

فنون مصاحبه تشخیصی

مصاحبه بینش گرا

این مصاحبه بر این نظریه مبتنی است که تعارضات عمیق مربوط به دوران کودکی در نهایت به عوامل مزمن و آسیب زا در بزرگسالی تبدیل می شوند. این عوامل موجب رنج و تحریف ادراکات بیمار میشود.

در مصاحبه بینش گرا سعی می شود پرده از تعارضات ناخودآگاه برداشته شده و آنها به آگاهی درآیند. تداعی آزاد، مواجهه بیمار با رفتارها و شیوه فکری اش، مشخص کردن دفاعها، تحلیل انتقال و مقاومت روشهای این نوع مصاحبه است. هدف هم تشخیص و هم درمان است.

مصاحبه علامت گرا

این مصاحبه بر این نظریه استوار است که اختلالهای روانی به صورت مجموعه ای از علایم، نشانه ها و رفتارها ظاهر شده و دوره ای مشخص

و قابل پیش بینی داشته و واکنش مشخصی به درمانها داده و یک رخداد خانوادگی می باشد.

هدف مصاحبه طبقه بندی شکایات و رفتارهای غیر انطباقی بر اساس طبقات تشخیصی معین است، واز علل بیماری سخنی زده نمی شود.

روش مصاحبه علامت گرا مشاهده رفتارهای بیمار و برانگیختن وی برای توصیف دقیق مشکلات می باشد.

در این مصاحبه از سیستم تشخیص چند محوری استفاده می شود.

مصاحبه بيش گرا با رويکرد تفسيرى علايم و رفتارهاى بيمار را
توضيح مى دهد.

مصاحبه علامت گرا با رويکرد توصيفى علايم و نشانه ها را به
ملاکهاى تشخيصى تبديل مى کند.

مصاحبه علامت گرا داراى چهار جز است:

(1) رابطه

(2) تکنیک

(3) وضعيت روانى

(4) تشخيص

راهبردهای ایجاد رابطه

(الف) خود و بیمار را در شرایط راحت قرار دهید

(1) به بیمار نشان دهید که متوجه نگرانیها و ناراحتیش هستید

(2) برای شروع از محاوره ساده شروع کنید. مشخص کنید که بیمار دوست دارد با نام خانوادگی و یا با نام کوچک صدايش کنید.

(3) برای دریافت اینکه چه کاری باید انجام دهید، نشانه های مربوط به قلمرو

(لوکوموتور)، رفتاری (روانی-حرکتی)، هیجانی (حالت های عاطفی چهره و...)

و کلامی (صدا و حالت بیان) را تشخیص دهید و در قبال هر کدام واکنش

مناسب را ابراز دارید. به نشانه های قلمرو (دوری یا نزدیکی بیمار از شما

به همان نحو پاسخ دهید، با تکان دادن سر، بالا بردن ابرو به واکنش های

بیمار پاسخ دهید. با تغییر صدا به واکنش های کلامی اش واکنش نشان

دهید و با استعاره های خود شخص با او ارتباط برقرار کنید.

(4) توجه به رنج بیمار بهترین روش برای ایجاد راحتی در اوست.

راهبردهای ارتباط-ادامه

(ب) رنج و ناراحتی بیمار را دریابید

(1) علاوه بر نشانه های بیماری به هیجانهای همراه با رنج بیمار توجه کنید.

(2) با بیمار همدلی کنید یعنی درک خود از ناراحتی و رنج بیمار را ابراز دارید.

(ج) بینش بیمار را ارزیابی کنید و با بیمار همراه شوید

با تشخیص سطح بینش بیمار قادر خواهید بود از نقطه نظر بیمار به مشکلات او نگاه کنید و از آن به عنوان ملاکی برای سنجش واقعیت سنجی بیمار استفاده کنید. بینش سه سطح دارد:

کامل: بیمار علایم خود را ناشی از یک اختلال می داند

نسبی: بیمار تا حدی از بیماری خود آگاه است

فقدان بینش: بیمار کاملاً بیماری خود را انکار میکند.

راهنماها- ادامه

- (1) با توجه به سطح بینش بیمار سؤالات خود را تنظیم کنید.
- (2) هر بیماری در درون خود یک مشاهده گر سالم دارد، بین این وجه سالم و بخش بیمار شخصیت جدایی ایجاد کنید.
- (3) به بیماری که بینش سالم دارد ماهیت بیماری را توضیح دهید.
- (4) در مورد بیماری که بینش نسبی دارد قسمت سالم شخصیت را تعیین کنید. این همان قسمتی است که در درمان می خواهید به آن توسل جویید.
- (5) هدف درمانی که شما دنبال می کنید ممکن است با هدفی که بیمار به خاطر آن مراجعه کرده است، فاصله داشته باشد. کسی که بینش نسبی دارد هر دو هدف را همزمان دارد. هدف شما در نهایت باید معطوف ایجاد بینش کامل باشد.

راهنما-ادامه

(د) مهارت حرفه ای خود را نشان دهید:

(1) دورنمایی از بیماری بدست دهید و بیمار را آگاه کنید که او تنها کسی نیست که به این ناراحتی مبتلاست.

(2) معلومات و اطلاعات خود را در زمینه بیماری به او نشان دهید. برای اعتماد بیمار به شما همدلی الزامی است ولی اساس اعتماد بیمار به شما دانایی شماست.

(3) به شک و تردیدهای بیمار از طریق رویارویی و اگر لازم شد تعبیر و تفسیر بپردازید.

(4) با دادن اطلاعات راجع به نحوه درمان بیمار را امیدوار کنید ، ولی انتظارات غیر واقعی ایجاد نکنید.

راهنما - ادامه

د) نقش هدایت گر را اعمال کنید:

نقش هدایتگری را از همان اول شروع کنید. پذیرش تعبیرات و همکاری در حین مصاحبه نشان دهنده آن است که نقش هدایتگری درمانگر پذیرفته شده است. این نقش با سلطه گری که ناشی از ضعف پنهان درمانگر است متفاوت است. از آن سو بیماران خود بزرگ بین، شکاک، یا ضدا اجتماعی با بی احترامی یا سعی در مقاومت و عصبانی کردن درمانگر با نقش هدایتگری او مبارزه می کنند.

رویارو کردن بیمار با این رفتارها و بحث و گفتگو در مورد آنها به حل مشکل کمک می کند.

راهبردها - ادامه

ر) نقشها را متعادل کنید:

نقشهای مصاحبه گر

(1) نقش متخصص (عدم صمیمیت بیش از اندازه)

(2) شنونده همدل

(3) اقتدار درمانی

ضدیت و عناد بیمار، بی میلی و سرسختی او، اطاعت محض او، اضطراب بیمار همگی می توانند حاکی از عدم تعادل در نقشهای مصاحبه گر باشند.

نقشهای بیمار

(1) حامل یک بیماری، در این نقش بیمار صرفاً خود را یک آسیب دیده تصور

می کند و بین خود و اختلالش یک فاصله ایجاد می کند. مثلاً میگوید از دواش دچار مشکل شده است نه اینکه خودش دچار مشکل است.

راهنما-ادامه

(2) رنجور، این نقش عکس نقش حامل بیماری است. بیمار در ناراحتی و مشکل خود اغراق میکند و خواستار توجه و همدلی زیاد است تا توصیه های تخصصی. گاهی لازم است در مقابل چنین بیماری محدودیتهای تخصصی گذاشت. در افسردگی و اختلالات شخصیتی این نقش دیده می شود.

(3) بیمار خیلی مهم، بیمار خود را شخصی بسیار مهم و سزاوار توجه و رفتار ویژه میداند. (مثلا شب زنگ میزند و میگوید که خوابش نمی بره)
برقراری رابطه با چنین بیماری بسیار پیچیده و اعمال محدودیت غیر قابل اجتناب است.

(4) پذیرش نقش شخص مشکل دار، تنها بعد از پذیرش این نقش است که بیمار آماده متابعت درمانی میگردد.





تکنیک (راهبردهای کسب اطلاعات)

به طور کلی بیماران یا شکایات خود را مطرح میکنند و مصاحبه گر در این مورد باید کمک کند که آنها به صحبت‌های خود ادامه دهند که در این موارد تکنیک‌های گشاینده، روشن کننده و پیش برنده موثر هستند.

یا آنها بعضی از مشکلات خود را پنهان کرده و در ابراز آنها مقاومت میکنند که در این موارد پذیرش و رویارو کردن مهمترین تکنیکها هستند.

و یا با تحریف ادراکات خود از دیگران موضوع را پیچیده و غامض

میکند که در این موارد از رویارویی و در صورت لزوم از تعبیر و

تکنیک-ادامه

تکنیکهای بررسی شکایات (الف) تکنیکهای گشاینده

ترکیب و استفاده از هر دو نوع سئوالهای باز و بسته:
ابتدا سئوالات بصورت باز مطرح و سپس محدودتر و اختصاصی شوند. هر عنوان و موضوع جدید با یک سؤال باز و وسیع شروع و سپس با سئوالهای هدفدار، و بالاخره با طیف باریک، معطوف به موضوع، و در صورت لزوم بسته پیگیری می شود

(ب) تکنیکهای روشن سازی

(1) اختصاصی کردن یا تصریح/تغییر مسیر به سئوالات بسته و اختصاصی، وقتی که بیمار از پاسخهای تک کلمه ای و یا مبهم استفاده میکند.

(2) تعمیم: بیمار واقعه منفرد اخیری را مطرح میکند که نشانگر علایم معمول او نمی باشد، مصاحبه گر با استفاده از قیدهایی همچون "اغلب" "معمولا" و..

تکنیک-ادامه

بر زمان طولانیتری تاکید می کند تا به اطلاعات کلی تری نسبت به الگوهای رفتاری بیمار دست یابد.

(3) بررسی علایم: مصاحبه گر میتواند برای کمک به بیمار فهرستی از علایم را برای تعیین نوع پسیکو پاتولوژی به صورت سؤالات اختصاصی مطرح کند (باید در این موارد دقت کرد که از القای علایم به بیمار خودداری گردد).

(4) پرسشهای هدایت کننده: از این نوع سؤالات زمانی باید استفاده کنید که می خواهید بیمار را در جهت خاصی تحت تاثیر قرار دهید. در این موارد پاسخ در مسیر خاصی هدایت میشود: مثلاً هیچوقت صدایی شنیده ای؟ یا داروهایت را مصرف میکنی؟ در معاینه روانی از این پرسشها می توان استفاده کرد.

باید توجه کرد که این نوع پرسش بیمار را مضطرب را به انکار علایم و افراد ضد اجتماعی را به تناقض گویی وادار میکند.

تکنیک-ادامه

(5)کنکاش

و ا ر س ی د ق ی ق م س ا ی ل ب ی م ا ر ب ا ا س ت ف ا د ه ا ز پ ر س ش ه ا ی ن ظ ی ر
”چرا؟“ ”چه“ ”چطور؟“ ب ه ت ع ی ی ن س ط ح ب ی ن ش ب ی م ا ر
ک ش ف م ح ت و ا و م ا ه ی ت ا ف ک ا ر ب ی م a ر و ت ف س ی ر ب ی م a ر ا ز
آ ن ه ا ک م ک م ی ک ن د . ه م چ ن ی ن ا ی ن پ ر س ش ه a ب ر ا ی ب ی ر و ن
ک ش ی د ن و ا ک ن ش ه a ی ه ی ج ا ن ی ب ی م a ر م ف ی د ا س ت (و ق ت ی ا ی ن
ا ت ف ا ق ا ف ت ا د چ ه ا ح س ا س ی د ا ش ت ی ؟)

(6)رابط دادن مطالب

د ر ا ی ن ت ک ن ی ک ر و ا ب ط م غ ش و ش ا ف ک a ر و ا ع م a ل ی ک ه ب ی م a ر
ح ی ن م ص ا ح ب ه ب ی ا ن م ی ک ن د ک ا و ش م ی ش و ن د . ”ص ب ر ک ن
ب ی ی ن م چ ط و ر ا ل ف و ب ب a ه م ر ب ط د ا ر ن د . س ع ی د ر
ا ی ج ا د

تکنیک-ادامه

رابطه عقلانی می تواند اختلال تفکر و سعی در ایجاد
رابطه هیجانی بین اعمال و افکار می تواند اختلال
عاطفه را آشکار کند.

(6) خلاصه سازی

یکی از بهترین و کلیدی ترین روشهای مصاحبه است. با
استفاده از این روش در پایان هر بخش مهم مصاحبه
خلاصه ای از آنچه که بیمار گفته است به او باز
خور داده میشود. این کار چندین مزیت دارد: او لا بیمار
مطمئن می گردد که به سخنان او توجه کرده اید خود
این نوعی همدلی شناختی است. دوم اینکه اگر بیمار
مطالبی را نگفته است، یا شما اشتباه متوجه شده اید



تکنیک-ادامه

(ج) تکنیکهای پیش برنده

- (1) ادامه دهی: با کمک ژستها، تکان دادن سر، تماس چشمی و عباراتی مثل بعد چه شد؟ جالبه، ادامه بده، بیمار تشویق میشود که به ادامه داستان زندگی اش بپردازد و مطمئن میگردد که مسیر درستی را میروند.
- (2) پژواک: در این تکنیک قسمتی از سخنان بیمار را که مایلید بیمار در آن مورد بیشتر توضیح دهد تکرار میکنید. این تکنیک در مورد بیمارانی که حاشیه پردازی میکنند و سر رشته کلام را گم میکنند و در نتیجه ممکن است صحبت در باره مطالب مهمی را از دست بدهند مفید است.

تکنیک - ادامه

(3) هدایت مجدد: این فن به بیمار کمک میکند تا مسیر انحرافی را دنبال نکند و به موضوع اصلی برگردد. و در جزئیات نامربوط غرق نشود و در باره مشکلات خودش صحبت کند و نه دیگران. این تکنیک در باره

بیمارانی که پرش افکار دارند، ویاتفکر مماسی داشته و یا حاشیه پردازی میکنند و نیز در باره کسانی که بجای صحبت درباره مشکلات خود در باره مسایل اجتماعی بحث میکنند مفید است.



تکنیک-ادامه

(4) گذارها: گذارها فن ورود به موضوعات جدید است.

بسته به وضعیت بیمار، گذارها میتوانند ملایم، سریع و یا ناگهانی باشد. خلاصه سازی خود یک فن گذار از یک

حوزه به حوزه ای دیگر است. در گذارهای ملایم با عطف به ارتباط علت و معلولی یا بیان رابطه زمانی

از یک موضوع به موضوعی دیگر میروید. این نوع گذار در درون یک حوزه بیشتر مورد استفاده قرار

میگیرد. در گذارهای سریع هدف تغییر موضوع

صحبت است "حالا اجازه بدید بریم سراغ موضوعی

دیگه". گذارهای ناگهانی دز مورد بیمارانی که دروغ

میگویند و یا عمداً علایم را تقلید میکنند، مفید است و

گارد آنها را باز میکند.



فنون مقابله با مقاومت

مقاومت دلایل مختلفی دارد: از جمله تمایل شخص برای حفظ یا ارائه تصویری خاص از خویش، عدم اعتماد به مصاحبه گر، ترس از طرد یا مسخره شدن و ...

فنون مقابله با مقاومت عبارتند از:

(1) بیان پذیرش: دادن اطمینان از اینکه او را مسخره و یا

طرد نمی کنیم و یا بصورت ارزشی در باره اش قضاوت

نمی کنیم، حرفهایش را می فهمیم و بدون داوری می

پذیریم. هنگامی که بیمار از صحبت اکراه دارد ولی

آشکارا امتناع نمی کند، معمولاً نگران مورد



فنون-ادامه

(2) رویارو کردن: این تکنیک توجه بیمار را معطوف مقاومتش می کند، و فرصتی را برای بررسی و توضیح آن فراهم می آورد. از طریق توجه به رفتارها و علایم بیمار می توان به مقاومت او پی برد.

(3) استفاده از پاداش (رویارو کردن با پیامد): می توان با استفاده از پیامدهایی از قبیل مرخص شدن از بیمارستان در صورت بیان کامل مشکلات بر مقاومت بیمار فایده آمد.

(4) سایر شگردها: در صورت ادامه مقاومت بیمار می-

توان از مسیر و زاویه دیگری وارد شد و به اصطلاح از در پشتی وارد شد مثلا اگر بیمار از صحبت در باره خودکشی خودداری میکند از طریق دیگری می توان نظر او در این باره را بیرون کشید (مثلا از طریق صحبت در باره یک شخص فرضی).

فنون-ادامه

(5)مبالغه:یک بیمار مضطرب،وسواسی یا بسیار با وجدان اغلب درپذیرش اشتباهات کوچک خودمقاومت کرده و واهمه دارد.مصاحبه گر با آوردن مثالهای مبالغه-آمیز در مقایسه با رفتار وی او را راحت میکند:بانک ملی را که نزدی؟ بچه رو که خفه اش نکردی؟ آدم که نکشتی؟

(6)القاء لاف زنی:در مورد بیماران ضداجتماعی و افراد دارای اختلال شخصیت بطور خاص ، و افرادی که در موارد ویژه ای مقاومت می کنند علاوه بر مبالغه القاء لاف زنی،نشان دهنده پذیرش و درک شما بوده و ترس بیمار را از انتقاد شکسته و او را تشویق به صحبت میکند(ببینم بزن بهادر خوبی بودی؟)

شیوه های مقابله با دفاعها

اداره کردن دفاعها

در مصاحبه تشخیصی به کوشش عمدی بیمار برای خودداری از صحبت مقاومت گفته می شود درحالی که

دفاعها معمولاً غیر عمدی بوده و به عنوان بخشی از سبک شخصیتی و الگوی رفتاری او محسوب میشود. دفاعها ادراک از خود را تحریف می کنند.

(1) میان بر زدن: قایق را تکان نده ، ضرورتی نداره بیمار را با مکانیزمهای دفاعی اش روبرو کرد.

(2) اطمینان بخشی: با ایجاد حمایت ، اظهار همدلی، و دادن امید از اضطراب و بدگمانی بیمار می کاهیم و مانع توسل او به سبکهای دفاعی ناکارآمدش می شویم.

شیوه ها - ادامه

(3) منحرف کردن حواس: از این تکنیک در باره بیماران که خلق غیر طبیعی دارند مانند مانیا و یا افسردگی و نیز موارد مربوط به سوء مصرف مواد استفاده میگردد. در این شیوه بجای مواجهه با دفاعهای بیمار با طرح یک سؤال و یا استفاده از پرسشهای کوتاه و بسته توجه بیمار را به خود جلب میکنیم.

(4) رویارو کردن: در این تکنیک مصاحبه گر توجه بیمار را به پیامدهای شیوه فکری و رفتاری خود جلب میکند. در کاربرد این فن سطح بینش بیمار باید مدنظر باشد.

شیوه ها-ادامه

(5) تفسیر

معمولا بعد از رویارویی تفسیر انجام میشود، این شیوه درباره بیماران صورت میگیرد که ضمن داشتن بینشی خوب همپای شما پیش نمیآیند، و یا در بیان احساسات و افکار خود مشکلاتی دارند. منظور از تفسیر درگیر کردن بیشتر بیمار با ادراکات و نگرشهای شکل ساز اوست و چنانچه با همدلی و درک بیمار همراه شود، موثرتر است.

توافق بیمار با تفسیر و همکاری او در این زمینه از ملاکهای موفقیت تفسیر است.

شیوه ها-ادامه

تفسیر چهار بعد دارد:

زمانبندی: زمانی تفسیر را مطرح کنید که بیمار به غیر منطقی بودن رفتار خود آگاه شده ، و در باره معنا و مفهوم آن متعجب شده باشد.

موضع مساعد: تعیین کنید که آیا بهتر است تفسیر از زبان مصاحبه گر بیان شود و یا از زبان بیمار.

دامنه: آیا موضوع تفسیر محدود باشد و یا موضوعات وسیعتری همچون سبک زندگی را شامل شود. تفسیر- های وسیع ممکن است به اعتماد به نفس بیمار لطمه زده و رابطه را تخریب کند.

تاثیر بر بیمار

تفسیر اثر هیجانی بر بیمار دارد . ممکن است آگاهی تازه ای به او بدهد و یا او را تحت فشار قرار دهد.



روشهای بررسی وضعیت روانی



روشهای چهارگانه ارزیابی وضعیت روانی

در بررسی MS اینجا و اکنون اهمیت دارد، از این طریق دیدی مقطعی در مورد نقاط ضعف و قوت و کارکرد

-های بیمار بدست می آید. برای ارزیابی وضعیت روانی از روشهای زیر استفاده میشود:

(1) مشاهده

(2) مکالمه و گفتگو

(3) کاوش

(4) آزمونها



(1)مشاهده

تمام جوانب و ابعاد رفتار بیمار را در همان چند دقیقه اول مصاحبه،مشاهده کنید. اگر بیمار همکاری نکند تنها روش کسب اطلاعات مشاهده است.در مشاهده موارد زیر مورد بررسی قرار میگیرد:

الف)ظاهر شخصی: شامل جنسیت،سن،تیپ بدنی،بهداشت ، آراستگی، تماس چشمی، تناسب سن تقویمی با وضعیت ظاهری

ب)هوشیاری شامل: جهت یابی ، لتارژی ، دلیریوم ، کوما و....

ج)رفتار روانی – حرکتی شامل:وضعیت بدنی (کاتالپسی ، انعطاف پذیری مومی،کاتاپلکسی،شکلک درآوردن،



و...)

حرکات روانی حرکتی هدفمند(بیانگر عاطفه، ژستهای
بیانگر و نمایشگر)

حرکات مرکب غیر طبیعی(استوپور، تهییج، لرزش، آکاتژیا
، کره، تیکها، اکوپراکسی)

ه)عاطفه شامل: کند ، محدود ، بازداري شده ، سطحی ،
تناسب عاطفی.

و)نگرش شامل : همکاری کننده ، تدافعی ، بی تفاوت ،
دفاعی



(2) مکالمه و گفتگو

از طریق گفتگو موارد زیر در معاینه روانی بررسی میشود:

الف) تمرکز و توجه (از بیمار خواسته میشود از عدد صد هفت تا کم کرده و همینطور تا پایین ادامه دهد).

ب) تکلم (اختلال در تلفظ مثل دیزآرتری ، اختلال در ریتم یا دیس پرسودی ، جویده حرف زدن ، فشار تکلم ، تداوم کلام ، فقر کلام ، سلیس نبودن کلام ، آفازیاها ، پارافیزیاها : معنایی مثل جایگزینی قلم با علف، صوتی مثل جایگزینی قلم با پلم، تقریبی مثل نامه را با اسباب نوشتن، و نئولوژیستیک مثل یاپیشکا به جای سیگار).

پ) تفکر (عینی، فراشمولی، درج‌ازدن، اکولالیا،
کوپرولالیا، توقف فکر، از خط خارج شدن، یاوه‌گویی
، پرش افکار، سالاد فکر، حاشیه‌پردازی، تفکر مماسی
، از هم گسیختگی، از بین رفتن تداعیها، حرافی و....)

ت) جهت‌یابی (مکانی، زمانی و شخصی)

ث) حافظه (تحریف حافظه، کریپتومنریا، آمنریا، حالات
دژاوو، حافظه فوری، اخیر و بلند مدت.



(3) کاوش

در کاوش به همکاری بیمار نیازمندیم. بطور کلی در کاوش باید خلق و کیفیت آن، واکنش پذیری خلقی، شدت و مدت خلق، سطح انرژی، ادراک، بینش، محتوای فکر، هذیانها، فوبیها، اجبارهای عملی و وسواسها، حالات پانیک و قضاوت مورد بررسی واقع شوند:

هذیانها باید از نظر هماهنگی خلقی، سیستماتیزه بودن، عجیب و غریب بودن، پارانوئیدی بودن و منفعلانه بودن مورد بررسی واقع شوند.

هذیانهای انفعال: تزریق احساس بدنی، انتشار افکار، ربایش افکار، تزریق افکار، تزریق عواطف، تزریق تکانه، تزریق ارده بیرونی، ادراک هذیانی.



هذیانهای هماهنگ با افسردگی: گناه، فقر، نیست انگاری،
مرگ، بیماری.

هذیانهای پارانوئیدی: انتساب، کنترل، گزند و آسیب،
حسادت، اتهام، سوء تعبیر.

هذیانهای آشفته: سحر و جادو شدن، همه کار توان،
تفکر جادویی، عجیب و غریب.

هذیانهای بزرگ منشی: توانایی های روحی، ثروت،
قدرت، استعداد درخشان، سلامت از بین نرفتنی،
زندگی جاودان.



مصرف الكل ، وضعیت های ارگانیک ،حالت های سایکوتیک و
تمایلات دیگرکشی و خود کشی
به طور ویژه در قسمت کاوش باید بررسی شود .



آزمون

در معاینه وضعیت روانی از دو نوع آزمون استفاده می شود :

🎨 آزمون های نوروسایکولوژیک

که اغلب با تکالیف ساده مربوط به تکرار تکلم خودانگیزته ، انجام اعمال حرکتی هدف دار ، آزمون های بازشناسی چهره و تصویر وانجام می شوند .

🎨 آزمون های رسمی تشخیصی از قبیل آزمون های شخصیت و هوش که با تست های شناخته شده ای چون وکسلر اندازه گیری می شود .

در این قسمت آزمون های نوع 1 مورد بررسی قرار میگیرد .

1. آزمون سطوح هشپاری : لتارژی را با حرف زدن با صدای بلند ارزیابی کنید ؛ استوپور را با تحریکات مداوم و شدید. (در استوپور روان زاد بیمار هشپار است ولی ممکن است پاسخ ندهد).

2. آزمون توجه و آمادگی : توجه توانایی شخص در معطوف کردن ذهنش به یک محرک خارجی است و تشکیلات شبکه ای و لوب پیشانی مسئول این توانایی هستند . برای ارزیابی توجه از آزمون فراخنای اعداد مستقیم و وارونه استفاده می شود .

آمادگی یا تمرکز ؛ حفظ توجه به جریانی از محرک هاست که برای ارزیابی آن از آزمون عملکرد پیوسته استفاده می شود مثل ، هرگاه حرف دال را شنیدی یک ضربه به میز بزن . (حد نرمال ، در 10 دقیقه کوشش 90 درصد پاسخ صحیح است اگر تکلیف پیچیده باشد 80 درصد می باشد) .

روش دیگر کم کردن عدد 7 از 100 به طور متوالی است . افراد دچار آسیب در سیستم شبکه ای ، لیمبیک و لوب پیشانی در آزمون توجه و تمرکز ناکام می شوند . همچنین افسرده ها ؛ کودکان بیش فعال و دلیریوم .

3. حافظه : حافظه فوری را از طریق تکرار حروف یا اعداد یا واژه های نامربوط ، یا کپی کردن تصاویر ارزیابی کنید .

حافظه کوتاه مدت ؛ را از طریق تکرار 4 کلمه نامربوط پس از حدود 5 یا 10 دقیقه ارزیابی کنید .

حافظه بلند مدت (یادآوری برای 30 دقیقه و بیشتر) را از طریق تکرار یک داستان یا کلمات نامربوط که در مصاحبه گفته شد پس از 30 دقیقه بررسی کنید .
ادغام حافظه فوری و کوتاه مدت به صورت حافظه اخیر: (امروز صبح چه خوردی) .

اختلالات حافظه اخیر عبارتند از فراموشی پیش گستر (ناتوانی در یادگیری مطالب جدید) و افسانه پردازی .

بیماری های زیر حافظه اخیر را دچار اختلال می کند : اختلال فراموشی مقاوم ناشی از الکل (کورساکوف) ، جراحت سر ناشی از تکان سخت ، فراموشی کلی گذرا ، اختلال در بازیابی .

در اختلالات تجزیه ای مانند گریز تجزیه ای ، فراموشی تجزیه ای یا هویت تجزیه ای به علت سرکوب و واپس زنی ، آمیزی پس گستر ایجاد می شود .

این آمیزی با آمیزی پیش گستر همراه نیست بنابراین اطلاعات جدید یاد گرفته می شود.

در سندرم گانسر بیمار به عمد اطلاعات غلط می دهد ولی پاسخ هایش به پاسخ درست نزدیک است ؛ (اسب 5 پا دارد).

4. جهت یابی : از طریق نام ، روز ، هفته ، تاریخ ، محل حاضر ، آدرس و .. ارزیابی می شود . اختلال در جهت یابی به شخص شدیدترین نوع اختلال در جهت یابی است .

5. زبان : آفازی ، اگر بیمار حیران و سرگردان بوده و در ارتباط و گفتگو دچار مشکل است و قادر به انجام اعمال هدفمند نیست از نظر آفازی ، آپراکسی و آگنوزی باید بررسی شود .
در ارزیابی آفازی باید قبلاً چپ یا راست دست بودن ارزیابی شود .
آلکسی معرف نوعی آفازی حسی (دریافتی) است و آگرافی معرف یک آفازی حرکتی (بیانی) است . در آفازی حسی قدرت درک معانی کلمات و در آفازی حرکتی قدرت تکرار کلمات ارزیابی می شوند .

آفازیها دو نوع هستند : آفازی مرکزی که خود 4 دسته هستند و آفازی های پری سانترال که باز 4 نوع است .

▶ آفازی مرکزی :

1. حرکتی یا بیانی (بروکا)
2. آفازی حسی یا دریافتی (ورنیکه) که ممکن است با اختلال تفکر اسکیزوفرنیک یا مانیک اشتباه گرفته شود .
3. آفازی هدایتی که ناشی از آسیب رشته های پیوند دهنده نواحی حسی با نواحی حرکتی زبان است . در این آفازی نیز تکرار کلمات و جملات به شدت مختل است .
4. آفازی گلوبال : که در آن بیمار قادر به صحبت کردن و فهمیدن نیست .

✿ آفازیهای پری سانترال

در این آفازی ها ضایعاتی در اطراف مناطق مرکزی حسی و حرکتی گفتار وجود دارد :

1. آفازی ترانس کورتیکال حسی : در این آفازی بیمار به خوبی تکرار می کند و تکلم خود به خودش سلیس است ولی آنچه را تکرار می کند یا می شنود را درک نمی کند .

2. آفازی ترانس کورتیکال حرکتی : که در آن تکرار و درک مطلب وجود دارد اما کلام سلیس نیست .

3. آفازی نامیدن : که مشکل فقط در نامیدن اشیا است ، اما درک وجود دارد . در آسیب شکنج گیجگاهی این آفازی شدت بیشتری دارد .

4. آفازی ایزولاسیون : که در آن بیمار نمی تواند اشیا را نام ببرد یا مطلب را درک کند و تکلمش سلیس نیست . به صورت اکولالیا هرچه را می شنود تکرار می کند .

آزمون های آفازی

1. نوشتن ، اگر بیمار توانایی نوشتن خود را بدون عیب و نقص حفظ

کرده باشد آفازیک نیست در این صورت سایر ارزیابی ها باید ادامه یابد .
(همه آفازی ها قدرت نوشتن را تحت تاثیر قرار می دهند .)

2. تکرار ، تکرار گفتار دیگران فقط در آفازی های مرکزی مختل می شود .

اگر بیمار مبتلا به آگرافی آزمون تکرار را با موفقیت بگذراند آفازی مرکزی ندارد ، اما می تواند آفازی پری سانترال را داشته باشد .

3. سلاست ، سلاست کلام در آفازی بیانی و گلوبال (آفازی های مرکزی)

و یا آفازی های ایزولاسیون و ترانس کورتیکال حرکتی (آفازی پری سانترال)

مختل می شود . اگر تکلم سلیس باشد آفازی مرکزی از نوع حسی یا هدایتی

و آفازی پری سانترال از نوع نامیدن یا ترانس کورتیکال حسی خواهد بود .

4. درک مطلب ، از قبیل به چشم راست خود و سپس به دست راست خود

اشاره کن ، (برای ارزیابی آفازی حسی) .

5. نامیدن و واژه یابی ، از بیمار بخواهید تا اشیای نشان داده شده را نام

ببرد این توانایی در آفازی های پری سانترال مختل می شود .

6. بلند خواندن و درک مطلب ، مثلا ابتدا جملاتی را بخوانند و سپس به سوالات در آن مورد پاسخ دهند . (برای ارزیابی آفازی حسی و یا حرکتی).

7. بررسی واژه سازی ، اگر نئولوژیسم دیده شود چنانچه سمبولیک باشد ناشی از اختلال تفکر اسکیزوفرنیک خواهد بود و اگر غیر سمبولیک باشد ناشی از پارافیزیای آفازیک .

اقسام پارافیزیا : 1. معنایی مثل جایگزینی قلم با علف

2. صوتی مثل جایگزینی قلم با پلم

3. تقریبی مثل جایگزینی قلم با اسباب نوشتن

4. نئولوژیستیک مثل جایگزینی فلوم با فیل

6. آگنوزی

لوب های آهیانه ای قشر مغز درون دادهای حسی را ترکیب می کند و آسیب به این لوب ها موجب آگنوزی می شود . آگنوزی یعنی اختلال در شناخت اشکال و ماهیت اشیا با استفاده از حواس ؛ از قبیل ناتوانی در تشخیص اشیا از طریق لمس کردن و یا ناتوانی تشخیص چهره ها و اشیا . ارزیابی از طریق گذاشتن اشیا در کف دست و درخواست از بیمار برای گفتن نام آن انجام می گیرد

7. آپراکسی

ناتوانی در انجام اعمال ارادی و دستکاری هدفمند اشیا . آسیب به شکنج پیش حرکتی قشر پیشانی و لوب آهیانه ای راست به آپراکسی منجر می شود .
و چند نوع است :

ناتوانی در انجام حرکت ؛ ناتوانی در تصمیم گیری اینکه چه کاری باید شروع شود ؛ ناتوانی در سازمان دهی منطقی حرکات ؛ ناتوانی در کپی کردن یا ترسیم طرح ها با خواستن از بیمار که نحوه روشن کردن کبریت ، نخ کردن سوزن ، ساختن مثلث با استفاده از 3 مداد را نشان دهد ، ارزیابی می شود .

8. بازتاب ها و حرکات پاتولوژیک

اگر راه های بازدارنده لوب پیشانی مسدود شوند بازتابهای لوب پیشانی در کودکی دوباره ظاهر می شوند . که عبارتند از :

بازتاب پوزه که از طریق ضربه به لب بالایی ارزیابی می شود

بازتاب مکیدن از طریق لمس لب بالایی ارزیابی می شود ،

بازتاب چنگ زدن از طریق لمس کف دست

و بازتاب گلابلا از طریق ضربه آهسته به پیشانی بیمار بالای پل بینی که موجب پلک زدن مداوم می شود ؛ ارزیابی می شود.



کارکردهای پاتالوژیک

یعنی اینکه بیمار حرکات القا شده غیر عادی را بدون توجه به پیامد آن انجام دهد . به طرق زیر ارزیابی می شود :

اطاعت پاتالوژیک (مثلا زبانت را بیرون بیاور) ، انعطاف پذیری

مومی ، تمایل دو سوگرا (بخواهید بیمار بنشیند و ببینید که آیا می نشیند

و یا بین خم شدن ، بلند شدن و نشستن گیر می کند) ، منفی گرایی ،

اکوپراکسی ، واکنش مغناطیسی (بعد از لمس کف دست بیمار دست

خود را از دست او بیرون می کشید و بیمار با دست خود دستان شما را دنبال

می کند) ، در جا زدن .

9. عاطفه

از بیمار بخواهید بعضی از عواطف منفی یا مثبت را همراه با نشان دادن

حالت چهره ای آن بیان کند . در این حال به آهنگ صدا ، ژست و بیان

چهره ای دقت کنید . افراد دچار آسیب لوب پیشانی و لیمبیک در بیان

عواطف دچار مشکل هستند .

10. تلقین پذیری (تجزیه)

ممکن است بعضی از علایم و نشانه های روانی ناشی از خود تلقینی باشد از قبیل علایم تبدیلی و تجزیه ای .

برای ارزیابی تلقین پذیری مثلاً گفته می شود تنفست سنگین و سنگین تر می شود پلکت خسته شده و چشمت بسته می شود و یا انگشتان دستانت به هم چسبیده و از هم باز نمی شوند .

11. تفکر انتزاعی

از طریق آزمون شباهت ها و ضرب المثل ها ارزیابی می شود .

12. هوش و اطلاعات عمومی

از طریق پرسش درباره چیزهایی که معمولاً فرد باید بداند و نیز آزمون های ساده هوشی ارزیابی می شود .

4. تشخیص

گام اول : آماده کردن و غربال مشکل



بیماران مشکلات خود را به 3 طریق بیان می کنند:

الف) به صورت بیان ناراحتی های روزمره ؛ در این مورد
با استفاده از گفتگوی غیر مستقیم و کنکاش ، پرسش از شکایت اصلی ، انعکاس و...می توان به شکایت اصلی رسید .

ب) بیان شکایت اصلی ؛ که بیمار یک یا چند مورد زیر را ابراز
می دارد 1. علایم اصلی مثل قلبم درد می گیرد 2. الگوهای رفتار
ناسازگارانه مثل از کوره در میرم 3. عوامل استرس زا مثل کارم را
از دست داده ام 4. تعارضات بین فردی از قبیل شوهرم درکم نمی کند.

ج) نشانه ها ؛ از رفتار و کلام بیمار استنباط می شود از قبیل اضطراب
تشویش ، نگرانی ، دلهره و

پس از کسب اطلاعات در مورد مشکلات اصلی بیمار میتوان :

الف) بحث و تلاش برای کشف مشکلات بیشتر را گسترش داد ؛
با سوالاتی از قبیل آیا مشکلات دیگری هم وجود دارد و از این طریق
حوزه های تشخیصی را که می توانند نقطه ای برای شروع درخت
تصمیم گیری باشند ؛ غربال کند .

ب) میتوان بر روی مشکل خاصی متمرکز شد و بیمار را با استفاده
از تکنیک هایی از قبیل روشن سازی و ادامه دهی تشویق به بیان
جزئیات بیشتر در مورد شدت ؛ سیر ؛ عامل استرس زا و اختلال
کارکرد نمود . پس از جمع آوری این اطلاعات بررسی می کنیم که
اطلاعات موجود نشانگر کدام یک از موارد زیر می باشند :

اختلالات بالینی ؛ اختلالات شخصیت یا مشکلات محیطی ، روانی
اجتماعی

این کوشش مستلزم دو تکلیف است :

گنجاندن و کنار گذاشتن

در فرایند گنجاندن شواهد و دلایل موجود به نفع یک تشخیص

و نیز تشخیص هایی که می توانند مطرح شوند مشخص می شوند .

در فرایند کنار گذاشتن شواهد رد کننده یک تشخیص مشخص می شوند.

بنابر این طی فرایند تشخیص 3 فهرست بدست می آید :

1. فهرست تشخیص ها که باید در نظر گرفته شوند . 2. فهرست تشخیص

هایی که باید رد شوند . 3 . تشخیص هایی که هنوز نیاز به کاوش دارند .

گام دوم : پیگیری نظریات اولیه

در این مرحله مشخص کنید که علایمی که بیمار ذکر می کند و نشانه هایی که در او مشاهده می کنید معیار تشخیصی یک یا چند اختلال را تامین می کند .

در این گام از سوالات بسیار اختصاصی استفاده کنید تا فهرست اختلالات رد شده ، طولانی تر و فهرست شمول کوتاه تر شود .

در این مرحله به ترتیب برای بررسی محور یک اطلاعات زیر را در مورد هر اختلالی که تشخیص آن مطرح است بررسی کنید :

(1) علایم اصلی (2) طول مدت و سیر آنها (3) شدت آنها و تاثیرشان بر کارکرد و زندگی فرد (منظور از کارکرد فعالیت شغلی روابط خانوادگی و اجتماعی ، مشکلات قانونی ، سلامت عمومی ، دارو درمانی ، بستری شدن و میزان وابستگی به دیگران است) ، (4) علایم همراه که این علایم اکثرا نباتی هستند . مثل بی اشتهایی ، پرخوری ، علایم جنسی یا دردهای غیر قابل توجیه .

علائم خفیفی که در زندگی بیمار تداخل جدی ایجاد نمی کند ممکن است نشان دهنده شروع دوره پیش مرضی یک اختلال باشد .
چنانچه علائم اساسی به اندازه کافی طولانی و شدید باشند اما علائم همراه به اندازه کافی موجود نباشند تشخیص NOS را بگذارید .

برای تشخیص اختلالات محور دو موارد زیر را بررسی کنید :

1. آیا بیمار به دنبال موقعیت های خاص مثل قرار گرفتن در معرض استرسورها دچار مشکل شده است و یا در طول زندگی الگوی پاسخی خاصی را از خودش نشان می دهد .

2. آیا در طول مصاحبه بیمار الگو و رفتار واکنشی خاصی دارد (بی اعتماد ، دمدمی ، چسبنده ، ترسو ،مردد) .

● الگوهای تکراری پاسخ به استرسورهای زندگی تشخیص اختلال انطباق یا افسردگی را رد می کند و بیشتر به نفع اختلال شخصیت است .

بنابر این اختلالات شخصیت را می توان بر اساس یکی از سه مشخصه زیر طبقه بندی نمود:

1. موقعیتی که برای رفتار غیر انطباقی حکم ماشه چکان را دارد
2. تعبیر و تفسیر اشتباه فرد از موقعیت های برانگیزاننده
3. رفتار غیر انطباقی و پاسخ هیجانی

برای تشخیص اینکه بیمار در کدام کلاستر قرار می گیرد به سه سوال زیر پاسخ دهید :

1. آیا بیمار به خاطر رفتار سرد اجتماعی (اسکیزوئید) ، شکاخانه (پارانوئید) یا عجیب و غریب خود (اسکیزوتایپال) تمایل به جدا بودن از دیگران دارد ؟
2. آیا خود را به دیگران تحمیل می کند (ضد اجتماعی) ، رفتار نمایشی دارد (هیستریونیک و مرزی) و یا خود مدار و به شدت مغرور است (خودشیفته) ؟
3. آیا از دیگران وحشت دارد (اجتنابی) ، سلطه پذیر و مضطرب است (وابسته) و یا منظم و محدود شده است (وسواسی) ؟

برای بررسی **محور 4** یعنی مشکلات روانی – اجتماعی و محیطی توجه کنید که تعارض های بین فردی یا سایر مشکلات روانی اجتماعی که به عنوان شکایت اصلی مطرح می شوند می توانند یک اختلال بالینی ، یک اختلال شخصیتی ، یک واکنش انطباقی و یا صرفاً یک مشکل روانی اجتماعی باشند .

1. برای اینکه ببینیم اختلال بالینی است یا نه باید تعارض بیمار را به زبان علایم ترجمه کرده و بر روی علایم اصلی و همراه اختلالات روانی تمرکز کنیم ، چنانچه نتیجه مثبت بود همان اختلال یا اختلالات را دنبال کنید .

2. چنانچه مشکل روانی- اجتماعی بیمار یک الگوی تکرار شونده مادام العمر بود (مثل مشکل دائمی با مراجع قدرت) ممکن است مشکل روانی – اجتماعی نشان دهنده وجود اختلالات شخصیت باشد .

3. اگر احتمال وجود اختلالات بالینی و شخصیت رد شد و به وجود نوعی عامل فشار زا پی بردید که در پی آن برخی علایم روان پزشکی ظاهر شده است (مثل خلق مضطرب ، خلق افسرده ، اختلال سلوک و...) ، وجود اختلال انطباقی را کاوش کنید .

4. اگر تعارض بین فردی به یکی از موارد فوق قابل انتصاب نباشد به عنوان یک مشکل روانی – اجتماعی بدون وجود اختلال روانی مطرح می شود مثل سوگواری ، مشکل تحصیلی ، کارکرد هوشی مرزی و ...

این مشکل روانی – اجتماعی می تواند به صور زیر با یک اختلال روانی در محور 1 یا 2 رابطه داشته باشد :

1. رابطه زمانی : این دو فقط با هم ظهور کرده اند و ربطی به هم ندارند

2. عامل استرس زا تشدید کننده اختلال بوده است .

3. به عنوان یک ماشه چکان برای اختلال عمل کرده است .

4. خود عامل استرس زا نتیجه و پیامد آن اختلال بوده است .

5. خود عامل استرس زا علت اختلال بوده است

اگر خود بیمار علت بیماری را یک عامل فشار زا بداند ، این فرض را باید داشت که عامل استرس زا صرفا حادثه ای مهم بوده که به طریقی با بروز اختلال روانی همزمان شده است . به عبارت دیگر چنین عامل فشار زایی فقط یک علامت زمانی است . درک بیمار از وجود رابطه سبب شناختی بین عامل فشار زا و واکنش فعلی برای تشخیص بی مورد است ولی در درمان باید مد نظر قرار گیرد .

علایم واکنش های غیر انطباقی با علایم افسردگی اساسی ، اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت به ویژه ضد اجتماعی مشابهت دارد . تاریخچه بیمار ، سابقه خانوادگی و وضعیت روانی بیمار در این موارد به تشخیص افتراقی کمک می کند .

در واکنش های غیر انطباقی معمولا بیمار سابقه فردی و یا خانوادگی اختلال خلق را ندارد .

در بررسی اختلالاتی که به گونه دیگر مشخص نشده اند موارد زیر را در نظر بگیرید :

1. وقتی بیمار فقط از یک علامت صحبت می کند ، سعی می کنیم آنرا به یک علامت اصلی یک اختلال بالینی مرتبط کنیم (مثلا وقتی بیمار اظهار می دارد که از زندگی زناشویی اش لذت نمی برد ، سعی می کنیم بفهمیم که آیا این ناشی از نشانه ترک لذت در افسردگی اساسی است یا نه ؟

2. در صورت مثبت بودن نتیجه سعی می کنیم بفهمیم که آیا علایم همراه مرتبط با این علامت حضور دارند یا نه ؟

3. چنانچه نتوانیم هیچ علامت همراه دیگر را بیابیم شدت همان علامت را دنبال می کنیم و چنانچه به این نتیجه برسیم که این تک علامت نشان دهنده اختلال معنی دار در تفکر ، ادراک ، خلق و یا کارکرد فرد است آن را به عنوان یک اختلال NOS طبقه بندی می کنیم .

گام سوم :

تاریخچه روانپزشکی

در بررسی تاریخچه روانپزشکی موارد زیر بررسی می شود :

الف) شخصیت پیش از بیماری

کارکرد شخصیتی قبل از بیماری را به 3 دلیل زیر باید بررسی کرد :

1. از طریق فهم شخصیت پیش از بیماری می توان وضعیت فعلی او را ارزیابی کرد و میزان انحراف او از شخصیت زمان سلامت خود را مشخص کرد برای این هدف حتما باید از وابستگان بیمار نیز پرس و جو کرد .
2. فهم شخصیت پیش مرضی تشخیص را قاطع تر و مشخصتر می کند مثلا برخی از اختلالات روانی با خصوصیات شخصیتی خاصی در دوره پیش مرضی همبسته هستند .
3. به تعیین اهداف درمانی کمک می کند .

(ب) سیر اختلالات بالینی

در بررسی این قسمت از پرسش‌هایی مانند ، اولین بار چه وقت مشکلات فعلی را احساس کردید استفاده می‌کنیم .

همچنین باید توجه کنیم که اختلال فعلی ممکن است قبلاً به شکل دیگری وجود داشته مثلاً بیمار اسکیزوافکتیو ممکن است قبلاً افسرده و یا تحریک‌پذیر بوده باشد .

فاصله زمانی بین سلامتی و شروع بیماری را باید مشخص کرد تا معلوم شود که آیا شروع بیماری تدریجی و موزیانه بوده و یا ناگهانی و حاد .

همچنین طول مدت ، شدت و نوسان علائم را باید مشخص کرد ؛ مثلاً علائم می‌توانند مزمن ایستا (افسرده خویی) ، مزمن پیشرونده (دمانس ، وابستگی به مواد) ، دوره‌ای (دو قطبی) یا نوسان‌دار باشد .

ب 1 : در بررسی سیر اختلالات شخصیت از طریق تمرکز و توجه به تعارضات بین فردی عود کننده و ناسازگاری های شخصیتی میتوان شروع و طول مدت اختلال را ارزیابی کرد . برخی از بیماران از خصیصه های شخصیتی خود (کمال گرایی) و تعارضات بین فردیشان (مثلا ، مشکل با همسر) آگاه هستند در این موارد میتوان مستقیما از بیمار سوال کرد .

به طور کلی برای ارزیابی شدت اختلالات شخصیت بر حوزه های کلیدی زیر تمرکز کنید :

رابطه با دوستان ، زندگی خانوادگی ، زندگی شخصی ، تعهدات اجتماعی ، برنامه های تفریحی و روابط جنسی.

یک روش دیگر ارزیابی اختلالات شخصیت بررسی تعداد اختلافات و تعارض های بین فردی مشابهی است که در طول یکسال بیمار با آنها روبرو می شود .

ج : در بررسی تاریخچه درمان ها این نکات مهم هستند :

1. چنانچه بیمار علایم بیماری را نتواند توضیح دهد و مدارک دیگری هم در دسترس نباشد آگاهی از سوابق قبلی کمک می کند تا به مشکل مراجع نزدیک شویم .

2. می تواند کمک کند که روش های موثر درمانی قبلی را در درمان مشکل فعلی نیز مورد استفاده قرار دهیم .

3. این اطلاعات به تائید و تشخیص اختلال فعلی مراجع کمک می کند .

د : تاریخچه اجتماعی

این قسمت را به دو بخش پیش از ابتلا و بعد از ابتلا تقسیم می کنیم و در تاریخچه اجتماعی قبل از بیماری مراحل رشدی بیمار ، و بالاترین میزان کارکردهای روانی – اجتماعی را با کمک GEF بررسی می کنیم .

مقایسه کارکرد قبل از بیماری با کارکرد فعلی به تعیین سیر طبیعی اختلال کمک کرده و برای کشف خود اختلال و یا اختلال های پنهان نیز کمک می کند . در این تاریخچه مراحل رشدی ، سابقه شغلی ، سربازی و روابط اجتماعی ، ترس ها و بررسی می شوند .

ه : تاریخچه پزشکی (ارزیابی محور 3)

در تاریخچه پزشکی باید مشخص کرد که آیا علایم روان پزشکی ، معلول اختلالات نورولوژیک ، غدد ، متابولیک قلبی – عروقی یا مصرف دارو می باشد یا خیر ؟ . در صورت مثبت بودن جواب تشخیص اختلال روانی ناشی از وضعیت طبی – عمومی یا ناشی از مصرف دارو داده می شود .

به عنوان مثال بیماری MS می تواند حالات اضطرابی ، افسردگی و پارانوییدی ایجاد کند . یا کم کاری و پرکاری تیروئید می تواند علایم ، پانیک ، اضطراب و افسردگی ایجاد کند و

در بیماران سالمند که سابقه خانوادگی و شخصی روان پزشکی منفی است ، سیر نامعمول یا شروع نامعمول و یا ترکیب نامعمول علایم بیشتر به نفع بیماری طبی است تا روانی .

و . تاریخچه خانوادگی :

اخذ تاریخچه خانوادگی در تشخیص روان پزشکی و برای پیش بینی سیر بیماری و پاسخ به درمان موثر است . مثلا هنگامی که بیمار چند دوره افسردگی را داشته ولی وابستگان درجه اولش سابقه اختلال دو قطبی را دارند وجود اختلال دو قطبی باید بررسی شود . چنین آگاهی به ما ، در استفاده از درمان های دارویی هشدار می دهد مثلا استفاده از ضد افسردگی ها می تواند در چنین بیماری زمینه ساز یک دوره مانیک یا هایپومانیک باشد که می توان با ترکیب لیتیوم با سایر داروها از این خطر جلوگیری کرد .

در هر حال وجود سابقه خانوادگی یک اختلال حتما باید به طور جدی بررسی شود . معمولا در اغلب بیماری های روانی یک الگوی خانوادگی قابل شناسایی است .

گام چہارم :

تثخیص



تشخیص برجستگی برای اختلال است نه برای بیمار ، و اطلاعات متعددی را که از یک شخص به دست می آید در یک اصطلاح جمع می کند ، بین این اطلاعات رابطه برقرار می کند ، و امکان پیش بینی پاسخ درمانی و نتیجه آن را فراهم می کند .

ارزیابی تشخیصی دارای استانداردهای زیر است :

1. قابلیت ها و توانایی ها : شامل علاقه مندی ها ، اطلاعات ، مهارتها ، استعدادها ، تجربه ، تحسین و وضعیت شغلی . این ها نشان دهنده توانایی هایی است که پس از بیماری باقی مانده اند . و در تعیین برنامه درمانی و پیش آگهی نقش عمده ای دارد .

2. فرمول بندی تشخیصی : در این فرمول بندی عوامل زیست شناختی ؛ از قبیل ، سابقه خانوادگی و وضعیت های طبی - عمومی ، عوامل روان شناختی از قبیل مکانیزم های دفاعی توانمندی ایگو ، تکامل روانی -جنسی ، بحران های رشدی و عوامل زمینه ساز ، آشکار کننده و تداوم بخش ، و عوامل اجتماعی - حمایتی ملحوظ می گردد .

تشخیص در پنج محور صورت می گیرد .

■ تشخیص اصلی تشخیصی است که با اطمینان بیشتر و به صورت جامع
علائم بیماری فعلی را تبیین کند .

■ ممکن است بیمار در محورهای 1 ، 2 ، 3 بیش از یک تشخیص داشته
باشد .

■ چنانچه بیمار همکاری لازم را نکند می توان از اصطلاح تشخیص
موقتی صحبت کرد .

■ چنانچه بیمار در حالت بهبود باشد می توان از اصطلاحات بهبود نسبی
و یا کامل استفاده کرد و چنانچه تغییرات مثبتی در سیر بالینی اختلال رخ
داده باشد ، می توان از اصطلاح نوع باقیمانده در تشخیص استفاده کرد .

پیش آگهی

توصیه می شود که در طول مصاحبه ، مصاحبه گر
نظرات تشخیصی و تصمیم های خود را به صورت
یک پسخوراند تشخیصی با بیمار در میان بگذارد تا
بتواند راجع به برنامه های درمانی با بیمار صحبت
کرده و به توافق برسد .

به طور کلی پیش آگهی تحت تاثیر 3 موضوع قرار
می گیرد :

1. ماهیت خود اختلال بالینی یا شخصیتی
2. نگرش بیمار به اختلال و روش های درمان
3. پاسخ بیمار به پیشنهادهای درمانی و متابعت او
از برنامه درمان

ادغام 5 مرحله
و
چهار جزء در مصاحبه

هر مصاحبه 5 مرحله و 4 جزء دارد و هر مصاحبه گر دارای 4 وظیفه است ، که عبارتند از :

1. برقراری و نگهداری رابطه
2. استفاده از تکنیک های مناسب مصاحبه ای
3. ارزیابی وضعیت روانی
4. انجام فرآیند تشخیص

5 مرحله و 4 جزء مصاحبه و 4 وظیفه درمانگر به صورت زیر در عمل با هم ادغام می شوند :

1. آماده سازی و غربال مشکل :

بیمار را در شرایط راحت و آسوده قرار دهید ، حدود را رعایت کنید ، با او همدلی کنید و شنونده ای خوب باشید (**رابطه**) ، سوالات وسیع ، باز و غربال گر انتخاب کنید تا بیمار تشویق به حرف زدن شود (**تکنیک**) ، به ظاهر ، اعمال روانی – حرکتی ، تکلم ، تفکر ، عاطفه ، جهت یابی و حافظه توجه کرده و خلق ، بینش و قضاوت بیمار را ارزیابی کنید (**وضعیت روانی**) ، نکات مهم را یادداشت کنید ، علایم را ارزیابی کنید و شدت و سیر آنها را مشخص سازید و استرس ها و تشخیص های افتراقی را فهرست کنید (**تشخیص**).

2. پیگیری نظرات اولیه :

با بیمار همراه شده و به طور واضح به موضوعات مختلف تغییر جهت دهید (**رابطه**) ،

سوالات باز مطرح کرده و سپس برای رسیدن به پاسخ های خاص با سوالات بسته مصاحبه را پیش ببرید (**تکنیک**) ،

امکان خود کشی و محتوای تفکر بیمار را ارزیابی کنید (**وضعیت روانی**)

صحت و سقم تشخیص ها را بررسی کرده و یا رد کنید (**تشخیص**) .

3. تاریخچه روان پزشکی :

علاقه ، دقت و مهارت خود را نشان دهید و بیمار را برای ادامه برانگیزید (**رابطه**) ،
در موضوعات تغییر جهت دهید ، دفاع ها را اداره کنید و با بی ثباتی های بیمار سازگاری نشان دهید (**تکنیک**) ،
قضاوت و حافظه را ارزیابی کنید ، آزمون های خاص کارکردهای روانی و هوش را انجام بدهید (**وضعیت روانی**) ،
سیر اختلالات را با توجه به فشارهای زندگی و سابقه طبی و خانوادگی تعیین کنید (**تشخیص**) .

4. تشخیص و بازخوراند :

برای بیمار شرایط پذیرش یک تشخیص را فراهم کنید (**رابطه**) ،
اختلالات و امکان های درمانی را توضیح دهید (**تکنیک**) ،
درباره یافته های وضعیت روانی بحث کنید و در مورد رضایت و
پذیرش بیمار کاوش کنید (**وضعیت روانی**) ،
تشخیص ها را در 5 محور ثبت کنید (**تشخیص**) .

5. پیش آگهی و قرارداد درمانی :

نقش رهبری خود را ایفا کنید و در بیمار برای پذیرش درمان اطمینان بیافرینید (**رابطه**) ،
در مورد قرارداد درمانی با بیمار صحبت کنید (**تکنیک**) ،
از بینش ، قضاوت و پذیرش بیمار اطلاع حاصل کنید (**وضعیت روانی**) ،
پیش آگهی را توضیح دهید و اثرات درمانی را پیشگویی کنید (**تشخیص**) .

بیماران مشکل



مشکلات مربوط به مصاحبه با بیماران مشکل به 4 منبع زیر مربوط می شود:

1. علایم و نشانه های بیمار اثرات مستقیمی بر فرآیند مصاحبه داشته باشند ، و در نتیجه بیمار اطلاعاتی را که ما در پی آن هستیم تحریف نماید . (چه خود آگاه مثل تمارض و چه ناخودآگاه مثل اختلال تبدیلی).
2. بیمار سایکوتیک باشد و فرآیندهای سایکوتیک رفتار بیمار را تعیین کند مثلا بیمار در حالت استوپور (بهت) باشد یا به ما حمله کند و یا ما را جزء دشمنان خود قلمداد نماید .
3. در بیمار نقص شناختی وجود داشته باشد و این نقص در کنار فقدان بینش موجب پنهان شدن بیماری واقعی گردد در چنین مواردی مصاحبه گر ممکن است متوجه نقص نشود و یا فکر کند این نقص ناشی از اختلال دیگر است و در نتیجه در پی بررسی آنها نباشد .
4. ممکن است بیمار تعمدا مصاحبه گر را فریب دهد و اطلاعات اصلی آسیب را جعل کند ، شاید بکوشد که ما را به فهرست کسانی که فریب داده اضافه کند .

مصاحبه اختصاصی ویژه اختلالات بالینی



1. سردرگمی و سوء ظن در دمانس

تشخیص بیماری دمانس پیشرفته به دلیل عدم جهت یابی زمانی و مکانی، مشکل در حافظه کوتاه مدت ، ناتوانی در محاسبه توسط بیمار آسان است. اما تشخیص دمانس در مراحل ابتدایی به دلیل ضایعات خفیف قشری به ویژه در نیمکره غیر غالب مشکل است . بارزترین نشانه این حالت سردرگمی در موقعیت های روزمره و بدگمانی بدون تاریخچه قبلی می باشد .

استراتژی مصاحبه با چنین بیماری عبارت است از تشخیص سردرگمی و پذیرش تعبیرهای اشتباه او بدون اعتراض یا بحث با بیمار . نباید او را طوری ارزیابی کرد که انگار به گفته هایش شک شده است . توصیه می شود از جملات کوتاه و از کلمات ساده و عینی استفاده شود . گزاره ها باید آرام و ملایم باشد تا بیمار مسیر گفتگو را گم نکند . چنانچه بیمار علایم خستگی از خود نشان داد باید گفتگو قطع شود و ادامه مصاحبه به جلسه بعد موکول شود.

2. پرفعالیتی همراه با تحریک پذیری در اختلال دو قطبی

فقدان بینش و حواسپرتی بیمار ، عدم کنترل و بی هدفی به همراه افزایش سائق ها همگی منجر به پر فعالیتی همراه با تحریک پذیری می شود . به هنگام برخورد با چنین بیماری عصبانیت های انفجاری وی بسیار غیرقابل پیش بینی است و هر لحظه آماده است که از جا در برود . در مصاحبه با این بیمار بهترین رویکرد این است که از سائق برانگیخته شده در جهت مصاحبه استفاده شود . دیدگاه او را تعیین کنید و نشان دهید که آنها را پذیرفته اید . به عنوان مثال اگر او می خواهد بیمارستان را ترک کند شما می توانید بگویید که شما هم می خواهید او زودتر ولی برای همیشه به خانه اش برود . اگر با او مخالفت کنید ممکن است خشم و عصبانیت او را برانگیزید . به بیمار مانیک اجازه دهید که در مورد رفتارهایش توضیح دهد . اما از او انتظار نداشته باشید قبول کند که مشکلی دارد زیرا او احساس می کند در این لحظه بهتر از هر وقت دیگری است . اگر به بن بست رسیدید از حواس پرتی او برای جهت دهی مجدد مصاحبه استفاده کنید . خلاصه با این بیمار نباید جر و بحث کرد و نباید سعی در متقاعد نمودن او کرد .

3. سوءظن در اختلال هذیانی

در مصاحبه با بیماری که هذیان گزند و آسیب دارد دو نوع مشکل وجود دارد:

1. امکان دارد بیمار به شما مظنون شود زیرا اظهارنظرها ، تغییر قیافه یا ژست های شما می تواند در او افکار گزند و آسیب را برانگیزد و فکر کند که شما با دشمنان او ارتباط دارید و 2. ممکن است بترسد که شما او را دیوانه بپندارید در نتیجه حالت دفاعی گرفته و از بیان حقایق خودداری کند .

رویکرد اساسی این است که با افکار گزند و آسیب بیمار به عنوان یک موضوع عجیب و غریب رفتار نکنید . بلکه با رنج روحی او اظهار همدردی کنید با تفاسیر هذیانی او طوری رفتار کنید که انگار حقیقت دارد .

پرسیدن سوال هایی نظیر آیا نسبتا بدبین هستید و عبارات خشنی چون از کی به نظرتان همسایه ها شما را آزار می دهند هم بی جواب می ماند و هم موجب خشم بیمار می شوند . اما سوالاتی که حاوی احساسات بدگمانانه بیمار می شوند ، از قبیل آیا تا به حال کسی به شما ظلم و ستم کرده ؟ موجب همکاری خوب چنین بیماری می شود .

چنانچه بیمار احساس کند که رابطه شما با او تصنعی است و او را
فریب می دهید تا از نظر اطلاعاتی تخلیه اش کنید با شکست
روبرو می شوید . همچنین این اعتقاد درست نیست که اگر از
هذیان های بیمار جانبداری کنید موجب تقویت آنها می شوید زیرا
هذیان های بیمار از قبل تقویت و تثبیت شده هستند . شما مجبورید
که سبک و سطح مصاحبه تان را با بینش بیمار هماهنگ کنید .
بنابراین در این مرحله طوری به هذیان ها پردازید گویی واقعیت
دارد .

4. اجتناب در فوبیا

دشواری های مصاحبه با بیماران مبتلا به آگرافوبیا و فوبی اجتماعی هم ناشی از خجالت بیمار است که می داند ترسش احمقانه است و هم ناشی از اجتناب بیمار از بحث راجع به این ترس . با به کار بردن دو روش می توان بر این رفتار اجتنابی غلبه کرد :

1. با طرح سوالات کوتاه ، مشخص و غالبا بسته رفتار اجتنابی را دور بزنید مخصوصا اگر سوالات باز موجب صحبت توسط بیمار نشود .

2. با گفتار تاییدی و حمایتی سعی کنید هم اضطراب و هم اجتناب بیمار را تغییر دهید تا احساس راحتی کند .

5. بی اعتقادی و پریشانی در اختلال پانیک

بیماران پانیک نسبت به ماهیت بیمارگونه حملات بینش کامل دارند لیکن به سختی می پذیرند که این حملات نوعی اختلال روان پزشکی است . و همین امر مانعی در برقراری رابطه و ارزیابی تشخیصی می باشد .

مصاحبه را با باورهای بیمار منطبق کنید ، به او بگویید که این حمله صرفاً در ذهن او است و تظاهری از ضعف شخصیتش نیست ، به او نشان دهید در مورد این اختلال تبحر دارید . و به او بگویید که این اختلال هم با دارو و هم با روان درمانی قابل درمان است .

6. محرومیت هیجانی و رفتار عجیب و غریب در شاخه A اختلالات شخصیت

ویژگی اصلی این افراد عبارت است از محرومیت هیجانی ، فقدان گرمی و صمیمیت ، رفتار عجیب و غریب یا غیر عادی .
دشواری های مصاحبه در این افراد عبارت است : از همکاری نکردن در مصاحبه ، سرد بودن ، مخفی کردن احساسات ، سخنان طعنه آمیز ، تمایل به جواب دادن با بله و خیر .
علاوه بر این شخصیت های پارانویید به طور ویژه دارای سوءظن هستند و اسکیزوئید ها انزوای کامل دارند و اسکیزوتایپال ها عقاید به شدت غیر منطقی .

7. هیجان های برجسته و مبالغه آمیز در شاخه B اختلالات شخصیت

وضعیت روانی این بیماران با نمایش هیجان های بی ثبات ، مبالغه آمیز ، برجسته ، همراه با عاطفه ای پر رنگ مشخص می گردد. بیمار از تظاهرات عاطفی یا حالات نامتناسب خود آگاه نیست . کلام از نظر ظاهر سلیس و از نظر محتوا گنگ ، طفره آمیز و همراه با تناقض گویی است . این افراد می کوشند با رفتارشان مصاحبه گر را متاثر کنند و نه با بیان رنج ها و مشکلات خود .

سوالات باز از این بیماران پاسخ های طولانی و پر رنگ و آب را به دنبال دارد طوری که لازم است سوالات را هدایت کننده پرسید . تهدید کردن ، عشوه کردن و نیز خواهش و تمنا کردن از ویژگی های این بیماران است .

8. اضطراب ، سلطه پذیری همراه با مقاومت در شاخه C اختلالات شخصیت

وضعیت روانی این گروه با اضطراب تنش و عاطفه دیسفوریک مشخص می شود . شخص نگران پذیرش توسط مصاحبه گر است ، از اشتباه می ترسد ، نسبت به خود زیاده هشیار و زیاده آگاه است ، مصاحبه گر می توانند با بیانات حمایت آمیز و شنونده خوب بودن از اضطراب مراجع بکاهد. اغلب این بیماران به مصاحبه گر احترام واقعی قائلند . اما شخصیت های وسواسی – جبری به ظاهر به مصاحبه گر احترام می گذارند و فقط مصاحبه با این بیماران سخت است . بیماران دوری گزین حساسیت افراطی دارند ؛ وابسته ها کاملاً مطیع هستند و وسواسی – جبری ها حاشیه پرداز و کمال گرا .

گروه شخصیت های NOS

در این گروه شخصیت های منفعل – مهاجم با رنجش و احساس خشم دائمی مشخص می شوند و تا زمانی که تایید و حمایت می شوند در مصاحبه خوبند و اگر از آنها انتقاد شود سریعاً خشمگین می شوند .

شخصیت های سادیستیک با قساوت و بیرحمی و فقدان همدلی مشخص می شوند بیمار از تحکم و رنج دادن دیگران لذت می برد و شخصیت های خود شکن با نیاز به فداکاری و تخریب خود مشخص می شوند در این اختلال همدلی هیچ تاثیری ندارد چون شخص دوست دارد از طریق تخریب خود و رنج خود احساس هویت کند .

پایان