.: به نام بی نام او :.

مقدمه

درس مجموعه روان شناسی بالینی که شامل دروس آسیب شناسی روانی، روانشناسی سلامت، اصول مصاحبه بالینی اتمر، روانشناسی بالینی کرامر و ارزیابی روانشناسی است، از مهمترین دروس برای دانشجویان روان‌شناسی است، چراکه اصول و پایه‌های رشته روان‌شناسی بالینی را معرفی می‌کند و به همین جهت هم در کنکور کارشناسی ارشد روان‌شناسی وزارت بهداشت ضریب ۳ برای آن در نظر گرفته شده است. در حالی که بسیاری از داوطلبان کنکور وزارت بهداشت همچنان صرفاً به مطالعه کتب مرجع برای شرکت در این آزمون اعتماد می‌کنند، برخی از داوطلبان این کنکور در کنکورهای اخیر توانستند صرفاً با تکیه بر مجموعه حاضر که حجمی به مراتب کمتر از کتب مرجع دارد، در مدت کوتاهی به حدود ۷۰ درصد از مطالب اصلی مسلط شوند و به غالب سوالات کنکور پاسخ دهند (به گزارش‌های سایت مراجعه نمایید). مجموعه روانشناسی بالینی ویژه وزارت بهداشت کیهان، حالا برای کنکور پیش‌رو با تغییرات چشمگیری روبرو شده تا کار مطالعه این مجموعه برای داوطلبان ساده‌تر شود.

تغییرات آخرین ویرایش

در آخرین ویرایش این جزوه، برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با آخرین کنکور در متن صورت گرفته است. همچنین برای جلوگیری از افزایش قیمت جزوات، سعی کردیم بدون کاهش کیفیت جزوات، متون را کم حجم کنیم و از تعداد صفحات خالی جزوه بکاهیم.

با اطمینان مطالعه کنید

برای آنکه این مجموعه را با اطمینان مطالعه کنید، به موارد زیر توجه نمایید:

1. گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که جزوات کیهان به ۸۰ **درصد** سوالات آخرین کنکور ارشد وزارت بهداشت پاسخ داده است. در حالی که درصد رتبه‌های تک رقمی در این درس در کنکور به طور میانگین چیزی حدود ۵۲ درصد بوده است. گزارش عینی و شفاف این بررسی را در وبسایت کیهان مطالعه نمایید.
2. این مجموعه توسط رتبه‌های برتر روان‌شناسی از جمله خانم بی طرفان تهیه و ویرایش شده است.
3. این مجموعه، در سال های گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه‌های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. از جمله خانم مریم بی طرفان رتبه ۱۴، خانم گودرزی رتبه ۸ کنکور و خانم نیلوفر پورابراهیم رتبه ۱۱ کنکور. می‌توانید مصاحبه این دوستان را در وبسایت گروه آموزشی بخوانید.
4. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه‌های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور اخیر مورد بازبینی قرار گرفته و برای کنکور ارشد پیش رو کاملاً به‌روزرسانی شده است.

در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه‌ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه‌هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می‌کنیم.

"با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان"

گروه مشاوران کیهان

مرکز خدمات رو انشناسی و مشاوره کیهان

به ما عطا کن

توانی؛

برای تغییر دادن آنچه که می‌توانیم تغییر دهیم

ظرفیتی؛

برای پذیرفتن آنچه که از کنترل ما خارج است

و

بینشی؛

برای درک تمایز میان این دو

.: آشنایی با مجموعه کـــیهـــان :.

درباره کیهان

- گروه آموزشـی کیهان متشـکل از تعدادی از رتبه‌های برتر روان‌شـناسـی و مشـاوره ارشـد و دکتری دانشـگاه‌های تهران، شهیدبهشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت‌های کیهان شامل **ارائه خدمات مشاوره و برنامه‌ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم‌های آموزشی با اساتید برتر روان‌شناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس‌های آموزشی با کیفیت** است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره کیهان فعالیت می‌کند.
- کیهان در هیچ کجای کشور شعبه‌ای ندارد و تمام خدمات و محصولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش‌های علمی مشـاوره و برنامه ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر سـاله تعداد قابل توجهی از رتبه‌های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان‌شناسی از میان کیهانی‌ها بوده‌اند. به طور مثال درسال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲، در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶ ، در سال ۹۹ خانم زهرا دایی رتبه ۶ و در سال ۱۴۰۰ خانم شقایق حاذق رتبه ۳، خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ و خانم نرگس السادات سلیلی رتبه ۱۶ به طور کامل کیهانی بوده‌اند.

درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می‌شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می‌شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی‌اش دارد.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش‌های برنامه ریزی و مشاوره کیهان، از یافته‌های علمی و تجربی استخراج می‌شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می‌شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه های برتر) بهره می‌برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می‌برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور پیش رو، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت سوپروایزرهای کیهان (آقایان فلاح و نیک منش) برگزار می‌شود.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان، مطابق نرخ مصوب عمومی است.

.: کیهان متعلق به شماست، پس برای ارتقاء روزبه روز خدمات آن به ما بازخورد دهید :.

مروری کلی بر عــوامــل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی
از نگاه رتبه‌های بــرتــر کنکور، مشاوران کــیــهــان

۱. هدف: تجربه ما نشان داده داوطلبانی که اهداف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن آنها دچار مشکل شده و گاهی حتی به خط پایان نیز نمی‌رسند. پس پیشنهاد می‌کنیم اول از همه هدفتان را روشن کنید. چرا می‌خواهید ارشد روان‌شناسی شرکت کنید؟ چه رتبه‌ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده‌تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری که مشخص (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع بینانه (Realistic) و دارای محدوده زمانی مشخص (Time-bounded) باشد. در این راه یک دفتر برنامه‌ریزی + یک مشاور آگاه و متخصص می‌تواند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهد.

۲. برنامه‌ریزی: برای رسیدن به هدفتان برنامه ریزی کنید. یک برنامه ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود شما را خسته کند، نه خیلی سبک که شما را به هدفتان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب‌ها، کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید، آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه‌ای که می‌کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. زمان مناسب برای شروع تست‌زنی چه موقع است؟ از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... . ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره‌ای مختلف کیهان را نیز مد نظرتان داشته باشید.

۳. آمادگی ذهنی: حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست‌ها و تلخی‌های گذشته رها کنید. نگرانی‌ها را دور بریزید و فقط به هدفتان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به این‌که موفقیت در این پروژه (کنکور کارشناسی ارشد یا دکتری) چه تاثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.

۴. ابزارهای کارآمد: منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدفتان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات مطرح شده و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید چه زمان باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.

۵. مطلعات منسجم: رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تاکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۷-۶ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.

۶. نظارت و ارزیابی: مدام خودتان، منابع‌تان و دانشی را که اندوخته‌اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می‌کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.

برای شما زیباترین و شایسته‌ترین فرداها را آرزو داریم

گروه مشاوران کیهان

این جزوه شامل دو بخش است:
بخش اول خلاصه کتاب مصاحبه تشخیصی اتمر،
بخش دوم خلاصه کتاب روانشناسی بالینی کرامر و
فیرس

فهرست

عنوان **صفحه**

فصل اول: آغاز سخن، چارچوب ... ۳
فصل دوم: راهبردهای ایجاد رابطه ... ۵
فصل سوم: راهبردهای کسب اطلاعات ... ۸
فصل چهارم: روش‌های سه‌گانه ارزیابی وضعیت روانی ... ۱۲
فصل پنجم: آزمون ... ۱۹
فصل ششم: گام‌های پنج‌گانه برای تشخیص‌گذاری ... ۲۴
فصل هفتم: پنج مرحله و چهار جزء: چگونگی به کارگیری آنها با یکدیگر ... ۲۹
فصل هشتم: بیمار مشکل ... ۳۲
فصل نهم: مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات بالینی» ... ۳۳
فصل دهم: مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات شخصیت» ... ۳۶
منابع ... ۴۳

- پیگیری نظرات اولیه
- تاریخچه روانپزشکی
- تشخیص و پس خوراند
- پیش آگهی و قرارداد درمانی

به هنگام انجام مصاحبه معمولا توالی بین مراحلی به هم می‌خورد و مراحل پس و پیش می‌شود، زیرا معمولا بیمار مصاحبه‌گر را هدایت می‌کند ولی با دانستن مراحل میدانید به کدام مرحله برگردید.

بطور خلاصه هنگام مصاحبه باید دقت کنید آیا بیمار:

۱. در فرایند مصاحبه شرکت می‌کند.
۲. اطلاعات مناسب و سودمند می‌دهد.

اگر چنین است....

۱. روش مصاحبه به وضوح بارآور است.
۲. در پیامدهای بلند مدت، چنانچه بیمار بعد از اولین مصاحبه نیز مراجعه نمود روش مصاحبه مفید بوده است.

هر مصاحبه به **۳ مرحله** یا فرآیند تقسیم می‌شود: شروع و بازگشایی و مرحله میانی و مرحله پایانی

در **مرحله شروع** یا **بازگشایی** مصاحبه‌گر بیمار را آماده می‌کند رابطه درمانی را ایجاد می‌کند و بیمار را برای وظیفه اصلی مصاحبه آماده می‌کند.

در **مرحله میانی** مصاحبه بر اساس اهداف مصاحبه به بخش‌های بیشتری تقسیم می‌شود. مرحله میانی مصاحبه بیشترین زمان مصاحبه را به خود اختصاص می‌دهد.

در **مرحله پایانی** مصاحبه‌گر بیمار را برای اتمام مصاحبه آماده می‌کند مطلب هیجان انگیزی را مطرح نمی‌کند و آنچه که از مصاحبه به دست آمده و همچنین دورنمایی از آینده بیمار را به طور خلاصه در اختیار بیمار می‌گذارد.

فصل دوم: راهبردهای ایجاد رابطه

اولین جزء مصاحبه ایجاد رابطه است که دارای ۶ مرحله می‌باشد:
۱- قرار دادن خود و بیمار در شرایط راحت؛
۲- یافتن رنج و ناراحتی بیمار؛
۳- ارزیابی بینش بیمار؛
۴- نشان دادن توانایی و کفایت خود؛
۵- اعمال نقش هدایت کننده در مصاحبه؛
۶- متعادل کردن نقش‌ها در درمان.

۱- بیمار و خود را در شرایط راحت و آسوده‌ای قرار دهید:

- نشانه‌ها را بشناسید.
- به نشانه‌ها واکنش نشان دهید.

وظیفه درمانگر در مرحله اول این است که نشان دهد متوجه نگرانی‌های مراجع است. طرف اوست و برای نگرانی‌های او احترام قائل است و سعی دارد به او کمک کند.
اولین هدف درمانگر این است که اندکی بیمار را بشناسد و بتواند رابطه را تشکیل دهد نه اینکه فورا بیماری را تشخیص دهد. معمولاً مراجع را به نام خانوادگی او خطاب می‌کنیم ولی اگر در اکثر مواقع نظرات خود او را نیز جویا می‌شویم. اما در مورد بیماران وابسته سایکوتیک و بسیار مضطرب از این سوال صرف نظر می‌کنیم. وضعیت روانی بیمار در اولین ملاقات می‌تواند به وسیله نشانه‌ها بیان شود. یک نشانه زبان غیرکلامی چهره، بدن و صدا است که معمولاً به سختی می‌توان آنها را کنترل کرد. رفتار روانی ـ حرکتی با رفتار مکانی ـ حرکتی (لوکوموتور) هماهنگ و منطبق است.
ایحاد رابطه را با مطالعه این نشانه‌ها اغاز کنید:

1. مربوط به قلمرو (مکانی-حرکتی)
2. رفتاری (روانی-حرکتی)
3. هیجانی
4. کلامی

نشانه‌های کلامی وضعیت روانی بیمار به وسیله انتخاب کلمات خاص مشخص می‌شود. درمانگر باید سعی کند از کلمات و بخصوص از استعاره‌های بیمار استفاده کند. چند مثال :

دیداری

هیچ روزنه امیدی وجود ندارد.
هیچ نوری دیده ن‌می‌شود.

جنبش-حسگری

احساس می‌کنم گیر افتاده‌ام.
دارم خفه میشم.

شنوایی

دلم میخواد فریاد بزنم.
همیشه یک وزوزی تو سرم میپیچه.

انتزاعی

افسرده ام.
اراده ندارم.
نمیتونم تمرکز داشته باشم.

نشانه‌ها بخشی از وضعیت روانی بیمار است و کلیدهای تشخیصی بیماری را در اختیارتان می‌گذارند.
در رابطه با نشانه‌های هیجانی درمانگر می‌تواند با تکان دادن سر، بالابردن ابروها، لبخند و نگاه کردن به دوردست واکنش نشان دهد؛ یا صدای خود را کمی بالا یا پایین ببرد.
ابراز هیجانی درمانگر درحد متوسط می‌تواند واکنش‌های هیجانی بیمار را تسهیل کند.

نکته! نشانه‌ها بخشی از وضعیت روانی بیمار است و کلیدهای تشخیصی بیماری را در اختیارتان قرار می‌دهد.

۲ – رنج و ناراحتی بیمار را بیابید ـ شفقت نشان دهید:

زمانی که بیمار مشکلاتش را که شکایت اصلی می‌نامند بیان می‌کند به بیمار کمک کنید تا ناراحتی و رنج خود را این گونه بیان کند : " این مسئله چه احساسی در شما ایجاد می‌کند ؟"

فرصت دادن به بیمار که به طور آزادانه‌ای درباره ناراحتی خود صحبت کند و آوردن عاطفه او به آگاهی‌اش دو هدف دارد:

۱– به شما فرصت می‌دهد تا خلق و عاطفه بیمار را ارزیابی کنید و ماهیت اساسی خلق و عاطفه او را بررسی کنید.

۲– به بیمار نشان می‌دهد که شما به احساسات او علاقه مندید و این مطلب به عمیق تر شدن رابطه کمک می‌کند.

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

کیفیت زمان‌بندی و محتوای همدلی هم به اندازه کمیت آن اهمیت دارد.

مشکلات بیمار معمولا دو جنبه دارد، واقعیت‌ها و هیجانات همراه آن.

دو هدف اجازه به بیمار برای صحبت کردن ازادانه:

- ارزیابی خلق و عاطفه بیمار
- نشان دهنده علاقه مندی به احساسات بیمار

۳– بینش بیمار را ارزیابی کنید و با او همراه شوید:

برآورد اشتباه از بینش بیمار رابطه را به سرعت از بین میبرد.

دلایل ضرورت ارزیابی بینش بیمار :

۱– وقتی با بیمار مصاحبه می‌کنید به مشکلات او از نقطه نظر خودش نگاه می‌کنید.

۲– فاصله بین درجه بینش بیمار و بینش کامل را به عنوان وسیله سنجش آزمون واقعیت به کار می‌گیرید.

بخشی از برنامه درمانی اصلاح تحریفات بیمار و کسب بینش کامل است.

بیماری که علائم روانپزشکی خود را نتیجه یک اختلال می‌داند **بینش کامل** دارد.

مثلا بیماری که حملات پانیک دارد و این حمله‌ها را قسمتی از بیماری خود می‌داند؛ دارای بینش کامل است.

رابطه درمانی با این بیماران پیشرفت می‌کند و معمولاً به مراکز سرپایی روانپزشکی، روان‌شناسان و یا دیگر متخصصان بهداشت روانی مراجعه می‌کنند.

بیماران دارای **بینش نسبی**، مانند بیماران سایکوتیک، اسکیزوفرنی، بیماران دو قطبی یا افسردگی اغلب از بیمار بودن خود ناآگاهند. سوء مصرف‌کنندگان مواد که تاثیر بیماری شان را برخود و محیط انکار می‌کنند نیز بینش نسبی دارند. هم‌چنین بیمارانی که متوجه هستند یک جای کار غلط است ولی آن را به علل بیرونی نسبت می‌دهند هم دارای بینش نسبی هستند. وقتی در مورد درمان با بیمار دارای بینش نسبی صحبت می‌کنید ابتدا تاکید کنید که دارو حساسیت بیمار را نسبت به فعالیت‌های همسایه‌ها کاهش می‌دهد؛ و نه اینکه بگویید او را از بدگمانی‌های هذیانی رها می‌کند. آگاهی شما از *سطح بینش* در ایجاد ارتباط بسیار مهم است زیرا *نحوه سوال کردن* شما را در طول مصاحبه تعیین می‌کند. بیمار فاقد بینش کامل، انکار می‌کند که از هر نوع بیماری رنج می‌برد و حتی انکار می‌کند که اصلاً ناراحتی دارد. معمولاً دارای همراه هستند، واکنش آنها به سوالات باز به صورت همکاری منفعلانه است. با عصبانیت مقاومت نشان می‌دهند یا اصلاً صحبت نمی‌کنند. وجود مشکلات روانی را نمی‌پذیرند و شکایت اصلی آنها این مورد است که بدون دلیل به مراکز درمانی آمده می‌شوند.

درمانگر در مواجه با بیمار فاقد بینش می‌تواند موقعیت دیدگاه بیمار نسبت به بیماری‌اش را به دست بیاورد.

بعد از اینکه آگاهی یافتید که بیمار چه چیزی را به عنوان اختلالش فرض می‌کند، به وجه مشاهده‌گر سالم وی متوسل شوید.

بیمار دارای بینش کامل می‌تواند ماهیت بیماری را توضیح بدهید و شق‌های درمانی و آلات و اسباب‌لازم برای این کار را مرور کند.

ـ در بیمار دارای بینش نسبی، اساس جمله‌بندی سوالات خود را بر ادراک بیمار بنا بگذارید.

ـ برای بیماران فاقد بینش، بیمارستان را به عنوان محلی امن و دارو را به عنوان محافظت کننده از ایجاد آشفتگی توسط مزاحم ها پیشنهاد کنید. در مورد این بیماران هدف آشکار، تجویز و مصرف داروهای نورولپتیک است :" به این ترتیب مزاحم ها کمتر باعث آزار شما می‌شوند" و هدف درمانی از بین بردن هذیان‌های این بیماران

است که به عنوان یک راز حرفه‌ای نزد خودمان می‌ماند. در این موارد ناچارید راهی برای برانگیختن بیمار به مصاحبه پیدا کنید. همراه، منبعی است که دیدگاه بیمار در مورد رفتارش را مشخص کنید.

نکته! آگاهی از سطح بینش در ایجاد ارتباط با بیمار مهم است چون نحوه سوال کردن شما را در طول مصاحبه تعیین می‌کند.

در افرادی که بیمار بینش نسبی دارد تعیین قسمت سالم مشکل تر است.

۴– نشان دادن مهارت حرفه‌ای خود:

ارایه دورنمایی از بیماری، نشان دادن معلومات و اطلاعات خود، پرداختن به شک و تردیدهای بیمار(چی باعث شد الان این سوال بپرسی ؟) و امیدوار کردن بیمار، موارد این مرحله می‌باشد.

ـ با بررسی دقیق وکنکاش علائم ویژه اختلال او جسارت خود را نشان دهید، یکی از راه‌های ابراز تخصص این است که کنجکاوی بیمار در مورد روانشناسی و بیماری‌های روانی که در تلویزیون دیده یا در کتاب‌ها خوانده را تحریک کنید.

ـ اساس اعتماد مراجع به درمانگر مبتنی است بر اینکه شما چقدر می‌دانید تا اینکه چقدر به آنها اهمیت می‌دهید.

ـ با شک و تردیدهای بیمار، بسیار آزاد و راحت صحبت کنید و از سوالات مقابله‌ای استفاده کنید. از تعبیر و تفسیر استفاده کنید.

ـ رهبری و هدایت‌گری از توانایی مصاحبه‌گر در برانگیختن و هدایت بیمار ایجاد می‌شود.

ـ اگر به نقش‌هایی که بیماران از درمانگران انتظار دارند واقف باشید، بهتر می‌توانید انتخاب کنید که چگونه به آنچه بیمار از خودش ارائه می‌دهد واکنش نشان دهید.

ـ مصاحبه‌گر باید **نقش‌های مختلف** را براساس نیازهای ایده آل بیماران به کار ببرد.

ـ مصاحبه‌گر در **نقش شنونده همدل** نسبت به رنج‌های مراجع حساسیت نشان می‌دهد و شفقت خود را ابراز می‌کند.

ـ مصاحبه‌گر در **نقش متخصص** احساس می‌کند همدلی چیزی جز اتلاف وقت نیست و چیزی که بیمار به آن نیاز دارد به کارگیری دانش است نه شفقت.

ـ **نقش‌هایی که بیماران** بر عهده می‌گیرند شامل: حامل یک بیماری، رنجور و بیمار خیلی مهم است.

ـ بیمار در **نقش** «**حامل یک بیماری**» خود را موقتاً دچار آسیب می‌بیند و می‌گوید خوابش آشفته شده است نه اینکه دچار اختلال شده است. اشتیاقی برای همدردی ندارد و دنبال تخصص و مهارت پزشکی است.

ـ بیمار در **نقش** «**رنجور**» نقشی متضاد حامل یک بیماری است. توقعات او بیش از حد و غیرقابل تحمل است. ابراز همدلی درمانگر باعث می‌شود تا او کنترل خود را مجدداً به دست بیاورد. (افسردگی مزمن و اختلال شخصیتی)

ـ بیمار در **نقش** «**خیلی مهم**» خودش را فردی ممتاز و سزاوار توجه در هر لحظه از روز یا شب می‌داند. توقع بهترین درمان را دارد.

ـ اگر درمانگر و بیمار نقش‌های یکدیگر را نفی کنند، تعارض ایجاد خواهد شد.

ـ وقتی بیمار شکایت دارد یا در رابطه با اهدافش دچار دوسوگرایی یا ابهام شده است؛ درجا نقش شنوده را اتخاذ کنید.

ـ وقتی بیمار درباره شرایط خود فاقد اطلاعات است و نیاز به اطلاعاتی در مورد بیماری دارد، نقش متخصص را ایفا کنید.

ـ وقتی بیمار تصمیمات منطقی گرفته، ولی در انجام آنها درنگ دارد درجا نگه نقش توصیه دهنده را ایفا کنید.

ـ زمانی که بیمار به شما حمله کلامی می‌کند بهتر است کنار بکشید و دلایل تهاجم را ارزیابی کنید.

فصل سوم: راهبردهای کسب اطلاعات

زمانی که بیمار با شکایت کردن آغاز به بیان می‌کند مصاحبه‌گر فقط باید به او کمک کند تا به صحبت‌های خود ادامه دهد، مشکلاتش را به صورت دقیق و با جزئیات بیان کند و همه جوانب مشکل را کاوش کند.

راهبردهای بدست اوردن اطلاعات در....

۱. شکایات: تکنیک‌های گشاینده، تکنیک‌های پیش برنده، تکنیک‌های روشن سازی

۲. مقاومت: القا، لاف زنی، رویارو کردن، تغییر دادن، مبالغه

۳. دفاع‌ها: شناسایی، اداره دفاع ها

نکته! سودمندترین تکینیک ها برای کمک به بیمار جهت غلبه بر مقامت، پذیرش و رویارو کردن.

سه گروه رویکرد مکمل این کار هستند: تکنیک‌های گشاینده، روشن‌کننده، و پیش برنده.

ـ برای بیمار مقاوم جهت غلبه بر مقاومت از تکنیک‌های پذیرش و رویاروکردن استفاده می‌شود.

ـ برای اداره کردن بیمار دفاعی به منظور حفظ رابطه و دستیابی به تشخیص، بیمار را با دفاع رویارو کنید و یا دفاع را تعبیر کنید و تفسیر نمایید.

ـ در مورد بیماری که خود داوطلبانه به مراکز تخصصی بهداشت روان مراجعه می‌کند نیاز است که ۳ گروه از تکنیک‌های زیر جهت مصاحبه به کار گرفته شود:

۱ـ بیرون کشیدن همه شکایات (تکنیک‌های گشاینده)

۲ـ توجه شکایات به علائم و خصوصیات رفتاری طولانی مدت یا مشکلات زندگی (تکنیک‌های روشن کننده)

۳ـ مشخص کردن حوزه هر شکایت و حرکت از یک گروه از شکایات به گروه دیگر (تکنیک‌های پیش برنده)

تکنیک‌های گشاینده یا آغازین:

باید بین فرصت دادن به بیمار برای بیان داستانش با کلام خودش و کسب اطلاعات لازم برای تشخیص، تعادل برقرار شود، به این ترتیب در ابتدای مصاحبه با استفاده از رویکرد سوالات وسیع و باز در ابتدای مصاحبه به بیمار فرصت داده می‌شود مشکلاتش را با کلام خود مطرح کند و آنچه را برایش مهم‌تر است بیان کند و برآن تاکید داشته باشد. این رویکرد بیمار محور است.

ـ اشکال سوالات باز این است که ممکن است به پاسخ‌هایی بیانجامد که طولانی، نامعتبر و ناقص باشد.

ـ مزیت سوال‌های بسته در این است که به پاسخ‌ها سریع واضح و معتبر در یک موضوع مشخص می‌انجامد.

ـ استفاده از مجموعه‌ای از سوال‌های بسته و دقیق به مصاحبه‌گر کمک می‌کند که مصاحبه سیتماتیک انجام دهد و در مقایسه با مصاحبه‌های آزاد بیشتر به وضعیت روانی بیمار احاطه یابد.

ـ زمانی که علائم کلیدی خاصی در اخذ اطلاعات وجود ندارد، استفاده از روش‌های جهت‌دار و مستقیم، موثرتر از روش آزاد است.

ـ سوال‌های بسته به پاسخ مثبت کاذب منتهی می‌شوند و آزادی بیمار را در بیان خود محدود می‌کنند.

ـ در مورد بیمارانی که بیش از حد شکایت دارند، افرادی که مایل هستند مورد پسند مصاحبه‌گر قرار بگیرند، سوال‌های بسته اطلاعات کمی از بیمار به دست می‌دهد.

ـ بهترین رویکرد، ترکیب و استفاده از هر دو نوع پرسش و جریان پیوسته‌ای از پرسش‌های وسیع به متمرکز در مصاحبه است.

ـ بیماران وسواسی، سوال‌های بسته و مشخص را ترجیح می‌دهند. در حالی که شخصیت‌های هیستریک سوال‌های وسیع و باز را ترجیح می‌دهند.

نکته! انتخاب سوالات بر اساس رابطه و مرحله مصاحبه تعیین می‌شود.

ـ **تکنیک‌های روشن‌سازی:** تکنیک‌هایی که برای تشویق بیمار به بیان پاسخ روشن و واضح به کار می‌روند. از جمله: اختصاصی‌کردن یا تصریح، تعمیم، وارسی علائم و پرسش‌های هدایت‌گر، کنکاش، ربط دادن مطالب و خلاصه کردن.

ـ اختصاصی کردن یا تصریح: زمانی که بیمار مبهم صحبت می‌کند و یا پاسخ‌های تک کلمه‌ای می‌دهد؛ مصاحبه‌گر به سوالات بسته تغییر مسیر می‌دهد. کلمات مبهم مانند " بد، افتضاح، اوضاع خراب " را به بیمار برمی‌گردانیم اگر این پسخوراند بی نتیجه بود برداشت خود را از جواب‌ها به او برمی‌گردانیم.

ـ تعمیم: زمانی که بیمار به جای بیان اطلاعات کلی در مورد الگوهای رفتاری ثابت و مکرر که مصاحبه‌گر به آن نیاز دارد، اطلاعاتی اختصاصی و محدود به یک زمینه خاص را بیان می‌کند در این گونه موارد از تکنیک تعمیم استفاده می‌شود.

ـ **وارسی علائم:** زمانی که بیمار به صورت مبهم مشکلش را بیان می‌کند مصاحبه‌گر می‌تواند برای کمک به بیمار فهرستی از علائم را برای تعیین هر نوع آسیب شناسی روانی به وی ارائه کند.

ـ **پرسش‌های هدایت‌گر:** در این تکنیک پاسخ‌های خاصی به بیمار القا می‌شود. اگر قصد دارید بیمار را در جهت خاصی هدایت کنید از سوالات هدایت کننده استفاده کنید.هدایت مثبت، در جهت خاص و هدایت منفی، برای کسب اطلاعات معتبر است.

ـ **کنکاش:** زمانی که بیمار به طور نادرست و بدون اینکه توضیح دهند چرا، معانی و اهمیت خاصی به تجارب خود می‌دهند؛ مصاحبه‌گر باید بکوشد تا دلایل چنین ادعاهایی را معلوم کند. کنکاش وسیله‌ای اساسی است تا بدون اینکه بیمار احساس کند با او مقابله می‌کنند به او کمک شود تا داستان خود را بیان کند.

ـ با استفاده از تکنیک کنکاش، منطق زمینه‌ای تفکر مراجع به واسطه برملا شدن تعابیر غلط، آشکار می‌شود.

ـ کنکاش جهت تعیین محتوای فکری بیمار از نظر عقاید انتساب و هذیان‌ها بسیار مفید است.

ـ زمانی که بیمار به علت وجود توهم یا هذیان در بیمارستان یا درمانگاه پذیرش شده است نیز از کنکاش استفاده می‌کنیم.

ـ هم‌چنین کنکاش وسیله‌ای برای بیرون کشیدن واکنش‌های هیجانی افراد نسبت به سایر رویدادهای زندگی نیز هست.

–در مورد بیمارانی که تماس اندکی با واقعیت دارند و یا بیماران هذیانی کنکاش وسیله اساسی است.

ـ **ربط دادن مطالب:** ارتباطات غیرمنطقی که بیمار در طول مصاحبه روان– تشخیصی بیان می‌کند کاوش می‌شود.

ارتباط دادن عقلانی می‌تواند، آشکار کننده تفکر مختل و ارتباط دادن هیجانی آشکار کننده عاطفه مختل است.

ـ **خلاصه‌کردن:** در مورد بیمارانی که پاسخ‌های مبهم یا حاشیه‌ای دارند، آنهایی که تداعی شل دارند یا پرش افکار مانند، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و سیکلوتایمی مفید است.

ـ خلاصه کردن توجه بیمار را معطوف می‌کند و به او می‌رساند که شما درباره آنچه به او گفته است چه فکر می‌کنید. هنگام خلاصه‌کردن از خزانه لغات خود بیمار استفاده می‌کنیم.

ـ تکنیک‌های روشن‌سازی، اختصاصی کردن، تعمیم، وارسی علائم، پرسش‌های هدایت‌گر، کنکاش، ربط‌دادن مطالب و خلاصه‌کردن **تکنیک‌های بیمار محور** هستند که حدود علائم را درآمده و ارتباط هریک از اجزا و ارکان را در یک موضوع ارزیابی می‌کند.

ـ تکنیک‌های پیش برنده به مصاحبه‌گر کمک می‌کند تا توجه به بیمار را از جزئی به جز دیگر و از یک موضع به موضوع دیگر هدایت کند و بیشتر مصاحبه‌گر محورند و شامل ادامه‌دهی، پژواک، هدایت مجدد و گذارها می‌شوند. این تکنیک‌ها مصاحبه‌گر محورند.

ـ **ادامه‌دهی:** بیمار را تشویق می‌کند تا به ادامه داستان خود بپردازد و در ضمن به او نشان می‌دهد که در مسیردرستی پیش می‌رود و اطلاعات تشخیصی و سودمندی را بیان می‌کند و شامل ژست‌ها، سرتکان دادن و حفظ تماس چشمی است.

ـ مزیت تکنیک ادامه دهی این است که به بیمار فرصت می‌دهد تا مشکلاتش را با زبان خودش بیان کند بدون اینکه علائم مطرح باشد.

ـ **پژواک:** قسمتی از پاسخ‌های بیمار را که مایلید بیمار توضیح دقیق‌تری بدهد تکرار می‌کنید و بر عناصر خاصی از صحبت‌های بیمار تاکید می‌کنید و از او می‌خواهید که قسمت مشخصی را دنبال کند.

پژواک زمانی استفاده می‌شود که بیمار چندین موضوع را برای صحبت مطرح می‌کند و برای بیمارانی که دچار حواس‌پرتی و یا حمله تکلم می‌باشند مفید است.

ـ **هدایت مجدد:** مانع دنبال کردن مسیر انحرافی بیمار می‌شود. زمانی که بیمار غرق در جزئیات نامطلوب است یا از مشکلات اشخاص دیگر صحبت می‌کند، بیمار دچار پرش فکر، تکلم مماسی، حمله تکلم و حاشیه پردازی است استفاده می‌شود.

ـ **گذارها:** در طول مصاحبه نیاز دارید موضوعات بسیاری پوشش داده شود بنابراین ناگزیرید بیمار را برای تغییر موضوع اغوا کنید؛ بنابراین به گذارهای مختلفی نیاز دارید.

این گذارها به سه صورت هستند: گذارهای ملایم، گذارهای تاکیدی و گذارهای ناگهانی

انتخاب نوع گذارها به وضعیت روانی بیمار بستگی دارد.

ـ **گذارهای ملایم:** به راحتی می‌توان از موضوعی به موضوع دیگر رفت زیرا ارتباط مابین آنها امری بدیهی است یک نوع **گذار علت و معلول** است که در آن فرض بر این است که اتفاقی افتاده و بر کارکرد بیمار اثر گذاشته است مانند سوء مصرف مواد.

ـ با یک بیمار هذیانی که به هرچیز تازه‌ای بدگمان است گذارهای ملایم بهتر عمل می‌کنند.

ـ گذار ملایم دیگر **رابطه زمانی** است که به صورت ملایم و آرام از یک علامت به علامت دیگر به واسطه مربوط کردن علایم به همان مقطع زمانی تسهیل می‌شود.

ـ **گذارهای تاکیدی:** پافشاری در تغییر جهت در موضوع است موضوع قبلی را از موضوع جدید جدا می‌کند از این گذار به عنوان دیواره‌ای بین موضوعات مختلف مصاحبه تشخیصی استفاده می‌شود جهت مطرح کردن ارزیابی کارکردهای وضعیت روانی می‌توان از این تکنیک استفاده کرد.

ـ گذار تاکیدی توجه بیمار را احیا می‌کند و او را واقف می‌کند که موضوعات متفاوتی تحت پوشش قرار می‌گیرند بیماران افسرده منزوی یا بیماران اسکیزوفرنیک فعال‌تر می‌شوند.

ـ **گذارهای ناگهانی:** بعد از یک هشدار کوچک موضوع جدیدی مطرح می‌شود معمولاً زمخت، ناپسند و بدون ظرافت می‌باشند. برای بیمارانی که دروغ می‌گویند یا علایم را تقلید می‌کنند مفیدند و در این موارد گارد آنها برطرف می‌شود. تاثیر یک معاینه متقاطع را دارد و مانع می‌شود که بیمار نقش دلخواهش را بازی کند. تناقض گویی‌ها آشکار می‌شود.

ـ **بیمار مقاوم:** منظور از مقاومت تمام کوشش‌های آگاهانه بیمار و ارادی بیمار در جهت اجتناب از موضوع خاصی است و مشخص‌ترین آنها امتناع واضح بیمار است و شکل غیرمستقیم آن تلاش برای منحرف کردن یا گیج کردن مصاحبه‌گر از ادامه یک موضوع است.

ـ دو دلیل شایع مقاومت عبارتند از:

۱ـ تمایل بیمار در حفظ تصویری از خود

۲ـ عدم اطمینان از پاسخ‌های مصاحبه‌گر و ترس از طرد او.

ـ اگر مقاومت مربوط به موضوع خاصی است که به رابطه لطمه نمی‌زند می‌توانید آن را به عنوان مسئله‌ای خصوصی و شخصی از سوی بیمار بدانید و به موضوع دیگری بپردازید.

ـ در رابطه با مقاومت بیمار از ۶ راهبرد می‌توان استفاده کرد:

بیان پذیرش، رویاروکردن، رویاروکردن با پیامدها، تغییرجهت دادن، مبالغه‌کردن، و القای لاف‌زنی

ـ **بیان پذیرش:** زمانی که بیمار از محبت کردن اکراه دارد ولی آشکار را امتناع نمی‌کند مصاحبه‌گر پذیرش افکار و احساسات بیمار را به وی بیان می‌کند و بیمار احساس می‌کند که درک شده است.

ـ **مواجه‌سازی یا رویاروکردن:** توجه بیمار را معطوف بر مقاومتش می‌کنیم و او را دعوت به توضیح مقاومت می‌کنیم و زمانی که متوجه علائم و نشانه‌های رفتاری مقاومت مانند اجتناب از تماس چشمی، سرخ‌شدن، مکررا آب دهان را بلعیدن شدید، از این تکنیک استفاده می‌کنیم.

ـ **رویارو کردن با پیامدها:** 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. با استفاده از موضوعاتی که برای بیمار خوشایند و مطلوب است مانند مرخص شدن از بیمارستان یا دیدن یک وکیل می‌توان مقاومت را رفع نمود. این راهبرد در مورد بیمارانی که سرسختانه از تعامل با شما سرباز می‌زنند مفید است.

ـ **تغیرجهت:** منظور از تغییردادن مسیر مصاحبه، رویکرد به یک مشکل از مسیر و جهت دیگر است و بیمار درباره مطالبی صحبت خواهد کرد که مایل به آشکارشدن آنها نیست پس از مسیر و زاویه دیگری به مشکل نزدیک شوید.

ـ **مبالغه:** برای بیمارانی که مضطرب، وسواسی، یا بسیار با وجدان و وظیفه‌شناس هستند و اغلب از پذیرش و اشتباهات کوچک یا ناکامی‌های خود اکراه دارند؛ نگرانی بیمار را به وسیله قرار دادن این نگرانی در یک دورنما کاهش می‌دهیم.

مثال: اگر بیمار به علت عصبانیت به کودک خود سیلی زده است و نگران است از اینکه با بچه سوء رفتار داشته است، می‌توانید به او بگویید: "بچه رو که کبود نکردی، خفه‌اش که نکردی؟"

یا اگر بیمار از بیان جزئیات درباره اینکه در کودکی از مغازه شیرینی دزدیده اکراه دارد می‌توانید به صورت مبالغه آمیزی بگویید: بانک مرکزی رو که نزدی؟

ـ **القاء لاف زنی:** بیمارانی که تمایلات ضد اجتماعی دارند اغلب مایلند تاثیر خوبی بر مصاحبه‌گر بگذارند و بنابراین می‌کوشند تا اعمال ضد اجتماعی خود را سانسور کنند، با این کار درمانگر به مراجع نشان می‌دهد که به او توجه می‌کند تا وی بتواند داستان خود را با عاطفه‌ای که بیان می‌کند، بیان کند.

مثال: وقتی بیمار در مورد گفت وگو راجع به مشکلاتش در مدرسه مقاومت می‌کند، می‌توانید با او با گفتن جمله زیر چالش کنید: ببینم، بزن بهادر خوبی بودی؟

یا هنگامی که بیمار شما دروغ می‌گوید و سعی دارد شما را فریب دهد ولی سعی می‌کند این ویژگی‌ها را از شما مخفی کند می‌توانید با بیان عبارت زیر او را تشویق کنید: به نظرم میاد خیلی آب زیرکاهی مثل روباه به نظرم از زیر قتل در می‌ری.

ـ **مکانیسم‌های دفاعی:** آشنایی با مکانیسم‌های دفاعی به درک محتوا و معانی آسیب شناسی روانی بیمار کمک می‌کند. دفاع‌ها زیربنای الگوهای رفتاری مشاهده هستند و معمولاً ملاک‌های تشخیصی را تکمیل می‌کنند این مکانیزم‌ها سه جز دارند:

۱ـ رفتار قابل مشاهده (اغلب یک علامت)

۲ـ تکانه یا قصدی که بیمار قابل قبول نیست وعامل استرس‌زا است

۳ـ فرآیندی که از طریق آن رفتار قابل مشاهده بیمار به قصد و نیت و تمایل غیر قابل قبول متصل می‌شود.

ـ مکانیزم‌های دفاعی را می‌توان در یک پیوست بررسی کرد از سویی مکانیزم‌هایی قرار دارند که در بالاترین سطح سازگاری قرار دارند و در سوی دیگر مکانیزم‌هایی قرار دارند که در پایین‌ترین سطح می‌باشند و به آنها مکانیزم‌های دفاعی بی‌قاعده می‌گویند.

ـ در یک مصاحبه درمانی بینش‌گرا، درمانگر می‌کوشید بیمار را به دفاع‌ها مکانیزم‌های زیربنایی آنها و ریشه‌های ناخودآگاه آنها آگاه سازد.

ـ در مصاحبه روان تشخیصی مصاحبه‌گر به این جهت به مکانیزم‌های دفاعی می‌پردازد که در امر برقراری رابطه و کسب اطلاعات تداخل ایجاد ننمایند.

ـ به هنگام مقاومت، بیمار از مقاومت خودآگاه است و به طور ارادی اطلاعات را مخفی می‌کند در حالی که بیمار از مکانیزم‌های دفاعی آگاه نیست و بر آنها کنترل ارادی ندارد و در نتیجه به رفتارهای بیمارگون ادامه می‌دهد.

ـ منظور از اداره کردن دفاع‌ها، خنثی‌کردن اثر آنها است نه تحلیل و تفسیرآنها.

ـ تکنیک‌هایی که به کمک آن می‌توان مکانیزم‌های دفاعی را اداره کرد شامل: میانبر زدن، اطمینان‌بخشی، منحرف‌کردن حواس، رویاروکردن و تفسیرکردن است.

ـ **تکنیک میان برزدن:** در این فن مکانیزم‌های دفاعی بیمار میانبر زده می‌شود یا از آن چشم‌پوشی می‌شود. این تکنیک بر اصل عقلانی " بگذار شگی که خوابیده است، بخوابد" استوار است.

ـ **اطمینان بخشی:** با ایجاد حمایت از اضطراب‌ها و بدگمانی‌هایی بیمار کاسته می‌شود و اعتماد به نفس وی افزایش می‌یابد. باید از موضع بیمار به مکانیسم دفاعی نگاه کرد. برای بیمارانی که تحت مشکلات فراوان قرار دارند مفید است. در اطمینان بخشی از نیازهای وابستگی بیمار استفاده می‌شود.

ـ در اطمینان بخشی از نیاز وابستگی بیمار استفاده می‌شود، زمانی بیشترین تاثیر را دارد که بیمار شما را فرد همدلی مشاهده کند.

ـ **منحرف کردن حواس:** در مورد بیماران دارای خلق غیرطبیعی مانند مانیا، افسردگی توام با کندی و مسمومیت با مواد کاربرد دارد، چنین حالت‌هایی را نمی‌توان با مورد نظر قرار دادن دفاع‌های زیربنایی تغییر داد؛ بلکه باید با استفاده از محرک‌های قوی توجه بیمار را جلب کرد، محرک‌هایی مانند صداکردن نام بیمار، با صدای بلند حرف زدن و یا لمس کردن، در مورد بیمار هذیانی یا مصرف مواد قبل از منحرف کردن حواس به مداخلات دارویی نیاز است. در منحرف کردن حواس از سوال‌های کوتاه و بسته استفاده می‌شود.

ـ **رویارو کردن:** مصاحبه‌گر توجه بیمار را به رفتار خاصی جلب می‌کند با این انتظار که بیمار این رفتار را در طی مصاحبه بشناسد و آن را اصلاح کند. به هنگام رویاروکردن باید از نقطه نظر بیماری شروع کنید که بیشتر به بیمار کمک کند و بتواند رفتار نامناسبش را درک کند. یک رویارویی موفق فقط به بینش بیمار بستگی ندارد.

ـ **تفسیر:** معمولا قبل از تفسیر رویارویی داریم، تفسیر آنچه که شما از رفتار دفاعی بیمار فهمیده‌اید را بیان می‌کنید و معنی رفتار، افکار و انگیزه‌های بیمار برای او بیان می‌شود.

ـ پس از تفسیر، رویارویی انجام می‌شود و رفتار بیمار را در زمینه کل رفتارهایش توضیح می‌دهد.

ـ زمانی یک تفسیر صحیح است که بیمار موافق آن باشد و به طور ارادی بیشتر آن را بررسی کند و توضیح دهد.

ـ زمانی که تفسیر گفتگوی هیجانی بیشتری به دنبال داشته باشد یا زمانی که اطلاعات جدیدی به دست دهد به احتمال زیاد تفسیرتان اثربخش است.

ـ زمانی که بیمار از رفتار خودآگاه نباشد تفسیر بارآوری معکوس دارد زیرا بیمار احساس می‌کند درک نشده و از او انتقاد شده و بنابراین از خودش بیشتر در مقابل چنین " اتهاماتی" دفاع می‌کند و سرانجام رابطه مختل می‌شود. مثلا در مورد بیماری با هذیان گزند و آسیب، تفسیر مصاحبه را تخریب می‌کند زیرا بیمار احساس می‌کند مصاحبه‌گر فکرش را می‌خواند و او را کنترل می‌کند. بنابراین مهم است که قبل از هرگونه تفسیری تمایلات گزند و آسیب در بیمار ارزیابی شود.

ـ تفسیر در مورد بیمارانی مفید است که هم سطح شما پیش نمی‌آیند و یا مشکلاتی در ارائه افکار و احساساتشان دارند.

ـ تفسیر برای اهداف زیر به کار می‌رود بیمار بیشتر درگیر شود، ادراک و نگرش‌های خود را بیشتر بفهمد و تشویق شود که در جریان مصاحبه و درمان فعالیت بیشتری داشته باشد. و برای مشکلاتی که بیمار هم سطح شما پیش نمیاد ویا مشکلاتی در ارائه افکار دارد مناسب است.

تفسیر به صورت مکانسیم دفاعی فرافکنی مطرح می‌شود.

ـ تفسیر به صورت مکانیزم دفاعی فرافکنی مطرح می‌شود و باید در یک زمان سه جزء مکانیزم‌های دفاعی مطرح شوند یعنی رفتار قابل مشاهده تکانه و قصد ناخودآگاه و رفتار بیمار که این دو را به یکدیگر مرتبط می‌کند.

ـ تفسیر چهار بعد دارد: زمان‌بندی، دیدگاه بیمار، دامنه و تاثیر آن بر بیمار

ـ زمان‌بندی: زمان مناسب برای ارائه یک تفسیر به راحتی مشخص می‌شود؛ زمانی که بیمار در مورد رفتارش کنجکاو می‌شود و معنای آن کشف شود.

ـ دیدگاه بیمار: تفسیر صحیحی که از دیدگاه بیمار ارائه می‌شود بیشتر احتمال دارد از سوی بیمار پذیرفته شود و صحت آنها تایید شود. زمانی که نفسیر از رفتاری است که بیمار به ان آگاهی ندارد بار معکوسی خواهد داشت.

ـ دامنه: تفسیر می‌تواند موضوعات وسیع تا محدود را در برگیرد، تفسیر وسیع اعتماد به نفس بیمار را لطمه زده و رابطه را نیز تخریب می‌کند.

ـ تاثیر بر بیمار: تفسیر یک اثر هیجانی بر بیمار دارد چون آگاهی تازه‌ای از موقعیت خود به دست می‌آورد و احساس می‌کند تحت فشار قرار گرفته است.

ـ هدف یک مصاحبه روان تشخیصی آگاهی دادن به بیمار، خلاصه‌کردن رفتار او برای خودش و ارائه یک بینش و درک صحیح از رفتارش می‌باشد.

نکته! اگر حدس میزنید بیمار هذیانی است از کنگاش شروع کنید.

فصل چهارم: روش‌های سه‌گانه ارزیابی وضعیت روانی

ـ در بررسی وضعیت روانی اینجا و اکنون اهمیت دارد.
ـ به عنوان یک مصاحبه‌گر علائم و نشانه‌ها را به عنوان جلوه‌هایی از کارکردهای فعلی بیمار یعنی وضعیت روانی او تجزیه و تحلیل کنید. ارزیابی وضعیت روانی در تمام طول مصاحبه انجام می‌شود.
ـ سه روش ارزیابی وضعیت روانی شامل: مشاهده، مکالمه و کاوش است.
در بررسی وضعت بیمار این جا و اکنون اهمیت دارد.
هر نوع اختلال یا آشفتگی را که مشاهده کنید نشانه می‌نامند.
ـ به وسیله مشاهده تمام جوانب و ابعاد و رفتار و حضور بیمار که در همان چند دقیقه اول مصاحبه آشکار می‌شوند مشاهده می‌شود. رفتارهایی مانند ظاهر بیمار، هوشیاری، رفتار روانی حرکتی و عاطفه در مورد بیمارانی که از صحبت کردن امتناع می‌کنند. معمولا روش ارزیابی قابل دسترسی است. هر نوع اختلال و آشفتگی را که مشاهده می‌کنید نشانه‌ها می‌نامند. در مشاهده برخلاف گفتگو و کاوش نیازی به همکاری بیمار نیست.
ـ گفتگو ارتباط هدایت نشده و اتفاقی با بیمار است. زمانی می‌توان با بیمار گفتگو کرد که بیمار حالت دفاعی و بسته‌ای نداشته باشد. به هنگام گفتگو موارد زیر را ارزیابی می‌کنیم، موقعیت سنجی، تکلم، تفکر، توجه و تمرکز، درک مطلب، حافظه دور، حافظه نزدیک.
ـ بیماران بد زبان یا فحاش و بیمارانی که خصومت و یا حالت تدافعی دارند از کاوش امتناع می‌کنند اما از مکالمه و گفتگو خیر.
ـ در کاوش، تجارب درونی به کار می‌رود که نمایان و آشکار نیست؛ از قبیل خلق، انگیزه، ادراک، محتوای فکر، بینش و قضاوت. برای صحبت راجع به این موارد، بیمار باید در مورد آنها برانگیخته شود. اگر بیمار مایل به گفتگو درباره مشکلاتش باشد، می‌توانید به ارزیابی علائم بپردازید. اگر بیمار متخاصم باشد از کاوش به مکالمه برگردین.
ـ **مشاهده:** مشاهده بیمار و ارزیابی ظاهر، بهداشت فردی، نژاد و قومیت بیمار، احتیاج به تکنیک خاصی ندارد.
ـ **ظاهر:** جنس، سن، نژاد، وضعیت تغذیه، تیپ بدنی، بهداشت، لباس و تماس چشمی هنگام مواجهه با بیمار، مشاهده می‌شود.
ـ **جنس و سن:** سن و جنس با تشخیص رابطه دارند؛ چون بعضی از اختلال‌ها با این دو متغیر بیشتر از اختلالات دیگر در ارتباط هستند. بیمارانی که مسن تر از خود دیده می‌شوند احتمالا سابقه ای از سوءمصرف مواد، اختلالات شناختی، افسردگی یا بیماری های جسمی دارند.
ـ **نژاد و قومیت:** این دو متغیر چیزی بیشتر از متغیرهای توصیف کننده آماری می‌باشند. می‌توانند منبع استرس یا واکنش انطباقی شوند و می‌توانند بر شروع یا شیوع اختلالات روانی اثر بگذارد. اگر بیمار از نژاد دیگری است می‌توانید از موارد زیر رفتار را کاوش کنید:
حرکات چشم بدن هدف: نشان دهنده حواس پرتی، توهمات شنوایی و مانیا
اجتناب از تماس چشمی: نشان دهنده خصومت، شرم، اضطراب
ـ **وضعیت تغذیه:** فقر غذایی می‌تواند ناشی از یک بیماری روانپزشکی یا طبی باشد.
ـ **بهداشت و آراستگی:** مصاحبه‌گر باید نامتناسب بودن وضعیت ظاهری بیمار را ارزیابی کند.
ـ **تماس چشمی:** حرکات غیرعادی چشم می‌تواند جنبه تشخیصی داشته باشد. حرکات چشم بدون هدف نشانه حواس‌پرتی، توهمات بینایی، مانیا یا اختلال شناختی است. اجتناب از تماس چشمی نشان دهنده خصومت، شرم و یا اضطراب است. تعقیب مداوم حرکات مصاحبه‌گر می‌تواند نشانه بدگمانی باشد.
ـ **هوشیاری:** مصرف الکل، داروها یا تعدادی از حمله‌های پاروکزیسمال مثل غش کردن، حملات نارکولپسی، صرع کوچک، صرع بزرگ می‌تواند در هوشیاری تغییراتی ایجاد کند.
بی‌حالی (لتارژی) می‌تواند نشان دهنده وجود یک اختلال روانی ناشی از وضعیت طبی و یا دلیریوم، دمانس، حالات فراموشی و دیگر اختلالات شناختی باشد. باید از بیمار سوال شود قبلا هم این نشانه‌ها را تجربه کرده است. لتارژی را به عنوان نشانه افسردگی، الکل یا مسمومیت دارویی فرض نکنید.
ـ **رفتار روانی ـ حرکتی:** این رفتارها می‌تواند کلیدهای تشخیصی را در مورد هوشیاری، عاطفه، سطح انرژی، آژیتاسیون و اختلالات حرکتی به دست دهد که دامنه وسیعی از اختلالات روانپزشکی و نورولوژیکی را دربرمی‌گیرند.
ـ هفت نوع فعالیت حرکتی عبارتند از: وضعیت بدنی، حرکات بیانگر، حرکات واکنشی، آراستگی، ژست‌های نمادی و حرکات هدفمند.
ـ ارتباط غیرکلامی از طریق فعالیت روانی حرکتی شکل می‌گیرد.
ـ از نقطه نظر تشخیص می‌توان حرکت‌ها را در ۴ گروه جای داد:
۱ـ وضعت بدنی
۲ـ حرکات روانی ـ حرکتی
۳ـ حرکاتی که بیانگر عاطفه‌اند

۴ـ حرکات مرکب غیرطبیعی.

۱ـ **وضعیت بدنی** نگهدارنده تون عضلات بدن است. تون عضله سطح انرژی و میزان تنش آن را منعکس می‌کند.

۲ـ **حرکات روانی ـ حرکتی:** از طریق حرکات روانی-حرکتی، و تکلم، رفتار و اعمال بیان می‌شوند بیمار با استفاده از حرکات هدفمند کاری را انجام می‌دهد. برای ارزیابی ماهیت حرکات هدفمند بیمار می‌توانید از او بخواهید که کار فیزیکی خاصی را انجام دهد.

ـ ژست‌های بیانگر و نمایشگر همراه تکلم هستند و حرکات همراهی هستند که بیمار سعی در انتقال آن به طور کلامی و شفاهی دارد. ژست‌های نمادین ویژه فرهنگ می‌باشند این نوع حرکات تکلم را دو برابر یا تکمیل نمی‌کنند بلکه جایگزین آن می‌شوند.

۳ـ **حرکات بیانگر عاطفه:** این حرکات قابل مشاهده هستند و در خلال مصاحبه دیده می‌شوند.

۴ـ **حرکات مرکب غیرطبیعی:** الگوهای حرکت مرکب غیرطبیعی شامل بهت، تهییج و اعمال تکانه‌ای است. در تهییج کاتاتونیک تظاهرات چهره ای کاهش می یابد ولی حرکات دیگر سخت می‌شود.

ـ حرکات ناشی از آسیب‌های عصب شناختی عبارتند از: لرزش، بی‌قراری حرکتی، حرکت پریشی دیررس، کره (داءالرقص) و حرکات آتتوتیک و تیک‌ها.

ـ حرکات آتتوتیک و حرکات کره‌ای نشان دهنده یک بیماری نورولوژیک می‌باشند و باید آنها را از کاتاتونیا افتراق داد.

۵ـ اختلال حرکتی در برخی از اختلالات روانپزشکی: در بیماران افسرده برآشفته (آژیته) قدم زدن اجباری افزایش یافته ولی سایر حرکات کاهش می‌یابد. در بیمار کاتاتونیک، مشابه وقفه فکر، تمام حرکات روانی – حرکتی متوقف می‌شود. چنین حالتی ممکن است در زمان محدودی رخ داده و زمان بهبودی این کندی عمومی از بین برود. بیمار کاتاتونیک ممکن است از پاسخ دادن به شما امتناع کرده ولی زمان برگشت اتاق با خصومت به شما واکنش نشان دهد. این حالت " واکنش آخرین لحظه" نامیده می‌شود.

اعمال تکانه ای نشان دهنده فقدان قضاوت یا بینش است.

چنانچه لرزش نامنظم محدود به یک اندام و در طی زمان متغیر باشد به لرزش‌های هیستریک مشکوک شوید.

۲ـ گفتگو یا مکالمه:

در یک گفتگوی معمولی بیمار کمتر حالت تدافعی می‌گیرد و باید طیفی از کارکردها از جمله توجه و تمرکز، تفکر و تکلم و عاطفه را ارزیابی کنید، در حین مشاهده بیمار می‌توان قسمت کلامی مصاحبه روان تشخیصی را با گفتگو یا حرف‌های کوتاه راجع به هر موضوعی جدا از مشکلات بیمار نیز شروع کنید.

ـ **توجه و تمرکز:** با سوال‌هایی راجع به میزان توجه و تمرکز موقعیت سنجی و حافظه می‌توان میزان توجه بیمار را سنجید بیمارانی که ضایعه لوب پیشانی دارند ابتدا هوشیاری و توجه دارند ولی به سرعت تمرکزشان را از دست می‌دهند.

ـ **تفکر و تکلم:** تکلم و تفکر رمزبندی شده است و برای گشودن این رمز باید بدانیم بیمار به چه می‌اندیشد. مرکز تفکر در نیمکره غالب قرار دارد، برای پی بردن در حوزه تکلم باید بیمار را به محبت در مورد موضوعات هیجانی دعوت کنیم. در مورد اختلالات تکلم به تلفظ ریتم و سلیس بودن آن و در مورد تفکر نحوه استفاده از کلمات، دستور زبان و ساختار جملات و در مورد عاطفه تاخیر پاسخ‌ها سرعت، آهنگ، مقدار بلندی، و انعطاف آن را مورد نظر داشته باشیم. در مصاحبه با کودکان باید ملاک‌های تشخیصی را برای لکنت و اختلال آوایی بررسی کرد.

اجزای صوری تکلم

ـ اختلال در تلفظ نشان دهنده وجود اختلال نورولوژیک یا مسمومیت‌ها به ویژه مسکن‌ها و خواب‌آورها و الکل می‌باشد.

اختلال در ریتم تکلم دیس پروزودی گفته می‌شود. مثلا گفتار منقطع (در تلفظ کلمات بین سیلاب‌ها مکث وجود دارد) در مالتیپل اسکلروز، تکلم مقطع در صرع روانی – حرکتی و گفتار جویده در کره هانتینگتون دیده می‌شود. بین سرعت و جریان کلام تفاوت وجود دارد.

کوشش در تعریف کردن و مشخص کردن کلمات کمک می‌کند که بین افسردگی و مراحل ابتدایی دمانس سالخوردگان افتراق گذاشته شود.

آسیب به مراکز مغزی تکلم، توانایی گفتار را مختل نموده و اشکال مختلفی از آفازیا را ایجاد می‌کند. در آفازیا سرعت و جریان تکلم مختل می‌شود.

در تکلم پارافازیک بیمار از کلمات غلط استفاده می‌کند، کلمات جدیدی اختراع می‌کند و ساختار صوتی کلمه را تحریف می‌کند. اشکال مختلف پارافازیا:

معنایی: یک لغت صحیح جایگزین یک لغت صحیح دیگری می‌شود البته لغت نامتناسبی است.

ادبی یا صوتی: فقط یک سیلاب یا یک حرف جایگزین می‌شود.

تقریبی: کلمه صحیح به وسیله کلمه صحیح دیگر که رابطه ای با کلمه صحیح دارد جایگزین می‌شود.

واژه سازانه: یک واژه جدید خلق می‌شود.

پارافازیا در اسکیزوفرنیا و یا سایکوزهای کارکردی بدون هیچ گونه اختلال ارگانیک مشخص نیز رخ می‌دهند:

علایم زیر در بیماران مبتلا به آفازیای دریافتی مشاهده می‌شود:

فقر افعال و کلمات

حذف حروف ربط، اضافه و ندا
واژه سازی تصادفی، بدون تکرار، بدون هیچ معنای ثابت
جملات جدا که از نظر ساختار دستوری بی معنی و غیر قابل فهم می‌باشند.

تکلم و عاطفه:

ـ عاطفه در پاسخ‌های خودکار بیمار حرکات واکنشی، چهره‌ای و آراستگی در تکلمش متجلی می‌شود.
ـ حالت تکلم انعکاسی از عاطفه است و تفکر به وسیله آن منتقل می‌شود.
ـ در رابطه با ارزیابی تفکر سه معیار به شما کمک می‌کند: مفهوم کلام، محکم بودن تداعی‌ها، هدفمند بون.
ـ **مفهوم کلام:** بیمارانی که از نظر مفهوم و معنایی کلمه مشکل دارند کلمات را به گونه‌ای عینی و فراشمولی به کار می‌برند. در فراشمولی که عکس تفکر عینی است مفهوم و معنای واژه وسیع‌تر می‌شود. در اسکیزفرنیک‌ها و عقب ماندگان ذهنی مشاهده می‌شود.
ـ محکم بودن تداعی‌ها و هدفمند بودن: جملات و کلمات بیمار تا چه اندازه محکم با یکدیگر ارتباط دارند؟
چندین علامت از جمله: درجا زدن، تکرار مرضی، تداعی صوتی، توقف فکر، از خط خارج شدن، یاوه‌گویی، پرت و پلاگویی، پرش افکار و سالاد کلمات وجود دارد.
ـ در حاشیه‌پردازی بین جملات ارتباط محکمی وجود دارد و در انتها نیز به هدف خود می‌رسند ولی تفکر بیمار روی خط فرعی و طول یک مسیر مارپیچ همراه با جزئیات نامربوط است.
ـ درجا زدن و حاشیه پردازی ویژگی اختلالات وسواسی و شناختی است. درجا زدن در اختلال افسردگی اساسی، آسیب‌های لب پیشانی و در اسکیزوفرنیای نوع کاتاتونیک دیده می‌شود.
ـ در تفکر مماسی تداعی‌ها سست یا به یکدیگر پیوسته می‌باشند. بیمار به هدف نمی‌رسد، لیکن پاسخ‌های وی خیلی نزدیک به هدف است.
ـ **هدفمند بودن و تداعی جمله:** بیماری که تفکر هدفمند دارد می‌تواند یک شرح حال یکپارچه به شما بدهد و دقیقاً به سوالات شما پاسخ بگوید. در اختلال شدید تفکر بیمار به هدف نمی‌رسد و تداعی‌ها مختل می‌شوند. شکاف منطقی بین جملات را شل شدن تداعی میگویند.
ـ **درجا زدن:** موضوع صحبت عوض می‌شود ولی بیمار یکسری از کلمات و جملات را تکرار می‌کند.
ـ **تکرار مرضی:** بیمار به طور خودکار و به خصوص در انتهای جمله، کلمات یا عبارتی را تکرار می‌کند.
ـ **تداعی صوتی:** کلمات نه براساس معنی‌اند و نه براساس منطق بلکه براساس شباهت صداها و کلمات تکرار می‌شوند.
ـ **توقف فکر و از خط خارج شدن:** در توقف فکر جریان فکر ناگهان متوقف می‌شود و پس از مکث ممکن است که فکر کاملاً جدیدی را شروع کند که به این حالت از خط خارج شدن می‌گویند.
ـ **پرش افکار:** تکلم بی‌هدفی است که به علت حواس پرتی می‌باشد بیمار افکار جدیدی را شروع می‌کند که محرک افکار جدید اغلب کلمات جمله‌های قبلی است. پرش افکار مشخصه بیماران مانیک است.
ـ **کلام نامربوط:** پاسخی است که هیچ ربطی به جواب ندارد و در سطح تفکر عینی و یا انتزاعی است.
ـ **تکلم قطعه‌قطعه:** بیمار از عبارتی که ربطی به یکدیگر ندارند استفاده می‌کنند بیمار به صورت پیوسته و پشت سرهم از جملات نامربوط استفاده می‌کند.
ـ **پرت و پلاگویی:** بیمار از جملاتی استفاده می‌کند که ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند ولی به دنبال آن گروه‌های دیگری از جملات را می‌گویند که ارتباط یا هدفی ندارند.
ـ **یاوه‌گویی:** بیمار کسی است که کودکانه سخن می‌گوید و کلام بیمار را نمی‌توان فهمید. در یاوه گویی، تکرار مرضی و درجا زدن دیده نمی‌شود ولی واژه سازی‌هایی وجود دارد. متخصصین اعصاب به این نوع کلام " آگراماتیسم نامفهوم" می‌گویند. این اختلال در آفازی ورنیکه و اسکیزوفرنیای مزمن مشاهده می‌شود.
ـ **سالاد کلمات:** در سالاد کلمات، لغات بدون اینکه ارتباط معنی دار با یکدیگر پیدا کنند پشت سرهم به صورت متوالی بیان می‌شوند و گفتار بیمار کاملاً غیرقابل فهم است.
ـ **موقعیت سنجی:** به منظور بررسی موقعیت سنجی نسبت به مکان در اولین ملاقات می‌پرسیم که چگونه مطب را پیدا کرده است و نسبت به زمان می‌پرسیم که کی وقت ملاقات با درمانگر را گرفته است.
ـ **حافظه:** بیمارانی که اختلال حافظه دارند به وقایعی متمرکز می‌شوند که راحت‌تر به یاد آورده می‌شوند همچنین اختلالات روانپزشکی می‌تواند حافظه را تحریک نماید.
نکته! در اختلالات تجزیه‌ای حافظه کاذب دیده می‌شود.
ـ **عاطفه:** واکنش هیجانی قابل دیدن و قابل شنیدن فرد نسبت به وقایع درونی و بیرونی است و به صورت‌های مختلف ابراز می‌شوند. واکنش‌های خودکار، وضعیت بدنی، حرکات چهره‌ای و واکنشی آراستگی و آهنگ صدا تلفظ کلمات و انتخاب کلمات.
عاطفه و خلق متفاوت هستند: عاطفه لحظه‌ای است ۱-۲ ثانیه طول می‌کشد ولی مدت زمان خلق طولانی‌تر است.

عاطفه به محرک‌های درونی و بیرونی وابسته است و براساس محرک‌ها تغییر می‌کند ولی خلق می‌تواند خودبه‌خود تغییر کند.
عاطفه روبنا و سطحی است ولی خلق زمینه تجربه هیجانی را تشکیل می‌دهد.
عاطفه را مصاحبه‌گر می‌تواند مشاهده کند (نشانه) ولی خلق را باید بیمار بیان کند (علامت).

ـ سه کارکرد عاطفه عبارتند از:

۱ـ درک ازخود

۲ـ ارتباط

۳ـ انگیزه

ـ در مورد درک از خود، عاطفه ارزش قضاوت هیجانی دارد و به ما می‌گوید آنچه را تجربه کردیم دوست داریم یا از آن متنفریم.
ـ عاطفه احساسات ما را بیان کرده و آنها را برای دیگران قابل شناسایی می‌کند.
ـ در رابطه با انگیزه مثلاً احساس خشم و غضب باعث خشونت و رفتار تخریبی می‌شود.
ـ عاطفه یک وسیله ذاتی برای روابط بین فردی است.
ـ برای ارزیابی عاطفه ژست‌ها و تظاهرات چهره‌ای بیمار را تماشا می‌کنیم. نشانه‌های غیرکلامی قبل از ارتباط کلامی پدیدار می‌شوند و بدون توجه به محتوای کلمات ادامه می‌یابند. عاطفه می‌تواند حاوی پیام دوگانه باشد. عاطفه خود بخودی از سیستم لیمبیک و خارج هرمی استفاده می‌کند و بر عاطفه عمدی مقدم است، همچنین ممکن است با عاطفه خودبه‌خودی در تضاد باشد. این پیام دوگانه در بیمارانی وجود دارد که می‌کوشند با پنهانکاری، دروغ، تمارض و جعل کردن و تقلید مصاحبه‌گر را فریب دهند.
ـ ابعاد اولیه عاطفه عبارت‌اند از: کیفیت، شدت، مدت و تناسب نسبت محرک
ـ ابعاد ثانویه عاطفه عبارت‌اند از: دامنه و کنترل
ـ **شدت** نشان‌دهنده میزان درگیر شدن بیمار با یک موضوع است.
ـ **مدت** یک پاسخ عاطفی ممکن است در یک چشم برهم زدن ایجاد می‌شود و بعد با همان سرعت از بین برود.
ـ رابطه بین عاطفه و محتوای فکر **تناسب** آن را تعیین می‌کند.
ـ دامنه عاطفه از طیف محدود تا عاطفه گسترده متفاوت است.

۳ـ کاوش

در کاوش مصاحبه کننده نیاز به همکاری بیمار دارد و به اینکه بیمار درباره خودش صحبت کند و به کنکاش معنایی که در پشت کلمات، رفتار و واقعیت‌های که بیمار بیان می‌کند بپردازد.
در کاوش موضوعات زیر بررسی می‌شود:
خلق، کیفیت خلق، ثبات خلق، واکنش‌پذیری، شدت خلق، مدت آن، سطح انرژی، ادراک بینش، محتوای فکر، فوبیاها، اجبارهای عملی، علائم جسمانی که توجیه پزشکی ندارند، تبدیل، تجزیه، حملات ناگهانی (پاروکزیسمال)، غش، حملات خواب، توهمات هیپنوگوژیک و هیپنوپمپیک، حملات صرع بزرگ، تشنج‌های کاذب، تشنج‌های پارسیل مرکب یا لب گیجگاهی، مسخ شخصیت و واقعیت، گریز تجزیه‌ای، تغییر تجزیه‌ای، حمله هیپوگلیسمیک، فراموشی کلی گذرا، حملات ایسکمیک گذرا، حملات پانیک،کارکرد اجرایی، قضاوت و بینش.

نکته مهم:

در کاوش نباید از بررسی چهار علامت و نشانه کلیدی زیر غافل باشیم. این چهار علامت کلیدی عبارت اند از:
۱- تمایلات خودکشی و دگرکشی که احتمال خطر آنی را مطرح می‌کنند. (Suicidal)
۲- وضعیت‌های ارگانیک که اکنون شرایط طبی عمومی که در ایجاد اختلالات شناختی نقش دارند نامیده می‌شوند. (Organic)
۳- مصرف الکل و دیگر مواد که باعث ایجاد مسمومیت، محرومیت و عوارض سمی بلند بر مغز و دیگر دستگاه‌های بدن می‌شوند. (Alcohol)
۴- سایکوز. (بررسی وجود توهم و هذیان) (Psychose)
این چهار علامت به طور اختصاری SOAP نامیده می‌شوند.
ـ **خلق:** حالت اساسی و احساسی طولانی مدت فرد است که تمام تجربیات خود را فیلتر می‌کند باید مستقیماً از بیمار سوال شود.
ـ خلق ۵ بعد دارد که شامل: کیفیت، ثبات، واکنش‌پذیری، شدت، مدت
ـ **کیفیت:** خلق محتوای مناسبی را جستجو و پیدا می‌کند، مثلاً خلق افسرده موضوعاتی از گناه و ناکامی را می‌یابد.
ـ **ثبات:** خلق بی‌ثبات به طور خود به خود یا واکنشی تغییر می‌کند تغییرات خلق می‌تواند در طول یک روز رخ دهد.

ـ **واکنش‌پذیری:** فقدان واکنش‌پذیری ویژگی اساسی افسردگی است. در مقابل بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، اگر موقعیت اجتماعی‌شان بهبود یابد، احساس بهتری دارند.

ـ **شدت:** تجربه خلقی در یک تنوعی از شدید تا سطحی قرار دارد.

ـ **مدت:** مدت خلق ارزش تشخیصی دارد.

ـ **سطح انرژی:** می‌توان نحوه فعالیت در ۲۴ ساعت گذشته‌اش را سوال کرد.

ـ **ادراک:** ادراک طبیعی از تحریک گیرنده‌های حسی ویژه ایجاد می‌شود این حالت در بیماران سایکوتیک مختل می‌شود.

ـ **بینش نسبت به توهمات:** درمانگر در سنجش بینش باید فرض را بر این بگذارد که بیمار ماهیت بیمارگونه نسبت به آنها ندارد.

۵ مرحله بینش عبارت‌اند از:

۱ـ بیمار می‌گوید که در گذشته توهماتی داشته که علامت متوقف شده است در اینجا بینش کامل است.

۲ـ بیمار در گذشته تجربه توهم داشته ولی در حال حاضر وجود ندارد و اعتقاد دارد که آنها واقعی هستند.

۳ـ به تازگی توهماتی تجربه شده است ولی بیمار از گفتگو درباره آنها امتناع می‌کند.

۴ـ بیمار درباره توهماتش گفتگو می‌کند، اما براساس آنها عملی انجام نمی‌دهد.

۵ـ بیمار طبق توهماتش عمل می‌کند.

ـ توهمات با طی کردن این ۵ مرحله پدیدار و ناپدید می‌شوند این مراحل به دو دلیل از نظر بالینی اهمیت دارند، اول برای مرخص کردن بیمار؛ دوم اینکه توهمات غیرواقعی به همان ترتیبی که ناپدید شده‌اند، پدیدار می‌شوند. از این مراحل در درمان سرپایی، برای تیتربندی داروی بیمار استفاده می‌شود.

محتوای تفکر:

ـ محتوای پاتولوژیک تفکر مشخصه بسیاری از اختلالات روانپزشکی است.

ـ هذیان‌ها، باورهای ثابت و غلطی هستند و معمولاً به اتفاقات و رویدادهایی مربوط می‌شوند که رخ داده‌اند، از قبیل جاسوسی کردن همسایه‌ها و توطئه چینی علیه بیمار.

ـ هذیان‌ها یک اختلال نمی‌باشند. هذیان‌ها در یک زمینه وسیع از سایه آسیب‌شناسی‌ها روانی با توجه به متغیرهایی مانند نوع، سن شروع، سیر، پیشرفت اجتماعی، شخصیت پیش از بیماری و همراهی با علائم دیگرخلقی یا شناختی ارزیابی کنید.

ـ هذیان‌های بزرگ منشی بدون استفاده زیاد از کنکاش آشکار می‌شوند.

ـ **عقاید بیش بها داده شده:** این عقاید را همانند هذیان‌ها نمی‌توان با بحث‌های منطقی اصلاح نمود، با این حال برخی از آنها به طور خیلی واضح، کاذب نیستند. این عقاید می‌توانند دائمی باشند و مانند هذیان‌ها حول محور بی‌عدالتی، تبعیض، ناامیدی، بی‌وفایی، حسادت یا نقشه‌های بزرگ منشانه دور می‌زند.

ـ برای کاوش فوبیا ضروری است معنایی که در پشت کلمات، رفتار و واقعیت‌هایی که بیمار مطرح می‌کند مورد کنکاش قرار گیرد.

ـ کاوش وسواس‌ها دشوار است. زیرا بیمار از وسواس‌های خود خجالت می‌کشد. از بیمار بپرسید آیا افکار پوچ، شرم‌آور، یا افکار وقت‌گیری به ذهنش می‌آید که بخواهد در مقابل آنها مقاومت یا بی‌توجهی کند یا بخواهد آنها را سرکوب کند.

ـ کودکان نسبت به افکار و اعمال وسواسی خود بصیرتی ندارند.

گاهی اوقات در افراد بزرگسال وسواس‌ها و اجبارها کیفیت هذیانی دارند و این هنگامی است که بیماران از افکار وسواسی خود به عنوان موضوعی معنی‌دار دفاع می‌کند.

علایم جسمانی که توجیه پزشکی ندارند.

علائم اختلال جسمانی سازی باید بررسی شود. یعنی چهار علامت درد، دو علامت گوارشی، یک علامت جنسی، و یک علامت شبه عصبی که توجیه پزشکی مشخصی ندارد، معمولا بیمار زیر ۳۰ سال است. این بیماران علائم خود را پر رنگ و آب توصیف کرده ولی اطلاعات را مبهم و ضد و نقیض ارائه می‌دهند.

تبدیل:

علائم تبدیلی، علائم عصب شناختی می‌باشند که توجیه طبی ندارند. مانند فلج، کوری، یا کری. علائم تبدیلی را با سوالات باز می‌توانید آشکار کنید:

"تا به حال مشکلات عصبی داشتید؟ مثلا در مورد بینایی حالتی مثل کور شدن یا در مورد راه رفتن حالتی مثل فلج شدن؟"

تجزیه:

تجزیه به از هم گسیختگی انسجام اعمال هوشیاری، حافظه، هویت یا ادراک گفته می‌شود. مواردی از قبیل نوسان در ارتباط، عاطفه، سطح رشد، نگرش‌ها، دیدگاه‌ها، حافظه و رفتارها نشان دهنده وجود شخصیت‌های متناوب متفاوتی است.

حملات ناگهانی پاروکزیسمال (Spell)

این پدیده‌ها مستقیما باید ارزیابی شوند. با پرسیدن سوالاتی مانند:

آیا تا به حال حالت‌های حمله و غشی داشته‌اید؟ مثل از دست دادن آگاهی، به خواب رفتن در طی روز؟ احساس ضعف؟ یا گیجی ؟

نکته! کاربرد اجرایی عبارت است از:

- **طراحی**
- **سازماندهی**
- **ترتیب و توالی**
- **انتزاع**

کارکرد اجرایی را می‌توان با رویکرد استقرایی یا قیاسی ارزیابی کنید. روش استقرایی بر کارکردهای شناختی اساسی تمرکز دارد. در روش قیاسی پیچیده‌ترین کارکردها به صورت مستقیم و به همان صورتی که در زندگی روزمره بیمار وجود دارد ارزیابی می‌شود.

حملات خواب

حمله خواب به صورت ناگهانی و غیر قابل کنترل رخ می‌دهند.

حمله خواب ۱۰ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد و اگر کسی حمله را قطع نکند بیش از یک ساعت به طول می‌انجامد. مدت حمله معمولا ۹۰ دقیقه است.

حمله‌ها ممکن است با سه علامت کمکی همراه باشند.

۱- حملات کاتالپتیک

بیماران ضعف ناگهانی عضلات را در کل یا بخش‌هایی از بدن مانند بازو یا فک گزارش می‌کند.

۲- فلج خواب

بیماران در طی شب بیدار می‌شوند و برای چند دقیقه فلج هستند ولی قادر به تنفس هستند.

۳- توهمات هیپنوگوژیک و هیپنوپمپیک

بیماران توهمات بینایی و شنوایی را شب به هنگام به خواب رفتن (توهمات هیپنوگوژیک) و یا هنگام برخاستن از خواب در نیمه شب یا در صبح (توهمات هیپنوپمپیک) گزارش می‌دهند.

تشنج‌های صرع بزرگ

بیمار غش می‌کند و به هنگام برخاستن گیج و سست است. سردردها و اغلب دردهای عضلانی عمومی دارد، گاهی به خودش صدمه می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد، یا بی اختیاری دفع پیدا می‌کند.

تشنج‌های کاذب

بیماران تشنج‌های صرعی را گزارش می‌کنند ولی تایید می‌کنند که در زمان حمله قادر بودند آنچه که در اطرافشان می‌گذشته را بشنود و ببیند و اینکه قادر به صحبت کردن نبودند و بدنشان تکان می‌خورده و دست‌ها و پاهایشان منقبض میشده است. این بیماران به ندرت به خودشان صدمه می‌زنند، زبانشان را گاز می‌گیرند، بی اختیاری دفع پیدا می‌کنند و یا بعد از حمله گیج می‌شوند. اکثر این بیماران تلقین پذیرند.

تشنج‌های پارسیل مرکب یا لب گیجگاهی

بیمار گزارش می‌کند که حملات فراموشی دارد که در طی حمله فعالیت‌های کلیشه‌ای خودکار خاصی انجام داده است. از قبیل اعمال غیر هوشمندانه، اعمال نامتناسب، حرف های نامربوط، مکیدن لب، جویدن، بلع، صدای تپ تپ در آوردن با دست‌ها، مالش و ساییدن بخشی از بدن و مچاله کردن قسمتی از لباس، در آخر حمله، بیمار احساس می‌کند گیج است، فراموشی نسبی دارد و خسته است، بهبودی تا ۲۰ دقیقه قبل از اینکه بیمار بتواند فعالیت‌های معمول خود را از سر بگیرد طول می‌کشد.

تغییر تجزیه‌ای

تن کلام، بیان چهره و رفتار روانی – حرکتی بیمار به طور ناگهانی تغییر می‌کند.

حمله هیپوگلیسمیک

بیمار گزارش می‌کند که معمولا ۱ تا ۲ساعت بعد از غذا احساس تعریق، لرزش و گرسنگی می‌کند.

فراموشی کلی گذرا

بیمار گزارش می‌کند حافظه اش را برای تقریبا 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 احتمالا نارسایی در سیستم گردش خون به ساختارهایی از مغز همچون هیپوکامپ است در یادآوری حافظه نقش دارند.

حملات ایسکمیک گذرا

بیمار یک نقص عصب شناختی 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.

کارکرد اجرایی:

کارکردهای اجرایی عبارتند از: طراحی، سازماندهی، ترتیب و توالی، و انتزاع و کارکرد اجرایی.

کارکرد اجرایی را می‌توانیم با دو رویکرد ارزیابی کنیم.

رویکرد استقرایی: این رویکرد بر کارکردهای شناختی اساسی تمرکز می‌کند که کارکرد اجرایی از آنها تشکیل شده است. این کارکردهای اساسی عبارتند از: توجه، تمرکز، توانایی تغییر یک رفتار به رفتار دیگر (Shifting set) و حافظه. در سطوح پیچیده‌تر شامل کارکردهای زیر نیز می‌گردند: انتزاع، حل مسئله، ابعادی از هوش.

در رویکرد قیاسی پیچیده ترین کارکردها به صورت مستقیم و به همان صورت که در زندگی روزمره بیمار وجود دارد ارزیابی می‌شوند. در این روش برای ارزیابی افت هوش بیمار به جای استفاده از آزمون‌های کمی سوالات خاصی از زندگی روزمره بیمار پرسیده می‌شود. مثلا برای ارزیابی توانایی برنامه ریزی و طراحی بیمار می‌توانیم از او بخواهیم برنامه‌ای برای تنظیم حساب‌ها و درآمدها طراحی کند.

ـ بینش بر اساس یک آگاهی شناختی دو سویه از واقعیت است و این روند در حالت توهم هذیانی مختل می‌شود.

ـ فقدان بصیرت، بیماری نشناسی یا آنوزوگنوزیا (Anosognosia) نامیده می‌شود.

در وسواس‌ها، اجبارها، اجتناب‌های فوبیک و سوءمصرف مواد به ندرت رخ می‌دهد که بیماران نسبت به ماهیت پاتولوژیک آنها بینش نداشته باشند. به جز چند استثنا در سوءمصرف کنندگان مواد، چنین بیمارانی مشکل کمی در تشخیص آنها به عنوان یک اختلال دارند. اگرچه در مورد تغییر یا کنترل آنها مشکل دارند.

ـ قضاوت توانایی انتخاب اهداف مناسب و انتخاب وسایل مناسب و قابل قبول از نظر اجتماع برای دست یافتن به این اهداف است؛ قضاوت نشان‌دهنده آزمون واقعیت سنجی هوش و تجربه است. لازمه قضاوت ایجاد ترکیبی از واقعیت بیرونی، نیازهای درونی و مهارت‌های زندگی است. بنابراین شاخص دقیقی از کارکردهای ذهنی مختل شده است. سوالاتی به ارزیابی قضاوت کمک می‌کنند که بیمار را ترغیب کنند با توجه به زمینه اجتماعی تصویری از نقاط قوت و ضعف خود را بیان کند. مثلا می‌توان از بیمار در مورد برنامه‌های آینده‌اش سوال کرد. (فکر می‌کنید می‌توانید به اختراع بزرگی برسید؟)

قضاوت را از طریق بررسی اطلاعات عمومی و توانایی‌های حل مساله ارزیابی می‌کنند. هرچه میزان تفاوت بین برنامه‌های گذشته و آینده بیشتر باشد احتمال اختلال در قضاوت بیشتر است.