



مصاحبه بالینی اوتمر



مطابق با جدیدترین ویراست کتاب مصاحبه بالینی
اوتمر و کتاب کاپلان «حای درسامه و تست»

■ گردآوری و تألیف:

- امیرمهدی امرائی
(کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه)
- آبناز اسماعیلیان
(کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی)

سرشناسه	امرائی، امیرمهدی، ۱۳۷۸-
عنوان و نام پدیدآور	مصاحبه بالینی اوتمر براساس آخرین سرفصل شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی / گردآوری و تألیف امیرمهدی امرائی، آیناز اسماعیلیان.
مشخصات نشر	تهران: انتشارات علمی سنا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۱۵۲ ص.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۵۲۰-۱
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "The clinical interview using DSM-IV-TR" اثر اکهارت اوتمر، زیگلینده اوتمر است.
یادداشت	عنوان دیگر: صفر تا صد مصاحبه بالینی اوتمر.
عنوان دیگر	صفر تا صد مصاحبه بالینی اوتمر.
موضوع	راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی
	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
	Interviewing in psychiatry
موضوع	مصاحبه روان درمانی
	بیماری‌های روانی -- تشخیص -- دستنامه‌ها
	.Mental illness -- Diagnosis -- Handbooks, manuals, etc
شناسه افزوده	اسماعیلیان، آیناز، ۱۳۷۸-
شناسه افزوده	اوتمر، اکهارت، ۱۹۳۳ - م.
شناسه افزوده	اوتمر، زیگلینده، ۱۹۴۱ - م.
رده بندی کنگره	RC۴۸۰/۷
رده بندی دیویی	۶۱۶/۸۹۰۷۵
شماره کتابشناسی ملی	۹۸۹۱۰۱۵



انتشارات علمی سنا

صفر تا صد مصاحبه بالینی اوتمر
امیرمهدی امرائی - آیناز اسماعیلیان

۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۵۲۰-۱

اول - ۱۴۰۳

افتخار معصومی

علیرضا زمانی

مهناز علیاری

elmisana@gmail.com

sanabook.com

۱۰۰ نسخه

برای مشاهده قیمت اسکن کنید



نام کتاب
گردآوری و تألیف

شابک

نوبت چاپ

مدیر اجرایی

طراح جلد

صفحه‌آرا

پست الکترونیک

سایت انتشارات

تیراژ

قیمت

«شما می‌توانید کتاب‌های مؤسسه علمی انتشاراتی را به صورت حضوری از کتابفروشی‌های سراسر کشور و یا از نمایندگی‌های مؤسسه سنا واقع در کلیه استان‌ها تهیه نمایید.»
آدرس نمایندگی‌ها در سایت sanapezeshki.com و یا انتهای کتاب درج شده است.

مقدمه‌ی ناشر

به نام خدایی که در این نزدیکی ست...

بعد از چاپ سری کتب موفق {نود پلاس} و {نمودارنامه} که کتاب‌هایی خلاصه برای شاغلین یا افرادی که زمان زیادی برای مطالعه نداشتند، هنوز جای خالی یک کتاب کامل برای دانشجویان و داوطلبینی که فرصت کافی برای مطالعه داشتند حس می‌شد. آن هم کتابی که برای افراد با پایه صفر کافی باشد و آنقدر کامل باشد که دیگر خواننده نیازی به تهیه منابع تکمیلی احساس نکند.

خوشحالیم که از زمان ارائه کتاب‌های صفر تا صد، این کلیدواژه آنقدر بین دانشجویان و داوطلبان آزمون‌های تحصیلات تکمیلی علوم پزشکی محبوب شد که بسیاری از پیج‌های اینستاگرامی و تلگرامی آموزشی از همین عبارت برای معرفی خود استفاده کردند.

مطالب در کتاب‌های صفر تا صد به گونه‌ای تدوین شده که این کتاب آنچه که خوبان همه دارند یکجا داشته باشد! باکس‌های نکته، باکس‌های ساده‌گو و نمودارها از جمله آیتم‌های جذاب در کتاب‌های صفر تا صد می‌باشد. هم‌چنین نمونه تست‌های پرتکرار کنکور که در لایه‌ی مطالب آورده شده است، به عنوان یک راهنما به خواننده می‌گویند که اگر بخواهد در کنکور یا امتحان سوالی از این مطلب طرح شود بدین گونه طرح می‌شود، لذت مطالعه را برای خواننده دوچندان می‌کند. دقیقاً همان گمشده‌ای که در کتب سراسر متن و تشریح رفرنس‌ها وجود ندارد و باعث می‌شود خواننده احساس خستگی کند. اگر از کتاب درسنامه صفر تا صد برای آمادگی در آزمون ارشد و دکتری یا آزمون استخدامی استفاده می‌کنید، حتماً می‌بایست پس از مطالعه هر فصل تست بزنید. اگر تست نمی‌زنید و یا به این کار عادت ندارید، مطمئن باشید در مدیریت آزمون در روز کنکور دچار مشکلاتی خواهید شد. بنابراین در طول مطالعه از کتاب‌هایی برای تست زدن استفاده کنید که به صورت فصل به فصل طبقه‌بندی شده باشند تا پس از مطالعه هر فصل بتوانید تست‌های همان فصل را پاسخ دهید. در نشر موسسه سنا کتاب {گنجینه جامع} که شامل سوالات طبقه‌بندی شده کنکور و سایر آزمون‌هاست و همچنین کتاب‌های تست با نام {تاس} که شامل تست‌های تالیفی اساتید سنا برای هر درس است در کنار این کتاب، مطمئناً قبولی شما را تضمین خواهند کرد.

در پایان از کلیه اساتید، دانشجویان و سایر خوانندگان محترم خواهشمندیم هرگونه اشکال علمی و املائی مرتبط با این کتاب را از طریق پست الکترونیک sanabook.comment@gmail.com اطلاع‌رسانی نمایید تا در ویرایش‌های بعدی این کتاب برطرف گردند. مسلماً این اثر حاصل تلاش زنجیره‌ای از افراد است که برای تولید آن از نگارش گرفته تا تایپ، صفحه‌آرایی، طراحی، لیتوگرافی و چاپ زحمات زیادی کشیده‌اند و از فروش هر نسخه از کتاب، افراد زیادی کسب روزی می‌کنند. لذا از خوانندگان بخاطر اینکه از حقوق این افراد با کپی نکردن این کتاب چه به صورت فابل و یا کپی کاغذی حمایت می‌کنند متشکریم.

مدیریت انتشارات علمی سنا

دکتر هادی طغیانی - دکتر منیژه ملکی

مقدمه‌ی مؤلف

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

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

- خلاصه‌ای مفید و جامع از جدیدترین ویراست کتاب مصاحبه بالینی اوتمر و فصل اول کتاب کاپلان
 - تست‌های کنکور کارشناسی‌ارشد و دکتری وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۳
 - چیدمان تست‌های مربوطه بعد از هر درسنامه و مبحث
 - توضیحات و نکات تکمیلی به زبان محاوره‌ای در هر فصل
 - جدول لغات تخصصی در انتهای هر فصل همراه با معادل فارسی آن اصطلاحات
 - واژه‌نامه‌ای مفید و کاربردی از اصطلاحات خاص و تعاریفشان در انتهای کتاب
 - استفاده از جدول و نمودار برای فهم بهتر مطالب
 - در نظر گرفتن فضایی برای یادداشت‌های شخصی تو در انتهای هر فصل و...
- بنابراین هر چیزی که برای درخشیدن و موفقیت در کنکور نیاز داری رو به صورت یکجا برات توی این کتاب جمع و جور کردیم. پس بدون نیاز به منابع دیگه، با خیال راحت میتونی یه شروع عالی رو با این کتاب تجربه کنی. البته اگر وقت و علاقه کافی داری، میتونی از منابع اصلی که در بالا ذکر کردیم در کنار کتاب حاضر برای فهم عمیق‌تر مطالب استفاده کنی و دانش خودت رو کاملتر کنی.

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

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

امیرمهدی امرائی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

فهرست مطالب

۷.....	فصل اول: آغاز سخن (چارچوب).....
۱۲.....	فصل دوم: راهبردهای ایجاد رابطه درمانی.....
۲۲.....	فصل سوم: راهبردهای کسب اطلاعات (تکنیک‌ها).....
۴۰.....	فصل چهارم: سه روش برای ارزیابی وضعیت روانی.....
۶۶.....	فصل پنجم: آزمون.....
۸۰.....	فصل ششم: گام‌های پنج‌گانه برای تشخیص‌گذاری.....
۹۴.....	فصل هفتم: پنج مرحله و چهار جزء و چگونگی ترکیب آن‌ها با یکدیگر.....
۱۰۱.....	فصل هشتم: بیمار مشکل.....
۱۰۴.....	فصل نهم: مصاحبه برای اختلالات خاص (اختلالات بالینی).....
۱۱۲.....	فصل دهم: مصاحبه برای اختلالات خاص (اختلالات شخصیت).....
۱۲۶.....	فصل یازدهم: ارزیابی و تشخیص در روان‌پزشکی.....
۱۴۷.....	واژه‌نامه.....
۱۵۲.....	منابع.....

آغاز سخن (چارچوب)

۱



نشر علمی سنا
SANA



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

مصاحبه بینش گرا (رویکرد روان پویایی)

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

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

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

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

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

مصاحبه علامت گرا (رویکرد توصیفی)

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

۱- سیر مشخص و قابل پیش بینی دارند

۲- نسبت به درمان های خاصی پاسخ می دهند

۳- معمولاً یک رخداد خانوادگی هستند

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

موثرترین روش درمانی به صورت تجربی است...

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

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

بیا چندتا نکته بیشتر یاد بگیریم شاید به کارمون بیاد:

- در مصاحبه علامت‌گرا، طبقه‌بندی بیشتر بر اساس ملاک‌های بالینی است تا بر اساس آسیب‌شناسی زیربنایی.
- مصاحبه بینش‌گرا یک رویکرد تفسیری است (علت علائم و رفتارها را توضیح می‌دهد اما مصاحبه علامت‌گرا رویکردی توصیفی است (علائم را برای دسته‌بندی اختلالات طبقه‌بندی و توصیف می‌کند).
- مصاحبه بینش‌گرا برای ارزیابی شخصیت، تعارض‌ها و مشکلات زندگی مناسب‌تر است اما مصاحبه علامت‌گرا، برای اختلالات شخصیت و اختلالات روان‌پزشکی مناسب است.
- بلولر، اولین روانپزشکی بود که این دو رویکرد را تلفیق کرد و روان‌پزشکی التقاطی را رواج داد.

پس اون شیر پاک خورده‌ای که این دو رویکرد رو باهم آشتی داد و رویکرد تلفیقی مصاحبه رو رواج داده بلولر بوده! خب حالا وقتشه چندتا تست بزنیم ببینیم چی یاد گرفتیم:

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

- الف) علائم و نشانه‌هایی که با ملاک‌های تشخیصی متناسب باشد جمع‌آوری می‌شود
- ب) کارکردهای روانی و روانی-اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرند
- ج) ابعاد کارکردهای روانی حرکتی، گفتاری، تفکر و عاطفه براساس ملاک‌های تشخیصی ارزیابی می‌شود
- د) تعارض و الگوهای رفتاری ناخودآگاه مورد ارزیابی قرار می‌گیرند
- پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

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

- الف) در مصاحبه بینش‌گرا، تلاش روان‌شناس بالینی بر این هدف است که خود، تعارضات بیمار را حل کند
- ب) در مصاحبه علامت‌گرا، جستجو و کشف اضطراب‌ها یکی از روش‌های رایج است
- ج) در مصاحبه علامت‌گرا، آسیب‌های زیربنایی مورد توجه نمی‌باشند
- د) در مصاحبه بینش‌گرا، مشاهده رفتارهای بیمار و برانگیختن وی برای توصیف دقیق مشکلاتش یکی از روش‌های اصلی است
- پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

چهار جزء مصاحبه

مصاحبه دارای چهار جزء می‌باشد که عبارتند از:

رابطه: چگونگی برقراری ارتباط بین بیمار و مصاحبه‌گر است.

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

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

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

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

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

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

الف) رابطه ب) وضعیت روانی ج) فرمول‌بندی د) تکنیک

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

رویکرد چند مرحله‌ای به مصاحبه

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

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

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

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

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

- ۱- آماده‌سازی و غربال مشکل (مرحله شروع)
- ۲- پیگیری نظرات اولیه (مرحله میانی)
- ۳- گرفتن تاریخچه روان پزشکی (مرحله میانی)
- ۴- تشخیص و بازخورد دادن (مرحله میانی)
- ۵- پیش‌آگهی و قرارداد درمانی (مرحله پایان)

ناگفته نمونه خیلی وقتا توی مصاحبه‌ها این مراحل پس و پیش میشن! چون گاهی بیمار خودش مصاحبه‌گر رو هدایت میکنه. البته جای نگرانی نیست وقتی مراحل رو بلد باشیم میتونیم دوباره برگردیم به جای درستش.

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

الف) آماده‌سازی ب) تاریخچه و اطلاعات پایه ج) غربال مشکل د) پیگیری و نظارت اولیه

پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.



مصاحبه برای اختلالات خاص

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

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

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



نشر علمی سنا
SANA



دوباره سلام. با تلاش و پشتکاری که داشتی رسیدی به آخرین فصل کتاب! باریکلا داری. اول بیا بهت بگم که توی این فصل قراره چکار کنیم. در واقع این فصل خلاصه‌ای از فصل اول کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلانه! اما چون مطالبش با مطالب کتابمون همپوشانی بالایی داره و اتفاقاً مورد توجه طراحان کنکوره، لازم دونستیم نکات مهمش رو برات بیاریم تا با آمادگی بالاتری بری سراغ آزمون. پس حتما این فصل رو با دقت بخون و یه ایولا هم به ما بگو. حالا وقتشه این گام آخر رو هم قوی برداری و فصل آخر رو هم قورت بدی. آها اینم بگم که توی این فصل هر جا با کلمه پزشک یا روان‌پزشک برخورد کردید، منظور هر نوع متخصص سلامت روانه که شامل روان‌شناسا هم میشه و به مصاحبه‌گر اشاره داره. خب بزن بریم....

مصاحبه روان‌پزشکی مهم‌ترین عنصر در ارزیابی و مراقبت از افراد دچار بیماری روانی است. هدف عمده مصاحبه روان‌پزشکی اولیه، اخذ اطلاعاتی است که تشخیص مبتنی بر ملاک‌ها را اثبات کند. این فرایند که در پیش‌بینی سیر بیماری و پیش‌آگهی مفید است منجر به تصمیمات درمانی می‌شود. مصاحبه از همان لحظات شروع تماس، ماهیت رابطه بیمار پزشک را شکل می‌دهد که می‌تواند اثرات عمیقی بر فرجام درمان داشته باشد. مدت مصاحبه و کانون توجه آن بسته به شرایط و محیط، هدف اختصاصی مصاحبه و سایر عوامل (از جمله نیازهای رقیب همزمان برای خدمات تخصصی) بسیار متفاوت است.

اصول کلی مصاحبه

توافق بر سر فرآیند: روان‌پزشک در ابتدای مصاحبه باید خود را معرفی کند و بسته به شرایط باید مشخص کند که چرا با بیمار صحبت می‌کند. رضایت بیمار برای ادامه مصاحبه باید اخذ شود مگر اینکه موضوع آشکار باشد (مثلاً بیمار خودش به مطب مراجعه کرده باشد). ماهیت ارتباط و زمان تقریبی یا اختصاصی مصاحبه باید بیان گردد. موضوع اساسی این است که آیا بیمار به طور مستقیم یا غیرمستقیم، به صورت داوطلبانه در پی ارزیابی است یا اینکه به صورت اجباری برای ارزیابی آورده شده است؛ این امر بایستی قبل از شروع مصاحبه مشخص شود.

حریم خصوصی و رازداری: رازداری مولفه مهم و اساسی در رابطه پزشک و بیمار است. مصاحبه‌گر باید هرکاری را انجام دهد تا مطمئن شود محتویات مصاحبه را دیگران نمی‌شنوند. برخی موارد ارزیابی مانند ارزیابی پزشک قانونی و از کارافتادگی محرم‌انگی کمتری دارند و مطالب مطرح شده را می‌توان با سایرین در میان گذاشت. در این موارد مصاحبه‌کننده باید به طور آشکار اعلام کند که جلسه محرمانه نیست و مشخص کند چه کسی گزارش ارزیابی را دریافت خواهد کرد.

یک موضوع ویژه درباره رازداری زمانی رخ می‌دهد که بیمار خاطرنشان می‌کند که می‌خواهد به خود یا دیگری آسیب برساند. وقتی ارزیابی روان‌پزشک حاکی از آن است که این امر ممکن است واقعاً اتفاق بیفتد، ممکن است از نظر قانونی لازم باشد قربانی احتمالی را مطلع سازد.

اگر اعضای خانواده بخواهند با روان‌پزشک صحبت کنند، بهتر است روان‌پزشک پس از اخذ رضایت بیمار و در پایان جلسه با اعضای خانواده و بیمار به طور همزمان ملاقات داشته باشد؛ در این جلسه مشترک روان‌پزشک نباید مطالبی که بیمار مطرح کرده را بیان کند. در محیط‌های آموزشی و گاهی پزشکی قانونی مواردی پیش می‌آید که جلسه ضبط می‌شود. بیمار باید کاملاً از ضبط جلسه و نحوه استفاده از محتویات ضبط شده مطلع شود. گاهی نیز در محیط‌های آموزشی از آینه یک طرفه به عنوان ابزاری برای اینکه فراگیران بتوانند مصاحبه را مشاهده کنند، استفاده می‌شود که ناظرین باید قوانین رازداری را رعایت کنند.

نکته گاهی اعضای خانواده بیمار به روان‌پزشک تلفن می‌کنند که روان‌پزشک قبل از صحبت با آن‌ها باید ابتدا از بیمار اجازه بگیرد.

۱ آقای ۳۲ ساله‌ای که از نظر رفتار و سلامت روان در محدوده طبیعی است، اطلاعات محرمانه‌ای را از زندگی شخصی خود در اختیار مشاور گذاشته است. در صورت نیاز به افشای برخی از اطلاعات یاد شده به منظور تأیید صحت آنها، موافقت کدام یک از عوامل زیر الزامی است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۵-۹۶)

الف) والدین

ب) همسر

ج) خود مراجع

د) کارفرما

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

احترام و ملاحظه: همچون تمام محیط‌های بالینی باید با بیمار با احترام رفتار شود و مصاحبه‌گر باید شرایط بیمار را در نظر بگیرد. به دلیل انگ بیماری روانی و سوء برداشت‌ها در مورد روان‌پزشکی، بیمار ممکن است در مورد ملاقات با روان‌پزشک بسیار نگران یا حتی وحشت‌زده باشد. روان‌پزشک خبره از این مسائل احتمالی آگاه است و به شیوه‌ای با بیمار تعامل می‌کند که این ناراحتی را کاهش داده یا حداقل آن را افزایش ندهد.

تفاهم و همدلی: تعریف تفاهم در محیط بالینی عبارت است از پاسخ‌دهی هماهنگ پزشک به بیمار و بیمار به پزشک. همدلی یعنی درک آنچه بیمار می‌اندیشد و احساس می‌کند و زمانی ایجاد می‌شود که روان‌پزشک بتواند خود را جای بیمار بگذارد و در عین حال عینیت‌گرایی خود را حفظ کند.

مهم است بیمار به نحو فزاینده‌ای احساس کند که ارزیابی تلاش مشترک است و روان‌پزشک واقعا به داستان او علاقمند است. مداخلات همدلانه تفاهم را افزایش می‌دهد؛ اغلب یک واکنش غیرکلامی (بالا بردن ابرو یا خم شدن به سمت بیمار) یا یک پاسخ بسیار گذرا همین اثرات را دارند.

برای آن که روان‌پزشک بتواند واقعا آنچه بیمار می‌اندیشد را درک کند باید زندگی بیمار را بشناسد. اگر روان‌پزشک در مورد تجربه بیمار مطمئن نیست بهتر است به حدس زدن روی نیاورد و بیمار را تشویق کند که ادامه دهد. جزء لاینفک و ضروری همدلی، حفظ عینیت است. حفظ عینیت در رابطه درمانی اهمیت اساسی دارد و وجه تمایز همدلی از همانندسازی (همذات‌پنداری) است.

• در همانندسازی روان‌پزشک نه تنها هیجان بیمار را درک می‌کند بلکه آن را به حدی تجربه می‌کند که توانایی عینیت‌گرایی خود را از دست می‌دهد. همانندسازی می‌تواند موجب تخلیه انرژی روان‌پزشک، بی‌علاقگی و نهایتاً فرسودگی او شود.

• همانندسازی سبب مخدوش شدن مرزهای بین بیمار و روان‌پزشک می‌شود و باعث سردرگمی و ناراحتی بسیاری از بیماران به خصوص برای افرادی که بخشی از بیماری آن‌ها مشکلات عمده مرزبندی بوده است (مانند افراد دچار به اختلال شخصیت مرزی).

پس اینو بدون که بین همدلی با همدردی زمین تا آسمون فرق هست. اگر به جای همدلی شروع به همانندسازی و همدردی با بیمار بکنی، نه تنها بهش کمک نمی‌کنی بلکه از حرفه‌ای بودن خودت ناامیدش میکنی! خلاصه مراقب باش تو این دام نیفتی.

ارتباط بیمار-پزشک: ارتباط پزشک بیمار محور کار پزشکی است. درست از همان برخورد نخست (گاهی تماس تلفنی اولیه) بسته به مداخلات کلامی و اغلب غیرکلامی پزشک و سایر کارکنان، تمایل بیمار برای در میان گذاشتن اطلاعات کاهش یا افزایش می‌یابد. اگر بیمار احساس امنیت و راحتی کند تفاهم افزایش می‌یابد و اطلاعات بیشتری را در میان خواهد گذاشت.

نگرش و رفتار غیرقضاوتی پزشک، بازگویی اطلاعات از سوی بیمار را تقویت می‌کند. رابطه مفید بیمار-پزشک دو مولفه اساسی دیگر نیز دارد. یک مولفه این است که پزشک نشان دهد آنچه بیمار گفته و احساس کرده است را درک می‌کند. کافی نیست که پزشک آنچه را که بیمار می‌گوید، فکر می‌کند یا احساس می‌کند را درک کند؛ اگر قرار است رابطه درمانی پرورش یابد باید این درک به بیمار منتقل شود. مولفه دوم این است که بیمار بداند پزشکش به او اهمیت می‌دهد. صداقت و اصالت پزشک ارتباط بیمار-پزشک را تقویت می‌کند. روان‌پزشک باید به خاطر داشته باشد که در اتاق مصاحبه هیچ لحظه غیرمرتبطی وجود ندارد. گاهی بیمار سوالاتی از روان‌پزشک می‌پرسد؛ قانون سرانگشتی در مورد این سوالات این است که سوالات مربوط به صلاحیت و جایگاه پزشک بایستی مستقیماً پاسخ داده شود. اما درباره سوالات شخصی شرایط متفاوت است. دلیل عمده عدم پاسخ‌دهی مستقیم به سوالات شخصی آن است که مصاحبه ممکن است روان‌پزشک-محور شود نه بیمار-محور.

- در بیمارانی که تحت روان‌درمانی حمایتی یا درمان دارویی هستند، پاسخ به سوالات به خصوصی اگر جنبه خیلی شخصی نداشته باشد کاملاً مناسب است (برخلاف بیماران کاندید روان‌درمانی بینش‌مدار).
- در برخی موارد، بازهم بسته به ماهیت درمان، کار مفید این است که روان‌پزشک برخی از اطلاعات شخصی را در میان بگذارد. حتی اگر این اطلاعات مستقیماً از سوی بیمار پرسیده نشده است. هدف این خودآشنایی همواره باید تقویت اتحاد درمانی باشد. اطلاعات شخصی نباید برای برآوردن نیازهای روان‌پزشک در میان گذاشته شود.

۲ کدام یک از گزینه‌های زیر در رابطه با ارتباط بیمار-درمانگر نادرست است؟ (دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۹)

(الف) صداقت موجب تقویت ارتباط می‌شود

(ب) عذرخواهی برای عدم حضور در ساعت مقرر رابطه را قوی‌تر می‌کند

(ج) درک آنچه را که بیمار می‌گوید، فکر یا احساس می‌کند، به تنهایی کافی نیست

(د) در اتاق مصاحبه هیچ لحظه غیرمرتبطی وجود ندارد

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.

خودآگاه، ناخودآگاه: در طول مصاحبه فرآیندهای ناخودآگاه ممکن است خود را به صورت اشارات مماسی به یک موضوع، لغزش کلامی یا ادا و اطوارهای گفتاری، آنچه گفته نمی‌شود یا از آن اجتناب می‌شود یا سایر مکانیسم‌های دفاعی نشان دهد. در مصاحبه اولیه بهتر است به این حالت‌های گفتاری یا لغزش‌های کلامی توجه کرد اما نباید آن‌ها را واریسی نمود. در مصاحبه انتقال و انتقال متقابل تظاهرات بسیار چشمگیر فرآیند ناخودآگاه هستند.

- **انتقال:** فرآیندی است که طی آن بیمار به صورت ناخودآگاه و نامتناسب الگوهای رفتاری و واکنش‌های هیجانی نشأت گرفته از افراد مهم اوایل زندگی و اغلب دوران کودکی را به افرادی در زندگی فعلی خود منتقل می‌کند.
- **انتقال متقابل:** فرآیندی است که در آن پزشک به طور ناخودآگاه الگوهای رفتاری یا واکنش‌های هیجانی را به بیمار منتقل می‌کند، انگار که بیمار چهره مهمی از زندگی گذشته پزشک است. روان‌پزشکان باید نسبت به نشانه‌های انتقال متقابل هشیار باشند (مثل لغو جلسات به وسیله روان‌پزشک، کسالت یا خواب‌آلودگی در طول جلسه).
- **مقاومت:** شامل فرآیندهای خودآگاه یا ناخودآگاهی است که با هدف درمان تداخل می‌کنند.

نکته عموماً در جلسه اولیه از ارائه تفسیر پرهیز می‌شود.

۳ وارد کردن ناهشیارانه رابطه ناسازگار در درمان، توسط مراجع چه نامیده می‌شود؟ (ارشد وزارت بهداشت ۱۴۰۱)

(الف) انگیزه ناهشیار (ب) انتقال متقابل (ج) انتقال (د) مقاومت

پاسخ: گزینه (ج) صحیح است.



مصاحبه‌های شخص-محور و مبتنی بر اختلال: مصاحبه‌های روان‌پزشکی باید شخص-محور (بیمار-محور) باشند، یعنی کانون توجه، درک بیمار و قادرسازی او برای بازگویی داستان‌ش باشد. بسیار مهم است که طرح درمانی حاصله نیز مبتنی بر اهداف بیمار باشد و نه اهداف روان‌پزشک. به طور سنتی پزشکی بر روی بیماری و نقصان متمرکز بوده تا نقاط قوت و قدرت در حالی که توجه رویکرد شخص مدار معطوف به نقاط قوت و نیز نقصان هاست.

ایمنی و راحتی: هم بیمار هم مصاحبه‌گر باید احساس امنیت کنند و این امنیت جسمی را هم شامل می‌شود. اگر بیمار سراسیمه شد و حالت تهدید به خود گرفت مصاحبه باید تا حد امکان کوتاه شده یا سریعاً خاتمه یابد. وقتی مسائل مربوط به امنیت ارزیابی شد مصاحبه کننده باید در مورد احساس راحتی بیمار سوالاتی بپرسد و در تمام طول مصاحبه نسبت به این احساس بیمار هشیار باشد. بیماران به خصوص اگر روان‌پریش یا سردرگم باشند ممکن است احساس تهدید کنند و لازم باشد به آن‌ها اطمینان داده شود که امنیت دارند و کارکنان هر کار لازم برای تأمین امنیتشان را انجام می‌دهند.

زمان و تعداد جلسات: برای مصاحبه اولیه عموماً ۴۵ تا ۹۰ دقیقه اختصاص می‌یابد. در بیماران بستری در بخش طبی یا مواقعی که بیمار سردرگم است یا ناراحتی قابل ملاحظه‌ای دارد یا روان‌پریش است مدت زمانی که بیمار بتواند در یک جلسه تحمل کند ممکن است حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه یا کمتر باشد.

فرآیند مصاحبه

پیش از مصاحبه: در بیماران سرپایی اولین تماس با مطب به صورت تلفنی است بنابراین مهم است کسی که پاسخگوی تلفن است در این کار مهارت داشته باشد (ترجیحاً متخصص سلامت روان). یک کار مفید این است که از بیمار بخواهیم اطلاعات مربوط به درمان‌های روان‌پزشکی و طبی قبلی و فهرست داروها و ترجیحات خود داروهای مصرفی را با خود بیاورد.

چه پرونده قبلی مطالعه شود و چه نشود مهم این است که تا حد امکان دلیل ارجاع به روشنی درک شود. این به خصوص در ارزیابی‌های پزشکی قانونی مهم است زیرا در این موارد دلیل ارجاع و پرسش مطرح شده می‌تواند به شکل‌گیری ارزیابی کمک کند. باید مشخص شود آیا فقط برای ارزیابی ارجاع شده و قرار است درمان او توسط پزشک مراقبت‌های اولیه یا ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روان (مددکار اجتماعی) ارائه شود یا بیمار برای ارزیابی و درمان به وسیله روان‌پزشک ارجاع شده است؟ این نکته بسیار مهمی است که باید مشخص شود.

اگر بیمار از سوی دادگاه، وکیل یا سایر نهادهای غیردرمانی مانند شرکت‌های بیمه ارجاع شده است، اهداف مصاحبه ممکن است متفاوت از تشخیص و توصیه‌های درمانی باشد. در چنین شرایطی بیمار و بالینگر وارد یک رابطه درمانی نمی‌شوند و اغلب قواعد معمول رازداری رعایت نمی‌شود.

اتاق انتظار: وقتی بیمار برای ویزیت اول در مطب حضور پیدا می‌کند برگه‌هایی به او داده می‌شود تا آن‌ها را پر کند. در بسیاری از روش‌ها سوالاتی در مورد فهرست داروها و نام و آدرس پزشک مراقبت‌های اولیه و مشکل طبی عمده و آلرژی پرسیده می‌شود.

اتاق مصاحبه: اتاق مصاحبه بایستی نسبتاً ضد صدا باشد. دکوراسیون اتاق باید مطبوع بوده و حواس بیمار را پرت نکند. بیمار و روان‌پزشک باید حدود ۴ تا ۶ پا (۱۲۰ تا ۱۸۰ سانتی‌متر) از یکدیگر فاصله داشته باشند. روان‌پزشک نباید پشت میز بنشیند و باید لباس حرفه‌ای بپوشد و آراستگی خوبی داشته باشد. بهتر است صندلی بیمار و مصاحبه‌گر ارتفاع برابری داشته باشند.

شروع مصاحبه: روان‌پزشکان اغلب با نشان دادن چهره دوستانه گرم و سایر ارتباط‌های غیرکلامی نظیر خم شده به جلو در صندلی علاقه و حمایت خود را نشان می‌دهند. بهتر است از بیمار بپرسید که ترجیح می‌دهد او را با اسم کوچک صدا کنید یا اسم خانوادگی؟ اگر این سوال پرسیده نشد بهتر است بیمار را با نام خانوادگی صدا کنید. یک اقدام مفید این است که مصاحبه‌گر خاطرنشان کند که برای این مصاحبه چقدر وقت دارند. سپس مصاحبه‌گر می‌تواند با یک پرسش باز-پاسخ ادامه دهد: «برای شروع به من بگویید چه چیزی باعث شده به اینجا مراجعه کنید؟». در صورتی که بیمار ارجاع داده شده باشد باید برداشت بیمار درباره علت ارجاعش را جویا شویم.

سوالات-باز پاسخ: مهم این است که روان‌پزشک به شیوه‌ای ارتباط برقرار کند که به بیمار امکان بدهد تا داستان‌ش را تعریف کند. این هدف اصلی بخش گردآوری داده‌های مصاحبه است، یعنی استخراج روایت بیمار از سلامت و بیماری‌اش. برای دستیابی به این هدف پرسش‌های باز-پاسخ ضروری است. در بخش ابتدایی مصاحبه سوالات عمده‌ها باید باز-پاسخ باشند.

نکته مصاحبه نباید به شکل کیف منفردی باشد که ابتدا سوالات باز-پاسخ و در انتها سوالات بسته-پاسخ پرسیده شود بلکه مصاحبه شامل رشته‌ای از کیف‌هاست که هریک از آن‌ها با سوالات باز-پاسخ شروع می‌شود.

۴ کدام گزینه جزء مواردی که مصاحبه‌کنندگان در مرحله نخست مصاحبه باید اطمینان حاصل نمایند، قرار نمی‌گیرد؟
(ارشد وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

- (الف) اطاق به صورت محیط واقعی کار به نظر بیاید
(ب) هدف مصاحبه بیان شود و میزان آگاهی درمانجو از مصاحبه بررسی شود
(ج) نقش و فعالیت‌هایی که درمانجو باید به عهده بگیرد، توضیح داده شود
(د) مصاحبه با پرسش‌های باز پاسخ شروع شود
پاسخ: گزینه (د) صحیح است.

۵ کدامیک از موارد زیر جزو فنون رایج مصاحبه است؟
(دکتری وزارت بهداشت ۹۸-۹۷)

- (الف) در اوایل مصاحبه ایجاد حالت تفاهم ضروری نیست
(ب) در مورد پاسخ‌های مبهم و غیرشفاف آنقدر پافشاری شود تا جواب دقیق حاصل شود
(ج) در پایان مصاحبه امکان پرسش مجدد برای بیمار فراهم نشود
(د) از پرسش در مورد موضوعاتی که از نظر بیمار می‌تواند ناراحت‌کننده باشد، ترسی وجود نداشته باشد
پاسخ: گزینه (ب) صحیح است.

عناصر مصاحبه روان‌پزشکی اولیه

دو عنصر فراگیر مصاحبه روان‌پزشکی عبارت‌اند از تاریخچه بیمار که مبتنی بر گزارش ذهنی بیمار و در برخی موارد گزارش افراد جانبی از جمله سایر ارائه‌دهنده‌های مراقبت بهداشتی، خانواده و سایر مراقبین است و دوم معاینه وضعیت روانی که ابزار عینی مصاحبه‌گر محسوب می‌شود و مشابه معاینه جسمانی در سایر حوزه‌های پزشکی است.

۶ کدامیک از موارد زیر جزء دو عنصر فراگیر مصاحبه روان‌پزشکی می‌باشند؟ (دکتری وزارت بهداشت ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

- (الف) تاریخچه بیمار و معاینه وضعیت روانی
(ب) تاریخچه بیمار و شکایت اصلی
(ج) معاینه وضعیت روانی و شکایت اصلی
(د) معاینه وضعیت روانی و معاینه جسمی
پاسخ: گزینه (الف) صحیح است.

جزئیات مصاحبه روان‌پزشکی: در ادامه مطلب جزئیات مصاحبه روان‌پزشکی تشریح می‌شود.

۱- **داده‌های شناسایی (مشخصات کلی):** این قسمت بخشی کوتاه شامل یک یا دو جمله و معمولاً شامل مواردی همچون نام بیمار، سن، جنس، وضعیت تاهل (یا سایر روابط مهم)، نژاد یا قومیت و اشتغال می‌باشد و اغلب منبع ارجاع نیز ذکر می‌شود.

۲- **منبع و قابلیت اعتماد:** باید مشخص شود که اطلاعات از چه کسی دریافت شده است؛ همچنین مصاحبه‌گر باید میزان قابل اعتماد بودن داده‌ها را ارزیابی کند.

۳- **شکایت اصلی (CC):** در این بخش باید شکایت اصلی بیمار ترجیحاً با کلام خود او ثبت شود مثلاً «من افسرده‌ام» یا «من خیلی اضطراب دارم».

واژه‌نامه

به آخر کتاب رسیدیم؛ خسته نباشی دلاور ولی برای تکمیل کار این قسمت رو هم بخون. توی واژه‌نامه اصطلاحات مهمی که در کتاب اوتمر بوده رو برات به صورت خلاصه تعریف کردم. این قسمت برای یادگیری بهتر و همچنین تطبیق دادن تعاریف با لغات و اصطلاحات تخصصی خیلی مفیده، پس حداقل یه دور بخونش.

• **تخلیه هیجانی (Abreaction):** تخلیه تنش هیجانی به واسطه یادآوری یا برون‌ریزی یک تجربه دردناک که واپس‌زده شده است. Catharsis یا پالایش (یک تکنیک جهت آزادسازی ذهن به وسیله وادار کردن شخص به یادآوری واقعه یا تجربه تروماتیک) یکی دیگر از اصطلاحاتی است که به این حالت مربوط می‌شود.

• **محاسبه‌پریشی (Acalculia):** ناتوانی در انجام عملیات ریاضی، که در ضایعات لب آهیانه‌ای دیده می‌شود. آکالکولیا نوعی آفازی است.

• **سطح فعالیت (Activity level):** توانایی در تصمیم‌گیری برای شروع و تکمیل کردن اعمال، و احساس رضایت از آنهاست. لب پیشانی هدایتگر کنترل و کارکردهای اجرایی است.

• **نوشتار پریشی (Agraphia):** فقدان توانایی انتقال در نوشتن، معمولاً به اختلالات مغزی نسبت داده می‌شود و اغلب مناطق دریافتی یا بیان زبانی را متاثر می‌کند.

• **ناآرامی (Akathisia):** وضعیتی که با بی‌قراری حرکتی مشخص می‌شود و طیف آن از اضطراب ناتوانی در درازکشیدن یا نشستن به طور کامل یا تا خوابیدن متغیر است. این حالت همراه با گام برداشتن، ضربه زدن با پا و راه رفتن روی یک نقطه است.

چند اصطلاح بعدی درباره حالتای فراموشیه:

• **حالت‌های نسیانی (Amnesic states):** حالتی از اختلال حافظه که به صورت ناتوانی در آموختن اطلاعات جدید یا یادآوری اطلاعاتی که قبلاً آموخته شده‌اند، مشخص می‌شود.

• **فراموشی پیش‌گستر (Anterograde):** اشاره دارد به فراموشی وقایعی که متعاقب یک ضربه ایجاد می‌شود. بیمار از ذخیره دائم اثرات خاطره جدید ناتوان است. اگر در طی مصاحبه یک لطیفه را چندین بار تکرار کنید، در اوج جوک بیمار مجدداً می‌خندد.

• **آلزایمر نوع مزمن (Alzheimer type Chronic):** بستگی به میزان درگیری کورتیکال دارد؛ بیماران در ابتدا از فقدان حافظه اخیر و فوری رنج می‌برند و بعدها حافظه دور خود را از دست می‌دهند.

• **حالت نسیانی مزمن نوع کورساکوف (Korsakoff type amnesic state Chronic):** هنگامی رخ می‌دهد که حافظه اخیر مختل شده باشد ولی حافظه فوری و دور بیمار سالم مانده باشد.

• **اختلال در بازیابی (Impaired retrieval):** در فراموشی نرمال و در فراموشی پس‌گستر رخ می‌دهد.

• **فراموشی پس‌گستر (Retrograde):** بیمار وقایع قبل از ضربه مغزی را فراموش کرده است. این حالت در بیمارانی که با شوک الکتریکی درمان می‌شوند دیده می‌شود.

• **فراموشی روانزاد (Psychogenic):** بیمار مدعی است نمی‌تواند وقایع خاصی را به خاطر بیاورد یا مدعی است که حافظه اخیر خود را به طور کامل از دست داده است. به رغم ادعای بیمار به این ناتوانی، او راه خود را پیدا می‌کند.

• **فراموشی شبیه‌سازی شده (Simulated):** بیمار با اختلال شخصیت ضداجتماعی یا اختلال ساختگی ممکن است فراموشی را برای کسب پاداش تقلید کند. هیپنوتیزم و سدیم آمیتال در این وضعیت کمک کننده نیستند.

• **واکنش سالگرد (Anniversary reaction):** علائم یا رفتارهای مختل شده که در سالگرد یک تجربه مهم در زندگی بیمار (غالباً یک فقدان) رخ می‌دهند.

• **کردار پریشی (Apraxia):** به معنای ناتوانی در انجام حرکات هدفدار بدون نقص حسی یا حرکتی و ناتوانی در استفاده مناسب از اشیاء می‌باشد.

- **تلقین پذیری (Suggestibility):** وضعیتی که در آن یک شخص آماده پاسخ دادن به القائات نظرات دیگران تا نقطه پذیرش غیربحرانی (Uncritical acceptance) است.
- **Tardive dyskinesia:** یک اختلال حرکتی است که در اثر مصرف نورولپتیک‌ها به وجود می‌آید و اغلب غیرقابل برگشت است. این اختلال با ملج ملج دهان، حرکات پیچ خوردن زبان و حرکات پرشی انگشتان مشخص می‌شود.
- **تفکر انتزاعی (Abstract):** توانایی استفاده از نمادها از قبیل استفاده از کلمه "سگ" و تعمیم دادن آن به طبقه‌ای نمادها از قبیل اینکه "یک سگ، حیوانی چهارپا است که پارس می‌کند".
- **تفکر عینی یا انضمامی (Concrete):** عدم توانایی انتزاع (The inability to abstract).
- **انسداد فکر (Thought blocking):** توقف ناگهانی و بی اختیار در قطار فکر.
- **Torpor:** غیرفعال بودن به صورت غیرطبیعی، غیرفعال بودن به طور گذرا، کرختی، آباتی.
- **انتقال (Transference):** انتقال یا تغییر جهت ناخودآگاهانه یک عاطفه (Affect) و الگوی رفتاری از شخصی به شخص دیگر، به ویژه انتقال (transfer) هیجانی (emotion) بیمار که در اصل منشا گرفته از تصویر والدین است به صورت همانندسازی ناخودآگاهانه به درمانگر منتقل می‌شود.
- **لرزش (Tremor):** رعشه، تغییر انقباض گروه‌های عضلات آتاگونیست پلک‌ها، زبان، لب‌ها، سر، قسمت فوقانی تنه، انتهای اندام‌ها و دست‌ها. لرزش‌ها را می‌توان به واسطه فرکانس، دامنه، نظم و رابطه با حرکات ارادی طبقه‌بندی کرد.
- **Action:** هنگامی رخ می‌دهد که اندام به شکل اختیاری در وضعیت خاصی بماند، و هنگامی که شل می‌شود این وضعیت رفع نگردد.
- **بال بال زدن کبدی (Hepatic flapping):** شکل خاص یک لرزش حین انجام عمل.
- **قصدی (Intention):** لرزش‌ها با حرکات رخ می‌دهد و اغلب در نزدیکی انتهای تکمیل یک حرکت افزایش می‌یابد.
- **سکون یا استراحتی (Static or resting):** لرزش وقتی رخ می‌دهد که اندام در حالت فراغت است.
- **Verhaltenisblodsinn:** ناسازگاری و اختلاف بین جاه‌طلبی و قوه ادراک، بین میل و آرزو و توانایی‌ها، بسیاری بیماران مبتلا دانه کسب و کار جدیدی را شروع می‌کنند و دیگران را با دلایل کاذب، ترغیب به سرمایه‌گذاری در کارهای مخاطره‌آمیز خود می‌کنند و سپس کنترل مالی را از دست می‌دهند. هرجایی که شکست می‌خورند، دیگران را در سقوط خود درگیر می‌کنند.
- **Vigilance:** توانایی نگهداری توجه به محرک خارجی بیش از مقدار زمان مورد نظر.
- **انعطاف‌پذیری مومی (Waxy flexibility):** اغلب در کاتالپسی دیده می‌شود، بیمار اجازه می‌دهد که اندام‌ها در وضعیت‌های غیرمعمول حالت بگیرند و اندام‌ها با سماجت در آن حالت می‌مانند.
- **سالاد کلمات (Word salad):** سلاست کلام دائم و بی‌معنی بدون مکث‌ها و به همراه اسامی ناصحیح، کلمات پی‌درپی به واسطه معنی به یکدیگر متصل نمی‌شوند. سالاد کلمات به طور شایع دلالت بر تخریب مرکز تکلم ورنیکه در لب گیجگاهی غالب است.

منابع

- ۱- اصول مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5: تالیف اکهارت اوتمر، ترجمه دکتر مهدی نصر اصفهانی، جلد اول، انتشارات ارجمند، سال انتشار ۱۴۰۳ (آخرین ویراست).
- ۲- فصل اول از خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک، ویرایش دوازدهم (۲۰۲۲)، ترجمه فرزین رضاعی و همکاران، انتشارات ارجمند