

## به نام بی نام او .:

### مقدمه

درس مجموعه روانشناسی بالینی که شامل دروس آسیب شناسی روانی، اصول مصاحبه بالینی اتمر، روانشناسی بالینی کرامر و ارزیابی روانشناسی است، از مهمترین دروس برای دانشجویان روان شناسی است، چراکه اصول و پایه های رشته روان شناسی بالینی را معرفی می کند. در حالی که بسیاری از داوطلبان کنکور وزارت بهداشت همچنان صرفاً به مطالعه کتب مرجع برای شرکت در این آزمون اعتماد می کنند، برخی از داوطلبان این کنکور در کنکورهای اخیر توانستند صرفاً با تکیه بر مجموعه حاضر که حجی 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 گزارش های سایت مراجعه نمایید). مجموعه روانشناسی بالینی ویژه وزارت بهداشت کیهان، حالا برای کنکور ۹۹ با تغییرات چشمگیری روبرو شده تا کار مطالعه این مجموعه برای داوطلبان ساده تر شود.

### تغییرات آخرین ویرایش

برخی اصلاحات جزئی مطابق با کنکور ۹۸ در متن صورت گرفته است. خلاصه کتاب خانواده درمانی گلندرگ به جزوه اضافه شده است و 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:

- ✓ گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که جزوات کیهان به ۹۵ درصد از سوالات کنکور ارشد وزارت بهداشت ۹۸ پاسخ داده است. در حالی که درصد رتبه های تک رقی 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.
  - ✓ این مجموعه توسط رتبه های برتر روان شناسی از جمله خانم بی طرفان تهیه و ویرایش شده است.
  - ✓ این مجموعه، در سالهای گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. رتبه هایی از جمله از جمله خانم مریم بی طرفان رتبه ۱۴، و خانم گودرزی رتبه ۸ کنکور. می توانید مصاحبه این دوستان را در وبسایت گروه آموزشی بخوانید.
  - ✓ این مجموعه در کنار دیگر مجموعه های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور ۹۸ مورد بازبینی قرار گرفته است و برای کنکور ارشد و دکتری ۹۹ کاملاً به روز رسانی شده است.
- در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می کنیم.

با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان

گروه آموزشی کیهان - دپارتمان وزارت بهداشت

مرکز خدمات روان شناسی 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 کیهان .:

### درباره خود کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه های برتر روانشناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه های تهران، شهیدبهبشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت های کیهان شامل ارائه خدمات مشاوره و برنامه ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم های آموزشی با اساتید برتر روانشناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس های آموزشی با کیفیت است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان فعالیت می کند.
- کیهان در هیچ کجای کشور شعبه ای 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 روش های علمی مشاوره و برنامه ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان شناسی از میان کیهانی ها بوده اند. به طور مثال ۳ نفر از ورودی های ۹۴ بالینی دانشگاه تهران به طور کامل کیهانی بوده اند، در سال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲ و در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶ به طور کامل کیهانی بوده اند.

### درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می شود.
- جلسات به شکل نیم ساعته و یک ساعته (به انتخاب دانشجو) برگزار می شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی اش دارد.
- در سال ۹۷ بیش از ۳۰۰۰ جلسه مشاوره تخصصی کنکور ارشد و دکتری در گروه آموزشی کیهان برگزار شد.
- از سال ۹۲ تا کنون حدود ۲۰۰۰۰ جلسه مشاوره تخصصی در گروه آموزشی کیهان برگزار شده است.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش های برنامه ریزی و مشاوره کیهان، از یافته های علمی و تجربی استخراج می شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه های برتر) بهره می برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور ۹۹، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت مشاوران ارشد (آقایان فلاح و نیک منش) کیهان برگزار می شود.
- امکان داشتن ماهانه یک جلسه مشاوره (و یا بیشتر، در طرح VIP) در زمینه مدیریت فردی، انگیزه، استرس و ... با مشاوران ارشد کیهان فراهم است.
- 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 عوامل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی

### از نگاه رتبه‌های برتر کنکور، مشاوران کیهان

۱. **هدف:** تجربه ما نشان داده داوطلبانی که هدف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن اهداف خود 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 رتبه ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری‌ای 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 می‌توانند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهند.
۲. **برنامه‌ریزی:** برای رسیدن به هدف‌تان برنامه ریزی کنید. یک برنامه ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود خسته تان 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 هزینه ای 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. کی می‌خواهید تست بزنید. از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره 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 تأثیرات 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 هست و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید کی باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.
۵. **مطالعات منسجم:** رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تأکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۶-۷ منبع است. به مسرتان 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.
۷. **اعتماد به خود و توکل به نیروی برتر:** سخت تلاش کنید و نتیجه را به گرداننده روزگار واگذار کنید. یادتان باشد که این عالم طراحی عادلانه دارد، پس مطمئن باشید زحمت هیچ داوطلب کوشایی بی‌نتیجه نخواهد ماند.

برای شما زیباترین و شایسته‌ترین فرداها را آرزو داریم

گروه مشاوران کیهان

این جزوه شامل سه بخش است:

بخش اول خلاصه کتاب مصاحبه تشخیصی اتمر، بخش

دوم خلاصه کتاب روانشناسی بالینی کرامر و بخش سوم

خلاصه کتاب خانواده درمانی گلدنبرگ می باشد.

## فهرست

صفحه	عنوان
۲	فصل اول: آغاز سخن، چارچوب.....
۴	فصل دوم: راهبردهای ایجاد رابطه.....
۶	فصل سوم: راهبردهای کسب اطلاعات.....
۱۰	فصل چهارم: روش‌های سه‌گانه ارزیابی وضعیت روانی.....
۱۷	فصل پنجم: آزمون.....
۲۲	فصل ششم: گام‌های پنج‌گانه برای تشخیص‌گذاری.....
۲۶	فصل هفتم: پنج مرحله و چهار جزء: چگونگی به کارگیری آنها با یکدیگر.....
۲۸	فصل هشتم: بیمار مشکل.....
۲۹	فصل نهم: مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات بالینی».....
۳۲	فصل دهم: مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات شخصیت».....
۳۹	منابع.....
۴۰	مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط.....

## فصل اول: آغاز سخن، چارچوب

توانایی اجرای یک مصاحبه بالینی جامع، نخستین و اساسی‌ترین گام در ارزیابی و درمان بیمار است.

زمانی که فرآیند مصاحبه به علت وجود یک آسیب‌روانی مختل می‌شود مصاحبه‌گر باید استراتژی خود را عوض کند.

**مصاحبه بینش‌گرا** مبتنی بر این نظریه است که تعارضات عمیقی که اغلب مربوط به دوران کودکی است، به عوامل مزمن و آسیب‌زا تبدیل می‌شوند. روش‌هایی که در این مصاحبه استفاده می‌شود شامل تعبیر رویا، تداعی آزاد، جستجو و کشف اضطراب‌ها، رویارو کردن و تحلیل مقاومت بیمار است. در این نوع مصاحبه، هدف مصاحبه‌گر هم تشخیص و هم درمان است.

**مصاحبه علامت‌گرا** از این مفهوم ریشه می‌گیرد که اختلالات روانپزشکی به صورت مجموعه‌ای از علائم، نشانه‌ها و رفتارها ظاهر شده‌اند، دوره‌ای مشخص و قابل پیش‌بینی دارند؛ واکنش مشخص و خاصی نسبت به درمان نشان می‌دهند و معمولاً رخداد خانوادگی هستند. هدف مصاحبه علامت‌گرا، طبقه‌بندی شکایت‌ها و رفتارهای ناسازگارانه و غیرانطباقی، براساس طبقات تشخیصی معینی است. این تشخیص کمک می‌کند تا سیر آتی بیماری (پیش‌آگهی) مشخص شود و موثرترین روش‌های درمانی بطور تجربی انتخاب شوند، درحالی که در مورد علل بیماری صحبتی به میان نمی‌آید. روش این مصاحبه شامل مشاهده رفتارهای بیمار و برانگیختن وی برای توصیف دقیق مشکلاتش است.

طبقه‌بندی بیشتر براساس ملاک‌های بالینی است تا براساس آسیب‌زیربنایی (مفروض)

به دلیل اینکه تظاهرات یک اختلال از بیماری به بیمار دیگر فرق می‌کند و ممکن است هم‌زمان دچار اختلال شخصیتی و یا اختلال بالینی دیگری شود و یا تحت تاثیر وضعیت طبی عمومی و یا عوامل استرس‌زای زندگی قرار بگیرد در مصاحبه علامت‌گرا از سیستم تشخیص چند محوری استفاده می‌شود.

به طور کلی **مصاحبه بینش‌گرا** با رویکردی تفسیری علائم و نشانه‌ها و رفتارهای بیمار را توضیح می‌دهد.

**مصاحبه علامت‌گرا** با رویکردی توصیفی علائم و نشانه‌ها را برای دسته‌بندی اختلالات طبقه‌بندی می‌کند.

شخصیت، تعارضات و مشکلات زندگی بیمار با رویکرد روان‌پویایی بهتر ارزیابی می‌شوند ولی اختلالات شخصیت و اختلالات روانپزشکی اساسی با استفاده از روش توصیفی بهتر ارزیابی می‌شوند.

مصاحبه علامت‌گرا با استفاده از ملاک‌های تشخیصی محور I,II در DSM، یک بیماری اساسی روانپزشکی و اختلال شخصیت را تشخیص می‌دهد و چنانچه بعد از درمان تعارضات بین فردی ادامه یافت و یا به سطح آگاهی آمد در مرحله دوم مصاحبه‌گر می‌تواند مصاحبه بینش‌گرا شروع کرده و به این ترتیب مصاحبه علامت‌گرا را کامل کند.

بلولر اولین روانپزشکی بود که این دو رویکرد را تلفیق کرد. چنین رویکرد دو مرحله‌ای تضمین می‌کند که مصاحبه کاملاً با نیازهای بیمار هماهنگ باشد.

**۴ جزء مصاحبه** شامل رابطه درمانی، تکنیک، وضعیت روانی و تشخیص، هم در مصاحبه بینش‌گرا و هم در مصاحبه علامت‌گرا وجود دارد.

منظور از **رابطه درمانی** چگونگی برقراری ارتباط بین بیمار و مصاحبه‌گر است و بر اهمیت ایجاد روابط درمانی، بررسی و حفظ آن تاکید می‌شود.

در مصاحبه بینش‌گرا مفهوم رابطه درمانی براساس الگوهای انتقال و انتقال متقابل است و بنابراین تکرار روابط کودکی در گذشته، در جریان مصاحبه جستجو می‌شود. در رویکرد توصیفی رابطه درمانی را تعامل بین مصاحبه‌گر و بیمار می‌دانند که از درک و فهم به سوی اعتماد پیشرفت می‌کند.

منظور از **تکنیک** شیوه‌هایی است که مصاحبه‌گر استفاده می‌کند تا رابطه درمانی را ایجاد کند و اطلاعات را کسب کند. تکنیک، مایه مباهات مصاحبه‌گران است.

منظور از **وضعیت روانی** حالت کلی روانی فرد به هنگامی است که با او صحبت می‌کنند.

مصاحبه‌گر توصیفی، کارکردهای روانی را شرح داده و توجه خود را بر ابعاد کارکردهایی مانند رفتار روانی حرکتی، گفتار و تفکر، عاطفه و خلق، محتوای فکر، حافظه موقعیت سنجی، بینش و قضاوت متمرکز می‌کند.

مصاحبه بینش‌گرا، از توصیف اختلال در کارکرد فراتر می‌رود و مکانیسم‌های دفاعی و تعارضات اساسی را مشخص می‌کند.

در یک مصاحبه بینش‌گرا به منظور فرمول‌بندی روان‌پویایی تعارضات و الگوهای رفتاری ناخودآگاه مشخص می‌شوند درحالی که در یک مصاحبه علامت‌گرا مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌هایی که با ملاک‌های تشخیصی اختلالات طبقه‌بندی شده؛ متناسب باشد جمع‌آوری می‌گردند.

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 براساس 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 هیجان‌انگیزی 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 می باشد : 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 نقش ها در درمان

### ۱ - بیمار و خود را در شرایط راحت و آسوده ای قرار 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 فوراً 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 غیر کلامی چهره، بدن و صدا است که معمولاً به سختی می‌توان آنها را کنترل کرد. رفتار روانی - حرکتی با رفتار مکانی - حرکتی (لوکوموتور) هماهنگ و منطبق است.

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.

نشانه‌ها بخشی از وضعیت روانی بیمار است و کلیدهای تشخیصی بیماری را در اختیاران می‌گذارند.

در رابطه با نشانه‌های هیجانی درمانگر می‌تواند با تکان دادن سر، بالا بردن ابروها، لبخند و نگاه کردن به دوردست واکنش نشان دهد؛ یا صدای خود را کمی بالا یا پایین ببرد.

ابراز هیجانی درمانگر در حد متوسط می‌تواند واکنش‌های هیجانی بیمار را تسهیل کند.

### ۲ - رنج و ناراحتی بیمار را بیابید - 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 آزادانه ای درباره ناراحتی خود صحبت کند و آوردن عاطفه او به آگاهی اش 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.

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

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.

مثلاً 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

تأثیر بیماری شان را بر خود 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 فعالیت های همسایه ها کاهش می‌دهد؛ و نه اینکه بگویید او را از بدگمانی های 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 مواجهه 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 بدهد و شق‌های درمانی و آلات و اسباب‌لازم برای این کار را مرور کند.

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

- برای بیماران فاقد بینش، بیمارستان را به عنوان محلی امن و دارو را به عنوان محافظت‌کننده از ایجاد آشفتگی توسط مزاحم‌ها پیشنهاد کنید. در مورد این بیماران هدف آشکار، تجویز و مصرف داروهای نورولپتیک است: "به این ترتیب مزاحم‌ها کمتر باعث آزار شما می‌شوند" و هدف درمانی از بین بردن هذیان‌های این بیماران است که به عنوان یک راز حرفه‌ای نزد خودمان می‌ماند.

#### 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.

- با بررسی دقیق و کنکاش 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.

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

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

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

- 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.

- مصاحبه‌گر باید نقش‌های مختلف را براساس نیازهای ایده آل بیماران به کار برد.

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

- 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.

- نقش‌هایی که بیماران برعهده می‌گیرند شامل: حامل یک بیماری، رنجور و بیمار خیلی مهم است.

- 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.

- 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)

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

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

- وقتی بیمار شکایت دارد یا در رابطه با اهدافش دچار دوسوگرایی یا ابهام شده است؛ درجا نقش شنوده 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 درجا نگر نقش توصیه‌دهنده را ایفا کنید.

- 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.

سه گروه رویکرد مکمل این کار هستند تکنیک‌های گشاینده، روشن‌کننده، و پیش‌برنده.

- برای بیمار مقاوم جهت غلبه بر مقاومت از تکنیک‌های پذیرش و رویارو کردن استفاده می‌شود.

- 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.

- 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:

۱- بیرون کشیدن همه شکایات (تکنیک‌های گشاینده)

۲- توجه شکایات به علائم و خصوصیات رفتاری طولانی مدت یا مشکلات زندگی (تکنیک‌های روشن‌کننده)

۳- مشخص کردن حوزه هر شکایت و حرکت از یک گروه از شکایات به گروه دیگر (تکنیک‌های پیش‌برنده)

### تکنیک‌های گشاینده یا آغازین:

باید بین فرصت دادن به بیمار برای بیان داستان 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 بر آن تاکید داشته باشد.

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

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

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

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

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

- 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.

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

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

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

- **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 پاسخ‌ها بی نتیجه بود برداشت خود را از جواب‌ها به او برمی‌گردانیم.

- **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.

- **واری‌سازی 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 آسیب‌شناسی روانی به وی ارائه کند.

- **پرسش‌های هدایت‌گر:** در این تکنیک پاسخ‌های خاصی به بیمار القا می‌شود. اگر قصد دارید بیمار را در جهت خاصی هدایت کنید از سوالات هدایت‌کننده استفاده کنید.

- **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.

- با استفاده از تکنیک کنکاش، منطق زمینه‌ای تفکر مراجع به واسطه برملاشدن تعابیر غلط، آشکار می‌شود.
- کنکاش جهت تعیین محتوای فکری بیمار از نظر عقاید انتساب و هذیان‌ها بسیار مفید است.
- زمانی که بیمار به علت وجود توهم یا هذیان در بیمارستان یا درمانگاه پذیرش شده است نیز از کنکاش استفاده می‌کنیم.
- هم‌چنین کنکاش وسیله‌ای برای بیرون کشیدن واکنش‌های هیجانی افراد نسبت به سایر رویدادهای زندگی نیز هست.
- **ربط دادن مطالب:** ارتباطات غیرمنطقی که بیمار در طول مصاحبه روان-تشنخیصی بیان می‌کند کاوش می‌شود.
- **خلاصه کردن:** 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.
- خلاصه کردن توجه بیمار را معطوف می‌کند و به او می‌رساند که شما درباره آنچه به او گفته است چه فکر می‌کنید. هنگام خلاصه کردن از خزانه لغات خود بیمار استفاده می‌کنیم.
- تکنیک‌های روشن‌سازی، اختصاصی کردن، تعمیم، واری‌علائم، پرسش‌های هدایت‌گر، کنکاش، ربط‌دادن مطالب و خلاصه کردن **تکنیک‌های بیمار محور** هستند که حدود علائم را درآمده و ارتباط هر یک از اجزا و ارکان را در یک موضوع ارزیابی می‌کند.
- 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.
- **ادامه‌دهی:** بیمار را تشویق می‌کند تا به ادامه داستان خود پردازد و در ضمن به او نشان می‌دهد که در مسیبردستی پیش می‌رود و اطلاعات تشنخیصی و سودمندی را بیان می‌کند و شامل ژست‌ها، سرتکان دادن و حفظ تماس چشمی است.
- مزیت تکنیک ادامه‌دهی این است که به بیمار فرصت می‌دهد تا مشکلاتش را با زبان خودش بیان کند بدون اینکه علائم مطرح باشد.
- **پژواک:** قسمتی از پاسخ‌های بیمار را که مایلید بیمار توضیح دقیق‌تری بدهد تکرار می‌کنید و بر عناصر خاصی از صحبت‌های بیمار تاکید می‌کنید واز 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.
- **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.
- **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.
- **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 براین است که اتفاقی افتاده و بر کارکرد بیمار اثر گذاشته است مانند سوء مصرف مواد.
- با یک بیمار هذیانی که به هرچیز تازه‌ای بدگمان است گذارهای ملایم بهتر عمل می‌کنند.
- 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.
- **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 تشنخیصی استفاده می‌شود جهت مطرح کردن ارزیابی کارکردهای وضعیت روانی می‌توان از این تکنیک استفاده کرد.
- 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 فعال تر می‌شوند.

- **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.
- **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.
- دو دلیل شایع مقاومت عبارتند از: ۱- تمایل بیمار در حفظ تصویری از خود ۲- عدم اطمینان از پاسخ‌های مصاحبه‌گر و ترس از طرد او.
- 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.
- در رابطه با مقاومت بیمار از ۶ راهبرد می‌توان استفاده کرد:
- بیان پذیرش، رویارو کردن، رویارو کردن با پیامدها، تغییر جهت دادن، مبالغه کردن، و القای لاف‌زنی
- **بیان پذیرش:** زمانی که بیمار از محبت کردن اکراه دارد ولی آشکارا امتناع نمی‌کند مصاحبه‌گر پذیرش افکار و احساسات بیمار را به وی بیان می‌کند و بیمار احساس می‌کند که درک شده است.
- **مواجهه‌سازی یا رویارو کردن:** 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، سرخ شدن، مکرراً آب دهان را بلعیدن شدید، از این تکنیک استفاده می‌کنیم.
- **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 سر باز می‌زنند مفید است.
- **تغییر جهت:** منظور از تغییر دادن مسیر مصاحبه، رویکرد به یک مشکل از مسیر و جهت دیگر است و بیمار درباره مطالبی صحبت خواهد کرد که مایل به آشکار شدن آنها نیست پس از مسیر و زاویه دیگری به مشکل نزدیک شوید.
- **مبالغه:** برای بیمارانی که مضطرب، وسواسی، یا بسیار باوجدان 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، خفه اش 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؟
- **القاء لاف زنی:** بیمارانی که تمایلات ضداجتماعی 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 و گو راجع به مشکلاتش در مدرسه مقاومت می‌کند، می‌توانید با او با گفتن جمله زیر چالش کنید: بینم، 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 اب زیرکاهی مثل روباه به نظرم از زیر قتل در می‌ری.
- **مکانیسم‌های دفاعی:** آشنایی با مکانیسم‌های دفاعی به درک محتوا و معانی آسیب‌شناسی روانی بیمار کمک می‌کند. دفاع‌ها زیربنای الگوهای رفتاری مشاهده هستند و معمولاً ملاک‌های تشخیصی را تکمیل می‌کنند این مکانیزم‌ها سه جز دارند:
- ۱- رفتار قابل مشاهده (اغلب یک علامت)
  - ۲- تکانه یا قصدی که بیمار قابل قبول نیست و عامل استرس‌زا است
  - ۳- فرآیندی که از طریق آن رفتار قابل مشاهده بیمار به قصد و نیت و تمایل غیرقابل قبول متصل می‌شود.
- 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.
- در یک مصاحبه درمانی بیش‌گرا، درمانگر می‌کوشد بیمار را به دفاع‌ها مکانیزم‌های زیربنایی آنها و ریشه‌های ناخودآگاه آنها آگاه سازد.

- در مصاحبه روان تشخیصی مصاحبه‌گر به این جهت به مکانیزم‌های دفاعی می‌پردازد که در امر برقراری رابطه و کسب اطلاعات تداخل ایجاد نمایند.
- به هنگام مقاومت، بیمار از مقاومت خود آگاه 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 بیمار گون ادامه می‌دهد.
- منظور از اداره کردن دفاع‌ها، خنثی کردن اثر آنها است نه تحلیل و تفسیر آنها.
- تکنیک‌هایی که به کمک آن می‌توان مکانیزم‌های دفاعی را اداره کرد شامل: میان برزدن، اطمینان‌بخشی، منحرف کردن حواس، رویارو کردن و تفسیر کردن است.
- **تکنیک میان برزدن:** در این فن مکانیزم‌های دفاعی بیمار میان بر زده می‌شود یا از آن چشم‌پوشی می‌شود.
- **اطمینان‌بخشی:** 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 نیاز وابستگی بیمار استفاده می‌شود، زمانی بیشترین تاثیر را دارد که بیمار شما را فرد همدلی مشاهده کند.
- **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 صدا کردن 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.
- **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 رویارو کردن باید از نقطه نظر بیماری شروع کنید که بیشتر به بیمار کمک کند و بتواند رفتار نامناسبش را درک کند.
- **تفسیر:** تفسیر آنچه که شما از رفتار دفاعی بیمار فهمیده‌اید را بیان می‌کنید و معنی رفتار، افکار و انگیزه‌های بیمار برای او بیان می‌شود.
- پس از تفسیر، رویارویی انجام می‌شود و 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.
- زمانی که بیمار از رفتار خود آگاه 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. مثلاً 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.
- تفسیر در مورد بیمارانی مفید است که هم سطح شما پیش نمی‌آیند و یا مشکلاتی در ارائه افکار و احساساتشان دارند.
- 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.
- تفسیر به صورت مکانیزم دفاعی فراقنی 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.
- تفسیر چهار بعد دارد: زمان‌بندی، دیدگاه بیمار، دامنه و تاثیر آن بر بیمار
- **زمان‌بندی:** زمان مناسب برای ارائه یک تفسیر به راحتی مشخص می‌شود؛ زمانی که بیمار در مورد رفتارش کنج‌کاو می‌شود و معنای آن کشف شود.
- **دیدگاه بیمار:** تفسیر صحیحی که از دیدگاه بیمار ارائه می‌شود بیشتر احتمال دارد از سوی بیمار پذیرفته شود و صحت آنها تایید شود.
- **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.
- **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.
- هدف یک مصاحبه روان تشخیصی آگاهی دادن به بیمار، خلاصه کردن رفتار او برای خودش و ارائه یک بینش و درک صحیح از رفتارش می‌باشد.

### فصل چهارم: روش‌های سه‌گانه ارزیابی وضعیت روانی

- در بررسی وضعیت روانی اینجا و اکنون اهمیت دارد.
- 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.
- سه روش ارزیابی وضعیت روانی شامل: مشاهده، مکالمه و کاوش است.
- 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. معمولاً 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.
- 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.
- بیماران بدزبان یا فحاش و بیمارانی که خصومت و یا حالت تدافعی دارند از کاوش امتناع می‌کنند اما از مکالمه و گفتگو خیر.
- 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.
- **مشاهده:** مشاهده بیمار و ارزیابی ظاهر، بهداشت فردی، نژاد و قومیت بیمار، احتیاج به تکنیک خاصی ندارد.
- **ظاهر:** جنس، سن، نژاد، وضعیت تغذیه، تیپ بدنی، بهداشت، لباس و تماس چشمی هنگام مواجهه با بیمار، مشاهده می‌شود.
- **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 مسن‌تر از خود دیده می‌شوند احتمالاً سابقه‌ای از سوءمصرف مواد، اختلالات شناختی، افسردگی یا بیماری‌های جسمی دارند.
- **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 بگذارند.
- **وضعیت تغذیه:** فقر غذایی می‌تواند ناشی از یک بیماری روانپزشکی یا طبی باشد.
- **بهداشت و آراستگی:** مصاحبه‌گر باید نامتناسب بودن وضعیت ظاهری بیمار را ارزیابی کند.
- **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.
- **هوشیاری:** مصرف الکل، داروها یا تعدادی از حمله‌های پاروکزیمال مثل غش کردن، حملات نارکولپسی، صرع کوچک، صرع بزرگ می‌تواند در هوشیاری تغییراتی ایجاد کند.
- بی‌حالی (لنارژی) می‌تواند نشان دهنده وجود یک اختلال روانی ناشی از وضعیت طبی و یا دلیریوم، دمانس، حالات فراموشی و دیگر اختلالات شناختی باشد.
- **رفتار روانی - حرکتی:** این رفتارها می‌تواند کلیدهای تشخیصی را در مورد هوشیاری، عاطفه، سطح انرژی، آژیوتاسیون و اختلالات حرکتی به دست دهد که دامنه وسیعی از اختلالات روانپزشکی و نورولوژیکی را در بر می‌گیرند.
- هفت نوع فعالیت حرکتی عبارتند از: وضعیت بدنی، حرکات بیانگر، حرکات واکنشی، آراستگی، ژست‌های نمادی و حرکات هدفمند.
- ارتباط غیرکلامی از طریق فعالیت روانی حرکتی شکل می‌گیرد.
- از نقطه نظر تشخیص می‌توان حرکات‌ها را در ۴ گروه جای داد:
- ۱- وضعیت بدنی ۲- حرکات روانی ۳- حرکاتی که بیانگر عاطفه‌اند ۴- حرکات مرکب غیرطبیعی.
- ۱- **وضعیت بدنی** نگهدارنده تون عضلات بدن است. تون عضله سطح انرژی و میزان تنش آن را منعکس می‌کند.
- ۲- **حرکات روانی - 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.

- 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 دوبرابر یا تکمیل نمی‌کنند بلکه جایگزین آن می‌شوند.

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

۴- **حرکات مرکب غیرطبیعی:** الگوهای حرکت مرکب غیرطبیعی شامل بهت، تهییج و اعمال تکانه‌ای است.

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

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

۵- **اختلال حرکتی در برخی از اختلالات روانپزشکی:** در بیماران افسرده برآشفته (آزبته) 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.

## ۲- گفتگوی 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.

- **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.

- **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

- 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.

اسیب به مراکز مغزی تکلم، توانایی گفتار را مختل نموده و اشکال مختلفی از افزایش را ایجاد می‌کند. در افزایش 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 نا متناسبی 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 افزایش در یافتی 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:**

- عاطفه در پاسخ‌های خودکار بیمار حرکات واکنشی، چهره‌ای و آراستگی در تکلمش متجلی می‌شود.
- حالت تکلم انعکاسی از عاطفه است و تفکر به وسیله آن منتقل می‌شود.
- در رابطه با ارزیابی تفکر سه معیار به شما کمک می‌کند: مفهوم کلام، محکم بودن تداعی‌ها، هدفمند بودن
- **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.
- محکم بودن تداعی‌ها و هدفمند بودن: جملات و کلمات بیمار تا چه اندازه محکم با یکدیگر ارتباط دارند؟
- چندین علامت از جمله: درج‌زدن، تکرار مرضی، تداعی صوتی، توقف فکر، از خط خارج شدن، یاوه‌گویی، پرت و پلاگویی، پرش افکار و سلاله کلمات وجود دارد.
- 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.
- درجا زدن و حاشیه‌پردازی ویژگی اختلالات وسواسی و شناختی است. درجا زدن در اختلال افسردگی اساسی، آسیب‌های لب پیشانی و در اسکیزوفرنی نوع کاتاتونیک دیده می‌شود.
- در تفکر مماسی تداعی‌ها سست یا به یکدیگر پیوسته می‌باشند. بیمار به هدف نمی‌رسد، لیکن پاسخ‌های وی خیلی نزدیک به هدف است.
- **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.
- **درجا زدن:** موضوع صحبت عوض می‌شود ولی بیمار یکسری از کلمات و جملات را تکرار می‌کند.
- **تکرار مرضی:** بیمار به طور خودکار و به خصوص در انتهای جمله، کلمات یا عبارتی را تکرار می‌کند.
- **تداعی صوتی:** کلمات نه براساس معنی‌اند و نه براساس منطقی بلکه براساس شباهت صداها و کلمات تکرار می‌شوند.
- **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.
- **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.
- **کلام نامربوط:** پاسخی است که هیچ ربطی به جواب ندارد و در سطح تفکر عینی و یا انتزاعی است.
- **تکلم قطعه‌قطعه:** بیمار از عبارتی که ربطی به یکدیگر ندارند استفاده می‌کنند بیمار به صورت پیوسته و پشت سرهم از جملات نامربوط استفاده می‌کند.
- **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.
- **یاوه‌گویی:** بیمار کسی است که کودکانه سخن می‌گوید و کلام بیمار را نمی‌توان فهمید. در یاوه‌گویی، تکرار مرضی و درجا زدن دیده نمی‌شود ولی واژه‌سازی‌هایی وجود دارد. متخصصین اعصاب به این نوع کلام "اگراماتیسم نامفهوم" می‌گویند. این اختلال در آفازی ورنیکه و اسکیزوفرنی مزمن مشاهده می‌شود.
- **سلاله کلمات:** در سلاله 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.
- **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.
- **حافظه:** بیمارانی که اختلال حافظه دارند به وقایعی متمرکز می‌شوند که راحت‌تر به یاد آورده می‌شوند هم‌چنین اختلالات روانپزشکی می‌تواند حافظه را تحریک نماید.
- **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 بر اساس محرک‌ها تغییر می‌کند ولی خلق می‌تواند خودبخود تغییر کند. عاطفه رو بنا 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)

### - سه کارکرد عاطفه عبارت‌اند از: ۱- درک از خود ۲- ارتباط ۳- انگیزه

- در مورد درک از خود، عاطفه ارزش قضاوت هیجانی دارد و به ما می‌گوید آنچه را تجربه کردیم دوست داریم یا از آن متنفریم.  
- عاطفه احساسات ما را بیان کرده و آنها را برای دیگران قابل شناسایی می‌کند.  
- در رابطه با انگیزه مثلاً احساس خشم و غضب باعث خشونت و رفتار تخریبی می‌شود.  
- عاطفه یک وسیله ذاتی برای روابط بین فردی است.

- برای ارزیابی عاطفه ژست‌ها و تظاهرات چهره‌ای بیمار را تماشا می‌کنیم. نشانه‌های غیر کلامی 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 خودبخودی در تضاد باشد. این پیام دوگانه در بیماری‌هایی وجود دارد که می‌کوشند با پنهانکاری، دروغ، تمارض و جعل کردن و تقلید مصاحبه‌گر را فریب دهند.

- ابعاد اولیه عاطفه عبارت‌اند از: کیفیت، شدت، مدت و تناسب نسبت محرک  
- ابعاد ثانویه عاطفه عبارت‌اند از: دامنه و کنترل  
- شدت نشان‌دهنده میزان درگیر شدن بیمار با یک موضوع است.  
- مدت یک پاسخ عاطفی ممکن است در یک چشم برهم زدن ایجاد می‌شود و بعد با همان سرعت از بین برود.  
- رابطه بین عاطفه و محتوای فکر تناسب آن را تعیین می‌کند.  
- دامنه عاطفه از طیف محدود تا عاطفه گسترده متفاوت است.

### ۳- کاوش

در کاوش مصاحبه‌کننده 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، فویهاها، اجبارهای عملی، علائم جسمانی که توجیه پزشکی ندارند، تبدیل، تجزیه، حملات ناگهانی (پاروکزیمال)، غش، حملات خواب، توهمات هیپنوگوژیک و هیپنو پمپیک، حملات صرع بزرگ، تشنج‌های کاذب، تشنج‌های پارسیل مرکب یا لب گیجگاهی، مسخ شخصیت و واقعیت، گریز تجزیه‌ای، تغییر تجزیه‌ای، حمله هیپو گلیسمیک، 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 عبارت‌اند از:

- ۱- تمایلات خودکشی و دگر کشی 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.
- خلق: حالت اساسی و احساسی طولانی‌مدت فرد است که تمام تجربیات خود را فیلتر می‌کند باید مستقیماً از بیمار سوال شود.

- خلق ۵ بعد دارد که شامل: کیفیت، ثبات، واکنش‌پذیری، شدت، مدت
  - **کیفیت:** خلق محتوای مناسبی را جستجو و پیدا می‌کند، مثلاً خلق افسرده موضوعاتی از گناه و ناکامی را می‌یابد.
  - **ثبات:** خلق بی‌ثبات به طور خود به خود یا واکنشی تغییر می‌کند تغییرات خلق می‌تواند در طول یک روز رخ دهد.
  - **واکنش‌پذیری:** فقدان واکنش‌پذیری ویژگی اساسی افسردگی است. در مقابل بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، اگر موقعیت اجتماعی شان بهبود یابد، احساس بهتری دارند.
  - **شدت:** تجربه خلقی در یک تنوعی از شدید تا سطحی قرار دارد.
  - **مدت:** مدت خلق ارزش تشخیصی دارد.
  - **سطح انرژی:** می‌توان نحوه فعالیت در ۲۴ ساعت گذشته‌اش را سوال کرد.
  - **ادراک:** ادراک طبیعی از تحریک گیرنده‌های حسی ویژه ایجاد می‌شود این حالت در بیماران سایکوتیک مختل می‌شود.
  - **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:
- ۱- بیمار می‌گوید که در گذشته توهماتی داشته که علامت متوقف شده است در اینجا بینش کامل است.
  - ۲- بیمار در گذشته تجربه توهم داشته ولی در حال حاضر وجود ندارد و اعتقاد دارد که آنها واقعی هستند.
  - ۳- به تازگی توهماتی تجربه شده است ولی بیمار از گفتگو درباره آنها امتناع می‌کند.
  - ۴- بیمار درباره توهماتش گفتگو می‌کند، اما براساس آنها عملی انجام نمی‌دهد.
  - ۵- بیمار طبق توهماتش عمل می‌کند.
- 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:

- محتوای پاتولوژیک تفکر مشخصه بسیاری از اختلالات روانپزشکی است.
- هذیان‌ها، باورهای ثابت و غلطی هستند و معمولاً به اتفاقات و رویدادهایی مربوط می‌شوند که رخ داده‌اند، از قبیل جاسوسی کردن همسایه‌ها و توطئه‌چینی علیه بیمار.
- 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 دیگر خلقی یا شناختی ارزیابی کنید.
- هذیان‌های بزرگ منشی بدون استفاده زیاد از کنکاش آشکار می‌شوند.
- **عقاید پیش بهاداده 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.
- برای کاوش فویبا ضروری است معنایی که در پشت کلمات، رفتار و واقعیت‌هایی که بیمار مطرح می‌کند مورد کنکاش قرار گیرد.
- 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.
- 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.
- علائم جسمانی که توجه 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 توجه پزشکی مشخصی ندارد، معمولاً بیمار زیر ۳۰ سال است. این بیماران علائم خود را پر رنگ و اب توصیف کرده ولی اطلاعات را مبهم و ضد و نقیض ارائه می‌دهند.

**تبدیل:**

علائم تبدیلی، علائم عصب شناختی می باشند که توجیه طبی ندارند. مانند فلج، کوری، یا کری. علائم تبدیلی را با سوالات باز می توانید آشکار کنید :  
"تا به حال مشکلات عصبی داشتید ؟ مثلا در مورد بینایی حالتی مثل کورشدن یا در مورد راه رفتن حالتی مثل فلج شدن؟"

**تجزیه:**

تجزیه به از هم گسیختگی انسجام اعمال هوشیاری، حافظه، هویت یا ادراک گفته می شود. مواردی از قبیل نوسان در ارتباط، عاطفه، سطح رشد، نگرش ها، دیدگاه ها، حافظه و رفتارها نشان دهنده وجود شخصیت های متناوب متفاوتی است.

**حملات ناگهانی پاروکزیمال (Spell)**

این پدیده ها مستقیا باید ارزیابی شوند. با پرسیدن سوالاتی مانند :

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

**حملات خواب**

حمله خواب به صورت ناگهانی و غیر قابل کنترل رخ می دهند.

حمله خواب ۱۰ تا ۲۰ دقیقه طول می کشد و اگر کسی حمله را قطع نکند بیش از یک ساعت به طول می انجامد. مدت حمله معمولا ۹۰ دقیقه است.  
حمله ها ممکن است با سه علامت کمکی همراه باشند.

**۱- حملات کاتالپتیک**

بیماران ضعف ناگهانی عضلات را در کل یا بخش هایی از بدن مانند بازو یا فک گزارش می کند.

**۲- فلج خواب**

بیماران در طی شب بیدار می شوند 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 می دهند.

**تشنج های صرع بزرگ**

بیمار غش می کند و به هنگام برخاستن گیج و سست است. سردرد ها و اغلب دردهای عضلانی عمومی دارد، گاهی به خودش صدمه می زند، زبانش را گاز می گیرد، بی اختیاری دفع پیدا می کند.

**تشنج های کاذب**

بیماران تشنج های صرعی را گزارش می کنند ولی تایید می کنند که در زمان حمله قادر بودند آنچه که در اطرافشان می گذشته را بشنود و ببیند و اینکه قادر به صحبت کردن نبودند و بدنشان تکان می خورده و دست ها و پاهایشان منقبض می شده است. این بیماران به ندرت به خودشان صدمه می زنند، زبانشان را گاز می گیرند، بی اختیاری دفع پیدا می کنند و یا بعد از حمله گیج می شوند. اکثر این بیماران تلقین پذیرند.

**تشنج های پارسیل مرکب یا لب گیجگاهی**

بیمار گزارش می کند که حملات فراموشی دارد که در طی حمله فعالیت های کلیشه ای 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 دست ها، مالش و ساییدن بخشی از بدن و مچاله کردن قسمتی از لباس، در آخر حمله، بیمار احساس می کند گیج است، فراموشی نسبی دارد و خسته است، بهبودی تا ۲۰ دقیقه قبل از اینکه بیمار بتواند فعالیت های معمول خود را از سر بگیرد طول می کشد.

## تغییر تجزیه ای

تن کلام، بیان چهره و رفتار روانی - حرکتی بیمار به طور ناگهانی تغییر می کند.

## حمله هیپوگلیسمیک

بیمار گزارش می کند که معمولاً ۱ تا ۲ ساعت بعد از غذا احساس تعریق، لرزش و گرسنگی می کند.

## فراموشی کلی گذرا

بیمار گزارش می کند حافظه اش را برای تقریباً یک روز کامل از دست می دهد. سابقه ای از وجود تعارضات وجود ندارد، جلسات هیپنوتیزم نمی تواند حافظه از دست رفته را برگرداند. این حملات به طور پراکنده در بیمارانی رخ می دهد که از سن ۶۰ سالگی گذشته اند. علت این بیماری احتمالاً نارسایی در سیستم گردش خون به ساختارهایی از مغز هم چون هیپوکامپ است در یادآوری حافظه نقش دارند.

## حملات ایسکمیک گذرا

بیمار یک نقص عصب شناختی کانونی را گزارش می کند که کمتر از ۱۵ دقیقه طول می کشد، از قبیل نابینایی در یک چشم، فلج ناقص در یک بازو یا پا. این حملات در بیماران مبتلا به اختلال عروق مغزی رخ می دهد.

## کارکرد اجرایی:

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

کارکرد اجرایی را می توانیم با دو رویکرد ارزیابی کنیم.

**رویکرد استقرایی:** این رویکرد بر کارکردهای شناختی اساسی تمرکز می کند که کارکرد اجرایی از آنها تشکیل شده است. این کارکردهای اساسی عبارت اند از: توجه، تمرکز، توانایی تغییر یک رفتار به رفتار دیگر (Shifting set) و حافظه. در سطوح پیچیده تر شامل کارکردهای زیر نیز می گردند: 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 می شوند. در این روش برای ارزیابی افت هوش بیمار به جای استفاده از آزمون های کمی سوالات خاصی از زندگی روزمره بیمار پرسیده می شود. مثلاً برای ارزیابی توانایی برنامه ریزی و طراحی بیمار می توانیم از او بخواهیم برنامه ای برای تنظیم حساب ها و درآمدها طراحی کند.

- بینش براساس یک آگاهی شناختی دوسویه از واقعیت است و این روند در حالت توهم هذیانی مختل می شود.

- فقدان بصیرت، بیماری شناسی یا آنوزوگنوزیا (Anosognosia) نامیده می شود.

در وسواس ها، اجبارها، اجتناب های فوبیک و سوءمصرف مواد به ندرت رخ می دهد که بیماران نسبت به ماهیت پاتولوژیک آنها بینش نداشته باشند. بجز 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.

- قضاوت توانایی انتخاب اهداف مناسب و انتخاب وسایل مناسب و قابل قبول از نظر اجتماع برای دست یافتن به این اهداف است؛ قضاوت نشان دهنده آزمون واقعیت سنجی هوش و تجربه است. لازمه قضاوت ایجاد ترکیبی از واقعیت بیرونی، نیازهای درونی و مهارت های زندگی است. بنابراین شاخص دقیقی از کارکردهای ذهنی مختل شده است. سوالاتی به ارزیابی قضاوت کمک می کنند که بیمار را ترغیب کنند با توجه به زمینه اجتماعی تصویری از نقاط قوت و ضعف خود را بیان کند. مثلاً می توان از بیمار در مورد برنامه های آینده اش سوال کرد. (فکر می کنید می توانید به اختراع بزرگی برسید؟)

قضاوت را از طریق بررسی اطلاعات عمومی و توانایی های حل مساله ارزیابی می کنند.

## فصل پنجم: آزمون

- معاینه وضعیت روانی در عصب‌شناسی متفاوت از وضعیت روانی روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران است.
- فقط بیمارانی که مبتلا به سه حالت زیر می‌باشند به طور کامل‌تری از نظر کارکردهای نوروسایکولوژیک ارزیابی می‌شوند عبارتند از:
  - ۱- دمانس به طور آهسته پیش رونده ناشی از بیماری آلزایمر و پیک و دمانس‌های عروقی.
  - ۲- مسمومیت در اثر مواد، محرومیت و آسیب‌های مزمن.
  - ۳- وضعیت‌های عمومی پزشکی که حالت و سیر حاد دارند.
- آزمون‌ها به طرح کردن یک تشخیص روانپزشکی و تایید آن کمک می‌کند در انجام آزمون‌ها به همکاری نیاز دارید.
- آزمون‌های عصب‌شناختی از طریق مشخص کردن ناتوانی فرد در وظایف مشخص، اختلال در کارکردهای بالاتر را نشان می‌دهد.
- آزمون‌روانشناسی و روانپزشکی اختلالات را به صورت کمی ارزیابی می‌کند. به این ترتیب که نمره هر فرد با نمرات هنجار شده مربوط به همان سن مقایسه می‌شود.
- زمانی از آزمون‌ها استفاده می‌شود که در کاوش یا سطح کارکرد بیمار مشخص نشده باشد یا اختلال آشکار نشده باشد. بنابراین ارزیابی صوری کارکرد شناختی یعنی جهت‌یابی حافظه و هوش، به عنوان هسته اصلی ارزیابی‌ها توصیه می‌شود.
- در دو زمان اساسی می‌توان آزمون را انجام داد:
  - ۱- وقتی که اختلال کارکرد در ابتدای مصاحبه پدیدار می‌شود.
  - ۲- در انتهای مصاحبه وقتی که باعث قطع جریان مصاحبه نشود.
- **چگونه انجام آزمون:** از یک سلسله مراتب استفاده می‌کنیم و به تدریج از کارکردهای پیچیده به کارکردهای ساده نزدیک می‌شویم وجود اختلال در کارکردهای پایین‌تر نشان دهنده وجود اختلال و آسیب‌های شدیدتری است.

## - سلسله مراتب کارکردهای ساده به پیچیده عبارتند از:

- ۱- سطح هوشیاری بی حالی (التارژی) بهت (استوپور) اغما
  - ۲- توجه و تمرکز: حواس‌پرتی و درج‌زدن
  - ۳- حافظه: فراموشی و ناتوانی در یادگیری
  - ۴- موقعیت‌سنجی: کنفوزیون
  - ۵- زبان: آفازی
  - ۶- شناسایی: آگنوزی
  - ۷- انجام دادن: آپراکسی
  - ۸- بازتاب‌ها و حرکات پاتولوژیک
  - ۹- طیف عاطفه
  - ۱۰- تلقین‌پذیری: تجزیه
  - ۱۱- تفکر انتزاعی: عینیت
  - ۱۲- هوش: دمانس عقب‌افتادگی ذهنی
  - ۱۳- آزمون‌های سریال از حالات روانشناختی خاص
- سطح هوشیاری:**
- هوشیاری توانایی شناسایی و پاسخ به محرک‌ها است، میزان انگیختگی سیستم سطح بیداری را تعیین می‌کند که می‌توان آن را به صورت زیر درجه‌بندی کرد، آگاهی بی‌حالی (التارژی) خواب‌آلود، استوپور، یا اغما،
- بیماران استوپور حتی به یک محرک مداوم شدید به زحمت پاسخ می‌دهند که معمولاً به صورت ناله‌کردن یا بی‌قراری نشان دادن است.
  - حالت خواب‌آلود بین بی‌حالی و استوپور قرار دارد.