکزی ندارد اما احتمالاً آفازی پیرامرکزی دارد.

۳. سلاست تکلم

- تکلم غیرسلیس پراکنده است و به زحمت ادا می‌شود، از قواعد دستوری پیروی نمی‌کند و مکث‌های زیادی برای یافتن کلمه دارد. تکلم غیرسلیس، عمدتاً حاوی اسامی است (روش تلگرافی). تکلم غیرسلیس همچنین ممکن است غیرقابل فهم و نامفهوم باشد (زبان‌پریشی نامفهوم) یا گفتاری خالی از محتوا، مملو از کلمات غیرعادی (پارافازیا) و نوآه‌سازی (کلمات یا عبارات من درآوردی) باشد.
- دو نوع واژه‌سازی وجود دارد، سمبولیک که به طور مکرر در نوآه‌سازی بیمار اسکیزوفرنی مورد استفاده قرار می‌گیرد و پارافازیک، جدیداً اختراع شده، تصادفی، غیرسمبولیک، و نوآه‌سازی بیمار آفازیک با ضایعه‌ای در مرکز تکلم به ندرت تکرار می‌شود.
- فقدان سلاست نشانه وجود ضایعه مرکزی در قسمت جلوپیشانی است (پری‌فرونتال). سلاست به همراه پارافازی نشانه وجود ضایعه لب گیجگاهی در منطقه خلفی فوقانی پس مرکزی یا شکنج حاشیه‌ای آهیانه‌ای است.

۴. درک مطلب

- این حالت باید به روشی سنجیده شود که نیازی به بیان زیاد نداشته باشد، از این رو زبان‌پریشی بیانی به عنوان یک اختلال در توانایی درک مطلب تعبیر نمی‌شود.
- **روش اول ارزیابی:** از بیمار بخواهید که به چشم، پا و بینی خود اشاره کند. اگر او موفق به انجام این کار شد، از او بخواهید به طور متوالی این کار را انجام دهد. بیمارانی که درک مطلب عادی دارند قادرند که به طور متوالی به چهارشی، اشاره کنند.
- **روش دوم ارزیابی:** عبارت است از پرسیدن شش سوال یا بیشتر که جواب بله یا خیر دارند.

نکته ضایعات مرکزی توانایی تکرار، ضایعات قدامی توانایی سلاست کلام، و ضایعات خلفی توانایی درک مطلب را از بین می‌برند.

۵. نامیدن و واژه‌یابی

- از بیمار بخواهید که اشیایی که به آن‌ها اشاره می‌کنید را نام ببرد.
- توانایی نامیدن در زبان‌پریشی‌های پیرامرکزی بیشتر از زبان‌پریشی‌های مرکزی مختل می‌شود.

۶. بلند خواندن و درک مطلب

- این مهارت‌ها به این صورت ارزیابی می‌شوند که از بیمار خواسته می‌شود تا جملاتی را بلند بخواند و سپس به آن اشیا اشاره کند.
- در مرحله بعدی که مشکل‌تر است از بیمار خواسته می‌شود تا جملاتی را بلند بخواند و سپس درباره محتوای مطلب به سوالات بله یا خیر پاسخ دهد.
- معمولاً در بیمارانی که زبان‌پریش خواندن و درک مطلب، یا هر دو مختل می‌شوند.

• تشخیص اشتباه ممکن است خطر مرگ داشته باشد. اگر زبان پریشی به علت تومور یا آبسه مغزی باشد، ممکن است به جای درمان طولانی با نورولپتیک‌ها، نیاز به مداخله جراحی باشد.

نکته چهار اختلال شناختی که در همه انواع دمانس‌ها دیده می‌شوند، شامل آفازی یا زبان پریشی، آپراکسی یا کردار پریشی، آگنوزی یا ادراک پریشی و اختلال در کارکرد اجرایی می‌باشند.

۶. شناسایی: آگنوزی یا ادراک پریشی

آگنوزی‌ها اختلالات "شناسایی‌اند" یعنی ناتوانی در شناسایی اشکال و ماهیت اشیاء و حس‌ها یا به طور خلاصه، ادراک پریشی عدم توانایی برای درک حس‌های پیچیده است. لب آهیانه‌ای قشر مغز درون دادهای حسی را ترکیب می‌کنند و آسیب به این لب‌ها باعث آسیب‌هایی می‌شود که آگنوزی (ادراک پریشی) نامیده می‌شوند. چندین نوع ادراک پریشی وجود دارد از قبیل ناتوانی در تشخیص اشیاء از طریق لمس کردن، ناتوانی تشخیص حروفی که روی پوست ترسیم می‌شوند و ناتوانی در شناسایی اشیاء و تصویر چهره‌ها.

ارزیابی ادراک پریشی: برای آزمون ادراک پریشی از بیمار خواسته می‌شود که اشیایی (مثل یک کلید یا سکه) را که در دست او گذاشته می‌شود، یا ارقامی که روی پوست پشت ساعد وی رسم می‌گردد را شناسایی کند.

۵. در کدام آزمون از بیمار خواسته می‌شود که اشیایی مثل کلید یا سکه را که در دست او گذاشته می‌شود، یا ارقامی که روی پوست پشت ساعد وی رسم می‌گردد، شناسایی کند؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

الف) آزمون تلقین پذیری

ب) آزمون ادراک پریشی (آگنوزی)

ج) آزمون کردار پریشی (آپراکسی)

د) آزمون پژواک حرکت

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۷. اجرا: آپراکسی یا کردار پریشی

آپراکسی، ناتوانی بیمار در اجرای اعمال ارادی و دستکاری هدفمند اشیاء است. ضایعات وارده به شکنج پیش حرکتی قشر پیشانی یا لب آهیانه‌ای راست منجر به بروز کردار پریشی می‌شود. انواع کردار پریشی عبارت‌اند از ناتوانی در انجام حرکت، تصمیم‌گیری راجع به اینکه چه حرکتی باید انجام شود، سازماندهی متوالی و منطقی حرکات به منظور انجام اعمالی مانند لباس پوشیدن، یا ترسیم اشکال ساده یا کپی کردن از طرح‌ها.

ارزیابی کردار پریشی: از بیمار خواسته می‌شود چند عمل معمولی (مثل روشن کردن کبریت) انجام دهد، یک عمل خیالی (مانند سوزن نخ کردن) را تقلید کند، یا شکل ساده ای بسازد (مثل ساختن یک مثلث با استفاده از سه مداد).

۶. مصاحبه‌گر در معاینه روانی از مراجع می‌خواهد ساعتی را بکشد و زمان فعلی را بر روی آن نشان دهد و همچنین به بیمار سه عدد چوب کبریت می‌دهد تا با آن مثلثی بسازد، اما مراجع علی‌رغم سالم بودن اندام‌های حرکتی‌اش از انجام آن‌ها ناتوان است، از چه علامتی رنج می‌برد؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۶-۹۵)

الف) آپراکسی ساختاری

ب) آگنوزی ارتباطی

ج) اختلال عملکرد اجرایی

د) سندرم لوب فرونتال

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۸. بازتاب‌ها و حرکات پاتولوژیک

با آزمون بازتاب‌های لب پیشانی، می‌توان ارزیابی کردار پریشی را تکمیل کرد. این آزمون‌ها زمانی غیرطبیعی می‌شوند که راه‌های بازدارنده لب پیشانی مسدود شوند.

رفلکس بابنسکی (Babinski reflex): جسم نوک تیزی را به کناره خارجی کف پای بیمار بکشید، حرکات انگشتان شست به طرف بالا علامت پاتولوژیک است.

رفلکس پوزه (Snout reflex): حالت پوزه وقتی دیده می‌شود که اگر به لب بالایی ضربه آهسته زده شود، عضلات اطراف دهان و پایه بینی منقبض می‌شوند.

رفلکس مکیدن (Sucking reflex): حرکت مکیدن وقتی نمودار می‌شود که لب بالایی به نرمی نوازش می‌شود.

رفلکس پالمومنتال (Palmomental reflex): حرکت رو به پایین یک طرفه زاویه دهان وقتی نمودار می‌شود که سطح داخلی دست به طور محکم از تنار به برجستگی هیپوتنار کشیده شوند.

رفلکس چنگ زدن (Grasp reflex): وقتی که معاینه کننده انگشت اشاره‌اش را بر سطح کف دست بیمار، بین انگشت شست و اشاره می‌کشد، بیمار انگشت اشاره معاینه کننده را می‌گیرد.

رفلکس گلابلا (Glabella reflex): به پیشانی بیمار بالای پل بینی ضربه‌های آهسته بزنید. پس از چند ضربه آهسته چشم‌ها پلک می‌زنند؛ در صورتی که پلک زدن بدون توقف رخ دهد (رفلکس درجا زدن گلابلا) تست مثبت تلقی می‌شود، که یک نشانه خارج هرمی است و در بیماری پارکینسون و پارکینسونیسم ناشی از نورولپتیک‌ها، مشاهده می‌شود.

رفلکس گونه (Rooting): خراش زیر یک زاویه دهان بیمار، کشش به طرف پایین زاویه همان طرف دهان، نشانه واکنش مثبت است.

بعد اینکه رفلکس رو خوندی بیا انواع کارکردای حرکتی رو بخون ببین چی به چیه؟ توی این کارکردا، بیمار حرکات القاء شده غیرعادی رو که ازش می‌خوان، بدون در نظر گرفتن پیامدش انجامشون میده! ینی حتی ممکنه به این فکر نکنه که این وضعی تا حرکات القایی چه نتیجه و پیامدی میتونه براش داشته باشه. انواع این کارکردهای حرکتی رو این زیر میتونی بخونی:

اطاعت پاتولوژیک (Pathological obedience): از بیمار بخواهید که زبانش را بیرون بیاورد. حتی اگر هردفعه که زبانش را بیرون می‌آورد، سوزنی به زبانش زده شود باز هم اطاعت خواهد کرد.

انعطاف‌پذیری مومی شکل (Waxy flexibility): بیمار در همان وضعیتی می‌ماند که شما او را قرار می‌دهید (شبیبه موم).

تمایل دوسوگرایانه (Ambitendency): از بیمار بخواهید که بنشیند. بیمار بین دو حرکت متضاد سرگردان می‌شود، مثلاً برای نشستن خم می‌شود، ولی در عوض بلند می‌شود و این کار را چندبار تکرار می‌کند تا اینکه نهایتاً برای بقیه مدت مصاحبه می‌ایستد.

همکاری (Mitmachen): از بیمار بخواهید که در برابر هر حرکتی مقاومت کند. علی‌رغم این خواسته حتی می‌توان او را با یک لمس ملایم انگشت به هرجهتی هل داد. عکس این رفتار، مخالفت یا Gegenbalten نامیده می‌شود.

مخالفت (Gegenbalten): با وجودی که به بیمار گفته شده است که به شما اجازه بدهد تا اندام‌های او را حرکت دهید؛ با نیروی متناسب و برابر با نیرویی که شما بر او اعمال می‌کنید، در مقابل حرکات مقاومت می‌کند.

پژواک حرکتی (Echopraxia): بیمار حرکاتی مثل کف زدن یا بشکن زدن را تقلید می‌کند یا تمام حرکات شما یا سایرین را تقلید می‌کند. پژواک حرکت در آفازی حرکتی ترانس کورتیکال و کاتاتونی دیده می‌شود و در اوان کودکی نرمال است.

محکم چنگ زدن (Forced grasping): هر بار که دستی به طرف بیمار دراز می‌شود، او آن را گرفته و دست می‌دهد و لو اینکه به وی گفته باشند این کار را نکند.

واکنش مغناطیسی (Magnet reaction): شما کف دست بیمار را لمس می‌کنید و آهسته اگشتان‌تان را عقب می‌کشید؛ بیمار با دست خود انگشتان شما را دنبال می‌کند. محکم چنگ زدن و واکنش مغناطیسی هر دو در دمانس و کاتاتونی دیده می‌شوند.

منفی‌کاری (Negativism): نوعی مقاومت شدید است که در آن، بیمار در تمام حرکاتی که معاینه کننده به اندام‌ها یا اعضای بدن وی می‌دهد (حرکات انفعالی) مقاومت می‌کند یا سعی دارد خلاف چیزی را که از وی خواسته شده، انجام دهد.

درجا زدن (Perseveration): پس از آن که از بیمار خواسته می‌شود حرکتی انجام دهد، بارها و بارها آن حرکت را تکرار می‌کند. در درجا زدن جبری بیمار آنقدر آن حرکت را تکرار می‌کند تا از او کار دیگری خواسته شود.

۹. طیف عاطفه

به منظور تشخیص اختلال عاطفی ناشی از ضایعات قشری نیمکره راست از پسیکوزهای کارکردی، روشی برای سنجش توانایی بیمار در شناسایی و تقلید عاطفه ابداع شده است. در این روش از بیماران خواسته می‌شود که تعدادی از این عواطف غریزی نه گانه را ابراز کنند که در تمام فرهنگ‌ها مشاهده می‌شوند. هر عاطفه نمره‌ای بین صفر تا چهار می‌گیرد. سپس به هر کدام از چهار جزء بیان عاطفه (تعدیل لحن صدا، حالت چهره، ژست‌ها شامل وضعیت بدن، آهنگ تکلم) نمره‌ای اختصاص داده می‌شود.

راهنمای نمره دادن به هریک از ۴ عنصر:

- **لحن صدا:** بیمار تغییری در بلندی، آهنگ صدا و ملودی جمله ایجاد می‌کند. اگر این کارها را انجام داد یک نمره می‌گیرد.
 - **حالت چهره:** بیمار در اطراف دهان، پیشانی، و چشم‌هایش تغییراتی ایجاد می‌کند. اگر چنین بود، یک نمره به بیمار بدهید.
 - **ژست‌ها و وضعیت بدن:** بیمار وضعیت بدن، طرز ایستادن، و ژست‌های خود را عوض می‌کند. اگر این تغییر آشکارا بیان کننده عاطفه است، یک نمره بدهید.
 - **آهنگ تکلم:** بیمار سرعت تکلم، طول حروف صدا دار و فشار روی سیلاب‌ها را تغییر می‌دهد. به تغییرات قابل توجه یک نمره پاداش داده می‌شود. در اینجا هیچ نمره اضافی برای تغییرات نمایشی و برجسته وجود ندارد.
- نکته:** بیماران اسکیزوفرنیک که توانایی لذت بردن ندارند و عاطفه سطحی دارند، وقتی محتوای افکار مربوط به هذیان‌هایشان را بیان می‌کنند، سرزنده‌تر می‌شوند. لئونارد این بیماران را "پارافرنیک‌های دارای بار عاطفی" نامید.

۱۰. تلقین پذیری: تجزیه

به نظر می‌رسد علائم و نشانه‌های خاصی از روان‌پزشکی ناشی از خودتلقینی باشند، از قبیل علائم تبدیلی و تجزیه‌ای که می‌توانند تحت هیپنوتیزم ایجاد و رفع شوند. توانایی هیپنوتیزم شدن ممکن است همچون اختلال هویت تجزیه‌ای اجزا ژنتیکی داشته و در خانواده استمرار یابد.

نکته: توانایی هیپنوتیزم شدن یا تلقین‌پذیری شدید می‌تواند شرط لازم (اما نه کافی) برای ایجاد علائم تبدیلی و تجزیه‌ای باشد.

تلقین‌پذیری تمایل بیمار برای تصور یک احساس یا تصویر مانند "اجازه بدین سرتون به پایین آویزون بشه به طوری که احساس کنید سنگینه و روی عضلات گردنتون افتاده" و یا انجام ارادی یک درخواست مانند "نفس کشیدنتون آهسته و آهسته‌تر میشه"، می‌باشد.

آزمون‌های تلقین‌پذیری: آزمون نوسان، آزمون خستگی پلک، آزمون چسپیدن انگشت، آزمون آونگ.

(ارشد وزارت بهداشت ۹۴-۹۵)

۷. کدام آزمون از آزمون‌های تلقین‌پذیری محسوب نمی‌شود؟

- (الف) آزمون نوسان (ب) خستگی پلک (ج) چسپیدن انگشت (د) سنگینی سر
- پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۱۱. تفکر انتزاعی: عینیت

تفکر انتزاعی توسط ناحیه زبانی نیمکره غالب تنظیم می‌شود. برای ارزیابی تفکر انتزاعی می‌توان از آزمون‌های زیر استفاده کرد.

تفسیر ضرب المثل

از بیمار بخواهید برایتان ضرب المثلی بیان کند و سپس معنی آن را بپرسید.

نقص‌های آزمون ضرب المثل:

- تفسیر ضرب المثل‌هایی که برای بیمار ناآشنا است، ممکن است همیشه شاخصی از تفکر عینی وی نباشد.
- بیماری که مکرراً ارزیابی روانپزشکی شده؛ پاسخ صحیح را آموخته است.
- تفسیر ضرب المثل استاندارد شده نیست.
- ضرب المثل‌ها وابسته به فرهنگ هستند و ارزش تشخیصی محدودی دارند.
- احتمالاً تفکر غیرانتزاعی نتیجه کارکرد هوش ضعیف است تا اسکیزوفرنیا.

آزمون تکمیل کردن

از بیمار بخواهید که سری‌های مفهوم داری را کامل نماید مثل الف ۲، ب ۴، پ؟.

آزمون شباهت

از بیمار بخواهید که شباهت‌ها را پیدا کند مثلاً شباهت یک موز و سیب در چیست؟

حل مسئله

با پرسیدن جمع و تفریق‌هایی که بخشی از مسئله مجهولی است، می‌توانید توانایی بیمار در حل مسئله را ارزیابی کنید.

۸ در فرآیند مصاحبه اگر درمانگر از بیمار در خصوص معنا و مفهوم ضرب المثل سوال کند، وی به دنبال بررسی

(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۲-۱۴۰۱)

چیست؟

(ب) فرآیند فکر

(الف) محتوای فکر

(د) قضاوت

(ج) اختلال ادراکی

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۹ بیان ضرب المثل برای درمانجو جهت ارزیابی کدام فرایند روانشناختی استفاده می‌شود؟

(ارشد وزارت بهداشت ۱۴۰۳)

(د) قضاوت

(ج) تفکر

(ب) عاطفه

(الف) تلقین‌پذیری

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

۱۲. هوش، دمانس، عقب‌افتادگی ذهنی

برای ارزیابی کارکردهای هوشی می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد:

- ۱- **آزمون تخمین سریع هوش (RAIT):** شامل محاسبه‌های ریاضی برای ضرب کردن است.
- ۲- **آزمون کنت:** توانایی‌های کلامی و تفکر را بیشتر از محاسبه می‌سنجد و شامل ۴ سوال حل مسئله و ۶ سوال معلومات عمومی است.
- ۳- **ترکیب آزمون کنت و RAIT:** آزمون سریعی که می‌تواند یک نظر تشخیصی از هوش بیمار به دست بدهد.

۱۲. آزمون‌های زنجیرهای از حالات روان‌شناختی خاص

اختلالات نقص شناختی: در بیماران کهنسال ابتدا در جستجوی نقص کارکردهای اجرایی باشید. سپس به سراغ ارزیابی دمانس‌های ناشی از گرفتاری تحت قشری بروید و نهایتاً دمانس‌هایی که بر روی حافظه و اعمال شناختی تأثیر می‌گذارند را ارزیابی کنید. سه روش ساده دفتری برای ارزیابی اختلالات نقص‌های شناختی (سه مقیاس دمانس) در دسترس است: مصاحبه کارکرد اجرایی (EXIT)، ارزیابی کیفی دمانس (QED)، معاینه مختصر وضعیت روانی.

۱ مصاحبه کارکرد اجرایی (Executive interview) برای ارزیابی چه مشکلی استفاده می‌شود؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۲-۹۱)

الف) فراموشی

ج) آگنوزی

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

ب) اختلالات نقص شناختی

د) حواس پرتی

لغت	معنی	مرورها
Vigilance	گوش به زنگ بودن	
Distractibility	حواس پرتی	
Perseveration	درجاذدن	
Apraxia	آپراکسی	
Psychological Pillow	بالش روان شناختی	
Anterograde amnesia	فراموشی پیش گستر	
Confabulation	افسانه پردازی	
Recognition	بازشناسی	
Retrieval	بازیابی	
Alexia	آلکسی یا خوانش پریشی	
Agraphia	آگرافی یا نوشتار پریشی	
Echolalia	اکولالیا، پژواک کلام	
Aphasia	زبان پریشی	
Jargon aphasia	زبان پریشی نامفهوم	
Neologism	نوواژه سازی	
Negativism	منفی کاری	
Anhedonia	بی لذتی	
Suggestibility	تلقین پذیری	
Dissociation	تجزیه	
Flat affect	عاطفه سطحی	



گام های پنج گانه برای تشخیص گذاری



نشر علمی سنا
SANA



سلامی دوباره. همونطور که از موضوع فصل شش مشخصه، قصد داریم ۵ مرحله برای رسیدن به یه تشخیص مناسب رو یاد بگیریم. تشخیص گذاری خیلی مهمه! چون باعث میشه درمان مناسب تری رو برای مراجعین و بیماران عزیزمون در نظر بگیریم. هرچند امروزه رویکردی فراتشخیصی هم نظرات متفاوتی در این مورد میدن، اما بازم برای انتخاب روش درمانی مناسب و حتی گاهی برای امور بیمه ای لازمه که تشخیص گذاری دقیقی داشته باشیم. برای رسیدن به یه تشخیص خوب باید ۵ مرحله رو طی کنیم:

- ۱- جمع آوری نشانه ها یا سرنخ های تشخیصی
- ۲- واریسی ملاک های تشخیصی
- ۳- ارزیابی تاریخیچه روان پزشکی
- ۴- تشخیص با روش ارزیابی چندمحوری
- ۵- پیش آگهی

مقدمه

هیچ رویکرد منفرد تشخیصی وجود ندارد که به تنهایی برای همه مصاحبه گران یا همه بیماران بیشترین کارایی را داشته باشد. حتی شاید بتوان گفت هیچ روشی نیست که در تمام موارد مفید یا مضر باشد. لازمه همگی روش های مصاحبه و تشخیص، گردآوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات است. اگر بیمار را به عنوان داور در نظر بگیریم، متوجه خواهیم شد در هر شیوه ای از مصاحبه، بیمارانی وجود دارند که آن شیوه در مورد آن ها کارآمد است. به طور کلی پاسخ یا واکنش مثبت براساس سازگار بودن شخصیت های بیمار و مصاحبه گر است.

نکته یک مصاحبه گر همیشه در مورد هر بیمار از یک رویکرد استفاده نمی کند.

میدل درمانگران را به دو دسته خاریشت ها و روباه ها تقسیم می کند. خاریشت درمانگری است که مشکلات را با ذهن کنکاش گر، تجزیه و تحلیل کننده و عمل گرا حل می کند و متکی به منطق است (حامی DSM-۵). در حالی که روباه، به تفکری پراکنده و منتشر می پردازد و منتظر می شود تا تجربه ای در ذهنش شکل بگیرد (منتقد DSM-۵). راه حل مناسب استفاده از هر دو رویکرد است.

نکته خاریشت عمدتاً از نیمکره چپ و روباه عمدتاً از نیمکره راست مغز خود استفاده می کند.

دو محور تعادلی عمده در رویکردها، برای تشخیص گذاری باید اضافه شود:

• بعد ساختار یافته در مقابل ساختار نیافته

• بعد استقراء منطقی در مقابل شهود غیر منطقی

روش شهودی غیر منطقی (روش نیمکره راست یا روباهی): به حرف های بیمار گوش کنید، جریان فکر او را دنبال کنید و ببینید شما را به کجا می برد. از خود بپرسید که نظر کلی تان در مورد بیمار چیست و چگونه مشاهدات اختصاصی شما با این نظر کلی مطابقت دارد.

روش منطقی قیاسی (روش نیمکره چپ یا خاریشتی): نظر کلی خود را تجزیه و تحلیل کنید ریشه‌های آن را جستجو نمایید و مشاهدات خود را بررسی کنید. به صورت سازمان یافته و از شکایت اصلی شروع کنید و نظرات تشخیصی محتمل را در نظر بگیرید و نظرات تشخیصی بعید را کنار بگذارید.

نکته بهترین شاخص برای اینکه بفهمیم کدام روش مصاحبه برای یک بیمار مناسب است، بازخوردهای خود بیمار است.

دیگه دست خودته خاریشت باشی یا روباه یا هردو! من ترجیح میدم شبیه روباهی که خاریشته عمل کنم. خب بعد از مقدمه بریم سراغ بررسی هر کدام از اون گام‌های پنجگانه برای تشخیص‌گذاری.

گام اول، سر نخ‌های تشخیصی

به محض اولین تماس با بیمار، باید با بیمار ارتباط برقرار کنید. در همین اولین تماس، فهرستی از تمام تشخیص‌های محتمل را در ذهن داشته باشید. از مشاهدات و علائم بیمار یا رفتار ناهنجار وی فرضیه‌ای بسازید که این سر نخ‌ها با کدام یک از اختلالات اساسی روان‌پزشکی یا اختلالات شخصیت مطابقت دارد. بدین ترتیب فهرستی به شکل زیر تهیه می‌کنید:

• **فهرست شماره ۱:** اختلالات روان‌پزشکی مشمول (با سوالات فراگیر که حساسیت بالا اما اختصاصی بودن کمی دارند، دامنه گسترده‌ای از اختلالاتی که ممکن است بیمار به آن‌ها مبتلا باشد را فهرست کنید).

• **فهرست شماره ۲:** اختلالات روان‌پزشکی رد شده

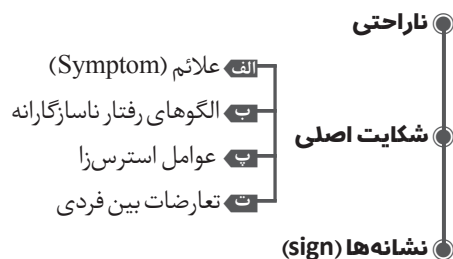
• **فهرست شماره ۳:** اختلالات بررسی نشده (هنوز تکلیف آن‌ها مشخص نیست)

نکته فهرست شماره ۱ شامل تشخیص‌های افتراقی است و در ابتدای مصاحبه گسترش می‌یابد؛ در همین حال فهرست شماره ۳ کوچک‌تر خواهد شد.

بیماران به دلایل مختلفی مراجعه می‌کنند ولی اکثر آن‌ها مراجعه می‌کنند چون می‌دانند به کمک نیاز دارند و تشنه مداخله هستند. برای کمک به بیماران بهتر است راه میانه‌ای در پیش بگیرید (نه خیلی مستقیم نه خیلی آهسته). بیماران به طرق مختلفی مشکلاتشان را مطرح می‌کنند؛ سه نوع رایج بیان یک مشکل توسط بیماران را در زیر می‌توان مشاهده کرد.

معمولا دقیقتر میتونه به ما برای تشخیص نیمکره غالب و غیرغالب کمک کنه.

سه نوع رایج بیان یک مشکل



ناراحتی: بیمار ممکن است ناراحت و پرتنش باشد. ممکن است اصولا از حرف زدن با شما امتناع کند یا درباره افراد دیگر صحبت کند بیمار به زحمت می‌تواند توصیف کند که چه برسرش آمده است. در این موارد می‌توانید از رویکرد گفتگوی غیرمستقیم و یا کنکاش استفاده کنید و شکایت اصلی را از طریق مواجهه وی با رفتار و با بازتاب گفتارش بپرسید. در برخورد با چنین بیمارانی هدف شما این است که نهایتا شکایت اصلی را صریحا و یا تلویحا فرمول‌بندی کنید.

نکته چنانچه با بیماری برخورد نمودید که از مشکلات اصلی خود آگاهی روشنی ندارد؛ مراقب باشید که اضطراب او را افزایش ندهید.

شکایت اصلی

اکثر بیماران سرپایی، همکاری دارند به ویژه بیمارانی که به مراکز خصوصی مراجعه می‌کنند. به بیمار فرصت دهید که مشکلاتش را به زبان خودش بیان کند. اغلب بیماران شکایت اصلی را ارائه می‌دهند که یک یا بیش از یک مورد از چهار مشکل زیر را در برمیگیرد:

- **علائم:** علائم می‌توانند شامل علائم اصلی (علائم مرکزی) یا علائم همراه اختلالات بالینی باشند.
- **الگوهای رفتاری ناسازگارانه:** این موارد الگوی مادام‌العمری از ناسازگاری و مشکل در ارتباط برقرار کردن با بقیه مردم است.
- **عوامل استرس‌زا:** عوامل استرس‌زا، معمولاً عوامل خارجی هستند که ناراحتی و بیماری فرد را ایجاد یا تشدید می‌کنند. استرسورها ممکن است منفرد، متعدد، متناوب، مداوم و یا رویدادهای رشدی خاص باشد.
- **تعارضات بین فردی:** تعارضات با همسر، اعضای خانواده، رئیس و همکاران یا همسایه‌ها می‌توانند از نقطه نظر بیمار عوامل مهمی بوده و براین عقیده باشد که آن‌ها منشأ بیماری وی را تشکیل می‌دهند.

نشانه‌ها

ممکن است بیمار در همان چند دقیقه اول مصاحبه شواهدی از اختلال رفتاری نشان دهد که بیانگر یک مشکل روان‌پزشکی است. شما می‌توانید به جای اینکه بعداً کنکاش کنید در همان ابتدای روند تصمیم‌گیری تشخیصی، بیمار را با نشانه‌هایش مواجه سازید.

- **بدگمانی و سوءظن در اسکیزوفرنیای نوع پارانوئید، اختلال هذیانی و اختلال شخصیت پارانوئید دیده می‌شود و همچنین در دمانس‌ها، پسکوز (روان‌پریشی) ناشی از مواد، یا اختلال افسردگی اساسی با تابلوی پسیکوتیک دیده می‌شود.** در اختلال شخصیت پارانوئید میزان بدبینی به حد هذیان نمی‌رسد.
- **رفتار وابسته در دمانس، اختلال افسردگی اساسی، اختلال شخصیت وابسته یا اجتنابی دیده می‌شود.**
- **رفتارهای تجمیل‌گرایی و زرق و برق‌دار را در اختلالات دوقطبی، اختلال شخصیت هیستریونیک و همچنین در مسمومیت‌ها دیده می‌شود.**

میدونی بعد از اینکه مشکلات اصلی بیمار رو فهمیدی باید چکار کنی باهاشون؟ مسئله این است گسترش دادن یا متمرکز بودن! گسترش دادن به معنی گسترش و توسعه بحث و تلاش برای کشف مشکلات بیشتره؛ در حالی که متمرکز بودن به معنی تمرکز بر چیزایی که قبلاً در مورد مشکلات بیمار فهمیدیم (این کار شبیه شکل دادن به آهن داغه). هر دو روش در موارد مختلفی مناسبن. بهتره اینجا اجازه بدیم بیمار ما رو هدایت کنه.

گسترش دادن

- اگر می‌خواهید غربال کنید که آیا مشکلات دیگری نیز وجود دارد از سوالاتی مانند این سوال استفاده کنید: "آیا مشکل دیگری هم وجود داره؟"
- مشکلات روانی-اجتماعی یا محیطی، الگوهای ناسازگار مادام‌العمر و دوره‌های اختلال در کارکرد را نیز بررسی کنید.
- در این مرحله، استفاده از سوالات باز مفید است.
- سوالات دارای حساسیت زیاد کمک می‌کنند تا تجارب غیرعادی مثل ادراک فراحسی (پسکوز)، یا احساس چرخش‌های هیجانی (نوسان‌های خلقی) را بیابید.

متمرکز بودن

- اگر تصمیم گرفتید روی یک مشکل خاص متمرکز شوید، بیمار را با استفاده از سوالات باز تشویق کنید تا جزئیات بیشتری را بازگو کند.
- با استفاده از تکنیک‌هایی مثل روشن‌سازی و تداوم، بیمار را هدایت کنید تا وقتی از موضوع دور می‌شود دوباره به مشکل خود باز گردد.

- **بیمار را تشویق نمایید تا درباره سه موضوع توضیح دهد:** شدت (آیا مشکلات به صورت عینی مزاحمت ایجاد کرده یا اینکه باعث رنج بردن ذهنی وی شده‌اند؟)، سیر (مدت زمان شروع مشکل؛ شروع تدریجی یا ناگهانی؟)، عامل استرس‌زا (آیا بیمار معتقد است نوعی حادثه بیرونی باعث بروز مشکل شده است؟)
- پس از جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز در این سه حوزه، بررسی کنید که اطلاعات موجود نشانگر کدام یک از این موارد است: اختلالات بالینی، اختلالات شخصیت، مشکلات محیطی و روانی-اجتماعی.
- خب حالا که مشکل اصلی بیمار رو تعیین و مشخص کردی میخوای چکار کنی؟ احتمالا خودت و اطلاعاتی که به دست آوردی رو در دو سر به طیف ببینی: وضعیت اول (اطلاعات بسیار ناچیزه) یا وضعیت دوم (اطلاعات هدایت کننده یا گمراه کننده است). پس بهتره بدونی دام خیابان یک طرفه چیه و ارزش اجتناب کنی تا بتونی تو این وضعیتنا بهتر عمل کنی.
- دام خیابان یک طرفه:** روشی است که در آن فرد سعی می‌کند حدس اولیه خود را ثابت کند و فقط شواهدی که در تایید تشخیص بود را جمع کرده و سایر تشخیص‌ها را مورد غفلت قرار داده و هدف گمراه کننده‌ای را دنبال می‌کند و یک علامت را تا حد یک اختلال روان‌پزشکی بالا می‌برد.
- به طور خلاصه این مرحله تشخیصی شامل دو رویکرد است:** گنجاندن (شواهد و دلایلی به نفع یک تشخیص به دست می‌آید) و کنار گذاشتن (شواهدی در رد یک تشخیص جمع‌آوری می‌شود)

گام دوم، ملاک‌های تشخیصی

در این مرحله می‌توانید از نظرات تشخیصی ابتدایی که در ذهنتان تشکیل شده است، فهرستی تهیه کنید. در این مرحله از بیمار می‌خواهیم که به سوالات ما پاسخ دهد (آنچه مصاحبه‌گر می‌خواهد را بگوید). DSM-5 توصیه می‌کند وقتی با علائم پسیکوتیک مواجه می‌شوید:

- در اولین قدم وضعیت طبی عمومی را ثابت یا رد کنید. سپس درباره هرگونه ضربه به سر، و اختلالات سیستم اعصاب مرکزی بررسی کنید. بنابراین بیمار باید از نظر وجود مشکلاتی بررسی شود که معمولاً با یک اختلال شناختی دیده می‌شوند.

- در قدم بعدی بایستی اثر مستقیم مصرف مواد یا مسمومیت‌ها را بررسی کنید.
- سپس طول مدت علائم پسیکوتیک را بررسی کنید. آیا بیشتر از یک ماه دوام داشته است یا کمتر؟
- با بررسی دقیق مجموعه علائم و نشانه‌های جمع‌آوری شده، نظرات تشخیصی اولیه خود را موشکافانه ارزیابی کنید:

۱- مشخص کردن همه علائم و نشانه‌هایی که همراه اختلال بیمار وجود دارند

۲- تعیین طول مدت علائم و نشانه‌ها

۳- تعیین ماهیت ناتوان کننده علائم

۴- فهرست‌بندی عوامل استرس‌زای قبلی

۵- ارزیابی رابطه زمانی علائم با یکدیگر

نکته در مقایسه با مرحله قبلی که از سوالاتی با حساسیت بالا استفاده می‌کردیم، در این مرحله از سوال‌هایی استفاده می‌شود که از نظر اختصاصی بودن درجه بالایی دارند.

• اختلالات بالینی

نخست درباره علائم اصلی (مرکزی) و شدت آن‌ها سوال بپرسید، سپس وقتی علائم و نشانه‌های اساسی موجود بودند به ارزیابی علائم و نشانه‌های همراه بپردازید، یعنی علائمی که کمتر اختصاصی‌اند.

علائم اصلی: علامت اصلی، علامتی است که درجهت تشخیص یک اختلال لازم است ولی کافی نیست مثلاً، هنگامی می‌توانید سوء مصرف الکل را مطرح کنید که بیمار مشروب بنوشد یا وقتی می‌توانید افسردگی را مطرح کنید، که خلق بیمار پایین باشد.

- علائم اصلی هر اختلال، به آن دسته از کارکردهای روانی اختصاصی اشاره دارند که در اختلال مربوط مختل می‌شود.
- اگر علامت اصلی یک اختلال روان‌پزشکی را یافتید، معین کنید این علائم چه مدت قبل وجود داشته است.
- پس از شناسایی علائم اساسی و طول مدت آن‌ها گام بعدی ارزیابی شدت آن‌هاست. DSM-۵ شکایتی را به عنوان علامت می‌پذیرد که باعث ایجاد آسیب یا اختلال مشخص بالینی در کارکردهای اجتماعی، شغلی، یا دیگر کارهای مهم می‌شوند.
- وقتی بیمار یک اختلال روان‌پزشکی دارد، در سه بعد بر وی اثر می‌گذارد: آسیب روانی-اجتماعی، اختلال در روابط بین فردی، رنج و ناراحتی شخصی.
- **شدت بیماری به صورت‌های مختلفی مشخص می‌شود:** واکنش‌های خانوادگی، جرائم اجتماعی، آسیب به بهداشت و سلامت عمومی، و سطح کلی کارکردهای بیمار. پاسخ خانواده بیمار یک شاخص کلیدی است.
- **نکته** واکنش اجتماعی و سطح کلی کارکرد بیمار تعیین‌کننده شدت بیماری است.
- **علائم همراه:** علائم همراه غالباً در یک اختلال حضور دارند، ولیکن وجود آن‌ها برای تشخیص آن اختلال ضروری نیست برای بی‌خوابی که در افسردگی وجود دارد اما در بسیاری از اختلالات دیگر نیز وجود دارد.
- علائم همراه اکثر علائم نباتی هستند مثل بی‌اشتهایی، پرخوری یا اختلال عملکرد جنسی.
- تعداد علائم همراه برای یک اختلال، از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است.
- اطمینان حاصل کنید که تمام علائم همراه، همزمان با وقوع علامت‌های اصلی رخ داده‌اند.
- حالا می‌خواهم چندتا نکته بهت یاد بدم که توی کنار گذاشتن یا رد کردن اختلالات خیلی کمکت میکنن. این تشخیص‌گذاری عجب مرحله حساس و مهمیه! به عنوان یه بالینگر باید مهارتای مصاحبه و تشخیص‌گذاری خودمون رو خیلی تقویت کنیم.
- چنانچه علائم اصلی، طول مدت و شدت آن‌ها را تعیین نموده‌اید و تعداد کافی از علائم همراه را بررسی کرده‌اید؛ اکنون اطلاعات کافی برای تشخیص آن اختلال را در دست دارید، ولی شما هنوز بایستی منتظر نتیجه بررسی سابقه بیماری باشید.
- گاهی با علائم اصلی یک اختلال بالینی روبرو می‌شوید ولی چنین علامتی با زندگی بیمار تداخل نکرده است و بیمار صرفاً از نظر ذهنی متوجه این احساس‌ها می‌باشد ولی این علائم آسیبی به او وارد نمی‌کنند. در چنین مواردی بیمار را مورد مشاهده قرار دهید ولی تشخیص اختلال بالینی را به بعد موکول کنید. علائم خفیف می‌توانند خبراز شروع یک اختلال بدهند.
- مدت علائم اصلی نیز می‌تواند آنقدر کوتاه باشد که نتوان آن‌ها را جزء معیار اصلی به حساب آورد. اگر علائم شدید هستند، بهتر است که در هر صورت تشخیصی داده شود، به ویژه وقتی که بیمار باید در بیمارستان بستری شود.
- چنانچه علائم اساسی برای تکمیل ملاک به قدر کافی طولانی و شدیداند ولی علائم همراه آن‌ها به اندازه کافی نیست، تشخیص اختلال روانی که به گونه دیگر مشخص نشده را بگذارید.
- **اختلالات شخصیت**
- برای تعیین اختلالات شخصیت، بیمار را بر اساس دو مجموعه ملاک‌های ویژه برای تشریح یک اختلال شخصیت بر طبق DSM-۵ ارزیابی کنید: شش ملاک تشخیصی عمومی برای اختلالات شخصیت و الگوی غیرانطباقی خاص که با هر کدام از اختلالات شخصیت مشخص و تعریف می‌شود.
- **الگوهای غیرانطباقی مادام‌العمر:** در یک اختلال شخصیت، چنین الگوی غیرانطباقی در سراسر عمر بیمار مکرراً خودنمایی می‌کند. اگر بیماری به دنبال انتظار و یا تجربه نوعی بی‌حمایتی، علائمی چون افسردگی، اضطراب و وابستگی را نشان داد، در مورد الگوی تکراری آن در طول زندگی بیمار که از خصوصیات اختلال شخصیت است، سوال کنید.
- **الگوهای غیرانطباقی خاص:** اکثر بیماران دارای اختلال شخصیت، واکنش ناسازگارانه مادام‌العمری در سه نوع از روابط یا موقعیت‌ها نسبت به اشخاص، نشان می‌دهند؛ افرادی که با آنها رابطه صمیمی یا جنسی یا خانوادگی دارند، گروه‌های اجتماعی سازمان یافته در کلیسا یا فعالیت‌های تفریحی، همکاران در محل کار. بنابراین از بیمار بخواهید روابطش را با این افراد تشریح کند.

- بررسی کنید که آیا بیمار بی عاطفه، شکاک، اهل سوءاستفاده است یا خیر، و آیا از آن‌ها می‌ترسد یا وابستگی بیش از حدی به آنها دارد.
- روش مستقیم‌تر آن است که از بیمار بپرسید آیا موقعیت‌های خاصی وجود دارد که از آن بهراسد، اجتناب کند، یا روبرو شدن با آن‌ها برایش مشکل باشد.
- غالباً مصاحبه به خودی خود موقعیتی است که پاسخ‌های غیرانطباقی را تحریک می‌کند. مشاهده کنید آیا بیمار در طول مصاحبه به نحو خاص و غیر معمولی با شما ارتباط برقرار می‌کند یا خیر.
- جستجو کنید که بیمار به چه موقعیت‌ها یا عوامل استرس‌زایی حساس است.
- اکثر بیمارانی که نوعی به اصطلاح "واکنش انطباقی" نسبت به عوامل استرس‌زا دارند، یک تمایل به تکرار نشان می‌دهند که نشانگر نقص مزمن برای مدارا است؛ به بیانی دیگر دچار یک اختلال شخصیت هستند.
- واکنش انطباقی ممکن است معرف یک مقطع عرضی از یک اختلال شخصیت باشد.
- اگر بیمار واکنش‌های انطباقی تکرار شونده‌ای را گزارش می‌کند، باید همیشه هشیارانه برخورد کنید. تکرار، معیار اساسی اختلال انطباقی را از اعتبار می‌اندازد.

طبقه‌بندی اختلالات شخصیت: اختلالات شخصیت را می‌توان براساس رفتار غیرانطباقی در موقعیت‌های اجتماعی و بین فردی که در دو یا بیشتر از دو حیطه (از جمله شناخت، کارکرد بین فردی، هیجان‌پذیری، کنترل تکانه) تاثیر می‌گذارد، طبقه بندی نمود. DSM-5 اختلالات شخصیت را به سه شاخه تقسیم کرده که عبارت‌اند از:

- شاخه A (اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال): افراد دارای این اختلالات غالباً عجیب و غریب هستند. بیمار در طول مصاحبه شکاک، عاطفه سطحی، عجیب و غریب یا نامتعارف به نظر می‌رسد. ممکن است به شما بگوید دیگران فکر می‌کنند او فردی گوشه‌گیر، غیرقابل دسترس و به سختی قابل درک است و به راحتی مسائل را نادیده می‌گیرد. او را می‌توان فردی غیر قابل اعتماد، عجیب و غیرقابل نفوذ توصیف نمود.

اختلال شخصیتی	کارکرد بین فردی	هیجان پذیری و کنترل تکانه
پارانوئید	حفظ فاصله توأم با گارد، مخفی کاری، حيله گر، دسيسه چين، حمله متقابل	شکاک، حسود، خشمگین، به شدت گوش به زنگ
اسکیزوئید	از ارتباطات اجتماعی خود داری می‌کند	سرد، خشک، کناره‌گیر، دیرآشنا
اسکیزوتایپال	بی دلیل درباره عشق یا طرد خیال پردازی می‌کند	برانگیختگی نامتناسب، کناره گیری خصمانه

- شاخه B (اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، هیستریونیک، خودشیفته): چنین بیمارانی از لحاظ هیجانی ناپایدار به نظر می‌رسند یا در طول مصاحبه پاسخ‌های هیجانی مفرطی از خود نشان می‌دهند. ممکن است بگویند خیلی زود از کوره در می‌روند و دیگران آن‌ها را ناپایدار و دمدمی مزاج می‌دانند. ممکن است بگویند قادر به برقراری روابط پایدار نیستند. حالت هیجانی افراطی بیمار یک شاخص اساسی است.

اختلال شخصیت	کارکرد بین فردی	هیجان پذیری و کنترل تکانه
ضداجتماعی	تعدی به قواعد اجتماعی، استانداردها و قانون	خشم انفجاری، رفتار خصمانه، حقه بازی
مرزی	تغییر اهداف، روابط دوسوگرایانه	خلق و عاطفه ناپایدار
هیستریونیک	عشوهرگری، نمایش مبالغه‌آمیز، هیجانات غیرواقعی	با پاسخ مثبت سرشوق آمده و با پاسخ منفی ناراحت می‌شود
خودشیفته	خود خواهی، بدون مایه گذاشتن از خودش انتظار	احساسات ناپایدار، بزرگ منشی، احساسات تحقیر کردن

● شاخه C (اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته، وسواسی-جبری): بیماران متعلق به این شاخه در طول مصاحبه مضطرب، ملول، هراسان یا وسواسی به نظر می‌رسند. اگر خجالتی است شخصیت اجتنابی را در نظر داشته باشید، اگر به دیگران می‌چسبد، به شخصیت وابسته فکر کنید و اگر کمالگرا است، شخصیت وسواسی-جبری را در نظر بگیرید.

اختلال شخصیت	کارکرد بین فردی	هیجان پذیری و کنترل تکانه
اجتنابی	از حضور در جمع فرار و اجتناب می‌کند	مضطرب، منزوی
وابسته	از اهداف خود دست برمی‌دارد تا با دیگران (مثلا والدین) بماند	مضطرب، وحشت‌زده
وسواسی-جبری	محدودیت هیجانی، سخت‌گیر، عصبانی شدن در صورت نقض قوانینش، مخالفت با مراجع قدرت	مضطرب، عصبانی، دلخور

سایر اختلالات معین شخصیت (افسرده، منفعل-مهاجم یا منفی‌گرا، سادیستیک، خودشکن): بسته به موقعیت‌های اجتماعی که بیمار در آن قرار دارد، ممکن است مجموعه‌ای از پاسخ‌های پاتولوژیک را نشان دهد.

اختلال شخصیت	کارکرد بین فردی	هیجان پذیری و کنترل تکانه
افسرده	تحقیر خود، انتقاد و قضاوت دیگران	دل‌تنگ، پشیمان
منفعل-مهاجم (منفی‌گرا)	مسامحه، تعلل، نقص تعهدات	مضطرب، عصبانی، دلخور
سادیستیک	سنگدلی، سخت‌گرفتن بر مردم بی‌دفاع	لذت بردن از زجر کشیدن دیگران
خودشکن	داخل شدن یا ایجاد موقعیت‌هایی که انتظار سختی کشیدن در آن‌ها می‌رود	زیاده‌روی در رنج بردن

● مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی

چنانچه پس از رد کردن احتمال وجود اختلالات بالینی و اختلالات شخصیت، به وجود نوعی عامل استرس‌زا پی بردید که در پی آن برخی علائم روان‌پزشکی ظاهر شده است، اختلال انطباق را مدنظر قرار دهید. اگر تعارض بین فردی نتواند اختلال بالینی، اختلال شخصیت و یا یک اختلال انطباق را توجیه کند، آنگاه یک مشکل روانی-اجتماعی بدون وجود اختلال روان‌پزشکی مطرح می‌شود. حالتی که به دلیل اختلال در چرخه زندگی نیازمند توجه درمانی است. مشکلات روانی-اجتماعی عبارتند از: مشکلات تحصیلی، رفتار ضداجتماعی در بزرگسالان، سوگواری، کارکرد هوشی مرزی، رفتار ضداجتماعی در کودکی یا نوجوانی، تمارض، عدم همکاری برای درمان، مشکلات شغلی، نوعی مشکل بین فردی، مشکل والد-کودک، مشکل مرحله‌ای زندگی و...

یک مشکل روانی-اجتماعی یا محیطی (عامل استرس‌زا) به پنج صورت مختلف با یک اختلال روان‌پزشکی رابطه دارد:

- ۱- **به عنوان نشانگر زمان:** اگر بیمار علت بیماری را یک عامل استرس‌زا بداند، محافظه کارانه‌ترین فرضیه شما این خواهد بود که به این توضیح بیمار شک کنید و عامل استرس‌زا را صرفاً واقع‌ای قابل یاد ماندنی بدانید که به طریقی با بروز اختلال روان‌پزشکی همزمان شده است.
- ۲- **تشدید کننده علائم روان‌پزشکی**
- ۳- **نتیجه یا پیامد اختلال روان‌پزشکی**
- ۴- **به عنوان آغاز کننده:** قبل از پذیرش یک عامل استرس‌زا به عنوان یک علت واقعی، این عامل استرس‌زا را به عنوان تنها آغاز کننده بیماری رد کنید.
- ۵- **به عنوان علت اختلال روان‌پزشکی**

واکنش غیرانطباقی: پس از تحقیق درباره ماهیت عامل استرس‌زا، واکنش غیرانطباقی را ارزیابی کنید. این واکنش می‌تواند به دو صورت خود را نشان دهد؛ رفتاری (ممکن است کارکرد شغلی، فعالیت‌های اجتماعی یا روابط اجتماعی بیمار با سایرین افت کند) و علامتی (بیمار علائمی را ذکر می‌کند و نشانه‌هایی از خود بروز می‌دهد که فراتر از حدی است که به طور طبیعی از واکنش به استرس انتظار دارید).

میدونی قانون سه ماه چیه؟ یعنی اینکه واکنش غیرانطباقی باید ظرف سه ماه پس از وقوع عامل استرس‌زا ظاهر شده باشه و بیشتر از شیش ماه دوام نیاره. در واقع DSM-5 با این قانون میخواد نشون بده که بین عامل استرس‌زا و واکنش، صرفاً یه رابطه زمانی وجود داره نه رابطه علت و معلولی. این قانون قراردادی، احتمال وجود اختلالات روان‌پزشکی که یه سال بعد از وقوع عامل استرس‌زا (واکنش سالگرد) یا حتی بیشتر از یه سال آشکار میشه رو رد میکنه. از این قضیه که بگذریم؛ برای رد اختلالات بالینی به نکات زیر دقت کن:

- علائم واکنش‌های غیرانطباقی، به ترتیب با علائم اختلال افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی، یا اختلال شخصیت ضداجتماعی مشابهت دارد.
 - تاریخچه بیمار، سابقه خانوادگی و وضعیت روانی آن‌ها را از هم تمیز می‌دهد.
 - همانند اختلال واکنش‌های انطباقی، آن دسته از اختلالات روان‌پزشکی که با ملاک‌های هر یک از اختلالات DSM-5 مطابقت دارند را نیز رد کنید.
 - درک بیمار از وجود رابطه سببی روان‌شناختی بین عامل استرس‌زا و واکنش، برای تشخیص بی‌مورد است ولی برای درمان اختلال اینطور نیست.
 - اطمینان حاصل کنید که پاسخ غیرانطباقی صرفاً فعال شدن اختلال شخصیت نیست.
- نکته:** اطمینان حاصل کنید که پاسخ غیرانطباقی صرفاً فعال شدن اختلال شخصیت نباشد.

گام سوم، ارزیابی تاریخچه روان‌پزشکی

- شخصیت پیش از بیماری

ارزیابی شخصیت قبل از بیماری در مصاحبه بالینی سه کارکرد دارد:

- ۱- پایه و اساسی است که وضعیت فعلی کارکردهای بیمار را نشان می‌دهد.
 - ۲- تشخیص را قاطع‌تر و مشخص‌تر می‌کند، زیرا برخی از اختلالات روان‌پزشکی، قبل از شروع بیماری دارای تابلوهای خاصی هستند. اگر تشخیص و شخصیت قبل از بیماری با یکدیگر مطابقت نداشتند، در تشخیص خود تجدید نظر کنید.
 - ۳- اهداف درمان را مشخص می‌کند و بدون آن، احتمال موثر واقع شدن درمان کمتر می‌شود.
- ارزیابی سیراختلالات روان‌پزشکی

سیراختلالات بالینی:

- فاصله زمانی بین سلامتی و شروع بیماری را مشخص کنید. این روش به شما کمک می‌کند تا دریابید آیا شروع بیماری تدریجی، و یا حاد بوده است.
- طول مدت اختلال بالینی ممکن است از چندین هفته تا تمام طول زندگی، متفاوت باشد.
- شدت علائم یا سیر بیماری ممکن است مزمن ایستا، مزمن پیشرونده (معمولاً به همراه تشدید بیماری)، دوره‌ای یا نوسان‌دار باشد.
- سیر بیماری ممکن است با بهبودی کامل همراه باشد یا بیماری از خود علائم باقی مانده نقص کارکردی به جای گذارد.
- علائم اختلالات شناختی، بعضی اختلالات وابسته به مواد و اسکیزوفرنیا سیر بدتر شدن خاصی را نشان می‌دهند.

- علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی ممکن است در طول زندگی به علت اثر "از تب و تاب افتادن" بهبود یابند.
 - علائم اختلال پانیک، اختلال علائم جسمی، و اختلال وسواسی-جبری، به خصوص اگر درمان نشوند معمولاً سیر مزمن همراه با دوره‌های تشدید علائم را نشان می‌دهند.
- سیر طبیعی اختلالات مختلف روان‌پزشکی

مثال	سیر	
عقب ماندگی ذهنی	مزمن	
فوبیایها	نوسان‌های مزمن	
ضربه به سر، افسردگی مزمن	مزمن ایستا	حاد
دمانس پیشرونده (دژنراتیو)	پسرفت مزمن	تدریجی
دمانس مولتی آنفارکت، الکلیسم، اسکیزوفرنیا، وسواسی-جبری	پسرفت مزمن همراه با تشدید علائم	تدریجی
اختلالات افسردگی اساسی	دوره‌ای یک قطبی	حاد
اختلال دوقطبی	دوره دوقطبی	حاد

سیر اختلالات شخصیت

اختلالات شخصیت، الگوهای رفتاری ناسازگارانه یا غیرانطباقی در تمام طول مدت زندگی هستند که معمولاً مقبول ایگو بوده و برای اولین بار در سنین نوجوانی مشخص شده و مورد توجه قرار می‌گیرند. از طریق تمرکز و توجه به تعارضات بین فردی عود کننده و ناسازگاری‌های شخصیتی می‌توانید شروع و طول مدت اختلال را ارزیابی کنید. بعضی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت به صفات شخصیتی ناسازگارانه خود مانند شرم، کمال گرایی یا هیجانی بودن واقفند.

ویژگی‌های شخصیتی و تعارضات اجتماعی دو روی یک سکه اند؛ تعارضات عود کننده می‌توانند بیانگر وجود یک صفت شخصیتی بیمارگونه باشند و برعکس، صفات شخصیتی پاتولوژیک نیز می‌توانند باعث ایجاد تعارضات اجتماعی و اختلافات بین فردی مکرر و عود کننده بشوند.

نکته در اختلالات شخصیت ضداجتماعی و مرزی، طی دهه سوم و چهارم زندگی تا بیش از ۵۰ درصد بهبودی دیده می‌شود.

برای ارزیابی شدت اختلالات شخصیت بر این حوزه‌های کلیدی تمرکز کنید: دوستان، روابط جنسی، زندگی خانوادگی، زندگی شغلی، تعهدات اجتماعی و برنامه‌های تفریحی. اختلالات شخصیت شدید بر سه حوزه کار، عشق و تفریح اثر می‌گذارند. روش دیگر ارزیابی شدت اختلال شخصیت، تعداد اختلافات و تعارضات مشابهی است که در طول یک سال بیمار با آن‌ها روبرو می‌شود.

• تاریخچه درمان

در اختیار داشتن سوابق کاملی از درمان‌های قبلی و پاسخ به آن‌ها حداقل از سه جهت کمک کننده است:

- ۱- چنانچه مدارکی در دست نباشد و بیمار علائم بیماری را به یاد نداشته باشد؛ آگاهی و اطلاع از سوابق درمان‌های قبلی کمک می‌کند تا نظر روان‌پزشک قبلی را بدانیم.
- ۲- می‌تواند به شما کمک کند که پاسخ‌دهی به روش درمانی ویژه‌ای را تشخیص دهید.
- ۳- چنین ارزیابی، شما را در تایید تشخیص کمک می‌کند.

- تاریخچه اجتماعی
- تاریخچه اجتماعی را به دو قسمت زمان پیش از ابتلا و زمان ابتلا به بیماری تقسیم کنید.
- در تاریخچه قبل از بیماری، مراحل تکاملی بیماری و بالاترین میزان کارکردهای روانی-اجتماعی را مشخص کنید.
- از سابقه شغلی بیمار استفاده کنید تا مشخص شود که آیا استخدام و مشاغل وی در گذشته با زمینه هوشی و تحصیلی بیمار مطابقت داشته است یا نه.
- بالاترین کارکرد بیمار قبل از بیماری در زمینه زندگی شغلی و خانوادگی را با کارکردهای وی در طول بیماری مقایسه کنید. اختلاف بین این دو دوره نشان دهنده اثر اختلال در زندگی بیمار است.
- از تاریخچه اجتماعی می‌توان به عنوان وسیله‌ای برای کشف اختلال روان‌پزشکی استفاده نمود یعنی در بیماری که سعی در پنهان کردن مشکلات روانی دارد.
- تاریخچه پزشکی
- اختلالات جسمی می‌توانند اختلالات روان‌پزشکی را پیچیده سازند یا علائمی مانند علائم بیماری روان‌پزشکی را تقلید کنند. آگاهی شما از سابقه اختلالات جسمی می‌تواند به دو طریق مانع تشخیص اشتباه شما شود:
- ۱- **اختلالات طبی که علائم روان پزشکی ایجاد می‌کنند:**
 - اختلالات نورولوژیک می‌توانند با علائم روان‌پزشکی ظاهر شوند.
 - اختلالات قلبی-عروقی می‌توانند اختلال پانیک را تقلید کنند.
 - نارسایی احتقانی قلب و آنسفالوپاتی هیپرتانسیو می‌توانند باعث ایجاد هذیان‌ها شوند.
 - معمولاً یک اختلال جسمی با یک اختلال روان‌پزشکی اشتباه نمی‌شود. با این وجود گاهی ممکن است، پانیک، اضطراب یا افسردگی مقدم بر تظاهرات جسمی باشد.
- ۲- **علائم روان‌پزشکی به عنوان نشانگرهای اختلالات ناشناخته پزشکی:**
 - در موارد زیر مواظب باشید دچار تشخیص اشتباه نشوید.
 - هنگامی که با علائم روان‌پزشکی در بیماران مسنی روبرو هستید که سابقه روان‌پزشکی شخصی و خانوادگی منفی دارند.
 - هنگامی که علائم در یک ترکیب نامعمول رخ می‌دهد.
 - هنگامی که سیر بیماری غیرقابل پیش‌بینی است.
 - هنگامی که بیماری در سنی شروع شده است که در اختلالات روان‌پزشکی شروع در چنین سنی نادر است.
- تاریخچه خانوادگی
- مطالعات نشان می‌دهند که بسیاری از اختلالات اصلی روان‌پزشکی در خانواده وجود دارد. تاریخچه خانوادگی را در تایید تشخیص روان‌پزشکی و پیش‌بینی سیر بیماری می‌توان به کار گرفت. همچنین در پاسخ به درمان در بیماران جوانی که برای اولین بار دچار بیماری می‌شوند نیز کاربرد دارد، به خصوص هنگامی که تشخیص افتراقی افسردگی، اسکیزوتیک در مقابل اسکیزوفرنیا، یا اختلال دوقطبی نامشخص در مقابل اسکیزوفرنیا مطرح می‌شود.

گام چهارم، تشخیص‌گذاری

تشخیصی را مطرح کنید که عنوان دیوانگی ندهد. تشخیص اطلاعات مختلف و متعددی را در یک واژه جمع می‌کند. ارزیابی تشخیصی، نشان‌دهنده قضاوت و نتیجه‌گیری شما درباره بیمار است و باید استانداردهایی را داشته باشد: قابلیت‌ها و توانایی‌های بیمار، فرمول‌بندی تشخیصی شامل عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی و اجتماعی، یک تشخیص.

حالا که بحث تشخیص و تشخیص‌گذاری به نکته خیلی مهم بهت میگم: تشخیص برجسی برای اختلال است، نه برجسی برای بیمار! حقیقتا همه افرادی که تو حوزه سلامت روان فعالیت میکنن باید این جمله رو آویزه گوششون کنن. گاهی ممکنه بیماری و اختلال رو مساوی با خود فردی بدونیم که مبتلا به این اختلال شده که این خودش یکی از موانع درمانگریه. باید بتونیم بخش سالم و بیمار مراجع رو از هم تفکیک کنیم و این موضوع رو به خودش هم یاد بدیم.

قابلیت‌ها و توانایی‌ها: ارزیابی قابلیت و توانایی‌های بیمار به طریقی مثبت نشان‌دهنده توانایی‌هایی است که پس از بیماری، باقی مانده‌اند و این توانایی‌ها در تعیین برنامه درمانی و پیش‌آگهی درمان نقش عمده‌ای دارند.

فرمول‌بندی تشخیصی: منظور از فرمول‌بندی تشخیصی، ارائه خلاصه عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است که در اختلال بیمار نقش دارند. عوامل زیستی که در اختلال روان‌پزشکی موثرند، شامل اجزای زیر است: اختلالات روان‌پزشکی در وابستگان درجه اول به عنوان شاخص استعداد ژنتیکی، تاریخچه قبل از تولد به عنوان شاخص صدمات جنینی، رشد مراحل اولیه زندگی به عنوان شاخصی از تاثیر وضعیت طبی عمومی، تاریخچه وضعیت طبی عمومی شامل اختلالات تشنجی و درمان آن‌ها به عنوان شاخصی از تاثیر این عوامل بر تاریخچه روان‌پزشکی بیمار.

در فرمول‌بندی روان‌شناختی تاثیر روش‌های تربیت کودک بر نمو و تکامل مهارت بین‌فردی و مکانیسم‌های دفاعی برآورد می‌گردد. این اثرات ممکن است در طی مصاحبه به صورت انتقال به مصاحبه‌گر و دفاع‌های قابل مشاهده نمودار شوند.

عوامل اجتماعی و سیستم‌های حمایت‌کننده که می‌توانند اثر مثبت یا منفی در سابقه روان‌پزشکی بیمار داشته باشند شامل خانواده، موسسات مذهبی، همسایه، مدرسه، ارتش، شغل یا حرفه، ازدواج و... می‌باشد.

تشخیص: DSM-5 تشخیص‌های روان‌پزشکی متعددی را مطرح می‌کند که معرف اختلالات بالینی و شخصیت است. این تشخیص‌ها می‌توانند با استفاده از اصطلاحاتی از قبیل تشخیص اصلی، تشخیص موقت، یا در حال بهبودی مشخص شوند. تشخیص اصلی، اختلالی است که از نظر بالینی به صورت مطمئن و جامع‌تری علائم بیماری حاضر که کانون توجه یا درمان است را تبیین می‌کند.

گاهی مصاحبه‌گر تعدادی از علائم یک اختلال روان‌پزشکی را ارزیابی می‌کند ولی به علت عدم همکاری بیمار با مصاحبه‌گر نمی‌تواند سندرم کامل را ارزیابی کند. مصاحبه‌گر عقیده دارد همه علائم لازم و ضروری یک تشخیص را دارد ولی مدرکی برای تایید در اختیار ندارد. در این موارد، بجای مطرح کردن تشخیص نامشخص، مصاحبه‌گر می‌تواند با استفاده از تشخیص موقت، نااطمینانی خود را بیان کند.

در DSM-5 ذکر اختلال روان‌پزشکی قبلی فرد که در حال حاضر بهبود یافته است، لازم است و اشاره شده که باید مشخصه‌های سیر بیماری مانند بهبودی نسبی یا بهبودی کامل پس از تشخیص ذکر شود. چنانچه بیماری بیش از یک اختلال روان‌پزشکی دارد، استفاده از یک محور زمانی و مشخص کردن شروع و پایان هراختلال بر روی یک خط زمانی بسیار کمک‌کننده است. نقطه صفر نشانه تولد بیمار است، امتداد خط زمان معرف سال‌های زندگی او و پایان خط، سن فعلی اوست.

نکته در DSM-5 برخلاف DSM-IV برای تشخیص‌گذاری از نظام چندمحوری استفاده نمی‌شود. همچنین ارزیابی کلی کارکرد (GAF) بنابر دلایل متعددی کنار گذاشته شد و به جای آن استفاده از جداول ارزیابی ناتوانی سازمان بهداشت جهانی (WHODAS^{۲,۵}) توصیه شد. این ابزار یک مقیاس ۳۶ آیتمی است که میزان ناتوانی را در افراد ۱۸ سال به بالا ارزیابی می‌کند.

درسته که توی آخرین ویراست DSM سیستم تشخیصی چندمحوری کنار گذاشته شده، اما این دلیل نمیشه من به خلاصه مفید از این سیستم چندمحوری بهت یاد ندم! بین سلطان توی DSM-IV-TR پنج تا محور برای تشخیص‌گذاری وجود داشت یعنی میتونستیم به طور همزمان توی این پنج محور برای بیماران عزیزمون تشخیص‌گذاری کنیم.



محور I شامل اختلالات بالینی، محور II شامل اختلالات شخصیت، محور III شامل بیماری و وضعیت طبی عمومی فعلی بیمار، محور IV شامل مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی بیمار و در نهایت محور V برای ارزیابی عملکرد کلی کارکردای بیمار بود. برای ارزیابی عملکرد کلی بیمار هم از مقیاس GAF استفاده میشد. میخوای این مقیاس رو هم یادگیری؟ بابا ایولا. خب این مقیاس به این شکله که با قضاوت مصاحبه‌گر، سطح کلی کارکرد بیمار به صورت کمی توی یه طیف پنج سطحی مشخص میشه:

- **طیف ۱۰۰ تا ۸۱:** افرادی که عملکرد خوبی توی تمام کارکردهاشون دارن، این افراد نیاز به مشاوره و درمان ندارن.
- **طیف ۸۰ تا ۶۱:** علائم خفیف و گذرای وجود داره که مشکلاتی در کارکرد ایجاد کرده. این افراد گاهی به روان‌درمانی نیاز پیدا میکنن.
- **طیف ۶۰ تا ۴۱:** علائم جدی و غیرسایکوتیک که باعث اختلال در کارکردای فرد میشه و معمولاً این افراد مشکلات متوسطی در عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی دارن.
- **طیف ۴۰ تا ۲۱:** واقعیت‌سنجی به علت توهم و هذیان مختل شده و حوزه‌های کارکردی مختلف به صورت عمده مختل شدن. این دسته از بیمار باید توی بیمارستان بستری بشن.
- **طیف ۲۰ تا ۱:** این بیماران برای خودشون و بقیه خطرناکن و بهداشت شخصی نامناسبی دارن و ارتباطشون شدیداً مختل شده. برای این بیماران بستری اجباری لازمه!

۱ | مراجعی با علائم گذرا و به صورت واکنش‌های قابل انتظار در مقابل عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی مثل اشکال در تمرکز پس از بگویم‌گوی خانوادگی، تخریب جزئی در عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی مورد ارزیابی قرار گرفته است. کدام گزینه مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) را نشان می‌دهد؟
(ارشد وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

- الف) ۸۱-۹۰ (ب) ۹۱-۱۰۰ (ج) ۷۱-۸۰ (د) ۴۱-۵۰

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

گام پنجم، پیش‌آگهی

در طول مصاحبه، نظرات تشخیصی و تصمیم‌های خود را به صورت یک بازخورد تشخیصی با بیمار در میان بگذارید. راه خوب برای مطرح کردن این موضوع استفاده از عباراتی نظیر "اجازه دهید نظر خودم را درباره آنچه شما رو رنج میده، با شما در میان بذارم و مایلیم بدونم شما هم با من موافقین یا نه." می‌باشد. پس از مطرح کردن نظر تشخیصی، درباره برنامه‌های درمانی با بیمار صحبت کنید. در نهایت درباره دورنمای بیماری و پیش‌آگهی آن با بیمار صحبت کنید.

۲ | مشکلات ارتباطی و سوء رفتار در کدام محور DSM-IV-TR کد گذاری می‌شوند؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۲-۹۳)

- الف) V (ب) IV (ج) III (د) II

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۳ | در کدامیک از محورهای تشخیصی DSM، Relational problem with partner ارزیابی می‌شود؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

- الف) I (ب) II (ج) III (د) IV

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۴ | عملکرد هوش مرزی در DSM-IV-TR در کدام محور کد گذاری می‌شود؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

- الف) I (ب) II (ج) IV (د) III

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

لغت	معنی	مرورها
Discomfort	ناراحتی	
Unspecified disorder	اختلالات نامشخص	
Client .Centered	مراجع‌مدار	
Overinclusive questions	سوالات فراگیر	
Diagnostic Formulaion	فرمول‌بندی تشخیصی	
Clarification	روشن‌سازی	
Severity	شدت	
Course	سیر	
Fluctuation	نوسان	
Insomnia	بی‌خوابی	
Disorder .Centered	اختلال محور	
Blunt	عاطفه‌کند	
Clinging	رفتار چسبنده	
Cross .Sectional	مقطع عرضی	
Interpersonal Functioning	کارکرد بین فردی	
Affectivity	هیجان‌پذیری	
Impulse control	کنترل تکانه	
Out. of .Body experiences	تجارب خروج از بدن	
Extrasensory preception	حس ششم	
Hyper emotionality	حالت هیجانی افراطی	
Time marker	نشانگر زمان	
Anniversary reaction	واکنش سالگرد	
Premorbid personality	شخصیت پیش از بیماری	
Trait	صفت	
Psychotropic agent	عامل روان‌گردان	
Potentialtion	تقویت اثر	
Provisional diagnosis	تشخیص موقت	

پنج مرحله و چهار جزء و چگونگی ترکیب آن‌ها با یکدیگر



نشر علمی سنا

SANA



سلامی دوباره. احوالت چطور؟ امیدوارم سرحال و تندرست باشی. وقتشه بریم سراغ این فصل بینیم قضیه چیه؟! فصل هفتم درباره نحوه ترکیب چهار جزء مصاحبه بالینی. این فصل به ما نشون میده چجوری توی مراحل مختلف مصاحبه با برقراری و حفظ رابطه با بیماران عزیز، مصاحبه رو هدایت کنیم، موثرترین تکنیکای مصاحبه رو انتخاب کنیم، وضعیت روانی رو ارزیابی کنیم و روش منعطف و در عین حال منظم و منطقی رو برای تشخیص داشته باشیم. همونطور که تو فصلای قبلی گفته شد، چهار وظیفه یه مصاحبه‌گر خوب شامل برقراری و حفظ رابطه، استفاده از تکنیکای مناسب مصاحبه، ارزیابی وضعیت روانی و پیش بردن فرآیند تشخیصیه. خوبه اینم بدونی که در جریان هر مصاحبه‌ای، چندتا تغییر جهت در موضوع و هدف مصاحبه به وجود میاد که بر این اساس مصاحبه رو به پنج مرحله تقسیم میکنن که هر مرحله شامل رابطه، تکنیک و وضعیت روانیه. این پنج مرحله عبارتند از:

۱- آماده‌سازی و غربال مشکل

۲- پیگیری نظرات اولیه

۳- گرفتن تاریخچه و اطلاعات پایه

۴- تشخیص و بازخورد

۵- پیش‌آگهی و قرارداد درمانی

توی این فصل قصد داریم چگونگی استفاده از این چهار جزء (رابطه، تکنیک، وضعیت روانی، تشخیص) در هرکدام از این پنج مرحله مصاحبه رو بیان کنیم. پس بدون اتلاف وقت بریم سراغ اصل کاری...

مرحله اول: آماده‌سازی و غربال مشکل

- هدف:** در حالت راحت و آسوده‌ای قرار بگیرد و بیمار را نیز در چنین شرایطی قرار دهید و با او همدلی نشان بدهید. علائم و نشانه‌های اصلی اختلالات روان‌پزشکی را بیرون بکشید.
- رابطه:** برای برقراری و حفظ رابطه درمانی اقدامات زیر را انجام دهید.
- به بیمار فرصت دهید با شما و محیط اطرافش مانوس شود.
 - با رنج او همدلی نشان دهید و یک شنونده دلسوز باشید.
 - با صحبت‌های کوتاه او را وارد بحث کنید به طوری که با این روش بیمار با صدا و نحوه صحبت کردن شما آشنا شود.
 - اگر بیمار پرخاشگر و مهاجم است محدودیت‌هایی را اعمال کنید.
 - بعد از تسکین بیمار، مصاحبه تشخیصی تعدیل شده‌ای را انجام دهید.
 - به بیمار نشان دهید که نگران سلامتی او هستید و رنج او را حس می‌کنید.
 - موضوع مهم در این مرحله اولیه، توجه و اهمیت به رنج و ناراحتی ذهنی بیمار است (نه صرفاً کنجکاوی تشخیصی).

تکنیک: این مرحله را با موضوعاتی نظیر اختلال موقعیت‌سنجی، عاطفه، توهما، هذیان‌ها و اختلالات تفکر پیگیری کنید. در طول همین مکالمه کوتاه اولیه، ارزیابی کنید چه سوالاتی بیشتر پربازده خواهند بود؟ اگر بیمار به سوالات باز و ساختار نیافته به خوبی پاسخ می‌دهد، از این نوع سوال‌ها استفاده کنید و وقتی نیاز به بررسی علائم داشتید به تدریج از سوالات بسته و ساختاری استفاده کنید. اگر بیمار مایل نبود راجع به موضوعات خاصی صحبت کند یا واقعیت‌ها را تحریف می‌کند، مقاومت و مکانیسم‌های دفاعی را شناسایی کرده و به آن‌ها بپردازید.

وضعیت روانی: در مرحله آماده‌سازی، کارکردهای وضعیت روانی بیمار مثل ظاهر، فعالیت روانی، حرکتی، تکلم و عاطفه را در نظر داشته باشید. به موقعیت‌سنجی و حافظه بیمار توجه کرده و خلق و بینش و قضاوت بیمار را کاوش کنید. انتخاب موضوع در این مکالمه کوتاه آغازین و آماده‌سازی، امری دلخواه و بدون هدف نیست. موضوعاتی را انتخاب کنید که امکان بررسی کارکردهای ذهنی سانسور نشده بیمار را فراهم کنند. معمولاً اضطراب (اضطراب انتظار و فوبیا) در این مرحله وجود دارد.

تشخیص: نشانه‌های مربوط به کارکردهای روانی مختلف را جمع‌آوری کنید. نکات مهم را یادداشت کنید، شکایت اصلی را طبقه‌بندی کنید. ارزیابی علائم، شدت، سیر استرس‌زاها، تشخیص‌های افتراقی را فهرست کنید. ارزیابی شکایت اصلی، اختلال بیمار را به مرکز مصاحبه می‌کشاند. شکایت اصلی بیمار شما را با علائم، الگوهای رفتاری ناهنجار، واکنش‌های بیمار در مقابل عوامل استرس‌زا و مشکلات زندگی او روبرو می‌کند.

مرحله دوم: پیگیری نظرات اولیه

هدف: این مرحله، برای دستیابی به نظرات تشخیصی، اثبات تشخیص‌های محتمل و رد تشخیص‌های غیرمحتمل است.

رابطه: مرحله پیگیری نظرات اولیه برای بیمار از مراحل دیگر سخت‌تر است زیرا باید اطلاعات خصوصی خودش را به مصاحبه‌گر بگوید. در مراحل قبلی مصاحبه بیمارمحور بود و این فرصت را داشت که برای تشریح درد و رنج خویش موضوع صحبت را انتخاب کند، اما در این مرحله مصاحبه‌گر تعیین‌کننده است. با بیمار همراه شده و به طور واضح به موضوعات مختلف تغییر جهت دهید.

تکنیک: از آن جایی که در این مرحله به دنبال اطلاعاتی هستید که شما را به تشخیص دقیق رهنمون سازد از تکنیک‌های پیش‌برنده (هدایت مجدد، گذارها و...) مختلفی استفاده کنید. از آن جایی که در این مرحله شما فعال‌تر از مرحله قبل هستید، ممکن است با مکانیسم‌های دفاعی و مقاومت بیمار روبرو گردید که به نوبه خود باید آن‌ها را اداره نمایید. در موضوعات تغییر جهت دهید و با طرح یک سوال باز به طرف سوال بسته موضوعات را پیش ببرید.

وضعیت روانی: در مرحله دوم به اطلاعات دقیق و مربوط به جزئیات از بیمار نیاز دارید. بنابراین باید از کارکردهای وضعیت روانی از جمله امکان خودکشی، محتوای تفکر، حافظه، بینش و... آگاه باشید.

تشخیص: بی‌توجهی به وضعیت روانی و رابطه ممکن است مصاحبه را مختل کند و موجب اختتام زود هنگام مصاحبه شود. در طی مرحله دوم سعی کنید به شکل دقیق‌تری صحت و سقم تشخیص‌ها را بررسی کرده و یاد کنید.

۱ هنگامی که مصاحبه‌کننده براساس وظیفه خود «صحت و سقم تشخیص‌ها را بررسی کرده و یاد می‌کند»، در چه مرحله‌ای از فرآیند مصاحبه قرار دارد؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۲-۹۱)

- ب) پیگیری نظرات اولیه
د) پیش‌آگهی و قرارداد درمانی

- الف) آماده‌سازی و غربال مشکل
ج) تشخیص و پسخوراند
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

مرحله سوم: تاریخچه و اطلاعات پایه

هدف: هدف این مرحله عبارت است از: گرفتن تاریخچه، سیر اختلال، شخصیت قبل از بیماری، تاریخچه روان پزشکی خانواده، تاریخچه پزشکی و اجتماعی بیمار جهت تأیید تشخیص، پرکردن فواصل موجود بین تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی، پیگیری سرخ‌های تشخیصی و تناقض‌ها.

رابطه: هنگامی که تاریخچه بیمار را بررسی می‌کنید، تبحر و مهارت شما مشخص می‌شود. توجه به مشکلات بیمار و علاقمند بودن به بررسی مشکلات او رابطه را تقویت می‌کند. انجام این مرحله برای بیمار آسان است، زیرا این موضوعات برای وی آشنا و مانوس هستند و قبلاً هم چنین تاریخچه‌ای را برای سایر متخصصان بهداشت روانی مطرح کرده است. در این مرحله دو وظیفه مرتبط با رابطه را به صورت ماهرانه‌ای انجام دهید:

- ۱- انگیزه بیمار را برای انجام برخی آزمون‌ها تحریک کنید.
- ۲- در مواردی که در داستان بیمار با تناقضات روبرو می‌شوید، از او بخواهید شما را در روشن شدن جنبه‌های مهم داستان‌ش یاری دهد.

تکنیک: تغییر جهت در موضوعات ایجاد کنید و دفاع‌ها را اداره کنید. وقفه کلام را پر کنید و با بی‌ثباتی‌های بیمار سازگاری نشان دهید. بینش‌های تازه‌ای ایجاد کنید و به تحریف واقعیات و مقاومت در پرداختن به اطلاعات معین، توجه کنید. اگر تناقضاتی مشاهده می‌کنید، به بیمار بگویید. به عبارتی بیمار را تشویق و تحریک کنید تا تاریخچه دقیقی از اختلالاتش به شما بدهد.

وضعیت روانی: قضاوت، حافظه، آزمون‌های خاص، کارکردهای وضعیت روانی و IQ را ارزیابی کنید. مرحله سوم فرصت مناسبی برای آزمودن حافظه دور بیمار است. فعالیت‌های گذشته بیمار نشان دهنده مسئولیت‌پذیری اجتماعی اوست. این مرحله (مرحله سوم یا همان تاریخچه و اطلاعات پایه) درست قبل از مرحله بازخورد است و زمان مناسبی برای انجام آزمون است.

تشخیص: طول مدت مشکلات و سیر اختلالات را با توجه به فشارهای زندگی اجتماعی و تاریخچه طبی و خانوادگی تعیین کنید.

(دکتری وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

۱ در دیگاه اوتمر، مرحله سوم در مصاحبه بالینی چه نامیده می‌شود؟

الف) آماده سازی

ب) تاریخچه و اطلاعات پایه

ج) غربال مشکل

د) پیگیری نظرات اولیه

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

مرحله چهارم: تشخیص و بازخورد

هدف: توضیح و بیان این نکته به بیمار که چه مشکلی دارد.

رابطه: برای بیمار شرایط پذیرش یک تشخیص را فراهم کنید. بازخوردی که به کار می‌گیرید دو تأثیر دارد:

- ۱- باید اطمینان بیمار به نظر و درک شما از مشکلش را به دست آورید و او را متقاعد سازید که شما را به عنوان یک متخصص بپذیرد.

- ۲- باید اطمینان بیمار را به توصیه‌های درمانی خودتان جلب کرده و او را متقاعد سازید که راهنمایی شما را بپذیرد.
- تکنیک:** اختلالات و امکان‌های درمانی را توضیح دهید. رنج و ناراحتی و علائم او را با ماهیت بیماری او مرتبط سازید. تشخیص را به زبان عامیانه با وی درمیان بگذارید.

وضعیت روانی: درباره یافته‌های وضعیت روانی بحث کنید. در مورد رضایت و پذیرش بیمار کاوش کنید. پاسخ بیمار به بازخورد شما سه کارکرد وضعیت روانی را مشخص می‌کند از جمله همکاری، بینش و قضاوت. این سه کارکرد نشان می‌دهند که بیمار چقدر در جستجوی کمک جدی و مصر است. عدم علاقه به درمان می‌تواند یک اخطار یا هشدار در مورد تمایل بالقوه به خودکشی باشد.

تشخیص: تمام مشاهدات مربوط به رابطه، وضعیت روانی و تاریخچه را تلفیق کنید. مقداری از نتایج مصاحبه را در اختیار بیمار بگذارید و اگر خواهان همکاری بیمار در درمانتان هستید، به او بازخورد بدهید. تشخیص‌ها را ثبت کنید.

۱ در فرآیند مصاحبه اصل پیش روی جزء کدام یک از ابعاد مصاحبه می‌باشد؟ (دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

- (الف) تشخیص و تشخیص افتراقی
(ب) انتخاب تکنیک
(ج) نوع رابطه درمانی
(د) معاینه وضعیت روانی
- پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

مرحله پنجم: پیش آگهی و قرارداد درمانی

هدف: تعیین پیش آگهی، انتخاب برنامه درمانی و توافق با یک قرارداد درمانی.

رابطه: نقش شما به عنوان یک صاحب نظر در این مرحله به اوج می‌رسد. نقش رهبری خود را ایفا کنید و بیمار را برای پذیرش درمان اطمینان دهید.

تکنیک: مراقبت‌های بستری یا سرپایی را به بیمار شرح دهید. درمورد قرارداد درمانی با بیمار صحبت کنید. اگر او درمان با شما را انتخاب کرد، مطمئن شوید که بیمار و شما کاملاً بر محدود شدن منافعی آگاه هستید.

وضعیت روانی: درک بیمار از پیش آگهی و برنامه درمانی و بینش او نسبت به مشکلاتش آشکار می‌شود. به بینش، قضاوت و پذیرش بیمار پی ببرید.

تشخیص: پیش آگهی را توضیح داده و اثرات درمانی را پیشگویی کنید.

هستی به زنگ تفریح بریم؟ البته به زنگ تفریح مطالعاتی! به این شکل که مطالبی که تا اینجای فصل خواندی رو بیار دیگه توی قسمت مصاحبه با بیماری که همکاری می‌کند، مرور کنی. از اینجای فصل تا آخرش مطالب چندان جدید و مهمی نداره و صرفاً برای مطالعه روزنامه‌وار مناسبه. راستی به نکته! وقتی توی مصاحبه درباره شکایت اصلی از بیمار سوال می‌کنیم، ویژگی مصاحبه رو از حالت گفتگو به حالت کاوش تغییر میدیم.

مصاحبه با بیماری که همکاری می‌کند

مرحله ۱: آماده‌سازی و غربال مشکل

- **رابطه:** برای مثال اگر بیمار اظهار نظرهای مقدماتی مصاحبه‌گر را رد کند، درست در همین زمان، مصاحبه‌گر باید گرایش دلسردانه بیمار را نسبت به خودش مورد خطاب قرار دهد. مصاحبه‌گر نقش یک شنونده همدل را ایفا می‌کند و رفتاری توأم با شکیبایی نشان می‌دهد.
- **تکنیک:** برای مثال اگر در ابتدا به نظر می‌رسد بیمار رفتار خصمانه و آشفته‌ای دارد و برای گفتگو مقاومت دارد و تمایل به همکاری ندارد، مصاحبه‌گر باید با مهربانی و با استفاده از جملات عامیانه، نظر او را جلب کند. مصاحبه‌گر باید این ارتباط خصمانه را با رویکرد همدلانه خود جایگزین کند. این کار موثر واقع می‌شود زیرا باعث فعال شدن احساسات گناه بیمار می‌گردد و به مرحله آماده‌سازی خاتمه می‌دهد. از سوالات گسترده و باز استفاده کنید تا به بیمار امکان انتخاب موضوع مورد نظر را بدهید.
- **وضعیت روانی:** با مشاهده ظاهر بیمار را بررسی کنید. به هنگام گفتگو بررسی کنید آیا بیمار هشیار است یا نه، سوالات را درک می‌کند یا صحبت‌هایش آگاهانه یا هدف‌دار است یا خیر، آیا نسبت به مکان، شخص و زمان موقعیت‌سنجی دارد؟ حافظه بلند مدت و کوتاه مدت را بررسی کنید.
- **تشخیص:** مصاحبه‌گر بایستی مرحله آماده‌سازی را به جای پیگیری کلیدهای رفتاری، با سوالاتی در مورد شکایت اصلی آغاز کند.

مرحله ۲: پیگیری نظرات اولیه

- **رابطه:** اگر بیمار از بحث درمورد افکار وسواسی طفره می‌رود، این امتناع ممکن است ناشی از اضطراب صحبت کردن در مورد آن‌ها باشد یا ترس از اینکه "دیوانه" یا "احمق" تلقی شود.
- **تکنیک:** سعی می‌شود با درک بیمار و همدلی با رنج او، رابطه حفظ و تقویت شود.
- **وضعیت روانی:** کارکردهای روانی بیمار از جمله محتوای فکر و... بررسی می‌شود.
- **تشخیص:** مصاحبه‌گر به واری‌های علائم می‌پردازد.

مرحله ۳: تاریخچه و اطلاعات پایه

- در این مرحله سیر طولی، شخصیت قبل از بیماری و تاریخچه اجتماعی بیمار، تاریخچه خانوادگی، تاریخچه پزشکی و تکمیل اطلاعات پایه بررسی می‌شود.
- **رابطه:** زمانی که رابطه خوب باشد، بیمار پاسخ‌های دقیقی می‌دهد، بدون دخالت و فشار مصاحبه‌گر مطالب را توضیح می‌دهد و بیش از نیاز مصاحبه، اطلاعات می‌دهد. آنقدر راحت است که بعضی علائم که برایش خصوصی و خجالت‌آور است را هم فاش می‌کند. به وضوح نقش "حامل یک بیماری" را ایفا می‌کند و مقداری از مشکلش فاصله می‌گیرد. در مورد رنج‌ها و ناراحتی‌هایش اغراق نمی‌کند یا سعی نمی‌کند به عنوان یک بیمار ویژه درمان شود.
 - **تکنیک:** اگر مصاحبه‌گر در انتهای این مرحله درباره احساسات بیمار در طی مصاحبه سوال کند، این تغییر از جمع‌آوری اطلاعات به برقراری رابطه، دو نتیجه به همراه دارد؛ باعث نتیجه‌گیری در مصاحبه می‌شود و به بیمار فرصت می‌دهد تا واکنش خود را در مورد مصاحبه بیان نماید.
 - **وضعیت روانی:** از طریق نحوه بیان و گزارش بیمار از تاریخچه می‌توانید تمرکز، حافظه، جمله‌سازی و جریان تکلم را بررسی کنید. ضریب هوشی را نیز بررسی کنید.
 - **تشخیص:** تاریخچه فعلی اختلال را بررسی کنید و در مورد شخصیت قبل از بیماری کاوش کنید.

مرحله ۴: تشخیص و بازخورد

- **رابطه:** سعی کنید با آموزش درمانی، ادراک و فهم بیمار را از اختلال بالا ببرید. چنین افزایش سطح بینشی، ممکن است تضمین‌کننده همکاری بیمار با برنامه درمانی باشد.
- **تکنیک:** مصاحبه‌گر، اختلال را به زبانی قابل درک و ساده بیان می‌کند تا فهم مطلب راحت باشد و بر همکاری بیمار در درمان بیافزاید.
- **وضعیت روانی:** بینش بیمار را ارزیابی کنید.
- **تشخیص:** علاقمندی بیمار را به درمانش باید به عنوان پیش‌آگهی خوب در نظر گرفت.

مرحله ۵: پیش‌آگهی و قرارداد درمانی

- **رابطه:** مصاحبه‌گر برنامه درمانی و پیش‌آگهی را با استفاده از رویکرد آموزشی به بیمار توضیح دهد تا این کار نقش او را به عنوان یک متخصص مشخص‌تر کند.
- **تکنیک:** مصاحبه‌گر نگرانی خود را در مورد سلامت بیمار ابراز کند تا بیمار را به همکاری با برنامه درمانی ترغیب و تشویق کند.
- **وضعیت روانی:** بینش و قضاوت را بررسی کنید و بررسی کنید آیا به سلامتی خود علاقه دارد؟
- **تشخیص:** همکاری بیمار با برنامه درمانی، پیش‌آگهی را بهبود می‌بخشد.

چارچوب تدوین گزارش خلاصه‌ای از بیمار

- معمولاً مصاحبه‌گر بعد از مصاحبه بالینی، یک ارزیابی روان‌پزشکی مکتوب از وضعیت بیمار ارائه می‌دهد. برای تهیه این گزارش یا خلاصه‌ها سعی کنید روش استاندارد، یکسان و یکنواختی داشته باشید.
- **شناسایی مقدمات:** نام، جنس، نژاد بیمار و علت مشاوره را خلاصه کنید.

- **شکایت اصلی:** شکایت اصلی را با کلمات بیمار و از زبان وی مشخص کنید.
- **منبع اطلاعات:** همه کسانی که راجع به بیمار اطلاعات می‌دهند و نیز قابل اعتماد بودن و میزان همکاری آنها را ثبت کنید.
- **علت مشاوره یا بستری:** علت بستری و بستری داوطلبانه در مقابل بستری اجباری را بررسی کنید.
- **تاریخچه بیماری فعلی:** این تاریخچه را از زمانی شروع کنید که بیمار اولین بار علائم بیماری را تجربه کرده است.
- **تاریخچه روان پزشکی قبلی:** این تاریخچه باید تمام اختلالات روان پزشکی غیر از اختلال فعلی بیمار را دربرگیرد. این اختلال ممکن است الزاما در زمان حال متوقف نشده باشد.
- **تاریخچه پزشکی:** گزارشی از همه اختلالات پزشکی گذشته و فعلی ارائه دهید.
- **تاریخچه اجتماعی و شخصیت قبل از بیماری:** تاریخچه اجتماعی نشان دهنده تاثیر اختلال بر زندگی بیمار است.
- **تاریخچه خانوادگی:** در تاریخچه خانوادگی حداقل باید تاریخچه روان پزشکی بستگان درجه یک بیمار مطرح شود.
- **معاینه وضعیت روانی:** ظاهر، فعالیت روانی - حرکتی، تکلم، تفکر و محتوای فکر بیمار را خلاصه نویسی کنید. به کارکردهای شناختی توجه خاصی داشته باشید از جمله موقعیت‌سنجی، حافظه و هوش. بینش و قضاوت بیمار را تشریح کنید.
- **فرمول‌بندی تشخیصی:** این فرمول‌بندی در امتحانات مورد به کار می‌رود.
- **تشخیص‌های روان پزشکی:** تشخیص‌ها را براساس DSM-5 مطرح کنید.
- **توانایی‌ها و قابلیت‌ها:** فهرستی از اطلاعات عمومی، علاقمندی‌ها، مهارت‌ها، تحصیل و وضعیت شغلی بیمار ارائه شود.
- **برنامه درمانی و پیش‌آگهی:** اهداف درمان، انواع درمان‌های مختلف اعم از داروهای روان‌گردان، جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی مورد نیاز، دفعات آنها و تامین کنندگان آنها را مشخص کنید.

لغت	معنی	مرورها
Warm-Up	آماده سازی	
Quantitative	کمی	
Dependent	شخصیت وابسته	
Narcissistic	شخصیت خودشیفته	
Pseudohallucination	توهم کاذب	
Elation	سرخوشی	
Ego-Dystonic	ناهمخوان با ایگو	
Body image	تصویر بدن	
Educational therapy	آموزش درمانی	
Authority	اقتدار	
Developmental milestones	شاخص‌های تکاملی	
Transference pattern	الگوی انتقالی	
Somantic symptoms	علائم جسمانی	
Irritable hyperactivity	بیش‌فعالی توأم با تحریک پذیری	

بیمار مشکل



نشر علمی سنا
SANA



سلام گل. چخبر!!! این فصل خیلی خلاصه و جمع و جوره! اگر دوست داری کامل بخونیش بهتره بری سراغ خود کتاب اوتمر. توی این فصل درباره نحوه مصاحبه با یه بیمار مشکل و چالش برانگیز صحبت شده (برعکس قسمت آخر فصل قبلی که درباره مصاحبه با بیماری بود که همکاری میکنه) و خوندنش برای فهم عمیقتر و اطلاعات بیشتر مفیده؛ ولی ما سعی کردیم نکات مهمی که برای کنکور و آزمون ممکنه لازم بشه رو همینجا برات لقمه کنیم تا لذتشو ببری. حالا میتونی بری سراغ این مینی فصل و قورتش بدی...

بیماران مشکل، بیمارانی هستند که ابتدا به نظر می‌رسد انگیزه بسیار کمی برای گفتگو دارند. پاسخ‌های کوتاه بیمار، کمکی به روشن شدن آسیب روانی نمی‌کند و مصاحبه‌گر نمی‌تواند منشأ مشکل بیمار را تشخیص دهد. بنابراین رسیدن به تشخیص بسیار مشکل و چالش برانگیز می‌شود. اما با جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌گر می‌تواند تشخیص‌های افتراقی را مطرح کند بدون اینکه دقیقاً به تشخیص اصلی برسد. مشکلات مصاحبه با چنین بیمارانی ناشی از چهار منبع است:

- ۱- علائم و نشانه‌های بیمار، اثر مستقیمی بر فرآیند مصاحبه دارند و باعث می‌شوند بیمار اطلاعاتی را که شما در پی آن هستید، تحریف کند. چنین بیماری درست در مقابل شما، علائم را جسمانی یا تجزیه می‌کند.
- ۲- یک فرآیند پسیکوتیک ممکن است رفتار بیمار را تعیین کند و به این ترتیب، با بیماری در شرایط استوپور و گنگی روبه رو می‌شوید یا بیماری که به شما حمله می‌کند چون شما را یکی از دشمنانش می‌داند.
- ۳- یک نقص شناختی ممکن است در بیمار ایجاد شود. چنین نقصی همراه با کاهش و فقدان بینش، بیماری حقیقی را پنهان می‌کند. به جز مواردی که به طور هشیارانه‌ای، آسیب‌های شناختی را ارزیابی می‌کنید، ممکن است اصلاً متوجه آن نشوید.
- ۴- ممکن است بیمار تعمداً بخواهد شما را فریب دهد. بیمار اطلاعات اصلی آسیب‌شناسی خود را پنهان، تحریف یا جعل می‌کند، یا می‌کوشد نام شما را به عنوان کسی که فریب‌های او را باور کرده اید، در فهرست کسانی قرار دهد که فریب داده است.

بقیه مطالب مهم این فصل رو در قالب زنجیره‌ای از نکات برات لیست کردم:

- اصراری نداشته باشید که حتماً در اولین جلسه، مصاحبه را کامل کنید.
- مطلب اساسی در جلسه اول این است که بتوانید با بیمار رابطه درمانی برقرار کنید و نیاز فوری بیمار به درمان را تعیین کنید (به خصوص در مواردی که خطر آسیب زدن به خود یا دیگران وجود دارد).
- سوالات واقع‌گرا، از نظر نتایج تشخیصی فایده‌ای به بار نمی‌آورند.
- اگر لباس‌های بیمار به واسطه رسوم خاص خود جدا از مردم دیگر باشد، نشانه‌ای از جستجوی هویت است. این مطلب نشان می‌دهد که قضاوت اجتماعی بیمار مختل شده است.
- اگر بیمار در طول مکالمه همه سوالات را بفهمد و به طور مناسب به آن‌ها پاسخ دهد، نشان دهنده پردازش اطلاعات کافی و مناسب و عدم وجود اختلال تفکر است.

- اگر بیمار بدون داشتن همراه به جلسه مصاحبه بیاید و روز مرخص شدنش را به یاد بیاورد، نشان دهنده فقدان اضطراب شدید و فقدان برانگیختگی غیرقابل کنترل پسکوتیک است.
- دوسوگرایی در بیمار، جنبه غیرمنطقی قضاوت او را اثبات می‌کند و به نفع اختلال اسکیزوفرنیا است.
- اکراه و بی‌میلی در بیان اختیاری اطلاعات، می‌تواند نشانه وجود اختلال شخصیت منفعل-مهاجم باشد.
- نگرش سهل‌انگارانه بیمار نشانه کندی واقعی با تظاهر بی‌تفاوتی زیباست که گاهی مشخصه هیستری (اختلال علائم جسمی در DSM-۵، یا اختلال شخصیت هیستریونیک) می‌باشد.
- دوسوگرایی هیجانی مشخصه اختلال شخصیت مرزی است.
- معیارهای DSM-۵ برای اختلال مرزی عبارتند از افکار پارانوئیدی گذرا و مربوط به استرس یا علائم شدید تجزیه‌ای از جمله توهمات است.
- عدم درگیری هیجانی بیمار در مصاحبه، چهار تفسیر را مطرح می‌کند:
 - ۱- مصاحبه‌گر رنج و ناراحتی اصلی بیمار را پیدا نکرده.
 - ۲- احتمال دارد موضوع خاصی، تاثیر هیجانی شدیدی بر بیمار داشته و باعث ایجاد اضطراب شدیدی شده است که باعث شده بیمار از مکانیسم‌های دفاعی انکار یا جداسازی استفاده کند.
 - ۳- بیمار مبتلا به اختلالی است که مشخصه آن عاطفه کند است.
 - ۴- بیمار از تجزیه استفاده کرده و دسترسی محدودی به رنج و ناراحتی خود دارد.
- برای آگاه کردن بیمار از اینکه ارزیابی تشخیصی به همکاری و درگیر شدن بیمار در فرآیند درمان هم بستگی دارد، مصاحبه‌گر بیشتر سوالات را با اصطلاح "من به اندازه کافی راجع به شما اطلاعات ندارم" شروع می‌کند.
- در یک مصاحبه، می‌توانید تکمیل هر یک از مراحل و فرآیندهای تشخیصی را به زمان دیگری به تعویق بیندازید، ولی نمی‌توانید برقراری رابطه را به تعویق بیندازید چون ممکن است بیمار مجدداً نزد شما بازنگردد.
- چنانچه با بیمار مقابله روبرو شدید، حتی اگر مجبور باشید از ارزیابی تشخیصی صرف نظر کنید حتماً سعی کنید در اولین جلسه رابطه برقرار کنید.
- مصاحبه فرآیندی غیرخطی است و اتفاقات متعددی در یک زمان رخ می‌دهد. این مراحل ارزش اکتشافی دارند. این مراحل تعیین می‌کنند که چه نوع موضوعاتی باید در مصاحبه کاملاً بررسی شوند. وقتی به این موضوعات مسلط شدید، به راحتی بر اساس پاسخ‌های بیمار می‌توانید عقب و جلو بروید؛ مثلاً از غربال کردن به تاریخچه خانوادگی و از تاریخچه خانوادگی به بازخورد و تایید نظرات تشخیصی تغییر جهت دهید.

مرورها	معنی	لغت
	نقص شناختی	Cognitive impairment
	دوسوگرایی	Ambivalence
	پراشتهایی	Bulimia
	تجزیه	Dissociation
	جنون مشترک	Folie a deux
	خودزاد	Autochthonic
	شبه عاطفی	Affective .Like

مصاحبه برای اختلالات خاص (اختلالات بالینی)



نشر علمی سنا
SANA



یه سلام سبز به تو که با تلاشی که داشتی به فصل نهم کتاب رسیدی. حتماً توی این مسیر خیلی چیزها یاد گرفتی. یه خلاصه از برنامه این فصل بهت بگم و بریم سراغ شخم زدن این فصل. در فصل نهم چگونگی تعدیل راهبردها و استراتژی‌های مصاحبه ارائه میشن که برای اون دسته از علائم، نشانه‌ها و رفتارهایی هستن که در برقراری رابطه یا فرآیند کسب اطلاعات مداخله میکنن. یه همچنین تعدیلی مَلْسِ میتونه به ما کمک کنه تا به برخی از مشکلات خاصی که در تشخیص‌گذاری‌ها ایجاد میشه، چیره بشیم. پس برو تو دل کار بینم چجوری چیره میشی!

یک مصاحبه استاندارد، برای بیمارانی مناسب است که نسبت به علائم خود به اندازه‌ای بینش دارند که بتوانند آن‌ها را توصیف کنند. آنان علائم را ناشی از یک اختلال می‌دانند و در نتیجه، معمولاً علائم در فرآیند مصاحبه تداخل نمی‌کنند. پس این نوع مصاحبه مستقیم فقط با بیمارانی عملی است که مثلاً از اختلالات خلقی خفیف، اختلالات اضطرابی، اختلال علائم جسمی، وابستگی به مواد و یا اختلالات خواب رنج می‌برند. چنانچه هر آسیب روانی چه در رابطه و چه در فرآیند ارزیابی تشخیصی تداخل کند، باید مصاحبه را با آن اختلالات خاص بالینی تنظیم و تعدیل کرد؛ از جمله زمانی که با موارد زیر روبرو می‌شوید:

- ۱- سردرگمی و اشکالات حافظه که در اختلالات عصب‌شناختی دیده می‌شود.
- ۲- فریبکاری که در وابستگی یا سوء مصرف الکل دیده می‌شود.
- ۳- بیش‌فعالی که در اختلال دوقطبی دیده می‌شود.
- ۴- سوءظن که در اختلال هذیانی دیده می‌شود.
- ۵- اجتناب آن گونه که در فوبیا دیده می‌شود.
- ۶- ناباوری و خجالت آن گونه که در اختلال پانیک دیده می‌شود.
- ۷- احساس‌های گزند و آسیب که گاهی اوقات در عقب ماندگی ذهنی دیده می‌شود.
- ۸- تبلی که گاهی اوقات در نارکولپسی مشاهده می‌شود.

۱. سردرگمی و سوءظن در اختلالات عصب‌شناختی

حتی برای یک مبتدی تشخیص دمانس پیشرفته آسان است. در عوض تشخیص دمانس در مراحل ابتدایی، بسیار مشکل است (به دلیل ضایعات خفیف منتشر قشری به ویژه در نیمکره غیرغالب) و نشانه کلیدی این ضایعات، سردرگمی است. در دمانس پیشرفته این نشانه‌ها رایج است:

- بیمار قادر به موقعیت‌سنجی زمانی و مکانی نیست.
- نمی‌تواند سه لغت را به خاطر بسپارد.
- نمی‌تواند محاسبه یا هجی کند.
- نمی‌تواند اسامی ماه‌های سال را به صورت معکوس بازگو کند.

در دمانس ابتدایی نیز این نشانه‌ها دیده می‌شود:

- بیمار در موقعیت‌های روزمره دچار سردرگمی می‌شود چرا که آن‌ها را درک نمی‌کند.
 - برای بیمار حوادث روزمره، مانند گردش مجزای تصاویر قطعه‌ای از یک حلقه فیلم هستند یعنی تصاویر را دریافت می‌کند اما نمی‌تواند آن‌ها را به هم متصل کرده و به صورت یک عمل یا رفتار ادراک کند.
 - اجزای یک موقعیت را به یاد می‌آورد ولی نمی‌تواند آن‌ها را به طور منطقی به یکدیگر مرتبط کند.
 - نمی‌داند که چرا و چگونه، چیزها به شیوه خاصی در جایی قرار دارند.
 - چیزهای تازه را به شیوه بدبینانه بیان می‌کند.
- نکته** چنانچه در یک بیمار مسن نشانه‌های سردرگمی یا سوءظن را، چه در تاریخچه و چه در طی مصاحبه تشخیص دادید، به تشخیص‌های افتراقی خود دمانس را هم اضافه کنید.

استراتژی‌های مصاحبه با اینگونه بیماران

تشخیص سردرگمی و پذیرش تعبیرهای اشتباه بیمار بدون اعتراض یا بحث با بیمار.
او را ترسانید و بدگمانی او را برنیا نگیرید.
اجازه دهید جزئیات مشاهده‌اش را شرح دهد و به این جزئیات علاقه نشان دهید.
به دقت کاوش و بررسی کنید که چگونه حوادث را تعبیر و تفسیر می‌کند.
نسبت به کشمکش‌های او اظهار همدلی کنید.
سعی کنید اعتماد بیمار را جلب کنید تا کمتر در مقابل شما موضع بگیرد.
طوری او را ارزیابی و معاینه نکنید که گویی به توضیحات یا صحبت‌هایش شک دارید.
از فاصله انداختن بین خودتان و بیمار اجتناب کنید؛ مثلاً نگوئید این برای شما چه معنایی دارد؟
از جملات کوتاه استفاده کنید تا بیمار به راحتی به خاطر بسپارد و از کلمات ساده و عینی استفاده کنید.
از خزانه واژگان بیمار استفاده کنید.
سوالات را با گذارهای آرام به هم متصل کنید، طوری که بتواند مسیر افکار شما را دنبال کند.

نکته چنانچه بیمار نشانه‌هایی از خستگی نشان داد، مصاحبه را متوقف کرده و بعداً ادامه دهید.

۱ چنانچه در یک بیمار مسن نشانه‌های سردرگمی یا بدگمانی چه در تاریخچه و چه در طی مصاحبه تشخیص داده

شود، چه تشخیصی به تشخیص‌های افتراقی می‌تواند اضافه شود؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۲-۹۱)

(الف) سوء مصرف الکل

(ب) بدگمانی در اختلال هذیانی

(ج) نارسایی کولپسی

(د) دمانس

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۲. فریبکاری و انکار در سوء مصرف الکل

انواع مختلفی از سوء مصرف الکل وجود دارد:

گروه اول، افرادی که به نوشیدن الکل اعتراف می‌کنند

۱. الکی‌های بی‌خانمان و خیابانی که به صراحت به مصرف الکل اعتراف دارند و از ترک مصرف الکل سرباز می‌زنند.

۲. بیماران جوانتری که سوء مصرف الکل و اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند.

گروه دوم، افرادی که وابستگی به الکل را پنهان می‌کنند

۱. بیمارانی که از نظر اجتماعی در سطح متوسط بوده، سابقه اختلال خلقی داشته و معمولاً علائم افسردگی را نشان می‌دهند، اما نوشیدن الکل را پنهان می‌کنند.

۲. فرد میانسال متخصص یا مدیری که سوء مصرف دارد ولی همچنان به ایفای عملکردهای اجتماعی خود ادامه داده و روکشی از یک زندگی خانوادگی گرم را با همسر و فرزندانش حفظ کرده و در مورد استرس زندگیش صحبت می‌کند اما مصرف بیش از حد الکل را انکار می‌کند.

با گروه اول به سادگی می‌توان مصاحبه کرد چون به نوشیدن مشروبات الکلی اعتراف دارند ولی افراد گروه دوم کوشش زیادی در پنهان کردن وابستگی به الکل دارند. برای برطرف کردن این موانع ناچارید علی‌رغم انکار بیمار، ابتدا مصرف الکل را مشخص کنید. بنابراین باید موارد زیر را بررسی کنید:

- ۱- تاریخچه قبلی بیمار یا تاریخچه خانوادگی نوشیدن، سوء مصرف یا وابستگی به الکل
- ۲- سابقه‌ای از بیماری‌های کوتاه مدت و غیبت‌هایی از محل کار
- ۳- وجود نشانه‌های مسمومیت یا محرومیت در طول مصاحبه
- ۴- آزمایشات کبدی GGT (گاماگلوتامین ترانسفراز) بیشتر از ۳۰ واحد؛ CDT (ترانسفرین کاهنده کربوهیدرات) بیشتر از ۲۰ واحد؛ بالا بودن میزان MCV (میانگین حجم گلبول‌های قرمز).

استراتژی‌های مصاحبه با اینگونه بیماران

اگر به سوء مصرف الکل مشکوک هستید و بیمار منکر آن است، موضوع را دنبال کنید. با ظرافت ولی به طور متناوب روی موضوع تکیه کنید. موضوع را مکرراً مطرح کرده تا به تدریج بیمار تمام داستان را بپذیرد.

مواظب باشید که بیمار را به دروغ‌گویی و یا فریبکاری، متهم نکنید.

وقتی به الگوی می‌خوارگی پی بردید، در مورد فواید و مضرات آن بحث کنید. بیمار را به پذیرش اثرات مثبت و منفی آن سوق دهید به طوری که بتوانید اثرات الکیسم را بر زندگی بیمار کشف کنید.

افراد الکلی به از دست دادن فرد حامی خود بسیار حساس‌اند. چنانچه این از دست دادن، قریب الوقوع باشد از این موضوع مانند یک اهرم استفاده کنید تا به بیمار نشان دهید که چه زبانی از مصرف الکل عاید وی می‌شود. تقریباً ۲۵ درصد افرادی که خودکشی می‌کنند، دچار سوء مصرف الکل هستند که غالباً به دنبال از دست دادن شخصیت حامی دست به این کار می‌زنند.

بی‌فایده است که به بیمار فشار بیاورید تا به طور لفظی بپذیرد که الکلی است و قول بدهد که دیگر الکل مصرف نکند؛ بلکه ابتدا بیمار باید بپذیرد که مصرف الکل زندگیش را تباه کرده است.

۳. بیش‌فعالی همراه با تحریک‌پذیری در اختلال دوقطبی

فقدان بینش، کنترل، جهت‌گیری هدفمند به همراه افزایش سائق‌ها همگی منجر به پرفعالیتی همراه با تحریک‌پذیری می‌شوند و در فرآیند مصاحبه با بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی، دوره مانیک تداخل ایجاد می‌کنند. به هنگام برخورد با چنین بیمارانی باید بدانید که:

- عصبانیت‌های انفجاری وی بسیار غیرقابل پیش‌بینی است و هر لحظه آماده است که از جا در برود.
- فقدان بینش، بیمار را دچار حواس‌پرتی می‌کند و هیچ موضوعی در کانون توجه بیمار نمی‌ماند.
- تفکر او غیرقابل پیش‌بینی و غیرعادی است و احساسات مبهمی دارد.
- میل شدید و غیرقابل کنترل در یک بیمار مانیک عامل صحبت کردن، فریاد زدن، تحریک و اغواگری، کفر و ناسزا گفتن، نعره زدن، یا آواز خواندن است.

- هرکسی که با او مخالفت کند، دشمن او تلقی می‌شود.
- بیمار مانیک نمی‌تواند تشخیص دهد که سائق غیرعادی و شدیدش اطرافیان را دچار وحشت، سردرگمی، تهدید یا تفریح می‌کند. او نسبت به اینکه چه تاثیری بر دیگران می‌گذارد، بصیرت و بینش ندارد.

استراتژی‌های مصاحبه با اینگونه بیماران

بهترین رویکرد این است که از میل شدید بیمار در جهت مصاحبه استفاده کنید. دیدگاه بیمار را تعیین کنید، اهداف او را شناسایی کنید و بیان کنید آن را پذیرفته‌اید.

به بیمار نشان دهید که شما موافق و حامی او هستید نه اینکه مانع اهداف او یا ضد او باشید. یا اینکه او را سرچایش بنشانید و بخواهید با او درگیر شوید.

بیمار دو قطبی در دوره مانیا بینش کمی به احساساتش دارد ولیکن به اعمال خود واقف است. حتی بیمار مانیک بعد از بهبودی از حملات قبلی مانیا به عنوان تغییرات رفتاری (و نه خلقی)، صحبت می‌کند و به ندرت تشخیص می‌دهد یا به خاطر دارد که به طور غیرطبیعی احساس سرخوشی یا خلق بالا داشته یا دارد.

به بیمار مانیک اجازه بدهید که در مورد رفتارهای توضیح بدهد اما انتظار نداشته باشید قبول کند که ایرادی دارد.

وقتی به بن‌بست رسیدید از حواس‌پرتی او برای هدایت مجدد او استفاده کنید.

با بیمار بحث نکنید و سعی نکنید او را متقاعد کنید، اما حواسش را پرت کنید.

از آنجایی که بیمار به هیجان‌زدگی خود به عنوان علامتی از یک اختلال بینش ندارد، مصاحبه‌گر با وضعیت هیجان‌زده او همدلی نمی‌کند زیرا ممکن است آتش خصومت بیمار را شعله‌ور کند.

۴. سوءظن در اختلال هذیانی

- بیماری که هذیان‌های گزند و آسیب دارد، فکر می‌کند حوادث زندگی و اتفاقات روزمره بر علیه او به وقوع می‌پیوندند. او بر این گمان است که به دلیل "دانش ویژه‌اش"، "بصیرت‌هایش" و یا "نعمت‌های ارزانی شده به وی" مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرد. در مصاحبه با بیماری که هذیان‌های گزند و آسیب دارد، با دو مشکل روبرو هستیم:
- اولاً امکان دارد بیمار به شما مظنون شود، چرا که هرکدام از اظهار نظرها، تغییر قیافه یا ژست‌های شما می‌تواند در وی احساسات گزند و آسیب ایجاد بکند.
 - ثانیاً می‌ترسد که شما او را دیوانه بپندارید.

استراتژی‌های مصاحبه با اینگونه بیماران

رویکرد اساسی این است که با افکار گزند و آسیب بیمار به عنوان یک موضوع عجیب برخورد نکنید، بلکه در مصیبتی که به دلیل این افکار گریبان‌گیر اوست، خود را سهیم بدانید و با رنج روانی او اظهار همدردی کنید.

با تفاسیر هذیانی بیمار چنان برخورد کنید که گویی حقیقت دارند.

با هذیان‌های بیمار از موضع یک "ناظر بیرونی" برخورد نکنید، بلکه آن‌ها را از دیدگاه خود بیمار بررسی کنید.

اگر بیمار را متقاعد نمایید که طرف او هستید، امکان دارد بیمار به شما اعتماد کند و بیشتر همکاری کند.

سوالاتی از قبیل "دیگران چطور با شما رفتار کردن؟" یا "تا به حال به شما توهین شده؟"، که حاوی احساسات بدگمانانه و سوءظن وی باشند، قویاً همکاری بیمار را جلب می‌کنند.

چنانچه بیمار احساس کند که "فریب داده می‌شود" یا "مورد چابلوسی و تملق قرار گرفته"، یا اینکه شما به صورت تصنعی طرف او هستید تا صرفاً اطلاعاتی را از او بیرون بکشید و او را گول بزنید؛ در این صورت این ترفند با شکست روبرو خواهد شد.

هذیان‌ها باورهای غلطی تثبیت شده‌ای هستند که نمی‌توان آن‌ها را با بحث‌های منطقی تصحیح کرد و با این کار تنها مخالفت بیمار برانگیخته شده و رابطه مختل می‌گردد.

نکته علائم پسیکوتیک مقاوم مانند هذیان‌ها، بخشی از اختلال شخصیت پارانویید نیستند. اختلالات شخصیت به تنهایی نمی‌توانند عامل ایجاد هذیان‌ها یا توهمات باشند.

سبک مصاحبه‌تان را با سطح بینش بیمار تنظیم کنید؛ بدین شکل که:

- در مرحله پنجم بیمار براساس هذیان‌های خویش عمل می‌کند. طوری به هذیان‌ها بپردازید، گویی که واقعیت دارند؛ به بیمار بگویید که درمان (دارو درمانی) برای کاهش "آزارها" تجویز می‌شوند.
- در مرحله چهارم (هنگامی که بیمار براساس هذیان‌هایش عمل نمی‌کند و صرفاً در مورد آن‌ها صحبت می‌کند) و مرحله سوم (بیمار از گفتگوی بیشتر درباره هذیان‌هایش اجتناب می‌ورزد) و یا در مرحله دوم (بیمار مدعی است که هذیان‌ها فقط در گذشته حقیقت داشته‌اند و فعلاً متوقف شده‌اند)، سعی کنید فاصله مشابهی را نسبت به هذیان‌ها نشان دهید.
- در مرحله اول (بیمار هذیان‌های گذشته‌اش را به عنوان امری حقیقی و مسلم نمی‌پذیرد و آن‌ها را به عنوان بخشی از بیماری می‌داند) با نظر او موافقت کنید و از ماهیت مرضی بیماری با بیمار گفتگو نمایید. برای اینکه بتونی اختلال هذیانی رو از اختلالات مشابه و مرتبط دیگه افتراق بدی نکات زیر به کارت میاد:
- **اسکیزوفرنیا در مقابل اختلال هذیانی:** تفکر روشن و منظم در اختلال هذیانی بهتر حفظ می‌شود تا در اسکیزوفرنیای پارانوئید. هذیان‌های بیماران اسکیزوفرنیا عجیب و غریب نیستند؛ هذیان‌ها منفرد و نظام یافته‌اند و نه قطعه قطعه. همچنین شواهدی دال بر توهمات بارز، کلام بی‌ربط، یا شل شدن تداعی‌ها وجود ندارد.
- اختلال افسردگی اساسی با ویژگی پسیکوتیک در مقابل اختلال هذیانی: هذیان‌ها گزند و آسیب در هر دو اختلال شایع است. ناکامی‌ها و گناهان گذشته عامل احساس گزند و آسیب بیماران افسرده است. تفاوت قاطع بین دو اختلال وجود علائم عاطفی در اختلال افسردگی اساسی و عدم وجود این علائم در اختلال هذیانی است.
- **اختلال شخصیت پارانوئید در مقابل اختلال هذیانی:** هر دو اختلال فاقد اختلال خلقی هستند. با این وجود، علائم پسیکوتیک مقاوم مانند هذیان‌ها، بخشی از اختلال شخصیت پارانوئید نیستند.
- اختلال پسیکوتیک ناشی از بیماری طبی همراه هذیان در مقابل اختلال هذیانی: لازمه تشخیص اختلال پسیکوتیک ناشی از یک بیماری طبی دیگر، وجود وضعیت پزشکی خاصی است که بتوان آن را مسئول ایجاد هذیان‌ها دانست.

۱. در ایجاد «اتحاد درمانی» با بیمار مبتلا به اختلال هذیانی کدام رویکرد توصیه می‌شود؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۳-۹۴)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| (الف) موافقت با هذیان بیمار | (ب) مخالفت با هذیان بیمار |
| (ج) موافقت با عذاب‌آوری ادراکات بیمار | (د) کنجکاوی بیشتر در مورد هذیان |
- پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

۵. اجتناب در فوبیا (هراس)

دشواری‌های مصاحبه با بیماران مبتلا به آگورافوبیا و فوبی اجتماعی شامل خجالت بیمار که می‌داند ترسش احمقانه است و اجتناب بیمار از بحث راجع به این ترس می‌باشد. با به کار بردن دو روش می‌توانید بر این رفتار اجتنابی غالب شوید:

- ۱- با طرح سوالات کوتاه، مشخص و غالباً بسته، رفتار اجتنابی را پس بزنید، به ویژه وقتی که احساس می‌کنید سوالات باز طفره‌روی را در بیمار تشویق می‌کند.
- ۲- با گفته‌های تایید کننده و حمایتی سعی کنید اضطراب و اجتناب را در بیمار کاهش دهید تا احساس راحتی کند.

نکته معمولاً اینگونه بیماران بینش کاملی دارند که ویژگی اختلالات اضطرابی است.

۶. نابوری و خجالت در اختلال پانیک

از لحاظ بالینی بعضی از علائم اختلال پانیک در اختلال اضطراب منتشر نیز مشاهده می‌شود: تنش عضلانی، پرکاری دستگاه خودکار، انتظارات نگران کننده و حالت گوش به زنگی بیش از حد. چنانچه بیماران فقط از حملات پانیک رنج ببرند، بدون اینکه در فواصل بین حملات اضطراب منتشر داشته باشند، معمولاً فکر می‌کنند از نوعی حمله قلبی رنج می‌برند و باور دارند که اختلال آن‌ها منشا جسمی دارد. بنابراین مصاحبه خود را با باورهای بیمار منطبق کنید:

- به او بگویید که این حملات ماهیت متابولیکی دارند و ژنتیک نیز در آن نقش دارد. به وی اطمینان بدهید که حملات فقط در ذهن او یا تظاهری از ضعف شخصیت نیست.
- کاوش علائم را با عبارات آموزشی بیامیزید. برای پیروزی در نبرد علیه اعتقاد بیمار به وی نشان دهید در مورد این اختلال تبحر دارید.
- در لابلای صحبت‌ها از عبارات تأیید کننده و حمایت کننده جهت ایجاد آرامش و راحتی در بیمار استفاده کنید.
- به وی بگویید که این حالت با دارو قابل درمان است.

نکته این دسته بیماران نسبت به ماهیت بیمارگونه حملات بینش کامل دارند اما به سختی می‌پذیرند که این حملات نوعی اختلال روان پزشکی است و باور دارند که اختلال آن‌ها ریشه جسمانی دارد.

حملات پانیک می‌تواند در جریان اختلالات زیر رخ دهد:

- محرومیت الکل
- مسمومیت با آمفتامین و کافئین
- اختلال افسردگی اساسی
- اسکیزوفرنیا
- اختلال علائم جسمی
- اختلال پانیک
- بیماری‌های طبی عمومی

۷. احساس‌های گزند و آسیب در عقب ماندگی ذهنی

مصاحبه با بیمار مبتلا به عقب ماندگی ذهنی مشکل نیست زیرا این بیمار حرف‌هایش را با جملات ساده بیان می‌کند و از کلمات غیرانتزاعی استفاده می‌کند. وقتی به این اختلال مشکوک می‌شوید استفاده از چند نوع آزمون در تأیید نظر بالینی به شما کمک می‌کند.

چنانچه بیمار مبتلا به عقب ماندگی ذهنی یا فرد عادی و ساده لوح، نسبت به کمبودهایش آگاهی داشته باشد و بکوشد که هم بر نقص خود فائق آید و هم آن را پنهان دارد، تشخیص دشوارتر خواهد بود. چنین بیماری وقتی احساس کند که هرکس ناتوانی وی را به رخ می‌کشد، فوق‌العاده حساس خواهد شد و دچار سوءظن و پرفعالیتی جهت حفاظت از خود می‌شود.

این بیماران برای اینکه تیزهوش‌تر از آنچه هستند به نظر بیایند، متعصبانه به تحصیلات خود ادامه می‌دهند و لغت‌نامه گسترده‌ای جمع می‌کنند و از رفتارها، علائق و موضوعات مورد بحث مردمی که تیزهوش می‌پندارند، تقلید می‌کنند. روان‌پزشکان آلمانی و سوئیسی در مورد این بیماران اصطلاح Verbaltnisblodsinn را به کار می‌برند: این کلمه بیانگر آن است که اهداف بیمار تناسبی با توانایی‌ها و هوش وی ندارد.

وقتی در حال مصاحبه با این بیمار هستیم بهتره از سوالاتی باز استفاده کنیم و به بیمار اجازه بدیم تا خودش موضوع صحبت رو انتخاب بکنه؛ چون اگر از سوالاتی بسته و جهت‌دار استفاده کنیم یا به صورت دقیق و عمدی شروع به بررسی ضعفای هوشی بیمار بکنیم ممکنه باعث خشم و تنش در بیمار بشیم. در کل بهتره با دقت بیشتری با این دسته از بیماری‌های عزیز رفتار کنیم.

۸. تنبلی در نارکولپسی (خواب‌زدگی)

خواب‌زدگی یا نارکولپسی نوعی اختلال خواب نسبتاً نادر است. این بیماران بصیرت و فهم چندانی نسبت به اختلالشان ندارند؛ به همین دلیل مشکلی را بیان می‌کنند که برای مصاحبه‌گر گمراه‌کننده، حاشیه‌ای و گیج‌کننده است (به خصوص اگر درمانگر با اشکال بسیار متنوع اختلالات خواب آشنا نباشد). تکنیک مصاحبه برای این اختلال، مستقیم و در جستجوی یافتن علائم کلاسیک چهارگانه نارکولپسی (حملات خواب، توهمات هیپنوگوزیک و هیپنوپمپیک، فلج خواب، حملات کاتاپلکتیک) می‌باشد.

نکته این نشانه‌های چهارگانه نارکولپسی، مشخصه نوعی رویای مرحله حرکات سریع چشم (REM) طبیعی است که طی آن هر فردی فلج و تصورات بینایی را تجربه می‌کند.

لغت	معنی	مرورها
Perplexity	سردرگمی	
Deception	فریب	
Embarrassment	خجالت	
Madness	دیوانگی	
Follow Up	دوره پیگیری	
Uppers	نشاط آور	
Intrusive	نافذ	
Spontaneous	خود به خودی	
Motor tension	تنش عضلانی	
Body language	زبان بدن	
Intermittent explosive disorder	اختلال انفجاری متناوب	



مصاحبه برای اختلالات خاص (اختلالات شخصیت)



نشر علمی سنا
SANA



دوباره اومدیم، سلام و وقت بخیر. سرحالی عزیز؟ توی فصل قبلی درباره مصاحبه برای برخی از اختلالات بالینی خاص به چیزایی یاد گرفتیم. حالا نوبت اختلالات شخصیته! توی این فصل میخوایم درباره نحوه برقراری رابطه، انتخاب تکنیک‌های مناسب و تعدیل ارزیابی وضعیت روانی در تشخیص بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، بیشتر مطالعه کنیم و ببینیم وقتی با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت روبرو میشیم باید چجوری مصاحبه رو پیش ببریم. قبل از اینکه بریم سراغ اصل مطلب، چندتا نکته برات لیست کردم تا مغزت روشن شه:

- در DSM-5 انواع شخصیت منحصر دو سویه نیستند، بلکه اجازه ترکیب اختلالات وجود دارد.
- DSM-5 به شما اجازه می‌دهد تا از ملاک‌های چند اختلال شخصیت استفاده کنید و در این صورت، اختلال شخصیت نامشخص را منظور نمایید.
- چنانچه علائم بدون اینکه ملاک‌های یک اختلال شخصیت منفرد را کامل کند با تعدادی از ملاک‌های یک یا چند اختلال شخصیت مطابقت داشته باشد، اختلال شخصیت نامشخص منظور می‌شود.
- هریک از ده اختلال شخصیت در DSM-5 موانع خاصی در فرآیند مصاحبه ایجاد می‌کنند، مثلاً بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ممکن است علائمی را تصدیق کند که اصلاً تجربه نکرده، چون احساس می‌کند که مجبور است آن‌ها را تصدیق کند تا به دلخواه مصاحبه‌گر رفتار کرده باشد و بیماری که اختلال شخصیت ضداجتماعی دارد گذشته خود را تحریف و مشکلاتش را انکار می‌کند تا مصاحبه‌گر را تحت تاثیر قرار دهد. این وظیفه مصاحبه‌گر است تا این رفتارهای فریبکارانه را کشف و منشأ آن را ردیابی کند.
- این گونه پیگیری‌ها مستقیماً به هسته آسیب شخصیتی بیمار منتهی می‌شود.
- از آنجایی که بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت نسبت به اختلال خودشان، بینش محدودی داشته یا فاقد بینش هستند، نمی‌توانند آسیب خود را به زبان علائم بیان کنند. بنابراین مشاهده رفتار بیمار در طول مصاحبه به ابزار مهمی برای تشخیص اختلالات شخصیت مبدل می‌گردد.
- همونطور که میدونی توی DSM-5 سه دسته اختلال شخصیتی داریم که هر دسته شامل چند اختلال شخصیتیه. به طور خلاصه این سه دسته عبارتند از:

۱- شاخه A که با محرومیت هیجانی و رفتار عجیب و غریب همراه است.

- سوء ظن در اختلال شخصیت پارانوئید
- محرومیت در اختلال شخصیت اسکیزوئید
- بی‌منطقی در اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
- ۲- شاخه B که با هیجان‌های مبالغه‌آمیز و نمایشی همراه است.
- دروغ‌گویی در اختلال شخصیت ضداجتماعی
- بی‌ثباتی در اختلال شخصیت مرزی
- خودنمایی در اختلال شخصیت هیستریونیک
- بزرگ منشی در اختلال شخصیت خودشیفته

- ۳- شاخه C که با اضطراب و سلطه‌پذیری همراه با مقاومت همراه است.
- حساسیت افراطی در اختلال شخصیت اجتنابی
 - سلطه‌پذیری در اختلال شخصیت وابسته
 - حاشیه‌پردازی و کمال‌گرایی در اختلال شخصیت وسواسی-جبری

۱. شاخه A: محرومیت هیجانی و رفتار عجیب و غریب

در شاخه A سه اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوتیپال قرار می‌گیرند. مشخصه وضعیت روانی بیماران شاخه A عبارت است از محرومیت هیجانی، فقدان گرمی و صمیمیت، رفتار عجیب و غریب یا غیرعادی. چنین بیماری در طول مصاحبه خودش شروع به صحبت نمی‌کند، سرد است و گاهی طعنه‌آمیز برخورد می‌کند و احساساتش را مخفی می‌کند. اینگونه بیماران علاقه دارند که با «بله» و «نه» جواب بدهند.

نکته فرآیند مصاحبه در این شاخه بر حسب نوع اختلال شخصیت متفاوت است، اما در تمام موارد فقدان رابطه را تجربه می‌کنید که مقصر سردی بیمار است.

۱. بیماری که در طول مصاحبه شروع به صحبت نمی‌کند، سرد است و گاهی طعنه‌آمیز برخورد می‌کند و حتی احساساتش را از شما مخفی می‌کند و علاقه دارد که با «بله» و «نه» جواب سوال‌های مصاحبه کننده را بدهد؛ این بیمار در کدام شاخه از اختلالات شخصیت قرار می‌گیرد؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

A (الف)

B (ب)

C (ج)

NOS (د)

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۲. در فرآیند مصاحبه کدام شاخه از اختلالات شخصیت به سوالات در مانگر بیشتر به صورت کوتاه و بله یا خیر پاسخ می‌دهند؟ (دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

A (الف) شاخه A

B (ب) شاخه B

C (ج) شاخه C

A, C (د) شاخه A, C

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

• سوءظن در اختلال شخصیت پارانوئید

رابطه: آنچه که مانع از برقراری رابطه با بیمار مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید می‌شود، این ادراک نافذ اوست که هرکسی به طور حتمی به او صدمه زده و یا از وی سوءاستفاده خواهد کرد. بیمار به قابل اعتماد بودن شما تردید دارد و دوستی شما را فریبی بیش نمی‌داند. برخورد باز و صادقانه شما ممکن است او را ترغیب کند تا در مورد بعضی از مشکلاتش موقتاً به شما اعتماد کند. اگر بی‌پرده بگویید که او را بدگمان یافته‌اید، رک گویی شما ممکن است او را تحت تاثیر قرار دهد، یا شاید هم گفته‌های شما را خصمانه، انتقادی یا اهانت‌آمیز تلقی کند.

تکنیک: مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید ظریف است. این بیماران از اینکه مورد دقت و موشکافی قرار بگیرند، بیزار هستند. در مصاحبه با این بیماران به استفاده از گذارهای آرام احتیاج دارید، زیرا هرگونه تغییر ناگهانی را ناموجه قلمداد کرده و امکان دارد خشم، مقابله به مثل یا ختم ناگهانی مصاحبه را به دنبال داشته باشد. این بیماران با شما مقابله می‌کنند اما تحمل رویارویی با خودشان را ندارند.

وضعیت روانی: وضعیت روانی بیمار مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید به واسطه گوش بزنگی بیش از حد و سوءظن پوشیده از ابهام است. طرز لباس پوشیدنش وسواسی است تا کسی از او انتقاد نکند، علاقه‌ای به خشنود کردن کسی ندارد، معمولاً سلیس و هدفمند صحبت می‌کند، عاطفه او بین اضطراب و خصومت آشکار در نوسان است، حافظه و موقعیت‌سنجی سالمی دارد اما قضاوت به علت سوءظن مختل است، توهमत و هذیان‌های کوتاه مدت فقط تحت استرس به وجود می‌آیند.

تشخیص: بیمار مشکلی ندارد جز اینکه در طول مصاحبه باید بسیار محتاط باشید که مبادا به شکاکیت و خصومت او دامن بزنید. جهت تشخیص اختلال شخصیت پارانوئید، وجود هذیان‌های گزند و آسیب و هرگونه توهم را رد کنید؛ با این کار احتمال وجود اسکیزوفرنیا و اختلال پسیکوتیک گذرا رد می‌شود. چنانچه در جریان مصاحبه مشخص شد بیمار انزوای اجتماعی، کناره‌گیری از دیگران و سردی هیجانی هم داشته و اگر افکار عجیب و غریب و خرافی هم بیان کند، در پی تشخیص افتراقی سایر اختلالات شخصیت شاخه A برآیید.

نکته مرز بین اختلال هذیانی و اختلال شخصیت پارانوئید بسیار باریک است. درحالی که بیمار مبتلا به اختلال هذیانی رفتار خود را بهترین پاسخ به خطری واقعی می‌پندارد، بیمار مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید که نسبت به سوءظن خود آگاهی دارد، معمولاً سعی می‌کند آن را درون خود نگه دارد اما دلایلی برای موجه بودن آن پیدا می‌کند.

● محرومیت در اختلال شخصیت اسکیزوئید

رابطه: محرومیت هیجانی نافذ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید، رابطه با او را مشکل می‌سازد. در بدو مصاحبه واکنش عاطفی از خود نشان نمی‌دهد و در پایان مصاحبه نیز چنین است. اگر ابراز همدلی کنید چیزی جز سردی در وی به جا نمی‌گذارد. بیمار ممکن است از احساس افسردگی با شما حرف بزند ولی شما رنج او را حس نمی‌کنید. بیمار به همه چیز بی‌تفاوت است.

نکته رابطه حالتی است که در آن بیمار تصمیم می‌گیرد علائم، مشکلات و پنهان‌ترین احساساتش را آشکار ساخته و در مورد آن بحث کند. از آنجا که شخصیت اسکیزوئید چنین احساساتی ندارد، هرگز حس نمی‌کند که رابطه را برقرار کرده‌اید.

تکنیک: از ابتدای مصاحبه متوجه می‌شوید که بیمار فقط با «بله» و «خیر» یا با جملات بسیار کوتاه که به نظر می‌رسد از روی بی‌توجهی است پاسخ می‌دهد. ممکن است این فقر کلامی را اشتباه تفسیر کرده و آن را به حساب حساس بودن بیمار بگذارید اما این فرض غلط است. سپس متوجه می‌شوید که محدودیت بیان کلامی و هیجانی بیمار به علت حفاظت از خود نیست، بلکه از خلاء ذهنی و هیجانی او ناشی می‌شود. از هر تکنیکی استفاده کنید، در هر صورت جریان اطلاعات محدود باقی می‌ماند.

نکته از هر کجا که بخواهید می‌توانید شروع کنید و به هر کجا که خواستید ختم کنید حتی ناگهانی چون برای بیمار تفاوتی ندارد.

وضعیت روانی: مشخصه این بیماران عبارتند از حرکات بدن با حالت عصبی، فقدان حالت‌های چهره و ژست‌های سرد و زمخت. کلام بیمار هدفدار ولی تهی از جزئیات است. آهنگ صدا به ندرت تغییر می‌کند، حتی هنگامی که درباره خصوصی‌ترین یا ضربه زنده‌ترین حوادث عمرش صحبت می‌کند. در ظاهر نه مرگ مادر و نه از دست دادن دوست در او تاثیری نمی‌گذارد. چنین واکنش‌هایی، اختلال اصلی بیمار را مشخص می‌کند، یعنی محرومیت عاطفی. حافظه بیمار و قضاوت بیمار در مورد برنامه‌های آینده معمولاً مناسب است. این بیماران توهم و تفکر هذیانی ندارند.

تشخیص: معمولاً زمانی با این بیماران برخورد می‌کنید که دچار نوعی اختلال بالینی مانند سوءمصرف مواد، افسردگی، یا یک اختلال اسکیزوفرنی‌فرم و یا با عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی روبرو شده باشد. ترکیب یک اختلال بالینی با اختلال شخصیت اسکیزوئید تشخیص را مشکل می‌کند. معمولاً شکایت اصلی شخصیت اسکیزوئید زیاد نیست.

● **شباهت اختلال شخصیت اسکیزوئید با اختلال اسکیزوفرنی:** در علائم منفی شباهت دارند مانند فقدان قوه ابتکار، عاطفه کند، فقر ژست‌ها و فقر کلامی.

● **تفاوت اختلال شخصیت اسکیزوئید با اختلال اسکیزوفرنی:** بیماران اسکیزوئید توهم، هذیان و هیچگونه اختلال تفکر صوری ندارند و واقعیت‌سنجی آن‌ها سالم است.

توی کار با این بیماران واسه اینکه به یه فهرست تشخیص افتراقی برسیم، مجبوریم که فهرست طولانی از علائم رو با استفاده از سوالاتی که جواب بله یا خیر دارن بررسی کنیم. جوابای این بیماران آهنگی یکنواخت و کوتاه دارن!

• بی‌منطقی در اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

رابطه: تا زمانی که بیمار احساس کند تجارب او را درک نمی‌کنید، برقراری رابطه مشکل خواهد بود. به هنگام تلاش برای برقراری رابطه با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال از فرمول‌بندی‌های غیرمعمول، جملات شگفت‌انگیز و افکار غریب آنان متحیر می‌شوید. ابراز همدلی با افکار و احساسات بیمار باعث می‌شود که هر آنچه در چنته دارد بیرون بریزد. زمانی که نشان دهید او را طرد نکرده و ادراکات و احساسات او را درک می‌کنید، حریم امن دنیای مخفی و ذهنی درونش را بر شما عیان می‌سازد.

نکته برخلاف تلاش‌های شدیدی که در رابطه با بیمار اسکیزوتایپال می‌کنید، می‌توانید با بیمار اسکیزوتایپال رابطه برقرار کنید.

تکنیک: شنیدن همدلانه و توأم با علاقه‌مندی همراه با تکنیک‌های ادامه دهی برای ترغیب بیمار به توضیح تجربیاتش کافی خواهد بود. سوالات تردیدآمیز و نفی دیدگاه‌های بیمار، یا رویارو کردن بیمار با واقعیت باعث عقب‌نشینی او خواهد شد. اگر بیمار باهوش باشد، مایل است بداند شما هم تجارب مشابه تجارب وی دارید یا نه.

وضعیت روانی: نحوه لباس پوشیدن بیمار ممکن است عجیب و غریب باشد مثلاً طلسمی برگردن داشته باشد. ممکن است شوخی‌ها و لطیفه‌های بیمار عجیب و غریب و نامانوس باشد و یا پیگیری افکارش مشکل باشد. محتوای فکر بیمار حاوی اندیشه‌های پارانوئید، سوءظن، عقاید انتساب و تفکر جادویی می‌باشد. ممکن است مدعی دست یافتن به بعد چهارم یا تجربه‌های خروج از بدن، حس ششم، تله‌پاتی، و پیشگویی باشد. موقعیت‌سنجی، حافظه و پردازش اطلاعات بیمار سالم و کلام وی متناسب است. قضاوت وی تحت الشعاع تفکراتی است که خارج از قلمرو واقعیت قابل اثبات قرار دارند. بینش این بیماران نسبی است.

نکته همراه با دو اختلال شخصیت دیگر شاخه A، مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال تحت استرس دوره‌های کوتاهی از سایکوز را تجربه می‌کند.

تشخیص: این حالت عجیب و غریب، بیمار اسکیزوفرنیک دارای علائم مثبت را به ذهن می‌آورد اما هذیان یا توهمی پیدا نمی‌کند. بررسی گذشته بیمار نیز نشان می‌دهد که از دوران نوجوانی هم او را فردی عجیب و غریب و نامانوس میدانسته‌اند. چنین زمانی شما را به وجود نوعی اختلال شخصیت شاخه A هشیار می‌سازد. فقدان افکار مسلط پارانوئیدی، بیمار اسکیزوتایپال را از بیمار پارانوئید متمایز می‌سازد. اشتغال ذهنی با مسائل اسرارآمیز ماورالطبیعه بیمار اسکیزوتایپال را از بیمار اسکیزوتایپال متمایز می‌سازد.

۳ برای تشخیص اختلال شخصیت اسکیزوتایپال چه سوالی بهتر است از بیمار پرسیده شود؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۲-۹۳)

- (الف) آیا حس ششم را تجربه کرده است؟
 (ب) آیا معمولاً بدون هیجان است؟
 (ج) آیا دوستانی دارد که به آن‌ها اعتماد کند؟
 (د) آیا قادر به برقراری روابط پایدار می‌باشد؟
 پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۴ کدام ویژگی در اختلال اسکیزوتایپی مبنای افتراق آن از اختلال شخصیت اسکیزوتایپی است؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۹-۹۸)

- (الف) سابقه مثبت اختلال دوقطبی
 (ب) شکاکیت و سوءظن
 (ج) رفتار ضداجتماعی
 (د) غرابت‌های رفتاری، تفکر و ادراک
 پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۵ غرابت‌های رفتاری عمدتاً مشخصه کدام اختلال شخصیتی است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

- (الف) اسکیزوتایپی
 (ب) اسکیزوتایپ
 (ج) دوری‌گزین
 (د) پارانوئید
 پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۲. شاخه B: هیجان‌های مبالغه‌آمیز و نمایشی

چهار اختلال شخصیت شاخه B عبارتند از شخصیت‌های ضداجتماعی، مرزی، هیستریونیک و خودشیفته. وضعیت روانی این بیماران با نمایش هیجان‌های بی‌ثبات، مبالغه‌آمیز، نمایشی و به ظاهر غیرواقعی همراه با عاطفه‌ای پررنگ شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در طی مصاحبه، احساس نمی‌کنید که بیمار هم سطح شماست. بیمار ممکن است تهدید کند، شکوه کند، خواهش و تمنا کند، عشوه‌گری کند یا سر به سر شما بگذارد. تماس با احساس‌های واقعی بیمار که به نظر می‌رسد در پشت نمایش هیجانی وی مخفی شده، برای شما (و برای خودش) مشکل است.

• در اکثر موارد بیمار از تظاهر حالات نامناسب خود، آگاه نیست.

• کلامش معمولاً سلیس ولی اکثراً گنگ و طفره‌آمیز است.

• اکثراً تناقض‌گویی می‌کند.

• او سعی دارد نه با روشن ساختن مشکلاتش یا رنج‌هایش، بلکه با رفتارش شما را متاثر کند.

نکته ظاهر مصاحبه با چنین بیماری آسان است. اما به علت مبالغه‌آمیز و سطحی بودن حالات هیجانی و تمایل بیمار

برای تأثیر گذاشتن بر مصاحبه‌گر، برقراری ارتباط در طی مصاحبه مشکل است.

• دروغ‌گویی در اختلال شخصیت ضداجتماعی

بیماران دچار اختلال شخصیت ضداجتماعی (سوسیوپات‌ها) به ندرت به علت مشکلات رفتاری با متخصصین بهداشت روانی مشورت می‌کنند. این بیماران بنا به دلایل مختلفی به شما مراجعه می‌کنند، از جمله به خاطر مسمومیت‌زدایی الکل، گرفتن گواهی از کار افتادگی، تهیه مواد محرک یا آرامش‌بخش و خواب‌آور، یا نرفتن به زندان پس از ارتکاب جرم یا ادعای بیمار روانی بودن. نسبت مبتلایان مرد به زن سه به یک است.

رابطه: رابطه با چنین بیماری مشکل است. تا وقتی با هم پیش می‌روید صحبت کردن با او ساده است، ولی وقتی در مقابل دستکاری‌های او ایستادگی می‌کنید شما را به باد انتقام گرفته و عصبانی می‌شود. به سختی می‌توان او را بر نقایص متمرکز ساخت؛ نقایصی نظیر فقدان کنترل هیجانی و بی‌علاقگی نسبت به مسئولیت و رفتار مسئولانه یا در نظر گرفتن عواقب منفی رفتارهایش.

فقدان صمیمت و صداقت از برقراری رابطه جلوگیری می‌کند. اگر شما را چهره‌ای مقتدر بیابد، به طور پنهان و حتی آشکارا در برابر شما مقاومت می‌کند. افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی حس رنج کشیدن ندارند. بیمار معمولاً از دروغ‌ها، خشم‌ها یا آزارهایی که به دیگران می‌رساند نادان نمی‌شود. وقتی نسبت به رفتار و شکست‌هایش همدلی نشان دهید، می‌توانید با وی رابطه برقرار کرده و مشکلاتش را به دور از دروغ و تحریف بررسی کنید.

تکنیک: لباس بیمار و لوازمی که همراه دارد می‌تواند نقطه شروعی برای مصاحبه باشد. از بیمار بخواهید راجع به ضدیتش در تبعیت از قوانین اجتماعی صحبت کند. چون بیمار مبتلا به شخصیت ضداجتماعی مایل است مورد توجه قرار بگیرد و در تب شهرت می‌سوزد. شما می‌توانید او را تشویق به خودستایی کنید تا از این راه ترغیب شود بیشتر صحبت کند برای مثال به او می‌گویید “حتماً باید بدل هنرپیشه‌ها باشین”.

جرم‌هایش را تأیید نکنید اما لاف و خودستایی‌های او را بپذیرید، ولی در همان حال در پی کاوش عواقب منفی کردارش باشید. اگر بیمار همکاری نمی‌کند، حاضر نیست به سوالات جواب دهد و یا اگر موضع شکوه‌آمیز یا خصمانه اختیار کرده، بی‌توجهی کنید و نشان دهید که به وی اهمیت نمی‌دهید و ختم مصاحبه را شروع کنید. اگر در مقابل کارکنان دیگر با بیمار مصاحبه می‌کنید، مطرح کنید که می‌خواهید کارکنان را مرخص کرده و به تنهایی با او مصاحبه کنید زیرا از دست دادن مستمعین برای بیمار دردناک بوده و ممکن است با این برخورد، سریعاً همکاری را آغاز کند.

وضعیت روانی: بیماران ضداجتماعی که از طبقات پایین اجتماع باشند معمولاً سعی می‌کنند از طریق ظاهر و رفتارشان دیگران را تحت تأثیر قرار دهند. مرد بیمار سعی می‌کند خیلی عضلانی و قوی به نظر برسد. زن بیمار سعی می‌کند ظاهری فریبنده و زنانه داشته باشد و یا برعکس ممکن است بی‌توجه به ظاهر و ژولیده باشد که نشان‌دهنده بی‌احترامی یا عدم علاقه به قواعد اجتماعی است.

- گفتار این بیماران ممکن است خشک یا پرطنین باشد یا در مردها خشونت واضحی در گفتار وجود داشته باشد.
 - خلق بیمار تحریک‌پذیر، افسرده یا بالا است.
 - بیمار ممکن است نوع خاصی از حالات هیجانی مثل شکسته نفسی را به نمایش بگذارد.
 - معمولاً وقتی دروغ‌هایش افشا می‌شود، فقدان کنترل هیجانی را بروز می‌دهند.
 - بینش فرد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌تواند محدود باشد.
 - معمولاً قضاوت بیمار هم ضعیف است.
 - فردی که اختلال شخصیت ضداجتماعی دارد احساس پشیمانی ندارد، به همین دلیل در دستیابی به اهدافش از میانبرهای غیراخلاقی استفاده می‌کند.
 - تشخیص: زمانی که به اختلال شخصیت ضداجتماعی مشکوک شدید دیگر فرآیند تشخیصی ساده است. کل کاری که باید انجام شود برقراری رابطه و جمع‌آوری فهرستی از تخلفات از هنجارها و قوانین اجتماعی در دوران نوجوانی و بزرگسالی است.
 - بی‌ثباتی هیجانی در اختلال شخصیت مرزی
- رابطه:** بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به علت ناپایداری در خلق، اهداف و در رابطه‌اش با مصاحبه‌گر، مقاومت خاصی در برقراری رابطه نشان می‌دهد. ابتدا به نظر می‌رسد به شما علاقه و اعتماد دارد و می‌گوید بهترین دکتر هستی که تا به حال ملاقات کرده اما هنگامی که احساس کند از او حمایت نمی‌کنید یا او را درک نمی‌کنید، قضاوتش در مورد شما معکوس می‌شود.
- با استفاده از شیوه همدلانه به بی‌ثباتی بیمار، سعی کنید با او ارتباط برقرار کنید. چون بی‌ثباتی هیجانی در احساسات، قضاوت و اهداف بیمار، رابطه با شما را هم تحت الشعاع قرار می‌دهد، حفظ کانون مصاحبه روی بی‌ثباتی بیمار دشوار خواهد بود. برای اینکه تأثیر منفی ناپایداری را بر رابطه خود با بیمار خنثی سازید، باید بارها و بارها به مسئله ناپایداری بازگردید. بنابراین وقتی نشان می‌دهید که ناپایداری بیمار را درک می‌کنید، بیمار رغبت بیشتری نسبت به شما نشان می‌دهد و رابطه‌تان استحکام بیشتری خواهد یافت.
- تکنیک:** ثابت نگاه داشتن توجه بیمار روی یک موضوع خاص مشکل است. شما باید بیمار را هدایت کنید و وی را با جملات حمایت‌کننده و مهار کردن تشتت افکارش به پیگیری موضوع اصلی تشویق نمایید. بیمار را با تناقضات گفتاری روبرو کنید اما به وی توضیح دهید که ماهیت احساسات دوگانه‌اش را درک می‌کنید.
- اگر از بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی سوالات باز بپرسید و کمکش کنید که صحبت را به یک موضوع خاص محدود کند، اظهارات وی صحیح‌تر و قابل اعتمادتر خواهد بود تا اینکه سعی کنید با طرح سوالات بسته و هدفدار پاسخ‌های دقیقی به دست آورید.
- وضعیت روانی:** نکته مهم چشمگیر در وضعیت روانی این بیماران عاطفه قوی ولی بی‌ثبات است. عاطفه ممکن است از حالت سرخوشی به افسردگی، و از قدرشناسی به عصبانیت و انتقاد تغییر کند. عاطفه بیمار رابطه تنگاتنگی با محتوای گذشته او و طرز تلقی او از شما دارد. عاطفه بی‌ثبات بیمار درامتداد خلق بی‌ثبات اوست.
- شدت بیش از حد عاطفه و خلق بیمار بسیار چشمگیر است و برخلاف اختلال شخصیت هیستریونیک که عاطفه را شدیدتر از آنچه که احساس می‌شود بیان می‌کند، تظاهر و تمارضی در کار نیست. بی‌ثباتی در هیجان‌ات و نگرش اجتماعی بیمار نیز آشکار است. دوسوگرایی شدید نسبت به دوستان نزدیکش باعث می‌شود بیمار راجع به خصوصیات آن‌ها مطالب ضد و نقیضی بگوید. آن‌ها یا بیش از حد کامل و بی‌نقص هستند و یا برعکس بسیار بی‌ارزشند. بیمار مرزی بینشی نسبت به منشا مشکل خود ندارد.
- نکته** شخصیت مرزی با اختلال دوقطبی رابطه‌ای قوی دارد و ممکن است نوعی از این اختلال باشد. در اختلال دوقطبی هم خلق و هم عاطفه ماهیتاً شدید است و تعمدی در کار نیست.

تشخیص: منابع لازم برای تشخیص عبارتند از گزارش بیمار از یک سلسله تعرضات شدید بین فردی، احتمال وجود سوابق خودکشی یا آسیب‌زدن به خود و نیز مشاهدات شما از وضعیت روانی بیمار. تنها کاری که شما باید انجام دهید جمع‌آوری شواهدی است که معیارهای DSM-5 را کامل کنند. در تشخیص خود با مشکلی مواجه نخواهید شد مگر اینکه به خاطر انتقاد و طرد بیمار مجبور به قطع مصاحبه شوید.

۶ کدام استراتژی می‌تواند باعث شود که اظهارات بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صحیح‌تر و قابل اعتمادتر شود؟
(ارشد وزارت بهداشت ۹۷-۹۸)

- (الف) پرسیدن سوالات بسته و هدفدار
(ب) عدم رویارو کردن مراجع با تناقضات گفتاری او
(ج) ارائه تفسیر در مورد تعارض‌های شدید بین فردی
(د) پرسیدن سوالات باز و محدود کردن صحبت به موضوع خاص
- پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

● خودنمایی در اختلال شخصیت هیستریونیک

رابطه: هنگام برقراری رابطه با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک با حالت‌های هیجانی سطحی و اغراق‌آمیز مواجه می‌شوید. علاوه بر تناقضات مکرری که بیمار در شرح حال خود می‌دهد، احساس می‌کنید که او صادق نیست و متظاهر به نظر می‌رسد. بیمار هیستریونیک زن در برابر مصاحبه‌گر مرد تمایل دارد عشوهری کند، ماجراهای جنسی خود را بازگو کند و به طور اغواگرانه‌ای بدن خود را نمایش دهد. از سوی دیگر بیمار هیستریونیک زن در برابر مصاحبه‌گر زن ممکن است شروع به چشم و هم چشمی کند یا به مجادله پرشوری دست بزند.

چیزی که مشخصه اینه که چون بیمار هیستریونیک به تایید و تشویق بیشتر از به رابطه تخصصی علاقه دارد، برقراری رابطه باهاش خیلی مشکل و سخته! به چیز دیگه هم بگم؟ اختلال شخصیت هیستریونیک توی کلینیکا در زنان بیشتر تشخیص‌گذاری میشه اما توی ارزیابی‌های ساختاریافته نسبت زن و مرد برابر دیده شده.

تکنیک: به منظور دستیابی به اطلاعات لازم جهت تشخیص باید بر مبالغه‌های هیجانی و بیهوده بیمار غلبه کنید. سوال‌های باز و ساختاریافته مناسب نیستند زیرا بیمار از مسیر اصلی صحبت منحرف می‌شود و به بازگویی داستان‌های فرعی می‌پردازد که در آن‌ها او قربانی شده است. یک موضوع عمده مثل مشکلات زناشویی، تعارض در محل کار، دعوای او با فرزندانش را مشخص کرده و با محدود کردن و اختصاصی کردن آن، توجه بیمار را بر آن موضوع عمده معطوف نمایید و از مثال‌های عینی استفاده کنید.

برای انعکاس رفتارهایش باید درک خود را بیان کنید و بیمار را تشویق نمایید. به این منظور از جملاتی مشابه این جملات استفاده کنید: "به نظر میاد، آدم حساسی هستی" یا "به نظر میاد مردم نمیتونن بفهمند سر شما چه اومده". گاهی با پرسیدن سوالات همدلانه می‌توانید به او کمک کنید که بینش بیشتری نسبت به رفتارش به دست آورد. به محض اینکه بیمار احساس کند حمایت، درک و همدلی شما از بین رفته، دوباره به رفتارهای نمایشی برمی‌گردد.

نکته از بیمار بخواهید علت مورد انتقاد قرار گرفتن را بگوید زیرا این سوال باعث می‌شود بیمار به نقاط ضعفش اعتراف کند.

وضعیت روانی: مشخصه وضعیت روانی بیمار هیستریونیک، ابراز هیجان است؛ حالت چهره سرزنده، ژست‌های برجسته و صدای شدیداً زیر و بم دار. حواس‌پرتی بیمار نمایشی با مانیاتفاوت دارد، زیرا حمله تکلم یا پرسش افکار ندارد.

- نمایش دائمی، این احساس را به ذهن می‌آورد که او هیچ‌گونه احساس شدیدی را واقعاً تجربه نکرده است.
- علی‌رغم حالت‌های افراطی در چهره و ژست‌های فراوان، اصلاً درگیر داستان نمی‌شود. اصطلاح "بی‌تفاوتی زیبا" به این فاصله هیجانی درونی اطلاق می‌شود.
- می‌توان صحبت‌های بیمار را قطع و به موضوع دیگری هدایت کرد.

تشخیص: از آن جایی که بیمار نمایی معمولاً تعارضاتی با والدین، فرزندان یا همسر دارند، وقتی به این اختلال مشکوک شدید از بیمار بخواهید به شما بگوید که روابطش با اطرافیانش که به او نزدیک‌اند چگونه است. معمولاً خویشاوندان خود را به "آدم‌های خوب و بد" تقسیم می‌کند. علاوه بر رفتار مبالغه‌آمیز ویژه شخصیت هیستریونیک، غالباً با تابلوهای منفعل-مهاجم و احساسات دوسوگرایانه شدید که ویژگی اختلال شخصیت مرزی است نیز مواجه می‌شوید.

● بزرگ‌منشی در اختلال شخصیت خودشیفته

رابطه: شخصیت خودشیفته در تمام طول مصاحبه، این احساس را به شما می‌دهد که شما اینجا هستید تا اهمیت خودیافته‌اش را تایید کنید. تا وقتی که با بیمار همراهی می‌کنید، به عنوان یک مصاحبه‌گر فوق‌العاده در نظر گرفته می‌شوید. اگر احساس بزرگ‌منشی که بیمار نسبت به خودش دارد را تایید کنید، نمی‌توانید به بیمار کمک کنید تا بزرگ‌منشی خود را در برابر واقعیت‌های زندگی روزمره‌اش بیازماید.

بیمار بینشی ندارد که بتواند تفاوت بین شخصیت سالم، نقاد و تمایلات پاتولوژیک خود را ببیند. اتحاد بین شما و بخش سالم شخصیت بیمار ناممکن است و فقدان بینش بیمار مانع از برقراری ارتباط می‌گردد. بیمار مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته سعی می‌کند با تحریف واقعیت‌ها، خود مهم‌پنداریش را حفظ کند. کمک به بیمار در تشخیص محدودیت‌هایش، ایگوی متورم او را خالی خواهد کرد.

درباره خودشیفتگی نظریات متفاوت و جالبی هست که اگر علاقمندی میتونی مراجعه کنی به روان‌شناسا و مخصوصاً روانکاوایی که در اینباره صحبت کردن. یکی از این روانکاوه‌های معروف، جناب کرنبرگ (ابداً کننده روان‌درمانی معطوف به انتقال) هست که درباره خودشیفتگی و درمان بیماران نارسیست نظریات مهمی داره! گذشته از اینا، خودشیفته‌ها بیشتر از اینکه خودشیفته باشن، خودمحورن!

تکنیک: مانند سایر اختلالات شخصیت، توجه توام با همدلی نسبت به هدف شخصی خودشیفته یا همدلی نسبت به عواقب رفتار ناشی از خودشیفتگی، ممکن است صرفاً به طور موقت بیمار را قادر سازد به رفتار خودشیفته به عنوان علت مشکلاتش توجه پیدا کند. معمولاً هر بار که بیمار نسبت به مشکل خود بینش پیدا می‌کند؛ به دنبال آن تصویر متلاشی شده خود را با بزرگ‌منشی ترمیم می‌نماید.

۳. شاخه C: اضطراب و سلطه‌پذیری همراه با مقاومت

سه اختلال شخصیت در شاخه C جای می‌گیرد، اختلال شخصیت دوری‌گزین یا اجتنابی، وابسته و وسواسی-جبری. وضعیت روانی بیماران این شاخه با اضطراب و تنش و عاطفه دیسفوریک مشخص می‌گردد. بیمار نگران است که آیا مصاحبه‌گر او را می‌پذیرد یا نه؟! بیمار گفتارش را بیش از حد کنترل می‌کند؛ هر کلمه را کنترل و سبک سنگین می‌کند تا مبدا اشتباهی نکند. بیماران این گروه در مقایسه با بیماران گروه‌های قبلی بینش بیشتری دارند. بیمار به دقت شما را زیر نظر دارد تا نظر شما را نسبت به خودش دریابد.

نکته: اضطراب این بیماران باعث ایجاد خودآگاهی و نیز کمروبی می‌گردد.

● حساسیت افراطی در اختلال شخصیت دوری‌گزین یا اجتنابی

رابطه: با اطمینان خاطر دادن و اظهار همدلی می‌توان به مقابله با کم حرفی و دفاع اضطرابی بیمار پرداخت. از گفتگوهایی که ممکن است بیمار به عنوان انتقاد تلقی کند بپرهیزید. نسبت به آلام او درک توام با همدلی نشان دهید؛ این کار باعث می‌شود بیمار راجع به رنج‌هایی که در گذشته داشته و ترس‌های انتظار که در حال حاضر دارد صحبت کند. اگر بیمار احساس کند که شما حساسیت او را درک می‌کنید و پشتیبانش هستید، به شما اعتماد کرده و با شما همکاری خواهد نمود و در نتیجه رابطه برقرار می‌شود.

تکنیک: پس از برقرار شدن رابطه، بیمار آماده مصاحبه است. وقتی بتواند ترس‌های اجتماعی خود را از مورد انتقاد قرار گرفتن و طرد شدن تشریح کند، احساس‌هایی می‌کند زیرا او همدلی شما را نسبت به خود احساس کرده است. بیمار ممکن است احساس کند احمق است که این ترس‌ها را خجالت‌آور می‌داند، اما اگر شما به این مسئله اشاره کنید احتمالاً احساس می‌کند که مورد تمسخر و انتقاد قرار گرفته است و دوباره خود را کنار می‌کشد.

وضعیت روانی: این بیماران در ابتدا حالت گوشه‌گیری نشان می‌دهد و این مشخصه وضعیت روانی بیمار است. گفتار او تک سیلابی، مبهم و همراه با حاشیه‌پردازی است. در ابتدا ممکن است ظنین و پارانوئید، یا مضطرب و فوبیک به نظر برسد اما معمولاً فاقد علائم آشکار اختلالات بالینی DSM-5 است.

تشخیص: اضطراب و عاطفه محدود بیمار (سرنخ‌های اولیه) معمولاً در بدو مصاحبه توجه مصاحبه‌گر را جلب می‌کند. اگر بیمار لب به سخن باز کند، مصاحبه تشخیصی از مراحل استاندارد تبعیت می‌کند.

نکته همبودی بین اختلال شخصیت اجتنابی با اختلال اضطراب اجتماعی قابل توجه است.

● سلطه‌پذیری در اختلال شخصیت وابسته

رابطه: برقراری رابطه با بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ساده است. پس از برطرف شدن اضطراب اولیه، او به شما اعتماد می‌کند. اگر در پی کشف زمینه سلطه‌پذیری بیمار برآیید، ناراحت خواهد شد و تلاش می‌کند شما را متقاعد کند که با او خشن رفتار نکنید.

اگر علت وابستگی را کاوش کنید و اگر این کار را از دید خودتان انجام دهید و نه از دیدگاه بیمار، به شما نشان خواهد داد که چقدر از این کار رنج می‌برد. اگر رنج و درد بیمار را فرونشانید، درمانگر خود را عوض خواهد کرد تا سنگ صبور دیگری پیدا کند.

تکنیک: مصاحبه با شخصیت وابسته ساده است. بیمار همکاری دارد و سعی می‌کند خواسته‌های شما را برآورده کرده و به سوالات پاسخ دقیقی بدهد. به راحتی می‌توانید مسیر مصاحبه را هدایت کنید. بیمار گذارهای ناگهانی را به راحتی تحمل می‌کند و به شما اجازه می‌دهد تا بسیاری از احساس‌های شخصی‌اش را کنکاش کنید.

حالا درسته گفتیم بیمارانی که مبتلا به شخصیت وابسته هستن همکاری خوبی دارن و مصاحبه باهاشون سادس ولی یه چیزو یاد داشته باشه! بیمار شخصیت وابسته یه چیزو نمیتونه تحمل کنه، و اون چیزو نیست جز تفسیر و رویارو کردن او با وابستگی‌ش. پس در این مورد با احتیاط عمل کن تا بتونی به این عزیزان کمک کنی تا زندگی و روابط بهتری رو تجربه کنن...

وضعیت روانی: وابستگی، سلطه‌پذیری، اضطراب و نیاز بیمار برای خشنود کردن شما مشخصه وضعیت روانی بیمار است. بیمار سعی می‌کند پاسخ‌هایی بدهد که فکر می‌کند شما دوست دارید. عاطفه او اشکالی از اضطراب، افسرده و تا حدودی وسواسی را به ذهن می‌آورد. وابستگی، قضاوت بیمار را مختل می‌کند.

محتوای فکر بیمار تصویری از اعتماد به نفس ضعیف، تسلیم و اضطراب از انجام عمل اشتباه به دست می‌دهد. این بیماران نسبت به پیرامون خود وقوف داشته و حافظه خوبی دارند اما بیمار متوجه میزان بی‌ارادگی خود و تاثیر این نقیصه بر زندگی‌ش نیست.

تشخیص: اگر از همان اول مصاحبه بیمار شما را در یک موقعیت بالاتر قرار دهد، یعنی با شخصیت وابسته روبرو هستید. در تاریخچه روابط اجتماعی، بیمار همیشه با کسی زندگی مشترک داشته که هزینه زندگی او را تامین می‌کرده است. پس از آن که این تشخیص را در تشخیص‌های افتراقی خود گنجانید، دو کار باقی می‌ماند؛ ابتدا باید نشان دهید که الگوی این وابستگی در تمام طول عمر بیمار وجود داشته و ثانیاً، این وابستگی جدا از علائم یک اختلال بالینی ناتوان‌کننده یا ناشی از واکنش‌هایی به چنین اختلالی است.

نکته اکثر بیمارانی که به طور طولانی مدت مراجعه می‌کنند، دچار نوعی اختلال مزمن هستند مثل اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی با چرخش‌های سریع که به درمان پاسخ نمی‌دهند، یا اختلال افسردگی اساسی مقاوم به درمان دارند. اگر چنین اختلالی مطرح نیست ولی بیمار سالیان متممادی به درمانگاه مراجعه می‌کند، احتمال وجود یکی از اختلالات شخصیت شاخه C وجود دارد به خصوص اختلال شخصیت وابسته.

بد نیست اینم بدونی که همه اختلالات شخصیت مزمن هستن اما همشون مثل اختلالات شاخه C منجر به درمان‌های طولانی‌مدت نمیشن! بیماری که از نظر روان‌پزشکی آمادس و نیازای عمیق و غیرقابل حلی به وابستگی داره، مورد خیلی خوبی برای روان‌درمانی طولانی مدته.

● حاشیه‌پردازی و کمال‌گرایی در اختلال شخصیت وسواسی-جبری

مصاحبه با اختلالات شخصیت وسواسی-جبری مشکل است. هنگام مصاحبه با این گروه به تدریج متوجه می‌شوید که احترام بیمار به شما ظاهری است. ژست‌هایی می‌گیرد و حرف‌هایی می‌زند که نشان می‌دهد از همکاری اکراه دارد. سوال‌هایی از شما می‌کند که جنبه کنکاش داشته باشند تا بدین وسیله به شما بفهماند که بی‌کفایت هستید. بیمار ممکن است از سلطه‌پذیری خود اظهار تاسف کند و درهای رابطه را روی شما ببندد.

رابطه: بیمار وسواسی نسبت به وضعیت خود بینش ندارد، چرا که ذهنش روی جزئیات متمرکز است. شما طی مصاحبه وارد کشمکش بی‌پایانی درباره لغات و موضوعات متفرقه می‌شوید؛ بدون این که بتوانید فضایی از همکاری و درک متقابل به وجود آورید. اگر همدلی نشان دهید با مشکل روبرو می‌شوید. بیمار مغرور است از اینکه هیچ احساسی ندارد و عینیت‌گرا است. این کشمکش‌ها نمی‌گذارند بخش سالم شخصیت بیمار را از بخش بیمار وی جدا کنید و ایجاد یک اتحاد درمانی دشوار است.

نکته معمولاً مصاحبه با بیمار وسواسی-جبری حاوی تلاش‌های بی‌نتیجه، کشمکش‌ها و ناکامی‌ها خواهد بود.

در کار با این بیمار وقتی که به رنج بیمار همدلی نشون بدی، بیمار برآشفته میشه و با این عنوان که بی‌معناس رد میکنه همدلی رو! به عبارتی رنجش براش مهم نیست و فقط مشککش رو مهم میدونه. اگر هم سعی کنی خشم بیمار رو موضوع مصاحبه قرار بدی، یا دفاع میکنه و یا خشمشو تکذیب میکنه.

تکنیک: به عنوان مصاحبه‌گر موضعی متزلزل دارید، چرا که از میان برداشتن دوسوگرایی بیمار کار مشکلی است. بیمار نسبت به دلگرمی‌ها و اطمینان بخشی‌های شما شک و تردید دارد. سوالات باز شما، ابهام ایجاد می‌کند و بیمار خواهان سوالات مشخص و محدودتری است، ولی اگر این خواسته را اجابت کنید سوالات شما را بسیار محدود تفسیر می‌کند.

بیماری با شخصیت وسواسی-جبری حساسیت خاصی دارد که به شما اجازه می‌دهد مصاحبه را در جریان مورد نظرتان هدایت کنید. بیمار می‌خواهد که او را یک آدم منطقی بدانید و نمی‌تواند تحمل کند که چیزی را برای هیچ از دست بدهد (نسبت به هیجان، زمان، پول و کنترل خسیس است). پیشرفت به طور مستقیم حاصل نخواهد شد بلکه به صورت سه‌گام به پیش و دوگام به پس خواهد بود.

وضعیت روانی: وضعیت روانی بیمار مبتلا به این اختلال تحت الشعاع یک مشکل است. این مشکل در دوسوگرایی بیمار و پا درهوا ماندن شما نسبت به پاسخ‌های او هم مشاهده می‌شود. بیمار وسواسی-جبری خود را آدمی خنثی می‌داند و این دیدگاهی کاملاً تحریف شده است. شما در او خشمی خفیف و مزمن می‌بینید که می‌تواند به صورت پرسش‌های پشت سرهم، مصرانه و پردردسر شعله‌ور شده و با هیچ پاسخی ارضا نشود. خشم او زمانی آشکار می‌شود که انتظارات وسواسی‌اش برآورده نشود، مثلاً وقتی که احساس کند زمان مصاحبه کوتاه شده، حق ویزیت بیشتر گشته یا پاسخ‌های مفیدی برای سوالاتش به دست نیاورده است.

تشخیص: اگر بیمار را در درمانگاه می‌بینید اختلالات زیر به طور شایعی همراه اختلال شخصیت وسواسی-جبری دیده می‌شوند: خود اختلال وسواسی-جبری، افسردگی، اختلال فوبیک و گاهی اختلال هذیانی. وضعیت روانی بیمار تشخیص را پیش روی شما قرار می‌دهد و هیچ رازی وجود ندارد.

۷ در خصوص وجوه اشتراک خوشه‌های اختلال شخصیت کدام گزینه صحیح است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۲-۱۴۰۱)

الف) اضطرابی - B رفتار نامتعارف - C کنترل تکانه

ب) رفتار نامتعارف - B اضطرابی - C کنترل تکانه

ج) رفتار نامتعارف - B کنترل تکانه - C اضطرابی

د) A کنترل تکانه - B رفتار نامتعارف - C اضطرابی

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

۴. سایر اختلالات شخصیت

در DSM-۵ در مبحث سایر اختلالات شخصیت به سه گروه اشاره شده است:

۱- تغییر شخصیت ناشی از یک بیماری طبی دیگر

۲- سایر اختلالات مشخص شخصیت

۳- اختلال نامشخص شخصیت

نمونه اختلالاتی که در زیر می‌آیند در DSM-۵ معرفی نشده‌اند ولی همگی می‌توانند تحت عنوان سایر اختلالات شخصیت طبقه‌بندی شوند. در اینجا سه نمونه از سایر اختلالات شخصیت که در منابع علمی به آن‌ها اشاره شده را بررسی می‌کنیم.

● رنجش و خشم در اختلال شخصیت منفعل-مهاجم

رابطه: بیمار مبتلا به اختلال شخصیت منفعل-مهاجم همانند شخصیت وابسته تا وقتی با او موافق باشید و طرف او را بگیرید با شما رابطه برقرار کرده و آن را حفظ می‌کند اما وقتی دیدگاه بیمار را به نقد می‌کشید خشم وی را برمی‌انگیزانید. اگر دوباره رنجش وی نسبت به انتظارات جستجو کنید، حالت دفاعی می‌گیرد، کم حرف و غالباً متخاصم می‌شود. بیمار نسبت به انتظاراتی که از وی می‌رود حساس است و با تاخیر، قهر و اخم، تجاها و طفره‌روی، بحث و جدل و گاهی با خشم بارز مقاومت نشان می‌دهد. چنانچه نتوانید این حساسیت نسبت به انتظارات را درک کنید، یا حتی نسبت به طرف متوقع از بیمار دلسوزی نشان دهید، رابطه با بیمار را از دست می‌دهید. تنها وقتی می‌توانید آن را دوباره به دست آورید که به دیدگاه بیمار بازگردید.

تکنیک: آهسته و دقیق اجتناب شدید بیمار از انتظارات دیگران را بکاوید. مصاحبه‌گر ماهر چنین نشان می‌دهد که نیازهای بیمار را برای آسان‌گیری درک می‌کند، اما در عین حال اشاره می‌کند به اینکه برآورده نشدن انتظارات دیگران باعث یاس و انزجار شده و همه روابط را مسموم می‌کند. بنابراین بهتر است به طور موقت با خشم و اکراه بیمار نسبت به انتظارات دیگران همدلی نشان دهید.

وضعیت روانی: در طول مصاحبه ممکن است بیمار آسیب‌شناسی روانی چندانی از خود نشان ندهد. عاطفه او ظاهراً به خوبی انطباق یافته و مطبوع به نظر می‌رسد، مگر وقتی که در شروع گفتگو در مورد موقعیت‌هایی که از او کاری درخواست شده سوال کنید؛ در این هنگام است که نشانه‌های خشم، رنجش، تحریک‌پذیری یا عصبانیت را ابراز می‌کند. **تشخیص:** بیمار مبتلا به اختلال شخصیت منفعل-مهاجم به ندرت در مورد مشکلات مربوط به اختلال شخصیتش با شما مشورت می‌کند. معمولاً اختلالات بالینی همراه آن، او را نزد شما می‌آورد مثل الکلیسم، اختلال خلقی یا اختلال اضطرابی. بیمار آشکاراً از توقعات و انتظارات دیگران سرباز نمی‌زند، بلکه این تعهدات را می‌پذیرد و قول‌هایی می‌دهد حتی اگر مطمئن باشد به آن‌ها وفا نخواهد کرد.

اگر با نگرش "بله گفتن و نه عمل کردن" برخورد کردید، کاوش کنید این رفتار محدود به افراد یا موقعیت‌های خاص و یا دوره‌های خاصی از زندگی بوده که بیمار افسردگی داشته است یا خیر. چنانچه این نگرش بر تمام روابط بیمار در طول عمر سایه افکنده باشد، بیمار دارای اختلال شخصیت منفعل-مهاجم می‌باشد.

● نیاز به قساوت و بی‌رحمی در اختلال شخصیت سادیستیک (آزارگر)

ویژگی بارز بیمار با اختلال شخصیت سادیستیک، قساوت جسمی و روانی و فقدان همدلی در مورد قربانیانش می‌باشد. بیمار از تحکم، شکنجه دادن و ایجاد درد در قربانی خود لذت می‌برد. بیمار به خوبی توانایی دارد که قربانیان خود را پیدا کند و معمولاً کسی را انتخاب می‌کند که تحت نفوذ اوست مثل فرزند، همسر، شاگرد، کارمند یا یک فرد مسن.

این بیماران به خاطر سادیسمی که در ذهنشان رسوخ کرده برای درمان مراجعه نمی‌کنند. گاهی در بیمارانی که به مشکلات دیگری نظیر هذیان‌های آسیب و گزند، سوءمصرف الکل یا مواد گرفتارند با خصوصیات سادیستی مواجه شوید و اختلال شخصیت سادیستی را به عنوان عارضه توام با بیماری اصلی تشخیص می‌دهید ولی معمولاً از طریق قربانی، با بیمار روبرو می‌شوید.

نکته وقتی با چنین بیماری مصاحبه می‌کنید، ممکن است به شما هم تشر یا حقه بزند و باعث آزارتان شود.

● فداکاری و خودتخریبی در اختلال شخصیت خودشکن (مازوخیستیک)

رابطه: برقراری ارتباط ظاهری با بیمار ساده است و اولین مشکل هم همین است. ظاهراً بیمار خودش را در اختیار مصاحبه‌گر گذاشته و حاضر است در مورد شکست‌هایی که علی‌رغم همه تلاش‌ها نصیبش شده صحبت کند. در همین نقطه ممکن است مصاحبه‌گر به دام بیفتد. مشکل بعدی زمانی پدیدار می‌گردد که سعی می‌کنید در مورد مشکلات بیمار صحبت کرده و رفتارش را به عنوان کسی که در حال نابود کردن خود است، به او نشان دهید. اگر مصاحبه‌گر توجه خود را به رفتار اصلی "فداکردن خود" معطوف کند، بیمار احساس می‌کند مورد انتقاد قرار گرفته است.

تکنیک: اختلال شخصیت خودشکن از محدود حالتی است که در آن‌ها نشان دادن همدلی نسبت به بیمار موثر واقع نمی‌شود. از آن جایی که جزا دادن بینش نسبت به خصیصه‌های رفتاری نمی‌توان به بیمار کمک کرد؛ اختلال شخصیت وی هرگونه کمک موثری را با شکست مواجه می‌کند.

در دو وضعیت با بیمار مبتلا به اختلال شخصیت خودشکن (که قبلاً اختلال شخصیت مازوخیستی نامیده می‌شد) **د** روبرو می‌شوید:

۱- در حالت اول، بیمار نوعی اختلال بالینی دارد. در ابتدای درمان غالباً متوجه مشکلاتی در روابط اجتماعی بیمار می‌شوید که فکر می‌کنید می‌توان علت آن‌ها را به یک اختلال اساسی روان‌پزشکی بیمار مرتبط کرد اما هرچه بیشتر پیش می‌روید متوجه می‌شوید که نقص‌های او در مورد مدارا کردن به دلیل اختلال شخصیت است.

۲- در حالت دوم، بیمار راجع به علائمی با شما مشورت می‌کند که در نگاه اول با معیارهای اختلال انطباقی با خلق افسرده، مضطرب یا خصوصیات هیجانی مختلط، یا دوری‌گزین یا اختلال سلوک منطبق است. با این حال، پس از معاینات دقیق‌تر متوجه می‌شوید که واکنش انطباقی مشابهی قبلاً تحت شرایط مشابه رخ داده است. به نظر می‌رسد بیمار برخی شکست‌هایش را ترتیب می‌دهد و شما را به یاد این جمله فروید می‌اندازد که "گویی بعضی از بیماران مجبور به تکرار اشتباهاتشان هستند" و از ورای مشکل انطباقی، اختلال شخصیت خودشکن پدیدار می‌گردد.

تحت هر دو مجموعه از شرایط فوق، ویژگی‌هایی که این بیماران از خود نشان می‌دهند یکسان است. از جمله ویژگی‌های این بیماران می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

● علایق خود را به خاطر دیگران فدا می‌کنند.

● بیمار از احساسی عمیق و آزار دهنده رنج می‌برد که به قدر کافی ایثار نکرده است.

● از چیزهایی که دوست دارند و از موقعیت‌های شغلی که برایش پیش می‌آید به نفع شخص دیگری دست برمی‌دارند. اما چون کسی از بیمار نخواست که دست به فداکاری بزند در نتیجه کارهای او به جای ایجاد حس قدردانی باعث رنجش دیگران شده و به جای پذیرش باعث طرد وی می‌گردد.

● بیمار به ویژه در مورد علت طرد خود دچار سوء تعبیر می‌شود و باور دارد به قدر کافی ایثار نکرده است و در نتیجه به جای اینکه طرد شدن را اصلاح کند بر حقارت خود می‌افزاید. نتیجه این شرایط بروز احساس ملال و ناامیدی است.

● اگر به این نکته اشاره کنید که چگونه خودانکاری او در رنج و ناراحتی او تشریک مساعی دارند ممکن است، شما را به عنوان فردی مادی‌گرا و فاقد درک طرد کند و علاقه‌اش را نسبت به شما از دست بدهد.

نکته الگوهای فوق را در زنانی که از لحاظ جسمی، جنسی یا روانی مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند و مردان منفعلی که غالباً وفادارانه در خدمات یا شغل‌هایی با دستمزد اندک و وابسته به دیگران قرار دارند، می‌بینید.

لغت	معنی	مرورها
Hypervigilance	گوش به زنگی	
Affective withdrawal	محرومیت عاطفی	
Manipulation	دستکاری	
Empathic manner	شیوه همدلانه	
Self_Awareness	خودآگاهی	
Anticipatory fear	ترش انتظاری	
Recreational therapy	تفریح درمانی	
Paranoid personality	شخصیت پارانوئید	
Schizoid personality	شخصیت اسکیزوئید	
Schisotypal personality	شخصیت اسکیزوتایپال	
Antisocial personality	شخصیت ضد اجتماعی	
Borderline personality	شخصیت مرزی	
Hysterionic personality	شخصیت نمایشی	
Narcissistic personality	شخصیت خودشیفته	
Avoidant personality	شخصیت اجتنابی	
Dependent personality	شخصیت وابسته	
Obsessive - Compulsive personality	شخصیت وسواسی - جبری	



دوباره سلام. با تلاش و پشتکاری که داشتی رسیدی به آخرین فصل کتاب! باریکلا داری. اول بیا بهت بگم که توی این فصل قراره چکار کنیم. در واقع این فصل خلاصه‌ای از فصل اول کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلانه! اما چون مطالبش با مطالب کتابمون همپوشانی بالایی داره و اتفاقاً مورد توجه طراحان کنکوره، لازم دونستیم نکات مهمش رو برات بیاریم تا با آمادگی بالاتری بری سراغ آزمون. پس حتماً این فصل رو با دقت بخون و یه ایولا هم به ما بگو. حالا وقتشه این گام آخر رو هم قوی برداری و فصل آخر رو هم قورت بدی. آها اینم بگم که توی این فصل هرجا با کلمه پزشک یا روان‌پزشک برخورد کردید، منظور هر نوع متخصص سلامت روانه که شامل روان‌شناسا هم میشه و به مصاحبه‌گر اشاره داره. خب بزن بریم....

مصاحبه روان‌پزشکی مهم‌ترین عنصر در ارزیابی و مراقبت از افراد دچار بیماری روانی است. هدف عمده مصاحبه روان‌پزشکی اولیه، اخذ اطلاعاتی است که تشخیص مبتنی بر ملاک‌ها را اثبات کند. این فرایند که در پیش‌بینی سیر بیماری و پیش‌آگهی مفید است منجر به تصمیمات درمانی می‌شود. مصاحبه از همان لحظات شروع تماس، ماهیت رابطه بیمار پزشک را شکل می‌دهد که می‌تواند اثرات عمیقی بر فرجام درمان داشته باشد. مدت مصاحبه و کانون توجه آن بسته به شرایط و محیط، هدف اختصاصی مصاحبه و سایر عوامل (از جمله نیازهای رقیب همزمان برای خدمات تخصصی) بسیار متفاوت است.

اصول کلی مصاحبه

توافق بر سر فرآیند: روان‌پزشک در ابتدای مصاحبه باید خود را معرفی کند و بسته به شرایط باید مشخص کند که چرا با بیمار صحبت می‌کند. رضایت بیمار برای ادامه مصاحبه باید اخذ شود مگر اینکه موضوع آشکار باشد (مثلاً بیمار خودش به مطب مراجعه کرده باشد). ماهیت ارتباط و زمان تقریبی یا اختصاصی مصاحبه باید بیان گردد. موضوع اساسی این است که آیا بیمار به طور مستقیم یا غیرمستقیم، به صورت داوطلبانه در پی ارزیابی است یا اینکه به صورت اجباری برای ارزیابی آورده شده است؛ این امر بایستی قبل از شروع مصاحبه مشخص شود.

حریم خصوصی و رازداری: رازداری مولفه مهم و اساسی در رابطه پزشک و بیمار است. مصاحبه‌گر باید هرکاری را انجام دهد تا مطمئن شود محتویات مصاحبه را دیگران نمی‌شنوند. برخی موارد ارزیابی مانند ارزیابی پزشک قانونی و از کارافتادگی محرمانگی کمتری دارند و مطالب مطرح شده را می‌توان با سایرین در میان گذاشت. در این موارد مصاحبه کننده باید به طور آشکار اعلام کند که جلسه محرمانه نیست و مشخص کند چه کسی گزارش ارزیابی را دریافت خواهد کرد.

یک موضوع ویژه درباره رازداری زمانی رخ می‌دهد که بیمار خاطرنشان می‌کند که می‌خواهد به خود یا دیگری آسیب برساند. وقتی ارزیابی روان‌پزشک حاکی از آن است که این امر ممکن است واقعاً اتفاق بیفتد، ممکن است از نظر قانونی لازم باشد قربانی احتمالی را مطلع سازد.

اگر اعضای خانواده بخواهند با روان‌پزشک صحبت کنند، بهتر است روان‌پزشک پس از اخذ رضایت بیمار و در پایان جلسه با اعضای خانواده و بیمار به طور همزمان ملاقات داشته باشد؛ در این جلسه مشترک روان‌پزشک نباید مطالبی که بیمار مطرح کرده را بیان کند. در محیط‌های آموزشی و گاهی پزشکی قانونی مواردی پیش می‌آید که جلسه ضبط می‌شود. بیمار باید کاملاً از ضبط جلسه و نحوه استفاده از محتویات ضبط شده مطلع شود. گاهی نیز در محیط‌های آموزشی از آینه یک طرفه به عنوان ابزاری برای اینکه فراگیران بتوانند مصاحبه را مشاهده کنند، استفاده می‌شود که ناظرین باید قوانین رازداری را رعایت کنند.

نکته گاهی اعضای خانواده بیمار به روان‌پزشک تلفن می‌کنند که روان‌پزشک قبل از صحبت با آن‌ها باید ابتدا از بیمار اجازه بگیرد.

۱ آقای ۳۲ ساله‌ای که از نظر رفتار و سلامت روان در محدوده طبیعی است، اطلاعات محرمانه‌ای را از زندگی شخصی خود در اختیار مشاور گذاشته است. در صورت نیاز به افشای برخی از اطلاعات یاد شده به منظور تأیید صحت آنها، موافقت کدام یک از عوامل زیر الزامی است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۵-۹۶)

(ب) همسر

(د) کارفرما

(الف) والدین

(ج) خود مراجع

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

احترام و ملاحظه: همچون تمام محیط‌های بالینی باید با بیمار با احترام رفتار شود و مصاحبه‌گر باید شرایط بیمار را در نظر بگیرد. به دلیل انگ بیماری روانی و سوء برداشتها در مورد روان‌پزشکی، بیمار ممکن است در مورد ملاقات با روان‌پزشک بسیار نگران یا حتی وحشت‌زده باشد. روان‌پزشک خبره از این مسائل احتمالی آگاه است و به شیوه‌ای با بیمار تعامل می‌کند که این ناراحتی را کاهش داده یا حداقل آن را افزایش ندهد.

تفاهم و همدلی: تعریف تفاهم در محیط بالینی عبارت است از پاسخ‌دهی هماهنگ پزشک به بیمار و بیمار به پزشک. همدلی یعنی درک آنچه بیمار می‌اندیشد و احساس می‌کند و زمانی ایجاد می‌شود که روان‌پزشک بتواند خود را جای بیمار بگذارد و در عین حال عینیت‌گرایی خود را حفظ کند.

مهم است بیمار به نحو فزاینده‌ای احساس کند که ارزیابی تلاش مشترک است و روان‌پزشک واقعا به داستان او علاقمند است. مداخلات همدلانه تفاهم را افزایش می‌دهد؛ اغلب یک واکنش غیرکلامی (بالا بردن ابرو یا خم شدن به سمت بیمار) یا یک پاسخ بسیار گذرا همین اثرات را دارند.

برای آن که روان‌پزشک بتواند واقعا آنچه بیمار می‌اندیشد را درک کند باید زندگی بیمار را بشناسد. اگر روان‌پزشک در مورد تجربه بیمار مطمئن نیست بهتر است به حدس زدن روی نیاورد و بیمار را تشویق کند که ادامه دهد. جزء لاینفک و ضروری همدلی، حفظ عینیت است. حفظ عینیت در رابطه درمانی اهمیت اساسی دارد و وجه تمایز همدلی از همانندسازی (همذات‌پنداری) است.

● در همانندسازی روان‌پزشک نه تنها هیجان بیمار را درک می‌کند بلکه آن را به حدی تجربه می‌کند که توانایی عینیت‌گرایی خود را از دست می‌دهد. همانندسازی می‌تواند موجب تخلیه انرژی روان‌پزشک، بی‌علاقگی و نهایتاً فرسودگی او شود.

● همانندسازی سبب مخدوش شدن مرزهای بین بیمار و روان‌پزشک می‌شود و باعث سردرگمی و ناراحتی بسیاری از بیماران به خصوص برای افرادی که بخشی از بیماری آن‌ها مشکلات عمده مرزبندی بوده است (مانند افراد دچار به اختلال شخصیت مرزی).

پس اینو بدون که بین همدلی با همدردی زمین تا آسمون فرق هست. اگر به جای همدلی شروع به همانندسازی و همدردی با بیمار بکنی، نه تنها بهش کمک نمی‌کنی بلکه از حرفه‌ای بودن خودت ناامیدش می‌کنی! خلاصه مراقب باش تو این دام نیفتی.

ارتباط بیمار-پزشک: ارتباط پزشک بیمار محور کار پزشکی است. درست از همان برخورد نخست (گاهی تماس تلفنی اولیه) بسته به مداخلات کلامی و اغلب غیرکلامی پزشک و سایر کارکنان، تمایل بیمار برای در میان گذاشتن اطلاعات کاهش یا افزایش می‌یابد. اگر بیمار احساس امنیت و راحتی کند تفاهم افزایش می‌یابد و اطلاعات بیشتری را در میان خواهد گذاشت.

نگرش و رفتار غیرقضاوتی پزشک، بازگویی اطلاعات از سوی بیمار را تقویت می‌کند. رابطه مفید بیمار-پزشک دو مولفه اساسی دیگر نیز دارد. یک مولفه این است که پزشک نشان دهد آنچه بیمار گفته و احساس کرده است را درک می‌کند. کافی نیست که پزشک آنچه را که بیمار می‌گوید، فکر می‌کند یا احساس می‌کند را درک کند؛ اگر قرار است رابطه درمانی پرورش یابد باید این درک به بیمار منتقل شود. مولفه دوم این است که بیمار بداند پزشکش به او اهمیت می‌دهد. صداقت و اصالت پزشک ارتباط بیمار-پزشک را تقویت می‌کند. روان‌پزشک باید به خاطر داشته باشد که در اتاق مصاحبه هیچ لحظه غیرمرتبطی وجود ندارد. گاهی بیمار سوالاتی از روان‌پزشک می‌پرسد؛ قانون سرانگشتی در مورد این سوالات این است که سوالات مربوط به صلاحیت و جایگاه پزشک بایستی مستقیماً پاسخ داده شود. اما درباره سوالات شخصی شرایط متفاوت است. دلیل عمده عدم پاسخ‌دهی مستقیم به سوالات شخصی آن است که مصاحبه ممکن است روان‌پزشک-محور شود نه بیمار-محور.

- در بیمارانی که تحت روان‌درمانی حمایتی یا درمان دارویی هستند، پاسخ به سوالات به خصوصی اگر جنبه خیلی شخصی نداشته باشد کاملاً مناسب است (برخلاف بیماران کاندید روان‌درمانی بینش‌مدار).
- در برخی موارد، بازهم بسته به ماهیت درمان، کار مفید این است که روان‌پزشک برخی از اطلاعات شخصی را در میان بگذارد. حتی اگر این اطلاعات مستقیماً از سوی بیمار پرسیده نشده است. هدف این خودافشایی همواره باید تقویت اتحاد درمانی باشد. اطلاعات شخصی نباید برای برآوردن نیازهای روان‌پزشک در میان گذاشته شود.

۲ کدام یک از گزینه‌های زیر در رابطه با ارتباط بیمار-درمانگر نادرست است؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۹)

(الف) صداقت موجب تقویت ارتباط می‌شود

(ب) عذرخواهی برای عدم حضور در ساعت مقرر رابطه را قوی‌تر می‌کند

(ج) درک آنچه را که بیمار می‌گوید، فکر یا احساس می‌کند، به تنهایی کافی نیست

(د) در اتاق مصاحبه هیچ لحظه غیرمرتبطی وجود ندارد

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

خودآگاه، ناخودآگاه: در طول مصاحبه فرآیندهای ناخودآگاه ممکن است خود را به صورت اشارات مماسی به یک موضوع، لغزش کلامی یا ادا و اطوارهای گفتاری، آنچه گفته نمی‌شود یا از آن اجتناب می‌شود یا سایر مکانیسم‌های دفاعی نشان دهد. در مصاحبه اولیه بهتر است به این حالت‌های گفتاری یا لغزش‌های کلامی توجه کرد اما نباید آن‌ها را واریسی نمود. در مصاحبه انتقال و انتقال متقابل تظاهرات بسیار چشمگیر فرآیند ناخودآگاه هستند.

- **انتقال:** فرآیندی است که طی آن بیمار به صورت ناخودآگاه و نامتناسب الگوهای رفتاری و واکنش‌های هیجانی نشأت گرفته از افراد مهم اوایل زندگی و اغلب دوران کودکی را به افرادی در زندگی فعلی خود منتقل می‌کند.
- **انتقال متقابل:** فرآیندی است که در آن پزشک به طور ناخودآگاه الگوهای رفتاری یا واکنش‌های هیجانی را به بیمار منتقل می‌کند، انگار که بیمار چهره مهمی از زندگی گذشته پزشک است. روان‌پزشکان باید نسبت به نشانه‌های انتقال متقابل هشیار باشند (مثل لغو جلسات به وسیله روان‌پزشک، کسالت یا خواب‌آلودگی در طول جلسه).
- **مقاومت:** شامل فرآیندهای خودآگاه یا ناخودآگاهی است که با هدف درمان تداخل می‌کنند.

نکته عموماً در جلسه اولیه از ارائه تفسیر پرهیز می‌شود.

۳ وارد کردن ناهشیارانه رابطه ناسازگار در درمان، توسط مراجع چه نامیده می‌شود؟ (ارشد وزارت بهداشت ۱۴۰۱)

(الف) انگیزه ناهشیار (ب) انتقال متقابل (ج) انتقال (د) مقاومت

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.



مصاحبه‌های شخص-محور و مبتنی بر اختلال: مصاحبه‌های روان‌پزشکی باید شخص-محور (بیمار-محور) باشند، یعنی کانون توجه، درک بیمار و قادرسازی او برای بازگویی داستان‌ش باشد. بسیار مهم است که طرح درمانی حاصله نیز مبتنی بر اهداف بیمار باشد و نه اهداف روان‌پزشک. به طور سنتی پزشکی بر روی بیماری و نقصان متمرکز بوده تا نقاط قوت و قدرت در حالی که توجه رویکرد شخص مدار معطوف به نقاط قوت و نیز نقصان هاست.

ایمنی و راحتی: هم بیمار هم مصاحبه‌گر باید احساس امنیت کنند و این امنیت جسمی را هم شامل می‌شود. اگر بیمار سراسیمه شد و حالت تهدید به خود گرفت مصاحبه باید تا حد امکان کوتاه شده یا سریعاً خاتمه یابد. وقتی مسائل مربوط به امنیت ارزیابی شد مصاحبه کننده باید در مورد احساس راحتی بیمار سوالاتی بپرسد و در تمام طول مصاحبه نسبت به این احساس بیمار هشیار باشد. بیماران به خصوص اگر روان‌پریش یا سردرگم باشند ممکن است احساس تهدید کنند و لازم باشد به آن‌ها اطمینان داده شود که امنیت دارند و کارکنان هر کار لازم برای تأمین امنیتشان را انجام می‌دهند.

زمان و تعداد جلسات: برای مصاحبه اولیه عموماً ۴۵ تا ۹۰ دقیقه اختصاص می‌یابد. در بیماران بستری در بخش طبی یا مواقعی که بیمار سردرگم است یا ناراحتی قابل ملاحظه‌ای دارد یا روان‌پریش است مدت زمانی که بیمار بتواند در یک جلسه تحمل کند ممکن است حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه یا کمتر باشد.

فرآیند مصاحبه

پیش از مصاحبه: در بیماران سرپایی اولین تماس با مطب به صورت تلفنی است بنابراین مهم است کسی که پاسخگوی تلفن است در این کار مهارت داشته باشد (ترجیحاً متخصص سلامت روان). یک کار مفید این است که از بیمار بخواهیم اطلاعات مربوط به درمان‌های روان‌پزشکی و طبی قبلی و فهرست داروها و ترجیحات خود داروهای مصرفی را با خود بیاورد.

چه پرونده قبلی مطالعه شود و چه نشود مهم این است که تا حد امکان دلیل ارجاع به روشنی درک شود. این به خصوص در ارزیابی‌های پزشکی قانونی مهم است زیرا در این موارد دلیل ارجاع و پرسش مطرح شده می‌تواند به شکل‌گیری ارزیابی کمک کند. باید مشخص شود آیا فقط برای ارزیابی ارجاع شده و قرار است درمان او توسط پزشک مراقبت‌های اولیه یا ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روان (مددکار اجتماعی) ارائه شود یا بیمار برای ارزیابی و درمان به وسیله روان‌پزشک ارجاع شده است؟ این نکته بسیار مهمی است که باید مشخص شود.

اگر بیمار از سوی دادگاه، وکیل یا سایر نهادهای غیردرمانی مانند شرکت‌های بیمه ارجاع شده است، اهداف مصاحبه ممکن است متفاوت از تشخیص و توصیه‌های درمانی باشد. در چنین شرایطی بیمار و بالینگر وارد یک رابطه درمانی نمی‌شوند و اغلب قواعد معمول رازداری رعایت نمی‌شود.

اتاق انتظار: وقتی بیمار برای ویزیت اول در مطب حضور پیدا می‌کند برگه‌هایی به او داده می‌شود تا آن‌ها را پر کند. در بسیاری از روش‌ها سوالاتی در مورد فهرست داروها و نام و آدرس پزشک مراقبت‌های اولیه و مشکل طبی عمده و آلرژی پرسیده می‌شود.

اتاق مصاحبه: اتاق مصاحبه بایستی نسبتاً ضد صدا باشد. دکوراسیون اتاق باید مطبوع بوده و حواس بیمار را پرت نکند. بیمار و روان‌پزشک باید حدود ۴ تا ۶ پا (۱۲۰ تا ۱۸۰ سانتی‌متر) از یکدیگر فاصله داشته باشند. روان‌پزشک نباید پشت میز بنشیند و باید لباس حرفه‌ای بپوشد و آراستگی خوبی داشته باشد. بهتر است صندلی بیمار و مصاحبه‌گر ارتفاع برابری داشته باشند.

شروع مصاحبه: روان‌پزشکان اغلب با نشان دادن چهره دوستانه گرم و سایر ارتباط‌های غیرکلامی نظیر خم شده به جلو در صندلی علاقه و حمایت خود را نشان می‌دهند. بهتر است از بیمار بپرسید که ترجیح می‌دهد او را با اسم کوچک صدا کنید یا اسم خانوادگی؟ اگر این سوال پرسیده نشد بهتر است بیمار را با نام خانوادگی صدا کنید. یک اقدام مفید این است که مصاحبه‌گر خاطرنشان کند که برای این مصاحبه چقدر وقت دارند. سپس مصاحبه‌گر می‌تواند با یک پرسش باز-پاسخ ادامه دهد: «برای شروع به من بگویید چه چیزی باعث شده به اینجا مراجعه کنید؟». در صورتی که بیمار ارجاع داده شده باشد باید برداشت بیمار درباره علت ارجاعش را جویا شویم.

سوالات-باز پاسخ: مهم این است که روان‌پزشک به شیوه‌ای ارتباط برقرار کند که به بیمار امکان بدهد تا دانشش را تعریف کند. این هدف اصلی بخش گردآوری داده‌های مصاحبه است، یعنی استخراج روایت بیمار از سلامت و بیماری‌اش. برای دستیابی به این هدف پرسش‌های باز-پاسخ ضروری است. در بخش ابتدایی مصاحبه سوالات عمده باید باز-پاسخ باشند.

نکته مصاحبه نباید به شکل قیف منفردی باشد که ابتدا سوالات باز-پاسخ و در انتها سوالات بسته-پاسخ پرسیده شود بلکه مصاحبه شامل رشته‌ای از قیف‌هاست که هر یک از آن‌ها با سوالات باز-پاسخ شروع می‌شود.

۴ کدام گزینه جزء مواردی که مصاحبه‌کنندگان در مرحله نخست مصاحبه باید اطمینان حاصل نمایند، قرار نمی‌گیرد؟
(ارشد وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

(الف) اطاق به صورت محیط واقعی کار به نظر بیاید

(ب) هدف مصاحبه بیان شود و میزان آگاهی درمانجو از مصاحبه بررسی شود

(ج) نقش و فعالیت‌هایی که درمانجو باید به عهده بگیرد، توضیح داده شود

(د) مصاحبه با پرسش‌های باز پاسخ شروع شود

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۵ کدامیک از موارد زیر جزو فنون رایج مصاحبه است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

(الف) در اوایل مصاحبه ایجاد حالت تفاهم ضروری نیست

(ب) در مورد پاسخ‌های مبهم و غیرشفاف آنقدر پافشاری شود تا جواب دقیق حاصل شود

(ج) در پایان مصاحبه امکان پرسش مجدد برای بیمار فراهم نشود

(د) از پرسش در مورد موضوعاتی که از نظر بیمار می‌تواند ناراحت‌کننده باشد، ترسی وجود نداشته باشد

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

عناصر مصاحبه روان‌پزشکی اولیه

دو عنصر فراگیر مصاحبه روان‌پزشکی عبارت‌اند از تاریخچه بیمار که مبتنی بر گزارش ذهنی بیمار و در برخی موارد گزارش افراد جانبی از جمله سایر ارائه‌دهنده‌های مراقبت بهداشتی، خانواده و سایر مراقبین است و دوم معاینه وضعیت روانی که ابزار عینی مصاحبه‌گر محسوب می‌شود و مشابه معاینه جسمانی در سایر حوزه‌های پزشکی است.

۶ کدامیک از موارد زیر جزء دو عنصر فراگیر مصاحبه روان‌پزشکی می‌باشند؟ (دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

(الف) تاریخچه بیمار و معاینه وضعیت روانی

(ب) تاریخچه بیمار و شکایت اصلی

(ج) معاینه وضعیت روانی و شکایت اصلی

(د) معاینه وضعیت روانی و معاینه جسمی

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

جزئیات مصاحبه روان‌پزشکی: در ادامه مطلب جزئیات مصاحبه روان‌پزشکی تشریح می‌شود.

۱- **داده‌های شناسایی (مشخصات کلی):** این قسمت بخشی کوتاه شامل یک یا دو جمله و معمولاً شامل مواردی همچون نام بیمار، سن، جنس، وضعیت تاهل (یا سایر روابط مهم)، نژاد یا قومیت و اشتغال می‌باشد و اغلب منبع ارجاع نیز ذکر می‌شود.

۲- **منبع و قابلیت اعتماد:** باید مشخص شود که اطلاعات از چه کسی دریافت شده است؛ همچنین مصاحبه‌گر باید میزان قابل اعتماد بودن داده‌ها را ارزیابی کند.

۳- **شکایت اصلی (CC):** در این بخش باید شکایت اصلی بیمار ترجیحاً با کلام خود او ثبت شود مثلاً «من افسرده‌ام» یا «من خیلی اضطراب دارم».

۴- **تاریخچه بیماری فعلی (HPI):** بخش بیماری فعلی شامل توصیف زمانی پیدایش علائم دوره اخیر به علاوه هر تغییری که در خلال این دوره در زمینه علائق بیمار، روابط بین فردی، رفتارها و عادات شخصی و سلامت جسمی بیمار روی داده می‌باشد. جزئیاتی که باید گردآوری شود عبارت‌اند از مدت زمان علائم فعلی و اینکه نوسانی در ماهیت یا شدت این علائم در طول زمان وجود داشته یا خیر. علاوه بر این موارد باید به نکات زیر نیز توجه کنید:

- باید وجود یا فقدان عوامل استرس‌زا مشخص شود.
- عواملی که سبب تشدید یا تخفیف علائم می‌شود.
- شناسایی علت اینکه چرا بیمار الان مراجعه کرده است.
- شناسایی محیطی که در آن بیماری شروع شده است.
- بیمار هر نوع درمانی دریافت کرده است باید مشخص شود.
- مرور روان‌پزشکی دستگاه‌ها که شامل ۴ طبقه عمده خلق، اضطراب، روان‌پریشی و سایر می‌باشد.

۵- **تاریخچه بیماری روان‌پزشکی قبلی:** در این بخش بالینگر باید اطلاعات مربوط به همه بیماری‌های روان‌پزشکی و سیر آن‌ها در طول زندگی بیمار از جمله علائم و درمان را اخذ کند. توصیف علائم قبلی باید شامل زمان بروز، مدت تداوم آن‌ها و بسامد و شدت دوره‌ها باشد. از آنجا که هم‌ابتلائی یک قانون است (نه استثنا)، باید نسبت به وجود نشانه‌ها و علائم سایر اختلالات روان‌پزشکی هشیار بود. علاوه بر این دوره‌های درمانی گذشته باید به تفصیل بررسی شوند.

همچنین در مشخص کردن سابقه اقدامات مرگبار باید توجه ویژه‌ای مبذول شود زیرا درازبایی خطر فعلی مهم است. افکار، قصد، طرح و اقدامات خودکشی قبلی باید مرور شود. در تاریخچه دیگرکشی و خشونت باید هر نوع عمل یا قصد خشونت بار ذکر شود. سابقه رفتارهای خودزنی غیرانتحاری نیز باید پوشش داده شود.

۶- **مصرف مواد، سوء مصرف و اعتیاد:** مرور دقیق مصرف، سوء مصرف و اعتیاد در مصاحبه روان‌پزشکی ضروری است. دفعات و میزان مصرف باید مشخص شود و به خاطر داشته باشید که بیمار تمایل دارد مواردی از مصرف را که ممکن است به نظرش از نظر اجتماعی غیرقابل قبول باشند انکار کرده یا کم‌رنگ جلوه دهد. هرگونه علائم محرومیت باید مشخص شود تا سوءمصرف در مقابل وابستگی تعیین گردد. همچنین باید تاثیر مصرف بر روی تعاملات بررسی شود. دوره‌های پرهیز نیز باید مورد توجه قرار گیرد و مدت و شرایط آن‌ها باید معین شود (مثلا در زندان، اجبار قانونی و نظایر آن).

سایر موارد و اعتیادهای مهمی که باید به آن‌ها پرداخته شود شامل مصرف توتون و کافئین، قماربازی، رفتارهای خوردن و مصرف اینترنت می‌شود. مصرف توتون اهمیت زیادی دارد زیرا اکثر افرادی که سوء مصرف مواد دارند به دلیل مصرف توتون فوت می‌کنند.

نکته برخی روان‌پزشکان برای شناسایی سوء مصرف یا وابستگی به الکل از پرسشنامه کوتاهی به نام CAGE یا RAPS۴ استفاده می‌کنند.

۷- **سابقه طبی قبلی:** این بخش شامل شرح بیماری‌ها و اختلال‌های طبی عمده و درمان‌های آن‌ها در حال و گذشته است. هر نوع جراحی در گذشته باید ثبت شود. واکنش بیمار به این بیماری‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای مورد استفاده وی باید شناسایی شوند. باید به مسائل نورولوژیک از جمله تشنجه‌ها، آسیب به سر و اختلال درد توجه ویژه‌ای مبذول شود. همچنین باید به سابقه مشکلات پیش از تولد یا بدو تولد یا مسائل مربوط به شاخص‌های رشد توجه نمایید.

در زنان سابقه قانندگی و بیماری‌های مربوط به دستگاه تولیدمثل و نیز ارزیابی احتمال حاملگی فعلی یا آتی اهمیت زیادی دارد. مرور دقیق داروهای فعلی بسیار مهم است؛ حساسیت و آلرژی به دارو نیز باید بررسی شود.

نکته داروهای غیرروان‌پزشکی، داروهای بدون نسخه، داروهای کمکی خواب، داروهای گیاهی و داروهای طب جایگزین نیز باید بررسی شوند.

۸- **تاریخچه خانوادگی (سابقه خانوادگی):** از آنجا که بسیاری از بیماری‌های روان‌پزشکی خانوادگی هستند و در تعداد قابل ملاحظه‌ای از افراد اگر هم عوامل ژنتیکی علت اختلال نباشند، زمینه استعداد ژنتیکی وجود دارد. مرور دقیق تاریخچه خانوادگی بخشی ضروری از ارزیابی روان‌پزشکی محسوب می‌شوند. تشخیص‌های روان‌پزشکی، داروها، بستری، اختلالات مصرف مواد و سابقه اقدامات مرگبار همگی باید در اعضای خانواده پوشش داده شوند.

۹- **تاریخچه رشد و تاریخچه اجتماعی:** در تاریخچه اجتماعی و رشدی، مراحل زندگی بیمار مرور می‌شود. اغلب عوامل استرس‌های روانی-اجتماعی موجود، در جریان اخذ تاریخچه اجتماعی آشکار می‌شوند. هرگونه اطلاعات مربوط به تاریخچه پیش از تولد یا تولد و شاخص‌های رشد باید مورد توجه قرار بگیرد. سابقه مفصل تحصیلی شامل میزان تحصیلات بیمار، سن بیمار در هنگام خاتمه تحصیل، مشکلات رفتاری در مدرسه و عملکرد تحصیلی باید اخذ شود. سوء رفتار جنسی و جسمی دوران کودکی نیز باید به دقت مورد پرسش قرار گیرد. تاریخچه سرپازی در صورت لزوم باید مورد توجه قرار بگیرد. علاوه بر این تاریخچه ازدواج، تاریخچه قانونی و حقوقی نیز مهم است. تاریخچه اجتماعی همچنین شامل تفریحات، علائق، حیوانات خانگی و فعالیت‌های اوقات فراغت و میزان نوسان اینها در طول زمان است.

نکته شناسایی اثرات عوامل مذهبی و فرهنگی بر زندگی بیمار و مرور گذرایی بر تاریخچه جنسی وی در این بخش انجام می‌شود.

۱۰- **معاینه وضعیت روانی و مرور سیستم‌ها و دستگاه‌های بدن:** در مرور دستگاه‌ها معاینه کننده تلاش می‌کند علائم و نشانه‌های روانی یا جسمانی را پیدا کند که در بخش بیماری فعلی شناسایی نشده‌اند. معاینه وضعیت روانی (MSE) معادل روان‌پزشکی معاینه جسمانی در رشته‌های دیگر طب است. در معاینه وضعیت روانی همه حوزه‌های عملکرد روانی واری می‌شود و شواهد نشانه‌ها و علائم روانی بررسی می‌گردد. MSE روان‌پزشکی شامل غربالگری شناختی اغلب به شکل معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE) است اما MMSE نباید با MSE کلی اشتباه شود. ارزیابی خلق و عاطفه در MSE وجود دارد اما در MMSE نیست. معاینه وضعیت روانی اجزای مختلفی دارد که یکم بعد برات دونه دونشو توضیح میدم؛ دستخوش نداره؟ بریم به تست بز نیم و بعدش ادامه داستان...

۱ آزمون معاینه وضعیت روانی کوتاه شده (MMSE) کدامیک از حوزه‌های عملکرد روان‌شناختی را ارزیابی نمی‌کند؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۳-۹۴)

الف) توجه ب) جهت‌یابی ج) محاسبه د) خلق و عاطفه
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۲ در کدام نوع مصاحبه هدف ارزیابی مشکلات شناختی، هیجانی یا رفتاری در مراجعین است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

الف) مصاحبه تشخیصی ب) مصاحبه وضعیت روانی
ج) مصاحبه بحران د) مصاحبه شرح حال
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۱۱- **معاینه جسمی:** لزوم انجام و میزان معاینه جسمی به ماهیت و محیط مصاحبه روان‌پزشکی بستگی دارد. در شرایط سرپایی ممکن است به طور متداول معاینه جسمی چندانی انجام نشود اما در بخش فوریت یا محیط‌های بستری معاینه جسمی کاملتری ضرورت دارد. در مواردی که معاینه جسمی انجام نمی‌شود، روان‌پزشک باید از بیمار بپرسد که آخرین بار معاینه جسمی توسط چه کسی برایش انجام داده شده است.

۱۲- **صورت‌بندی و تشخیص:** نتیجه نهایی گردآوری داده‌ها در مصاحبه روان‌پزشکی تدوین صورت‌بندی و تشخیص‌گذاری و نیز توصیه‌ها و طرح درمانی است. صورت‌بندی باید شامل خلاصه کوتاهی از تاریخچه بیمار، تظاهر علائم و وضعیت فعلی باشد و همچنین شامل بحث در مورد عوامل زیستی و نیز عوامل روانی نظیر شرایط کودکی، نحوه پرورش و تعاملات بین فردی گذشته و عوامل اجتماعی، عوامل استرس‌زا، شرایط بافتاری و روابط بین فردی است.

نکته هرچند صورت‌بندی در اواخر ارزیابی گزارش شده یا مکتوب قرار دارد اما عملاً به صورت یک فرایند پویا در تمام طول مصاحبه تدوین می‌شود. در این بخش، پردازش داده‌ها جای گردآوری داده‌ها را می‌گیرد.

۱۳- **برنامه‌ریزی و طرح درمانی:** برنامه‌ریزی‌های درمانی و توصیه‌ها بخش جدایی ناپذیری از مصاحبه روان‌پزشکی هستند و باید آن‌ها را با جزئیات کامل و صریح با بیمار در میان گذاشت. بخش اول برنامه‌ریزی درمانی شامل تعیین این مسئله است که آیا می‌توان رابطه درمانی را میان مصاحبه‌کننده و بیمار برقرار کرد یا خیر؟ اما در مواردی نیز نیازی به برقراری رابطه درمانی نیست از جمله زمانی که مصاحبه به منظور مشاوره، روشن کردن مسائل حقوقی، در قالب مصاحبه با شخص ثالث، در اتاق اورژانس یا سایر محیط‌های اضطراری صورت گرفته باشد. اگر قرار نیست رابطه درمانی آغاز شود باید درمان پیشنهادی به بیمار گفته شود.

خب دوست خوبم، حالا می‌خواهم با حوصله بیشتری درباره اجزای وضعیت روانی یا همون MSE مطالعه کنیم. این بخش خیلی مورد علاقه طراحای عزیزه پس با دقت بخونش و سعی کن خوب یادش بگیری. علاوه بر تست و کنکور، معاینه وضعیت روانی در عمل هم خیلی مهمه و باید خوب بررسی بشه تا بتونیم به بیمارمون کمک کنیم و تشخیص و درمان مناسبی براش در نظر بگیریم. خلاصه که این قسمتو حلال کن!

اجزای MSE (وضعیت روانی)

اجزای MSE

ظاهر و رفتار

فعالیت حرکتی

گفتار

خلق

عاطفه

محتوای فکر

شامل افکار وسواسی و وسواس‌های عملی، هذیان‌ها، پارانویا، افکار و رفتار خودکشی و دیگرکشی، اشتغالات ذهنی در مورد بیماری و مشکلات محیطی، هراس‌ها، نشانه‌های خود بیمارآنگاری، تکان‌ها یا امیال ضداجتماعی خاص

فرآیند فکر (شکل) شامل حاشیه‌پردازی، تداعی‌های صوتی، خروج از خط (شل شدن تداعی‌ها)، پرش افکار، واژه‌سازی، درجاماندگی، تفکر مماسی، انسداد فکر و سالاد کلمات

آشفته‌گی‌های ادراکی شامل توهم، خطاهای ادراکی، توهمات پیش‌خوابی یا پس‌خوابی، گسست از خویشتن، گسست از واقعیت

شناخت شامل هشیاری، موقعیت‌سنجی، تمرکز، حافظه، محاسبه، معلومات عمومی، استدلال انتزاعی، بینش و قضاوت

استدلال

بینش

قضاوت

ظاهر و رفتار: این بخش شامل توصیف کلی ظاهر بیمار و کنش‌های او در طول مصاحبه است. مواردی که باید به آن‌ها توجه شود عبارتند از مطابقت سن تقویمی بیمار با ظاهرش، لباسی که بیمار پوشیده شامل زینت‌آلات و اینکه آیا پوشاک بیمار متناسب شرایط موجود است یا خیر. ویژگی‌های متمایزکننده شامل بد ریختی‌ها، جوشگاه‌ها و خالکوبی‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. توصیف رفتار بیمار شامل بیان کلی است در مورد اینکه آیا بیمار ناراحتی حاد را نشان می‌دهد یا خیر. بیمار را می‌توان به شکل همکاری کننده، سراسیمه، مهارگسسته، بی‌علاقه و مانند آن‌ها توصیف کرد.

نکته **مردمک‌های سوزنی در اعتیاد به مواد مخدر و حالت کناره‌گیری و قوز کردن در افسردگی دیده می‌شود.**

فعالیت حرکتی: فعالیت حرکتی را می‌توان به شکل بهنجار، کند (برادی کینزی) یا سراسیمه (هیپرکینزی) توصیف نمود. نحوه راه رفتن، آزادی حرکات، وضعیت‌گیری مداوم یا غیرمعمول، قدم زدن و مالیدن دست‌ها به هم باید توصیف شود. وجود یا فقدان هرنوع تیک باید مورد توجه قرار گیرد. در اسکیزوفرنیا تماس چشمی ناچیز است.

گفتار: ارزیابی گفتار بخش مهمی از معاینه وضعیت روانی محسوب می‌شود. عناصر مورد نظر عبارتند از:

- روانی:** یعنی آیا بیمار به زبان انگلیسی (یا زبان مادری بیمار) تسلط دارد و همچنین مسائل ظرفیتری نظیر لکنت زبان، اشکال واژه‌یابی یا خطاهای پارافازیک است.

- میزان:** عبارت است از اینکه آیا میزان گفتار طبیعی، افزایش یافته یا کاهش یافته است. کاهش میزان گفتار ممکن است از اضطراب، بی‌علاقگی و انسداد فکر یا روان‌پریشی باشد. افزایش میزان گفتار می‌تواند حاکی از مانیا یا هیپومانیا باشد.

- سرعت، لحن و تند و بلندی صدا:** باید بررسی شود آیا گفتار بیمار کند است یا سریع (تحت فشار). اصطلاحات توصیفی برای این عناصر عبارتند از تحریک‌پذیر، مضطرب، ملول، بلند، آرام، ترسیده، خشمگین یا کودکانه.

- خلق و عاطفه:** تعریف سنتی خلق عبارت است از حالت هیجانی پایدار و درونی بیمار. تجربه آن درونی است و بنابراین بهتر است برای توصیف آن از کلمات خود بیمار استفاده کرد. واژه‌هایی نظیر «غمگین»، «خشمگین»، «توأم با احساس گناه» یا «مضطرب» توصیفات رایج خلق هستند. اما تفاوت عاطفه با خلق این است که عاطفه تظاهر خلق است، یعنی خلق بیمار از دید بالینگر چگونه به نظر می‌رسد؟ عاطفه اغلب با عناصر کیفیت، کمیت، دامنه، متناسب بودن و هماهنگی توصیف می‌شود. اصطلاحات مورد استفاده در مورد کیفیت (یا حال و هوای) عاطفه بیمار عبارتند از ملول، شاد، خلق عادی، تحریک‌پذیر، عصبانی، سراسیمه، گریان، هق هق کنان و تخت (یکخواخت). دامنه عاطفه می‌تواند محدود، بهنجار یا متغیر باشد.

نکته **گفتار اغلب نشانه مهمی برای ارزیابی عاطفه است اما رد کننده نیست. همچنین عاطفه می‌تواند با خلق توصیف شده یا محتوای افکار بیمار هماهنگ یا ناهماهنگ باشد.**

محتوای فکر: محتوای فکر اساساً همان افکاری است که در بیمار وجود دارد. محتوای فکر بر اساس آنچه بیمار به صورت خودجوش بیان می‌کند و نیز پاسخ‌های او به سوالات مربوط به بررسی آسیب‌شناسی استنباط می‌شود. محتوای فکر شامل موارد زیر می‌باشد:

- افکار وسواسی:** افکاری ناخواسته و تکراری هستند که به هشیاری بیمار نفوذ می‌کنند. این افکار معمولاً خود ناهمخوان هستند و بیمار در مقابل آن‌ها مقاومت می‌کند.

- اجبار یا وسواس عملی:** رفتارهای آیین‌مند و تکراری هستند و بیمار احساس می‌کند برای اجتناب از افزایش اضطراب یا برخی پیامدهای ترسناک مجبور است آن‌ها را انجام دهد.

- هذیان‌ها:** هذیان‌ها عبارتند از دو دسته عقاید ثابت و کاذبی که دیگران این عقاید را ندارند و می‌توان آن‌ها را به دو دسته هذیان‌های غریب یا غیرغریب تقسیم‌بندی نمود. هذیان‌های شایع عبارتند از خودبزرگ‌بینی، شهوانی (عشقی)، حسادت، بدنی و گزند و آسیب.

نکته **هذیان‌های غیرغریب شامل محتوای افکاری است که درست نیستند اما خارج از حوزه امکان‌پذیری قرار ندارند.**

- پارانویا
- افکار و رفتار خودکشی و دیگرکشی
- اشتغالات ذهنی در مورد مشکلات محیطی
- هراس‌ها
- نشانه‌های خودبیمارانگاری
- تکانه‌ها یا امیال ضداجتماعی خاص
- نکته: کاشت فکر مشخصه اسکیزوفرنیا است.

۱ هذیان‌های غریب «Bizarre delusion» شامل کدامیک از موارد زیر می‌باشد؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

- (الف) درگیر بودن با یک فرد مهاجم از کره مریخ (ب) اصرار به خیانت همسر
(ج) مصادره اموال توسط فرزندان (د) تحت تعقیب بودن به وسیله نیروهای امنیتی
پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۲ در افراد مبتلا به اختلالات هذیانی کدام حوزه آسیب بیشتری دارد؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۵-۹۴)

- (الف) تفکر (ب) خلق و عواطف (ج) درک (د) شناخت
پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۳ بیمار مبتلا به روان‌پریشی ادعا می‌کند که افراد هشت پای بیگانه در اندام‌های جنسی او نفوذ کرده و نمی‌گذارند بچه‌دار شود. این ادعا با کدامیک از اصطلاحات زیر شناخته می‌شود؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

- (الف) Emotional Illusion (ب) Bizarre Delusion
(ج) Paranoid Ideation (د) Behavioral Disorder
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۴ هرگاه شخصی ادعا کند که مهاجمین فضایی، الکترودهایی را در مغزش کار گذاشته‌اند و او را تعقیب می‌کنند، کدام یک از اصطلاحات زیر برای وی مطرح می‌شود؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

- (الف) Visual Hallucination (ب) Emotional Illusion
(ج) Paranoid Ideation (د) Bizarre Delusion
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۵ در معاینه وضعیت روانی در مصاحبه تشخیصی، وسواس‌های فکری و عملی در کدامیک از حوزه‌های زیر قرار دارد؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

- (الف) ادراک (ب) محتوای تفکر (ج) رفتار (د) جریان تفکر
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۶ وقتی در مصاحبه تشخیصی از بیمار می‌پرسید: «احساس می‌کنی دیگران می‌خواهند به شما آسیب بزنند؟» شما در حال بررسی چه قسمتی از وضعیت روانی بیمار هستید؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

- (الف) Insight (ب) Thought content (ج) Judgement (د) Thought process
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

فرآیند تفکر (شکل فکر): تفاوت فرایند تفکر از محتوای فکر آن است که فرایند تفکر به جای توصیف آنچه بیمار به آن فکر می‌کند به این می‌پردازد که این افکار چگونه صورت‌بندی، سازماندهی و بیان می‌شوند. ممکن است بیمار محتوای افکار هذیانی چشمگیری داشته باشد و در عین حال فرایند تفکرش بهنجار باشد. از سوی دیگر ممکن است محتوای فکر بهنجار باشد اما فرایند تفکر دچار اختلال جدی شده باشد. انواع اختلالات فرایند فکر در زیر آورده شده است.

- **پرش افکار (Flight of ideas):** تداعی‌های متعدد پی‌درپی به گونه‌ای که به نظر می‌رسد افکار به سرعت از ایده‌ای به ایده دیگر جهش می‌کنند؛ اغلب اما نه همیشه شامل تفکر سریع و تکلم پرفشار است. در پرش افکار بیمار سریعاً از یک فکر به فکر دیگر حرکت می‌کند که معمولاً در مانیا دیده می‌شود.
- **حاشیه‌پردازی (Circumstantiality):** بیان افراطی جزئیات غیرمرتبط یا پیش پا افتاده که مانع حس دستیابی به معنا می‌شود. بیمار حاشیه‌پرداز، جزئیات و مطالب اضافی را وارد صحبت می‌کند که مستقیماً با موضوع ارتباط ندارند اما نهایتاً به موضوع برمی‌گردد.
- **تفکر مماسی یا موازی (Tangentiality):** بیمار در پاسخ به یک پرسش، پاسخی می‌دهد که با موضوع کلی مرتبط است اما واقعاً جواب پرسش را نمی‌دهد. به عبارتی بیمار هرگز به نقطه آغازین یا پرسش مطرح شده باز نمی‌گردد. شل شدن افکار یا تداعی‌ها از این نظر که پیدا کردن پیوند بین محتویات پی‌درپی دشوار یا غیرممکن است، با حاشیه‌پردازی یا تفکر مماسی تفاوت دارد.
- **تداعی‌های صوتی (Clang associations):** افکاری که با صوت کلمات ارتباط دارند تا با معنای آن‌ها؛ مانند قافیه‌پردازی یا هم‌گونی مصوت‌ها.
- **خروج از خط یا شل شدن تداعی‌ها (Derailment):** گسست در پیوند منطقی بین ایده‌ها و اختلال در حس کلی هدفمندی کلام. واژه‌ها جمله می‌سازند اما جمله‌ها معنایی ندارند. شل شدن تداعی‌ها مطرح کننده اسکیزوفرنیا می‌باشد.
- **واژه سازی (Neologisms):** به معنای خلق واژه‌ها یا عبارات جدید یا استفاده از واژه‌های مرسوم به شکل غیرمعمول می‌باشد.
- **سالاد کلمات (Word salad):** سالاد کلمات گفتاری است که مشخصه آن زبان آشفته و اغلب تکراری است بدون معنای آشکار یا ارتباط اجزای آن.
- **درجاماندگی (Perseveration):** تکرار خارج از بافتار واژه‌ها، عبارات یا ایده‌ها. به عبارتی به معنای تمایل برای تمرکز بر یک ایده یا محتوای خاص است بدون اینکه فرد بتواند به سمت موضوعات دیگر حرکت کند. این بیماران علی‌رغم تلاش‌های مصاحبه‌گر برای تغییر موضوع، مکرراً به یک موضوع واحد برمی‌گردند.
- **انسداد فکر (Thought blocking):** گسیختگی ناگهانی فکر یا گسست در جریان ایده‌ها. بیمار قادر به تکمیل یک فکر نیست و در اواسط یک فکر یا جمله متوقف می‌شود. وقتی در این مورد از بیمار سوال شود بیمار نمی‌داند چه اتفاقی افتاده است و ممکن است به یاد نیاورد که درباره چه چیزی صحبت می‌کرده است.

نکته فرایند بهنجار تفکر معمولاً به صورت خطی، سازمان‌یافته و هدفمند توصیف می‌شود.

۷ پرش افکار (flight of ideas) و تداعی صوتی (clang association) مربوط به کدامیک از اختلالات تفکر می‌باشد؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۷-۹۶)

- الف) محتوای تفکر ب) فرم یا شکل تفکر
ج) فرایند تفکر د) تفکر بیش بها داده شده
پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

۸ کدامیک از علائم زیر جزء اختلالات شکل فکر دسته‌بندی می‌شود؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

- الف) پرش افکار ب) هذیان
ج) گسست از خویشتن د) افکار ناخواسته و تکراری
پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۹ از بیمار می‌پرسید: «آیا اخیراً در به خواب رفتن مشکل داشته‌اید؟» او می‌گوید: «من معمولاً در رختخوابم می‌خوابم اما حالا بروی مبل می‌خوابم؛ پاسخ بیمار تحت کدام عنوان شناخته می‌شود؟»

(دکتری وزارت بهداشت ۹۶-۹۵)

- الف) درجاماندگی ب) تفکر مماسی ج) شل شدن تداعی د) پرش افکار
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۱۰ از بیمار می پرسید: «آیا اخیراً در به خواب رفتن مشکل داشته اید؟» او پاسخ می دهد: «من معمولاً در رخت خواب می خوابم، اما اخیراً روی مبل می خوابم» این پاسخ نشان دهنده کدام یک از انواع اختلال شکل تفکر می باشد؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۹)

(الف) مماسی (ب) واژه پردازی (ج) درجامانگی (د) انسداد

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

آشفته گی های ادراکی: آشفته گی های ادراکی شامل توهم، خطای ادراکی، گسست از خویشتن و گسست از واقعیت می باشد.

● **توهم:** ادراکاتی هستند که در غیاب محرک توجیه کننده آنها بروز می کنند. توهم های شنیداری بیش از همه در محیط های روان پزشکی دیده می شوند. انواع توهم ها عبارتند از دیداری، لامسه، بویایی و چشایی. توهم دیداری شایع ترین شکل توهم در اسکیزوفرنیا می باشد. توهمات بویایی در سرعت لوب گیجگاهی شایع است. توهمات لامسه مطرح کننده اعتیاد به کوکائین یا دلیریوم ترمنس می باشد.

● **خطاهای ادراکی:** شنیدن صدای خش خش باد از میان درختان خارج از تخت خواب و فکر کردن به اینکه نام فرد را صدا می زنند یک خطای ادراکی (ایلوژن) است. به عبارتی در این حالت با سوء برداشت یک محرک مواجه هستیم.

● **توهمات پیش خوابی یا پس خوابی:** توهمات پیش خوابی (در مرحله حد فاصل بین خواب و بیداری) می تواند پدیده بهنجاری باشد.

● **گسست از خویشتن:** احساسی است مبنی بر اینکه فرد خودش نیست یا چیزی تغییر کرده است.

● **گسست از واقعیت:** بیمار احساس می کند محیط به شیوه ای غریب تغییر کرده است و توصیف آن برایش مشکل است.

۱۱ Formication جزء اختلالات کدام حوزه به شمار می آید؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۳ - ۹۲)

(الف) ادراک (ب) خلق (ج) تفکر (د) عاطفه

پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۱۲ نوع توهم بیمار در کدام بخش معاینه وضعیت روانی بررسی می شود؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۵ - ۹۴)

(الف) فرآیند تفکر (ب) ادراک

(ج) کارکردهای شناختی (د) محتوی فکر

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۱۳ بیماری احساس می کند حشره های زیر پوستش حرکت می کند، روده هایش کشیده می شوند، بوی بهشت را

استشمام می کند و موقع به خواب رفتن، صدای فردی را می شنود که نامش را صدا می زند. کدامیک از این علائم

ارزش تشخیصی کمتری دارد؟ (دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۰)

(الف) احساس حرکت حشره زیر پوست (ب) احساس کشیده شدن روده ها

(ج) استشمام بوی بهشت (د) شنیدن صدای نام خود موقع خواب

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

شناخت: اجزای عملکرد شناختی که باید ارزیابی شوند عبارتند از هشیاری، موقعیت سنجی، تمرکز، حافظه (فوری، اخیر، بلندمدت)، محاسبه، معلومات عمومی و استدلال انتزاعی، بینش و قضاوت. سوالاتی برای آزمایش کارکردهای شناختی در بخش وضعیت هشیاری و شناختی معاینه وضعیت روانی پرسیده می شود.

● **هشیاری (Alertness):** با استفاده از مشاهده به هشیار بودن بیمار توجه می شود.

- **موقعیت‌سنجی:** در سه نوع باید بررسی شود؛ موقعیت‌سنجی نسبت به زمان، مکان و شخص. فراوان‌ترین نوع گم‌گشتگی در نوع زمان رخ می‌دهد ولی اگر گم‌گشتگی مکانی یا مخصوصاً گم‌گشتگی شخصی رخ دهد وضعیت بیمار وخیم است. اگر هر سه نوع در بیمار سالم باشد، با علامت X۳ نشان داده می‌شود. با استفاده از سوالاتی چون نام شما چیست؟ من کی هستم؟ اینجا کجاست؟ در کجا واقع شده است؟ ما در چه شهری هستیم؟ یا در چه ماهی از چه سالی قرار داریم؟ می‌توان موقعیت‌سنجی را ارزیابی کرد. وقوف به شخص دیرتر از وقوف به زمان و مکان از بین می‌رود.
- **تمرکز:** از عدد ۱۰۰ شروع کنید و به طور متوالی عدد ۷ (یا ۳) را از آن کم کنید. حروف الفبا را به طور معکوس بگویید (از حروف آخر شروع کنید). اسامی ماه‌های سال را به طور معکوس از ماه دسامبر بگویید.
- **حافظه:** در افراد مبتلا به زوال ذهن نوع آلزایمر، حافظه نزدیک زودتر از حافظه دور آسیب می‌بیند. در بیماری مغزی نقصان حافظه نزدیک (فراموشی) معمولاً قبل از اختلال حافظه دور روی می‌دهد. حدت حافظه یا hyperamnesia در شخصیت پارانوئید دیده می‌شود. اضطراب ممکن است ذخیره‌سازی فوری و حافظه نزدیک را مختل کند. فراموشی پیش‌گستر پس از مصرف برخی داروها مثل بنزودیازپین‌ها بروز می‌کند و فراموشی پس‌گستر به دنبال ضربه به سر دیده می‌شود.
- **محاسبه:** آزمون‌هایی مطابق با سطح تحصیلات بیمار انجام دهید. علاوه بر اضطراب و افسردگی علل طبی را نیز در نظر بگیرید.
- **معلومات عمومی:** در این بخش باید کم‌توانی ذهنی و عملکرد هوشی مرزی کنار گذاشته شود. با سوالاتی که دانش و اطلاعات عمومی بیمار را می‌سنجد این بخش را ارزیابی کنید برای مثال بپرسید بین تهران و یزد چند کیلومتر فاصله وجود دارد و...
- **استدلال انتزاعی:** استدلال انتزاعی توانایی حرکت در بین مفاهیم کلی و مثال‌های اختصاصی است. یک شیوه مفید برای ارزیابی توانایی انتزاع این است که از بیمار بخواهیم شباهت بین اشیا یا مفاهیم مشابه را بیان کند و شیوه دوم این است که از او بخواهیم تا ضرب المثل‌ها را تفسیر کند. برای مثال می‌پرسیم: کدام یک از این موارد با بقیه گروه متفاوت است: قیچی، قناری و عنکبوت؟ چرا؟ یا اینکه سب و پرتقال از چه نظر به هم شبیه هستند؟
- **بینش و قضاوت:** در ارزیابی روان‌پزشکی بینش عبارت است از درک بیمار از نحوه احساس، علائم موجود و عملکرد و علل احتمالی تظاهر روان‌پزشکی خود. بیمار ممکن است فاقد بینش، دارای بینش نسبی، یا بینش کامل باشد. بینش نشانگری از شدت بیماری نیست؛ فرد دچار روان‌پریشی ممکن است بینش خوبی داشته باشد در حالی که فرد دچار اختلال اضطرابی خفیف ممکن است بینش جزئی داشته باشد یا حتی فاقد بینش باشد.
- **تاریخچه:** قبل از اینکه بریم سراغ قضاوت به تقسیم‌بندی مختصر از سطوح بینش بهت می‌گیم. اولین سطح زمانی که بیمار به طور کامل بیماریش رو انکار میکنه! توی سطح دوم اما بیمار به آگاهی مختصری داره که ممکنه بیمار باشه و به کمک احتیاج داشته باشه اما در عین حال انکار هم میکنه. توی سطح سوم بینش، فرد آگاه‌ه که بیمار اما بیماریش رو میندازه گردن بقیه یا نسبتش میده به عوامل خارجی یا عضوی. اما توی سطح چهارم که بهش می‌گیم بینش عقلانی، بیمار می‌پذیره که بیمار و این آشفتگی‌ها بخاطر مشکلات خودش و نه دیگران ولی قادر نیست که این آگاهی رو به تجارب آتی و زندگیش تعمیم بده و ازش استفاده کنه. در نهایت توی سطح پنجم یا بینش کامل که بهش بینش هیجانی هم می‌گیم، فرد علاوه بر بینش عقلانی مرحله قبل دارای آگاهی هیجانی از انگیزه‌ها و احساسات خودش و نسبت به معنای نشانه‌های بالینیش شناخت بیشتری داره که این آگاهی عمیقتر منجر به تغییراتی در شخصیت و رفتار فرد در آینده میشه.
- **قضاوت:** قضاوت عبارت است از توانایی فرد برای اخذ تصمیمات درست و عمل بر اساس آن‌ها. سطح قضاوت ممکن است با میزان بینش مرتبط باشد یا نباشد. بیمار ممکن است هیچ گونه بینشی نسبت به بیماری‌اش نداشته باشد، اما از قضاوت خوبی برخوردار باشد. مسائل مهم در ارزیابی قضاوت عبارتند از اینکه آیا بیمار کارهای خطرناک یا کارهایی که او را به دردسر می‌افکند انجام می‌دهد و آیا بیمار قادر است به طور موثر در مراقبت خود نقش داشته باشد؟ برای مثال می‌توانید از بیمار بپرسید که اگر پاکت تمرداری را در پیاده‌رو پیدا کند، چه کاری انجام می‌دهد؟

۱۴ معلومات عمومی جزء کدام بخش از معاینه وضعیت روانی است؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

- (الف) وضعیت شناختی (ب) ادراک (ج) تفکر (د) تمرکز
پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۱۵ از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی خواسته شد ضرب المثل زیر را توضیح دهد: «کسی که در خانه شیشه‌ای زندگی می‌کند، سنگ پرتاب نمی‌کند» او پاسخ داد: «خیلی آسان است، شما ممکن است با این شیشه را بشکنی» کدام بخش از وضعیت روانی او دچار مشکل است؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

- (الف) قضاوت (ب) تفکر انتزاعی (ج) ادراک (د) تمرکز
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۱۶ در مصاحبه با یک مراجع، شما از او می‌خواهید که ضرب المثلی را تفسیر کند. هدف شما ارزیابی کدامیک از موارد زیر می‌باشد؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

- (الف) قضاوت (ب) تفکر انتزاعی (ج) اطلاعات عمومی (د) حافظه
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۱۷ هنگامی که از بیمار می‌خواهید شباهت اشیاء و مفاهیم را بیان کند یا ضرب المثلی را تفسیر نماید، کدامیک از موارد زیر را ارزیابی کرده‌اید؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۹-۹۸)

- (الف) وضعیت ادراکی (ب) قضاوت (ج) استدلال انتزاعی (د) عاطفه
پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

۱۸ از بیمار سوال شد اگر پاکت تمبر خورده‌ای را در خیابان پیدا کند چه می‌کند؟ او پاسخ داد: «خوب، البته آن را باز می‌کنم و می‌خوانم ممکن است داخلش پول باشد» کدام بخش از وضعیت روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد؟

(ارشد وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

- (الف) بینش (ب) قضاوت (ج) هشیاری (د) محتوای فکر
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

فنون مصاحبه

رسیدیم به مبحث جذاب فنون و تکنیک‌های مصاحبه که البته توی فصل سوم هم به این مبحث اشاره کردیم. میتونی این قسمتارو با هم ادغام و یکپارچه کنی توی ذهنت. علاوه بر اصول کلی مصاحبه که تا اینجا گفتیم، یه سری فنون اختصاصی وجود داره که به ما توی اخذ اطلاعات از بیمار کمک می‌کنه. این فنون رو میتونیم به طور کلی به سه دسته مداخلات تسهیل کننده، مداخلات گسترش دهنده و مداخلات مسدود کننده (که این سومی عموماً مخربه) تقسیم کنیم. بریم تا برات هرکدومو بیشتر توضیح بدم...

مداخلات تسهیل کننده: مداخلاتی وجود دارد که در قادرسازی بیمار برای ادامه بازگویی داستان خود و همچنین در ارتقای رابطه مثبت پزشک و بیمار موثراند. گاهی برخی از این فنون را می‌توان در یک مداخله واحد تلفیق نمود. این فنون عبارتند از تقویت، بازتاب، جمع‌بندی، آموزش، اطمینان‌بخشی، ترغیب، تصدیق هیجان، شوخ طبعی، سکوت و ارتباط غیرکلامی.

• **تقویت:** مداخلات تقویت در ترغیب بیمار برای درمیان گذاشتن مطالب مربوط به خود و افراد مهم و رویدادهای زندگی‌اش بسیار مهم‌اند. عبارات کوتاهی نظیر «می‌فهمم»، «ادامه بده»، «بله»، «بیشتر بگو»، «آهان»، «هوم» همگی علاقه مصاحبه کننده به ادامه صحبت بیمار را منتقل می‌کنند. نکته مهم این است که این عبارات باید به طور طبیعی با جریان گفتگو تناسب داشته باشد.

۱۹ درمانجویی ضمن بازگو کردن شرح حال خود، متوجه می‌شود که درمانگر صندلی خود را به او نزدیک‌تر کرده و با تکان دادن سر و گفتن «خوب»، «بله»، «هوم»، «بعد چی شد؟» مایل به شنیدن ادامه مصاحبه است. این رفتار درمانگر عبارتست از...؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۱-۹۰)

- الف) رویارویی (confrontation) ب) تسهیل (Facilitation)
ج) تصریح (Clarification) د) گذار (Transition)
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۲۰ هرگاه مصاحبه‌گر در ضمن مصاحبه و در واکنش به اظهارات مراجع، سر خود را تکان می‌دهد، صندلی خود را جلو بکشد و از عباراتی همچون «خوب»، «بعد چه شد؟» استفاده نماید، کدامیک از فنون زیر را به کار برده است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

- الف) تسهیل Facilitation ب) رویارویی Confrontation
ج) گذار Transition د) تصریح Clarification
پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۲۱ از دیگاه فنون مصاحبه، هنگامی که عبارتی از قبیل «آهان»، «می‌فهمم»، «هوم» و «ادامه بده» را به کار می‌برید، از چه نوع مداخله‌ای استفاده شده است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۶-۹۵)

- الف) جمع‌بندی ب) اطمینان بخشی
ج) بازتاب د) تقویت
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۲۲ استفاده از کلماتی چون «آهان»، «هوم»، «بله» و «می‌فهمم» در مصاحبه با بیمار یا مراجع، نشان‌دهنده کدامیک از موارد زیر است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۹-۹۸)

- الف) بازتاب ب) شوخ‌طبعی
ج) جمع‌بندی د) L تقویت
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

• **بازتاب:** روان‌پزشک با استفاده از کلمات بیمار نشان می‌دهد که آنچه را که بیمار گفته شنیده است و علاقه خود به شنیدن مطالب بیشتر را منتقل می‌کند. بازتاب نباید با لحنی چالشی انگیز یا حاکی از عدم باور گفته شود بلکه باید به صورت یک حقیقت بیان شود.

نکته گاهی بهتر است اظهارات بیمار به بیانی دیگر بازگو شود تا بیمار احساس نکند که جمله از یک ربات درآمده است.

۲۳ مراجعی بیان می‌کند: «گمان کنم تمام مشکلاتم ناشی از مسائلی است که در خانه‌ام اتفاق می‌افتد» پاسخ مصاحبه‌گر که به بهترین وجه بتواند محتوای گفتار مراجع را منعکس کند، کدام عبارت زیر است؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۶-۹۵)

- الف) در زندگی زناشویی خود مشکل دارید
ب) فکر می‌کنید مشکلات شما ناشی از مسائلی است که در خانه دارید
ج) به نظر می‌رسد که نگران موقعیت خودتان در محل کار نیستید
د) همه آدم‌ها در زندگی زناشویی مشکلاتی دارند
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

۲۴ در طی مصاحبه با بیمار، روان‌شناس بالینی با استفاده از کلمات بیمار نشان می‌دهد که آنچه بیمار گفته را شنیده است و علاقه خود به شنیدن مطالب بیشتر را منتقل می‌کند، از کدام فن مصاحبه تشخیصی استفاده کرده است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۹)

- (الف) تسهیل‌گرانه
(ب) گسترش‌دهنده
(ج) مسدودکننده
(د) ارتباط غیر کلامی
- پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

۲۵ در جریان مصاحبه بالینی مراجع اظهار می‌دارد که وقتی همسر من به من تهمت زد، حالم گرفته بود. دلم می‌خواست خفه‌اش کنم. مصاحبه‌گر می‌گوید: مثل این که از این موضوع خیلی رنجیده‌ای؛ مصاحبه‌گر از کدام تکنیک مصاحبه استفاده کرده است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۵-۹۶)

- (الف) خلاصه‌سازی
(ب) رفتار توجیه‌آمیز
(ج) انعکاس بی‌رهنمود احساسات
(د) روشنگری
- پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

● **جمع‌بندی:** بهتر است در طول مصاحبه به طور دوره‌ای آنچه در مورد یک موضوع مشخص شناسایی شده است جمع‌بندی شود. این کار به بیمار فرصت می‌دهد تا برداشت روان‌پزشک را روشن یا تعدیل کند و احتمالاً مطالب جدیدی را بیافزاید. وقتی مطالب جدید اضافه می‌شود روان‌پزشک تصمیم می‌گیرد که به واری گفتگو قبلی ادامه دهد یا در مورد موضوع جدیدی گفتگو کند.

● **آموزش:** گاهی آموزش بیمار در مورد فرآیند مصاحبه از سوی روان‌پزشک مفید واقع می‌شود.

● **اطمینان بخشی:** اغلب اطمینان‌بخشی به بیمار مناسب و مفید است. برای مثال اطلاعات مناسب در مورد سیر معمول بیماری می‌تواند سبب کاهش اضطراب شده و بیمار را به ادامه گفتگو در مورد بیماری‌اش تشویق کرده و توسل او به ادامه درمان را تقویت نماید. وقتی روان‌پزشک نمی‌داند فرجام اطمینان‌بخشی چیست، عموماً انجام این کار نامناسب است.

● **ترغیب:** برای بسیاری بیماران مراجعه جهت ارزیابی روان‌پزشکی دشوار است. این افراد اغلب مطمئن نیستند چه اتفاقی خواهد افتاد و دریافت تشویق می‌تواند درگیری آن‌ها را در این فرآیند تسهیل کند. مصاحبه‌کننده باید مراقب باشد در مورد پیشرفت بیمار در مصاحبه مبالغه نکند؛ او می‌تواند پسخوراندنهایی در مورد تلاش‌های بیمار به او ارائه کند، اما پیغام ثانویه باید این باشد که لازم است کار بیشتری انجام گیرد.

● **تصدیق هیجان:** مهم است که مصاحبه‌کننده تظاهر هیجان را از سوی بیمار تصدیق کند. این کار اغلب سبب می‌شود بیمار احساسات بیشتری را در میان بگذارد و با انجام این کار تسکین یابد. اگر ابراز هیجان از سوی بیمار واضح است، اشاره مستقیم به ابراز هیجان مفید نیست و بهتر است به احساسات همراه آن اشاره شود.

● **شوخی طبعی:** گاهی بیمار اظهار طنزآمیزی بیان می‌کند. در این موارد لبخند، خنده یا حتی در صورت لزوم اضافه کردن مطلب دیگری در همین زمینه می‌تواند بسیار مفید باشد. شوخی طبعی متقابل می‌تواند تنش و اضطراب را کاهش داده و خلوص مصاحبه‌کننده را تقویت کند. باید مطمئن شد که منظور بیمار از اظهاراتش واقعاً شوخی بوده و روان‌پزشک به روشنی این مطلب را منتقل کند که همراه با بیمار می‌خندد نه به خود بیمار.

● **سکوت:** استفاده دقیق از سکوت می‌تواند پیشرفت مصاحبه را تسهیل کند. بیمار ممکن است برای تفکر در مورد آنچه گفته شده یا تجربه احساسی در طول مصاحبه برانگیخته شده نیاز به زمان داشته باشد. اگر اضطراب روان‌پزشک سبب شود هر سکوتی را به سرعت برهم بزند، ممکن است این کار مانع دستیابی به بینش شده و تظاهر احساسات بیمار را به تأخیر بیندازد. از سوی دیگر سکوت‌های مکرر یا گسترده سبب مرگ مصاحبه شده و به کشمکش برای این موضوع تبدیل شود که صبر کدام یک از طرفین بیشتر است.

• **ارتباط غیرکلامی:** در بسیاری از مصاحبه‌های خوب، تسهیل‌کننده‌ترین مداخلات غیرکلامی هستند. تکان دادن سر، وضعیت بدن از جمله خم شدن به سمت بیمار، وضعیت بدنی بازتر، قرار دادن صندلی نزدیک‌تر به بیمار، کنار گذاشتن قلم و پوشه و چهره‌ای حاکی از درهم کشیدن ابرو همگی نشان‌دهنده آن هستند که روان‌پزشک توجه می‌کند، فعالانه و با توجه گوش می‌دهد و درگیر مصاحبه شده است.

۲۶ مراجع ۲۲ ساله‌ای در آغاز مصاحبه پس از معرفی خود می‌گوید: «نمی‌دانم چه بگویم و از کجا شروع کنم» سپس به علت بغض درگلو، ساکت می‌شود و چند قطره اشک از چشمانش جاری شده و همچنان ساکت است. کدام اظهار یا اقدام مشاور در این موقعیت مناسب‌تر است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۷-۹۶)

- (الف) احساس می‌کنم دچار افسردگی هستید؛ لطفاً از علت افسردگی خود صحبت کنید
(ب) در این سن جوانی نباید هیچ ناراحتی داشته باشید، به چیزی اهمیت ندهید
(ج) چرا گریه می‌کنید و نمی‌توانید حرف دلتان را بزنید؟
(د) با احترام و آرامش، جعبه دستمال کاغذی را به مراجع تعارف می‌کنید

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

مداخلات گسترش‌دهنده (بسط دهنده): از این مداخلات برای گسترش کانون مصاحبه می‌توان استفاده کرد. زمانی که مصاحبه‌گر می‌خواهد بیمار را تشویق کند تا در مورد مسائل دیگری صحبت کند، از این مداخلات استفاده می‌کند. این مداخلات زمانی موفقیت‌آمیزتر هستند که درجه‌ای از اعتماد در مصاحبه شکل گرفته باشد و بیمار احساس کند مصاحبه‌گر در مورد مطالب مطرح شده قضاوتی ندارد. این فنون شامل شفاف سازی، علائم مرتبط، هدایت، کاوش، گذارها و تغییر مسیر می‌باشد.

• **شفاف سازی:** گاهی شفاف سازی دقیق آنچه بیمار گفته است، می‌تواند به مسائل شناسایی نشده یا شناسایی آسیب‌های روانی منجر شود.

• **علائم مرتبط یا تداعی‌ها:** همچنان که بیمار علائمش را توضیح می‌دهد، حوزه‌های دیگر مرتبط با علائم وجود دارد که باید بررسی شوند. برای مثال علامت تهوع منجر به پرسش درباره اشتها، کاهش وزن و عادات غذایی و... می‌شود.

• **هدایت:** اغلب ادامه بیان داستان را می‌توان با پرسش‌هایی نظیر چه، کی، کجا و چه کسی تسهیل نمود. گاهی ممکن است در مورد چیزی سوال شود که بیمار مطرح نکرده، اما روان‌پزشک تصور می‌کند با مسئله بیمار مرتبط است.

• **کاوش:** در کاوش یا probing یکی دیگر از مداخلات گسترش دهنده است. مصاحبه ممکن است به حوزه تعارض بپردازد اما بیمار ممکن است هرگونه مشکلی را در این زمینه انکار کرده یا آن را ناچیز جلوه دهد. تشویق ملایم بیمار برای صحبت بیشتر در مورد این موضوع ممکن است کاملاً سازنده باشد.

• **گذارها:** گاهی گذارها بسیار آرام اتفاق می‌افتد. برای مثال بیمار در مورد تحصیل اصلی‌اش در کالج صحبت می‌کند و روان‌پزشک می‌پرسد «آیا این تحصیلات منجر به شغلی پس از کالج شد؟». در سایر موارد گذار به معنای حرکت به سمت حوزه متفاوتی از مصاحبه است و در این موارد استفاده از یک جمله پل‌زننده مفید است.

• **تغییر مسیر:** یک فن دشوار برای مصاحبه‌کنندگان مبتدی تغییر جهت کانون توجه بیمار است. بیمار ممکن است به دلایل خودآگاه و اغلب ناخودآگاه از ورود به برخی حوزه‌های مهم پرهیز کند و برای نزدیک شدن به این موضوعات نیاز به هدایت داشته باشد. زمانی که بیمار موضوع را تغییر می‌دهد یا همچنان روی یک حوزه غیرسازنده یا پوشش داده شده تمرکز دارد، می‌توان از تغییر مسیر استفاده نمود.

۲۷ کدامیک از فنون مصاحبه زیر جزء مداخلات توسعه‌دهنده می‌باشد؟
(ارشد وزارت بهداشت ۹۷-۹۶)

- (الف) انعکاس یا بازتاب
(ب) قوت قلب دادن (reassurance)
(ج) سکوت
(د) واضح سازی

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۲۸ کدام یک از موارد زیر جزء مداخلات گسترش دهنده در مصاحبه بالینی است؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۹)

(الف) سوال های ترکیبی

(ب) تقلیل دادن دغدغه های بیمار

(ج) سوال ها و بیان های قضاوتی

پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

مداخلات مسدود کننده: شماری از مداخلات وجود دارند که برای پیشرفت مصاحبه مناسب نیستند. برخی از این مداخلات جزو همان مداخلات مفید قبلی هستند با این تفاوت که این مداخلات شفاف نیستند، غیرمتبسط هستند، در زمان نامناسب بیان می شوند و مرتبط با دغدغه های بیمار نیستند.

• **پرسش های بسته-پاسخ:** یک رشته سوالات بسته پاسخ در اوایل مصاحبه می تواند جریان طبیعی بیان داستان بیمار را به تاخیر انداخته و بیمار را ترغیب کند که پاسخ های تک کلمه ای یا کوتاه بدون هیچگونه بسط و تفسیری ارائه کند.

• **سوالات ترکیبی:** پاسخ گویی به برخی از سوالات دشوار است زیرا بیش از یک پاسخ دارند.

• **سوالات چرا:** به خصوص در اوایل مصاحبه روان پزشکی سوالات «چرا» سازنده نیستند. اغلب پاسخ به چنین پرسشی یکی از دلایلی است که بیمار به جستجوی کمک آمده است.

• **سوالات یا بیانات قضاوتی:** مداخلات قضاوتی عموماً برای موضوع مورد نظر سازنده نیستند و همچنین مانع از آن می شوند که بیمار مطالب حساس یا خصوصی تر را در میان بگذارد. به جای اینکه به بیمار بگوییم که رفتار به خصوصی در او درست یا غلط بود بهتر است به او کمک کنیم که روی این نکته تعمق کند که این رفتار چقدر موفقیت آمیز بوده است.

• **تقلیل دادن دغدغه های بیمار:** درمانگران گاهی در تلاش برای اطمینان دادن به بیمار، مرتکب خطای تقلیل دادن دغدغه ها می شوند. این کار به جای اینکه باعث اطمینان شود می تواند مخرب باشد و بیمار ممکن است احساس کند که مصاحبه کننده آنچه او گفته یا بیان کرده را نفهمیده است. کار سازنده تر این است که دغدغه بیمار واری شود؛ زیرا ممکن است مطالب بسیار بیشتری وجود داشته باشد که بیمار هنوز در میان نگذاشته است.

• **توصیه زودرس:** توصیه زودرس در اوایل مصاحبه اغلب توصیه ای بد است زیرا مصاحبه کننده هنوز همه متغیرها را نمی شناسد. همچنین این کار مانع از آن می شود که بیمار خودش به طرحی برای اعمالش برسد.

• **تفسیر زودرس:** تفسیر زودرس حتی اگر درست باشد می تواند مخرب باشد، زیرا بیمار ممکن است به صورت دفاعی به آن پاسخ دهد و احساس کند درک نشده است.

• **گذار:** بعضی گذارها بسیار ناگهانی هستند و ممکن است سبب انقطاع مسائل مهمی شود که بیمار در مورد آن ها صحبت می کند.

• **ارتباط غیرکلامی:** همانطور که ارتباط غیرکلامی تقویت کننده می تواند تسهیل کننده قدرتمند مصاحبه خوب باشد، اعمال مسدود کننده نیز می تواند به سرعت سبب تخریب مصاحبه شده و رابطه پزشک بیمار را تضعیف کند؛ برای مثال مصاحبه گری که مرتب به ساعتش نگاه می کند، خمیازه می کشد و... تاثیرات غیرکلامی مخربی بر فرایند مصاحبه می گذارد.

خاتمه مصاحبه: ۵ تا ۱۰ دقیقه آخر مصاحبه بسیار مهم است و اغلب مصاحبه گران کم تجربه به آن توجه کافی نشان نمی دهند. مهم است که زمان باقی مانده را به بیمار اعلام کنیم مثلاً می گوییم: "ما مجبوریم که مصاحبه را ظرف ده دقیقه آینده تمام کنیم". در مواردی که چندان هم ناشایع نیست بیمار پرسش یا موضوع مهمی را برای آخر مصاحبه می گذارد و کنار گذاشتن زمان کوتاهی برای شناسایی این موضوعات مفید است. اگر قرار است جلسه دیگری برگزار شود در آن صورت ممکن است مصاحبه گر خاطر نشان کند که در ابتدای جلسه بعدی این موضوع را مطرح کند.

نکته اگر بیمار مرتباً در آخر جلسات اطلاعات مهمی را مطرح کند، این کار و معنای آن بایستی بررسی شود.

مصاحبه انگیزشی: مصاحبه انگیزشی فنی است که برای انگیزه بخشی به بیمار برای تغییر رفتار غیرانطباقی اش از آن استفاده می‌شود. درمانگر برای انتقال درک خود از موضوع از همدلی استفاده می‌کند و با توجه به نقاط قوت بیمار از او حمایت می‌کند و دودلی و افکار یا احساسات متعارض بیمار در مورد تغییر را بررسی می‌کند. درمانگر با ارائه اطلاعات مربوط به موضوع (مانند الکلیسم، دیابت) در طول مصاحبه بیمار را هدایت می‌کند و در عین حال بیمار را سوق می‌دهد که در مورد مقاومت در برابر تغییر رفتار صحبت کند. این روش در تشویق افراد دچار اختلال مصرف مواد برای پیوستن به AA (الکلی‌های گمنام)، تغییر سبک زندگی یا ورود به روان‌درمانی موثر است. در این فن این امکان وجود دارد که تشخیص‌گذاری و درمان را در یک مصاحبه واحد تلفیق نمود و می‌توان آن‌ها را برای طیف وسیعی از اختلالات روانی به کار گرفت.

مصاحبه با بیماران دشوار

بیماران دچار روان‌پریشی: باید در مصاحبه با این بیماران طرح معمول مصاحبه را تغییر داده و متناسب با ظرفیت و تحمل بیمار پیش بروید. بیماران روان‌پریش اغلب هراسان و محتاط هستند و ممکن است اشکالاتی در استدلال و تفکر روشن داشته باشند. این بیماران ممکن است در خلال مصاحبه توهم‌های فعالی داشته باشند که سبب بی‌توجهی و حواس‌پرتی‌شان شود.

توهم‌های شنوایی را بررسی کنید. بسیاری از بیماران تجربیاتشان را به عنوان توهم تفسیر نمی‌کنند و بهتر است با یک سوال کلی‌تر شروع کنیم: «آیا تا به حال وقتی کسی دور و برتان نبوده، صدای کسی را شنیده‌اید که با شما صحبت می‌کند؟». مصاحبه‌گر باید در مورد محتوای توهم، وضوح و موقعیت بروز آن سوال کند. اغلب پرسش از بیمار در مورد یک نمونه اختصاصی و نقل کلمه به کلمه محتوای توهم مفید است. به طور اختصاصی پرسش از بیمار در مورد اینکه آیا تا به حال توهم دستوری را تجربه کرده است بسیار مهم است. نباید اعتبار ادراک بیمار را رد نمود اما آزمودن میزان باور بیمار به توهم‌ها مهم است.

سایر آشفتگی‌های ادراکی از جمله توهم‌های بینایی، بویایی و لامسه نیز باید بررسی شوند. مصاحبه‌کننده نباید مستقیماً از باور کاذبی حمایت کند اما چالش مستقیم با هذیان نیز به ندرت مفید واقع می‌شود به خصوص در اوایل معاینه. برای بیماران دارای رفتارها و افکار پارانوئید حفظ فاصله احترام‌آمیز اهمیت دارد. یک مصاحبه کاملاً گرم ممکن است سوءظن آن‌ها را تشدید کند. از تماس چشمی مداوم پرهیز کنید. در مورد بیمار پارانوئید به جای نشستن چهره به چهره، روان‌پزشک باید درکنارش بنشیند و همراه با بیمار «بیرون» را نگاه کند.

بیماران افسرده و بالقوه انتحاری: بیماران افسرده ممکن است در خلال مصاحبه دشواری ویژه‌ای داشته باشند، زیرا بیمار ممکن است در نتیجه علائم افسردگی دچار نقایص شناختی باشد. درمورد این بیماران بسته به شدت علائم ممکن است پرسش مستقیم بر طرح سوالات باز-پاسخ ارجحیت داشته باشد.

ارزیابی خودکشی باید برای همه بیماران انجام شود که شامل سابقه قبلی، سابقه خانوادگی، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق، افکار فعلی، نقشه خودکشی و قصد آن می‌باشد. اگر بیمار افکار خودکشی را گزارش کند باید از او سوال شود آیا برنامه و نقشه‌ای برای خاتمه زندگی خود دارد یا خیر. هرچند هدف مصاحبه روان‌پزشکی برقراری تفاهم و گردآوری اطلاعات برای درمان و تشخیص است اما امنیت بیمار باید اولویت اول داشته باشد. اگر روان‌پزشک تصور می‌کند که بیمار در معرض خطر بلافاصله است در آن صورت ممکن است لازم شود مصاحبه را خاتمه داد و مصاحبه‌کننده اقداماتی برای تأمین امنیت بیمار انجام دهد.

بیماران ستیزه‌جو، سرآسیمه و بالقوه خشن: هنگام مصاحبه با بیماران سرآسیمه، امنیت بیمار و روان‌پزشک اولویت دارد. بیماران ستیزه‌جو معمولاً در بخش اورژانس مصاحبه می‌شوند، اما بیماران سرآسیمه و عصبانی ممکن است در هر شرایطی دیده شوند. باید صندلی‌ها به نحوی چیده شوند که در صورت ضرورت، هم بیمار و هم مصاحبه‌کننده بتوانند بدون مانع خارج شوند.

از آنجا که افزایش تحریک می‌تواند سبب سراسیمگی بیمار ستیزه‌جو شود باید مراقب باشیم تحریک مفرط را تا حد امکان کاهش دهیم. مصاحبه‌گر باید به شکلی آرام و خونسرد مصاحبه را شروع کند و مراقب باشد به چانه‌زنی یا دادن قول برای جلب همکاری در مصاحبه روی نیاورد. اگر بیمار تهدید کند یا نشانه‌هایی مبنی بر اینکه ممکن است خارج از شرایط مصاحبه خشونت از خود بروز دهد در آن صورت ارزیابی بیشتر ضرورت می‌یابد.

نکته اگر سراسیمگی بیمار شدت گرفت ممکن است لازم شود مصاحبه خاتمه داده شود.

بیماران فریبکار: مصاحبه‌گران آموزش خوبی در زمینه استخراج اطلاعات و آگاهی از فریبکاری دیده‌اند اما این توانایی‌ها خطاناپذیر نیستند. بیماران به دلایل متفاوتی دروغ می‌گویند یا مصاحبه‌گر را فریب می‌دهند. انگیزه برخی از آن‌ها نفع ثانویه است (مثلاً برای منابع مالی، غیبت از کار یا تهیه دارو). برخی بیماران ممکن است به دلیل مزایای روان‌شناختی و اخذ نقش بیمار فریبکاری کند و گاهی نیز به دلایل فرایندهای ناخودآگاه.

در حال حاضر هیچ نشانگر زیستی برای ارزیابی قطعی علائم بیمار وجود ندارد. مصاحبه‌گران متکی به گزارش‌های خود بیماران هستند. وقتی در مورد قابلیت اعتماد به بیمار شبهاتی وجود دارد، در این موارد گردآوری اطلاعات از افراد جانبی در مورد بیمار اقدامی مفید است.

نکته برخی از آزمون‌های روان‌شناختی وجود دارند که به ارزیابی بیشتر قابلیت اعتماد بیمار کمک می‌کنند.

۲۹ مصاحبه‌گر بالینی، هنگام مصاحبه با بیماران سراسیمه، ستیزه‌جو و بالقوه خشن کدام اقدام را باید در اولویت قرار دهد؟

(دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۹)

- (الف) آگاهی از علائم بدنی و تحریک‌پذیری خودش (ب) تشخیص اولیه سریع
(ج) درمان دارویی سریع (د) اقداماتی برای امنیت بیمار
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

معنی	لغت	مرورها
مشکلات مرزبندی	Boundary problems	
تفاهم، وفاق	Rapport	
اجبارها	Compulsions	
هذیان عجیب و غریب	Bizarre delusion	
عقاید انتساب	Idea of reference	
حاشیه‌پردازی	Circumstantiality	
تفکر مماسی	Tangentiality	
درجاماندگی	Perseveration	
واژه‌سازی	Neologism	
گسست از خویشتن	Depersonalization	
گسست از واقعیت	Derealization	
تداعی صوتی	Clang association	
خروج از خط	Derailment	
توهمات پیش‌خوابی	Hypnagogic	
بازتاب	Reflection	
شفاف و روشن‌سازی	Clarifying	
کاوش	Probing	
وضعیت هشیاری و شناختی	Sensorium	

واژه‌نامه

به آخر کتاب رسیدیم؛ خسته نباشی دلاور ولی برای تکمیل کار این قسمت رو هم بخون. توی واژه‌نامه اصطلاحات مهمی که در کتاب اوتمر بوده رو برات به صورت خلاصه تعریف کردم. این قسمت برای یادگیری بهتر و همچنین تطبیق دادن تعاریف با لغات و اصطلاحات تخصصی خیلی مفیده، پس حداقل یه دور بخونش.

• **تخلیه هیجانی (Abreaction):** تخلیه تنش هیجانی به واسطه یادآوری یا برون‌ریزی یک تجربه دردناک که واپس‌زده شده است. Catharsis یا پالایش (یک تکنیک جهت آزادسازی ذهن به وسیله وادار کردن شخص به یادآوری واقعه یا تجربه تروماتیک) یکی دیگر از اصطلاحاتی است که به این حالت مربوط می‌شود.

• **محاسبه‌پریشی (Acalculia):** ناتوانی در انجام عملیات ریاضی، که در ضایعات لب آهیانه‌ای دیده می‌شود. آکالکولیا نوعی آفازی است.

• **سطح فعالیت (Activity level):** توانایی در تصمیم‌گیری برای شروع و تکمیل کردم اعمال، و احساس رضایت از آنهاست. لب پیشانی هدایتگر کنترل و کارکردهای اجرایی است.

• **نوشتار پریشی (Agraphia):** فقدان توانایی انتقال در نوشتن، معمولاً به اختلالات مغزی نسبت داده می‌شود و اغلب مناطق دریافتی یا بیان زبانی را متاثر می‌کند.

• **ناآرامی (Akathisia):** وضعیتی که با بی‌قراری حرکتی مشخص می‌شود و طیف آن از اضطراب ناتوانی در درازکشیدن یا نشستن به طور کامل یا تا خوابیدن متغیر است. این حالت همراه با گام برداشتن، ضربه زدن با پا و راه رفتن روی یک نقطه است.

چند اصطلاح بعدی درباره حالتای فراموشیه:

• **حالت‌های نسیانی (Amnestic states):** حالتی از اختلال حافظه که به صورت ناتوانی در آموختن اطلاعات جدید یا یادآوری اطلاعاتی که قبلاً آموخته شده‌اند، مشخص می‌شود.

• **فراموشی پیش‌گستر (Anterograde):** اشاره دارد به فراموشی وقایعی که متعاقب یک ضربه ایجاد می‌شود. بیمار از ذخیره دائم اثرات خاطره جدید ناتوان است. اگر در طی مصاحبه یک لطیفه را چندین بار تکرار کنید، در اوج جوک بیمار مجدداً می‌خندد.

• **آلزایمر نوع مزمن (Alzheimer type Chronic):** بستگی به میزان درگیری کورتیکال دارد؛ بیماران در ابتدا از فقدان حافظه اخیر و فوری رنج می‌برند و بعدها حافظه دور خود را از دست می‌دهند.

• **حالت نسیانی مزمن نوع کورساکوف (Korsakoff type amnestic state Chronic):** هنگامی رخ می‌دهد که حافظه اخیر مختل شده باشد ولی حافظه فوری و دور بیمار سالم مانده باشد.

• **اختلال در بازیابی (Impaired retrieval):** در فراموشی نرمال و در فراموشی پس‌گستر رخ می‌دهد.

• **فراموشی پس‌گستر (Retrograde):** بیمار وقایع قبل از ضربه مغزی را فراموش کرده است. این حالت در بیمارانی که با شوک الکتریکی درمان می‌شوند دیده می‌شود.

• **فراموشی روانزاد (Psychogenic):** بیمار مدعی است نمی‌تواند وقایع خاصی را به خاطر بیاورد یا مدعی است که حافظه اخیر خود را به طور کامل از دست داده است. به رغم ادعای بیمار به این ناتوانی، او راه خود را پیدا می‌کند.

• **فراموشی شبیه‌سازی شده (Simulated):** بیمار با اختلال شخصیت ضداجتماعی یا اختلال ساختگی ممکن است فراموشی را برای کسب پاداش تقلید کند. هیپنوتیزم و سدیم آمیتال در این وضعیت کمک کننده نیستند.

• **واکنش سالگرد (Anniversary reaction):** علائم یا رفتارهای مختل شده که در سالگرد یک تجربه مهم در زندگی بیمار (غالباً یک فقدان) رخ می‌دهند.

• **کردار پریشی (Apraxia):** به معنای ناتوانی در انجام حرکات هدفدار بدون نقص حسی یا حرکتی و ناتوانی در استفاده مناسب از اشیاء می‌باشد.

- **توجه (Attention):** توانایی تمرکز حواس بر یک موضوع یا فعالیت. لب پیشانی تمرکز حواس ارادی را تنظیم می‌کند و سیستم فعال کننده مشبک صعودی هشیاری را تنظیم می‌کند. سیستم لیمبیک ارزش هیجانی را برای عطف توجه افزایش می‌دهد.
- حالا یکم درباره اصطلاحات مرتبط با سنخ بدنی یا Body type برات بگم:
- **Dysplastic:** چاق با بافت چربی فراوان در تنه و اندام.
- **Ectomorphic:** باریک، لاغر با اندام‌های نسبتاً دراز؛ از قراری همراه با اسکیزوفرنیا است.
- **Endomorphic:** نوع پیک‌نیک شکل (بدن چاق همراه با بیرون‌زدگی شکم) که با اختلال دوقطبی همراه است.
- **Mesomorphic:** ساختمان بدنی نیرومند و خوش‌هیکل.
- این سنخ‌های بدنی هم جالبه‌ها! انگار یه همبستگی بین سنخ بدنی با یک سری اختلالات وجود داره... بریم سراغ اصطلاحات دیگه.
- **اغما (Coma):** فقدان آگاهی و پاسخ‌دهی به تحریک بیرونی.
- **تمرکز (Concentration):** توانایی حفظ توجه به محرک خارجی و اعمال ذهنی از قبیل حل معما و محاسبات ریاضی.
- هم‌خوانی توهم‌ها و هذیان‌ها (Congruency of hallucinations and delusions): اشاره دارد به رابطه بین محتوای توهمات یا هذیان‌ها و خلق غالب و متداول بیمار.
- **هشیاری یا آگاهی (Consciousness):** حالتی از هشیاری ذهنی و پاسخ‌دهی متناسب به محرک خارجی است و از طریق سیستم فعال کننده صعودی کنترل می‌شود.
- **هذیان (Delusion):** عقیده اشتباه تثبیت شده‌ای که به رغم شواهد آشکار متضاد با اصرار حفظ می‌شود. این عقاید تحمل واقعیت‌سنجی را ندارند.
- **Primary (Apophany):** تجاربی که از وقایع دیگر اقتباس نشده‌اند و به سه شکل وجود دارند: خلق هذیانی، درک هذیانی و عقاید هذیانی ناگهانی.
- **ثانویه (Secondary):** تجاربی که ناشی از دیگر تجارب مرضی است.
- اختلال در حس چشایی: (Dysgeusia) نقص یا تحریف حس چشایی. بیماران مبتلا به اختلال افسردگی گزارش داده‌اند که مزه گوشت برایشان شبیه کاه است.
- **خوانش‌پریشی (Dyslexia):** وضعیتی است که یک شخص با بینایی نرمال و هوش نرمال قادر به تعبیر زبان نوشتاری نیست.
- **خود ناهمخوان (Ego - dystonic):** بر محتوای فکر یا تکانه‌ای دلالت می‌کند که شخص آن را نه به عنوان اینکه از آن خودش باشد و نه اینکه در کنترل ارادی وی باشد تجربه می‌کند، و اینکه با درک وی از خودش یا ناسازگار است یا مغایرت دارد.
- **خود همخوان (Ego - syntonic):** اشاره به عقاید یا تکانه‌هایی دارد که قابل‌پذیرش و سازگار با ادراک شخصی فرد از خودش باشد.
- **نشنگی یا شنگولی (Euphoria):** حالت مرضی یا غیرنرمال فیزیکی یا هیجانی از احساس سلامتی.
- **خلق طبیعی (Euthymia):** شادمانی یا آرامش روانی.
- **برانگیختگی (Excitement):** افزایش گهگاهی در فعالیت حرکتی.
- **شیدایی (Manic):** بیمار، عاطفه خصمانه یا یوفوریک را نشان می‌دهد؛ پرش افکار و افزایش حرکات هدفمند و بیانی دارد.
- **پارانوئید یا بدگمانی (Paranoid):** بیماران با اسکیزوفرنیا نوع پارانوئید، ممکن است افزایش شدت واج‌ها را تجربه کنند (توهمات صداهایی که باهم گفتگو می‌کنند) و با افزایش فعالیت روانی - حرکتی واکنش نشان دهند.

- جنون دونفره یا اختلال روان‌پریشی اشتراکی (Folie a deux): رخ دادن یک اختلال مشابه، اغلب یک هذیان، در دو شخص که به هم نزدیک‌اند در یک زمان.
- **سندرم گرستمان یا گرشنم** (Gerstmann syndrome): ژوزف گرستمان، یک علامت پیچیده را شرح داد که شامل آگنوزی انگشت، اختلال موقعیت‌سنجی راست و چپ، ضعف و عدم توانایی مصاحبه ریاضی و آگرافی.
- کاتاتونی دوره‌ای جسینگ (Gjessing periodic catatonia): جسینگ نشان داده است که در مشاهداتش کنترل شده سیستماتیک، کارکردهای حرکتی، تفکر و ادراک در کاتاتونی دوره‌ای به شدت بستگی به تغییرات مثبت یا منفی سطح تعادل نیتروژن دارد.
- **توهم** (Hallucination): یک درک حسی بدون وجود یک محرک خارجی که در طی بیداری کامل رخ می‌دهد.
- **شنیداری** (Auditory): چنین توهماتی Phonemes نیز نامیده می‌شوند. بیماران با پس‌یکوز ساختاری سه نوع واج را گزارش می‌کنند، صداهایی که بیمار دستوراتی می‌دهند، صداهایی که توصیه می‌کنند و انتقاد می‌نمایند، افکاری که قابل شنیدن است.
- **پیچیدگی** (Complexity): توهمات، از ساده تا پیچیده متفاوت‌اند.
- **Dysmegalopsia**: اشیاء در توهمات بینایی ممکن است فضای بیشتری را اشغال کنند و بزرگتر (ماکروپسیا یا درشت بینی) یا کوچکتر (میکروپسیا یا خرد بینی) از حد واقعی به نظر برسند. هر دو تجربه دیس‌مگالوپسیا نام دارند.
- **چشایی** (Gustatory): توهمات چشایی اغلب توسط بیماران اسکیزوفرنیک که هذیان‌های گزند و آسیب دارند، گزارش می‌شوند.
- **لمسی** (Haptic): ادراکات لمسی که در اختلالات شناختی شایع‌ترند. اینکه حشرات روی پوست بیمار در حال خزیدن هستند در دلیریوم ترمنس به دلیل محرومیت از الکل گزارش می‌شود.
- **پیش‌خوابی** (Hypnagogic): توهمات بینایی و شنیداری که همراه دوره‌های REM در شروع خواب رخ می‌دهد.
- **پس‌خوابی** (Hypnopompic): در انتهای خواب رخ می‌دهند.
- **بویایی** (Olfactory): توهمات بویایی می‌توانند مقدم بر تشنجات به خصوص تشنجات لب تمپورال، رخ دهند.
- **درد** (Pain): بیماران اسکیزوفرنیک توهمات درد را گزارش می‌دهند از قبیل نیرویی که گوشت روی استخوان‌هایشان را شکاف می‌دهند.
- **توزیع فضایی و زمانی** (Space and time distribution): توهمات ممکن است در خارج از فضای معمول حسی رخ دهند. برای مثال یک بیمار مکن است شخصی را دقیقاً پشت سرش، جایی که به طور نرمال برای خود فرد قابل مشاهده نیست، ببیند یا مکالمه اشخاصی را از کیلومترها دورتر بشنود. این توهمات extracampine نامیده می‌شوند.
- **دهلیزی** (vestibular): تصویرهای ذهنی بینایی که به وسیله تحریک وستیبولار متاثر می‌شوند و اغلب در توهمات الکلی دیده می‌شوند.
- **دیداری یا بینایی** (visual): این توهمات می‌توانند به طور منفرد یا ترکیبی با انواع شنیداری رخ دهند.
- **بینش یا بصیرت** (Insight): به دانش بیمار مبنی بر اینکه علائم اختلال وی غیرنرمال و مرضی‌اند اشاره دارد.
- **تحریک‌پذیری** (Irritability): افزایش حساسیت و افزایش واکنش‌پذیری به محرک خارجی.
- **بی‌ثباتی عاطفه** (Lability of affect): تغییرات در منتهی‌الیه دو طیف که در عرض چند دقیقه به طور خود به خودی یا در اثر تحریک به وسیله تغییر در محتوای فکر رخ می‌دهند. اغلب در بیماران با اختلالات شناختی یا دوقطبی مشاهده می‌شود.
- **ادا و اطوار** (Mannerism): تغییر غریب یا اغراق در حرکات، تکلم، نوشتار یا لباس پوشیدن.
- **حافظه** (Memory): توانایی یادآوری وقایع، تجربیات، حقایق و تأثیرات گذشته. حافظه معمولاً تقسیماتی به این قرار دارد: فوری یا کوتاه مدت short term or immediate، یادآوری وقایع چند دقیقه پیش. اخیر یا recent که به معنای یادآوری وقایع چند ماه و چند روزتا دقایقی قبل می‌باشد. حافظه دور یا Remote که تأثیرات از کودکی و سال‌ها قبل را در خود جای می‌دهد.

- **وضعیت روانی (Mental status):** جنبه مقطعی روان‌شناختی و کارکرد بالاتر قشری، که متضاد تاریخچه بیمار است، چرا که تاریخچه منعکس‌کننده نقطه‌نظر طولی مشکلات روان‌پزشکی بیمار می‌باشد.
- **خلق (Mood):** احساس خوشایند یا ناخوشایندی که به واسطه آن، یک شخص خودش، دنیای بیرونی‌اش، و واکنش‌هایش به این دو را تجربه می‌کند. بین خلق و عاطفه افتراق بگذارید؛ عاطفه تظاهر بیرونی هیجان است که توسط مصاحبه‌گر قابل مشاهده است اما خلق هیجان زمینه‌ای است که به طور ذهنی تجربه می‌شود و در چهره و بدن مشخص نیست و باید آن را از بیمار پرسید.
- **واکنش‌پذیری (Reactivity):** به تغییرات خلق به علت وقایع بیرونی، از قبیل خلق افسرده که در پاسخ به تجارب خوشایند به حالت عادی بازمی‌گردد اشاره دارد.
- به نفسی تازه کن و بعدش بقیه واژه‌نامه رو قورت بده. حاضری؟ بزن بریم سراغ اصطلاحات مرتبط با حرکات و Movement!
- **Athetotic:** نوشتن آهسته، خشن، کرمی شکل، حرکات غیرارادی انتهای اندام‌ها، در انتهای دیستال نسبت به انتهای پروگزیمال یک عضو، آشکارترند.
- **Choreic or choreatic:** حرکات سریع، به طور ناگهانی جهنده و غیرارادی که شبیه حرکات بخش‌های بیانی و واکنشی است.
- **بیانی (Expressive):** اینها هیجانات بیمار را در حالت‌های چهره، ژست‌ها و وضعیت‌هایش منعکس می‌کنند.
- **هدفمند (directed-Goal):** برای انجام همه کارهای فیزیکی و اعمال هدفمند لازم است.
- **تیماری (Grooming):**
- **Myoclonic:** انقباضات ناگهانی عضلانی که محدود به یک ناحیه از بدن است.
- **واکنشی (Reactive):** اینها در پاسخ به محرک غیرمنتظره لمس، بینایی یا شنیداری رخ می‌دهند.
- **رفتار خودآمد یا بی‌اختیاری (Spontaneous):** شامل مالش بینی و دست، کشیدن لاله گوش، پوشاندن دهان، آهسته با پا ضربه زدن، گام زدن، جویدن ناخن، با انگشت ضربه زدن، ادا و اصول و دهن کجی، و حرکات کلیشه‌ای.
- **رفتار قالبی (Stereotyped):** به طور متحدالشکل انجام می‌شوند.
- **سکوت پیشگی یا گنگی (Mutism):** فقدان تکلم.
- **Akinetic:** بیمار گنگ و بی حرکت است ولی چشمانش مردم اطراف را تعقیب می‌کند و می‌تواند برگردد.
- **Omega sign:** ابروها به سوی یکدیگر کشیده می‌شوند و انتهای داخلی آنها به طور مایل بالا می‌رود به طوری که چین‌خوردگی عمودی و افقی در میانه پیشانی ایجاد می‌کنند.
- **موقعیت‌سنجی (Orientation):** اشاره دارد به توانایی بیمار برای تعیین هویت خودش (موقعیت سنجی به شخص، موقعیت سنجی به مکان، موقعیت سنجی به زمان)
- **نابجاگویی (Paraphasia or paraphrasia):** اختلالی که با تکلم ناهماهنگ مشخص می‌شود.
- **سرگشتگی (Perplexity):** نشانه‌ای که به طور شایع در اختلالات شناختی و گاهی نیز در اختلالات خلقی و اضطرابی مشاهده می‌شود.
- **وضعیت بدن (Posture):** حفظ تون عضلانی بر خلاف جاذبه.
- **خشک‌زدگی (Catalepsy):** بیمار، وضعیت غیرنرمالی را برای دقایقی تا ساعت‌ها، حفظ می‌کند.
- **وضعیت‌گیری (Posturing):** بیمار بدنش را در وضعیت عجیبی نگه می‌دارد.
- **انعطاف‌پذیری مومی (Waxy flexibility):** بیمار تا حدی مقاومت پلاستیک در مقابل حرکتی که معاینه‌گر به او تحمیل کرده نشان می‌دهد و وضعیت نهایی خود را برای مدتی حفظ می‌کند.
- **توهم کاذب (Pseudohallucination):** این اصطلاح، چندین معنی را داراست. توهمات، ممکن است در یک فضای ذهنی درک شوند تا اینکه در فضای عینی درک شوند.

- **تشنج کاذب (Pseudoseizure):** یک واقعه بالینی که شبیه به تشنج گراندمال است ولی فاقد اجزای اساسی آن است.
- **تظاهر (Simulation):** وانمود و تظاهر به داشتن یک بیماری یا یک علامت.
- **گفتار (Speech):** تشکیل مکانیکی کلمات توسط اجزاء عضلانی دهان، زبان، دیافراگم و طناب‌های صوتی، و به وسیله کارکردهای مرکزی هدایت‌کننده و سازمان‌دهنده مراکز تکلم در نیمکره غالب مغز.
- **مفاهیم واژه‌ها (Concept of words):** طریقی که به وسیله آن، کلمات مورد استفاده قرر می‌گیرد.
- **جریان (Flow):** تداوم تولید کلام به طور شفاهی.
- **Mumbled:** تکلم همراه درنگ با شدت کم، ضعف در تلفظ شمرده و مکث‌های غیرطبیعی و آهسته صحبت کردن (کره هانتیگون).
- **نوواژه‌سازی (Neologism):** ساختن یک کلمه بی‌معنی جدید.
- **نابجاگویی (Paraphasic):** تکلمی که در آن، بیمار کلمه صحیح را به واسطه کلمه غلط جایگزین می‌کند.
- **فشار تکلم (Pressure of speech):** در فشار تکلم، بیمار میل مفرطی برای تداوم دارد و نمی‌توان او را متوقف کرد.
- **حمله کلام (push of speech):** در حمله تکلم هیچ مکثی بین لغات و عبارات نیست.
- **Retarded:** آهسته و کند به همراه مکث‌های زیاد.
- **Scanning:** حروف صدادار و حروف بی‌صدای مصوت (m و n) کشیده می‌شوند.
- **Staccato:** متضاد تکلم Scanning است و شامل کلمات بریده شده‌ای است که به طور ناگهانی بیان می‌گردند.
- **عامل استرس‌زا (Stressor):** یک عامل استرس‌زا، محرکی است که به توانایی بیمار برای پاسخ دادن فشار می‌آورد.
- **شاخص زمانی (Time marker):** بیمار یک واقعه زندگی را به عنوان علت اختلالش در نظر می‌گیرد، ولی مشخص است که واقعه صرفاً رخداد هم‌زمانی با اختلال داشته است، که اغلب پس از شروع اختلال است.
- **Magnifier:** عامل استرس‌زا بخشی از زندگی معمول بیمار است ولی ناگهان او قادر به پرداختن آن نیست.
- **پیامد (consequence):** طلاق یا از دست دادن شغل که به عنوان واقعه زمینه‌ساز یک اختلال روانی گزارش می‌شوند، در واقع نتیجه آن می‌باشند.
- **محتوای افکار مرضی (Pathological thought content):** در طی یک دوره افسردگی برخی بیماران که احساس گناه را تجربه می‌کنند، گذشته‌شان را برای یافتن دلایلی برای ایجاد احساس بد غربال می‌کنند.
- **آغازگر (Trigger):** ممکن است یک عامل استرس‌زا، آغازکننده یک اختلال روان‌پزشکی باشد و این در صورتی است که بیمار یک استعداد قبلی برای اختلال روان‌پزشکی داشته باشد.
- **علت (Cause):** بر طبق DSM دو نوع اختلال به واسطه عوامل استرس‌زا ایجاد می‌شوند: اختلال استرس پس از سانحه و اختلال انطباقی.

نوبتیم که باشه وقت اینه که درباره بهت یا Stupor بیشتر بدونی:

۱. **سطح هشجاری:** به نظر می‌سد بیمار ناآگاه است و صرفاً با برخی حرکات دفاعی یا اظهاراتی، به درد پاسخ می‌دهد.
۲. **وضعیت روان‌پزشکی خاص:** استوپور روزداد به عنوان یک واکنش ترس ناگهانی رخ می‌دهد. به نظر می‌رسد که بیمار بی‌حرکت، ساکت و گنگ است، ولی هشیار است و اختیاری در ادرار یا مدفوع ندارد.
۳. در استوپور به علت وضعیت طبی، از قبیل موتیسم آکینتیک، ضایعات فضاگیر بطن سوم، تالاموس یا مغز میانی ممکن است یافت شوند.
- **کاتاتونیک (Catatonic):** بیمار ساکت و آرام (Mute) است، انقباض عضلانی وی به خصوص در عضلات قدامی گردن، ماسترها و عضلات اطراف دهان افزایش یافته است که به اسپاسم پوزه معروف است. بیمار به واکنش دردناک یا آناستزی پاسخ نمی‌دهد، بی‌اختیاری ادرار دارد و ممکن است کاتالپسی نشان دهد. بیمار معمولاً هشیار است.

- **افسردگی (Depressive):** بیمار ممکن است گیج، حیران (Perplexed) و سردرگم به نظر برسد. در این حالت بیمار، ممانعت، مخالفت، کاتالپسی یا افزایش تانسین عضلانی ندارد.
- **تلقین پذیری (Suggestibility):** وضعیتی که در آن یک شخص آماده پاسخ دادن به القائات نظرات دیگران تا نقطه پذیرش غیربحرانی (Uncritical acceptance) است.
- **Tardive dyskinesia:** یک اختلال حرکتی است که در اثر مصرف نورولپتیک ها به وجود می آید و اغلب غیرقابل برگشت است. این اختلال با ملج دهان، حرکات پیچ خوردن زبان و حرکات پرشی انگشتان مشخص می شود.
- **تفکر انتزاعی (Abstract):** توانایی استفاده از نمادها از قبیل استفاده از کلمه "سگ" و تعمیم دادن آن به طبقه ای نمادها از قبیل اینکه "یک سگ، حیوانی چهارپا است که پارس می کند".
- **تفکر عینی یا انضمامی (Concrete):** عدم توانایی انتزاع (The inability to abstract).
- **انسداد فکر (Thought blocking):** توقف ناگهانی و بی اختیار در قطار فکر.
- **Torpor:** غیرفعال بودن به صورت غیرطبیعی، غیرفعال بودن به طور گذرا، کرختی، آپاتی.
- **انتقال (Transference):** انتقال یا تغییر جهت ناخودآگاهانه یک عاطفه (Affect) و الگوی رفتاری از شخصی به شخص دیگر، به ویژه انتقال (transfer) هیجانی (emotion) بیمار که در اصل منشا گرفته از تصویر والدین است به صورت همانندسازی ناخودآگاهانه به درمانگر منتقل می شود.
- **لرزش (Tremor):** رعشه، تغییر انقباض گروه های عضلات آنتاگونیست پلک ها، زبان، لب ها، سر، قسمت فوقانی تنه، انتهای اندام ها و دست ها. لرزش ها را می توان به واسطه فرکانس، دامنه، نظم و رابطه با حرکات ارادی طبقه بندی کرد.
- **Action:** هنگامی رخ می دهد که اندام به شکل اختیاری در وضعیت خاصی بماند، و هنگامی که شل می شود این وضعیت رفع نگردد.
- **بال بال زدن کبدی (Hepatic flapping):** شکل خاص یک لرزش حین انجام عمل.
- **قصدی (Intention):** لرزش ها با حرکات رخ می دهد و اغلب در نزدیکی انتهای تکمیل یک حرکت افزایش می یابد.
- **سکون یا استراحتی (Static or resting):** لرزش وقتی رخ می دهد که اندام در حالت فراغت است.
- **Verhältnisblodsinn:** ناسازگاری و اختلاف بین جاه طلبی و قوه ادراک، بین میل و آرزو و توانایی ها، بسیاری بیماران مبتلا دائما کسب و کار جدیدی را شروع می کنند و دیگران را با دلایل کاذب، ترغیب به سرمایه گذاری در کارهای مخاطره آمیز خود می کنند و سپس کنترل مالی را از دست می دهند. هرجایی که شکست می خورند، دیگران را در سقوط خود درگیر می کنند.
- **Vigilance:** توانایی نگهداری توجه به محرک خارجی بیش از مقدار زمان مورد نظر.
- **انعطاف پذیری مومی (Waxy flexibility):** اغلب در کاتالپسی دیده می شود، بیمار اجازه می دهد که اندام ها در وضعیت های غیرمعمول حالت بگیرند و اندام ها با سماجت در آن حالت می مانند.
- **سالاد کلمات (Word salad):** سلاست کلام دائم و بی معنی بدون مکث ها و به همراه اسامی ناصحیح، کلمات بی درپی به واسطه معنی به یکدیگر متصل نمی شوند. سالاد کلمات به طور شایع دلالت بر تخریب مرکز تکلم ورنیکه در لب گیجگاهی غالب است.

