

دو هدف عمده مصاحبه ی روانپزشکی

- شناخت عوامل روان شناختی تعیین کننده ی رفتار
- طبقه بندی علایم

این هدف در دو سبک بازتاب می شود

- نسبت بینش گرا یا سایکوداینامیک insight-oriented
- سبک توصیفی یا علامت گرا symptom-oriented

مصاحبه ی بینش گرا بیشتر بر کشف و تفسیر تعارضات ناخودآگاه اضطراب ها و دفاع های درمانی رویکرد توصیفی یا علامت گرا بر طبقه بندی شکایات و کژکاری بیماری های بیمار طبق آنچه تأکید دارد در طبقات تشخیص اختصاصی تعریف شده تأکید دارد.

انتقاد: DSM به تفسیر و تعبیر علایم نمی پردازد و رویکرد توصیفی دارد.

مدل زیستی - روانی - اجتماعی

این مدل را اینگل معرفی کرد. رابطه ی پزشک - بیمار در این مدل مهم است.

معنویت

نقش معنویت و مذهب در بیماری و سلامت مورد توجه قرار داده شده (معنویت را جز مدل زیستی - روانی - اجتماعی می دانند و پزشکان باید از اعتقادات و باورهای مذهبی بیمار نشان آگاهی داشته باشند).

مصاحبه ی کارآمد

عوامل نظیر حرف زدن با تلفن - استفاده از مترجم - یادداشت برداری و نیز دوره ی بیماری در هنگام مصاحبه مرحله ی حاد یا بهبود موقتی) در محتوا و فرایند مصاحبه مؤثر است .

شروع مصاحبه

در مورد مسائلی که شما را به اینجا کشیده برای من صحبت کنید؟ در مورد مشکلاتی که با آن مواجه هستید صحبت کنید: سؤال دوم: چه مشکلات دیگر دارید.

در مورد بیماری که از سوی پزشک دیگری ارجاع داده شده می گوئیم که: پزشک شما آنچه شما را ناراحت کرده چیزهایی به من گفته اما من می خواهم خوتان برای من شرح دهید که چه چیزی ناراحتتان می کند اگر در ابتدای مصاحبه بیمار هراسان یا مقاوم به نظر برسد او را تشویق به صحبت کردن میکنم و اضطراب او را تصدیق می کنیم. به نظر

می رسد شما از صحبت کردن با من احساس اضطراب دارید می خواستم بینم کاری هست که بتوانم بکنم که راحت با هم صحبت کنیم.

پرسش ابتدایی مهم حالا چرا؟ است معین پزشک باید بداند که چرا بیمار حالا به او مراجعه کرد، که ممکن اس ناشی از عوامل آشکارساز precipitants است که شامل موارد زیر است فقدان های واقعی نمادین (مرگ یا جدایی) حوادث شخصی (روز تولد تا سالگرد) تغییرات جسمانی (وجود تشدید علایم)

اصل مصاحبه

محتوا: مکالمات رد و بدل شده بین بیمار و پزشک

فرایند: چیزهایی است که به صورت غیر کلامی بین پزشک و بیمار است و شامل احساسات که بیمار قادر به بیان کلامی آن نیست و از زبان بدنی استفاده می کند.

پرسش های باز پاسخ در مقابل پرسش های بسته پاسخ: مصاحبه ی مطلوب با سؤال های باز پاسخ آغاز می شود مانند می توانید در مورد اون موضوع کمی بیشتر توضیح دهید. با اختصاص شدن ادامه می یابد؟ چه مدت دارو مصرف می کنید؟ و با پرسش های مستقیم خاتمه می یابد.

بازگویی reflection: پزشک به شیوه ی حمایت گرانه از اظهارات بیمار ار تکرار می کند و هدف دو چیز است

1- کسب اطمینان از سوی پزشک که اظهارات بیمار را درک کرده .

2- اطمینان بخش به بیمار که از بابت اینکه آنچه او می گوید پزشک درک کرده است

تسهیل facilitation: فراهم کردن سرنخ های کلامی و غیر کلامی مانند تکان دادن سر - جلو کشیدن صندلی - گفتن بلی و هوم توسط پزشک و تشویق بیمار برای ادامه ی صحبت

سکوت silence: گاهی به معنای عدم توافق و علاقه است و گاهی موقعیت را برای بیمار فراهم می کند که گریه کند - بیندیشد و در محیطی پذیرا و حمایت کننده بنشیند و بداند که مجبور نیست تمام لحظه های حر بزند.

رویارویی confrontation: وقتی بیمار با موضوعی روبرو شود که پزشک متوجه شود که بیمار نمی خواهد بگوید یا حالت دفاعی به خود می گیرد رویارویی نباید موجب گارد گرفتن بیمار شود و باید بیمار کمک کند آنچه لازم است به طور مستقیم و محترمانه ای بیان کند. مثال: بیماری که اقدام به خودکشی کرده اما به قل خودش جدی نبوده می شه این طوری رویارویی کرد: کاری که کردید ممکن بود موجب مرگتان نشود ولی نشان می دهید که هم اکنون ناراحت هستید و احتیاج به کمک دارید تا مجدداً اقدام به خودکشی نکنید.

Clarification تصریح: سعی به دانستن جزئیات مثال: شما احساس افسردگی می کنید چه موقع این حساس به شما دست می دهند.

Interpretation تفسیر: زمانی که پزشک چیزی در مورد رفتار بیمار اظهار می کند که بیمار از آن آگاهی ندارد و این زمانی به کار می رود که پزشک توانسته به تفاهمی با بیمار برسد مثال: وقتی می گوید از اینکه خانواده تان حمایت کننده نیستند احساس خشم می کنید فکر می کنم منظورتان این است که نگران این هستید که من هم نتوانم کمکتان کنم نظر خودتان چیست؟

Summation جمع بندی: خلاصه ی جلسه که این کار پزشک و بیمار را مطمئن می کند که خواسته ها و اظهارات همدیگر را درک کرده اند. خوب من فقط می خواهیم مطمئن شوم که همه چیز را تا به حال درست فهمیده ام

توضیح explanation: پزشک طرح درمانی را بسیار توضیح می دهد و واکنش او را مشاهده می کند مثلاً می گوید که به دلیل شدت بیمارتان شما بستری می شود و من ترتیب لازم را خواهم داد.

گذار transition: پزشک به بیمار می فهماند که در مورد موضوع خاصی اطلاعات داده و بهتر است در مورد موضوع تازه ای صحبت کند

Self-revelation خود افشایی: دادن اطلاعات محدود به شرطی که بیمار احساس آرامش کند مثلاً پزشک می تواند از وضعیت تأهل خود و اینکه اهل کجاست اطلاعاتی بدهد.

Positive reinforcement: این فن به بیماران کمک می کند هر مطلبی را با پزشک در میان بگذارند حتی عدم رعایت درمان را مثلاً: پزشک: متشکرم که گفتید داروهایتان را مصرف نمی کنید ممکن است به من بگویید اشکال داروها چیست

Reassurance اطمینان بخش: به افزایش اعتماد و رعایت درمان منجر می شود و اطمینان کاذب: موجب ضریب بیماری و عدم اطمینان بیمار به پزشک می شود مثال: بیمار: دکتر آیا من خوب می شوم؟ دکتر: البته که همه چیز رو به راه است. اطمینان بخش صادقانه: پزشک: من هر کاری از دستم بر می آید می کنم و بخشی از احساس راحتی شما منوط به این است آنچه در مورد بیماری شما می دانم شما نیز بدانید هر دوی ما می دانیم که بیمار شما یک مسأله جدی است.

Advice اندرز: زمانی که بیمار آزادانه در مورد مسائل خود صحبت کرد و پزشک برای ارائه ی توصیه های خود اطلاعات کافی بدست آمد مؤثر واقع می شود. مثلاً اگر بیمار گفت که من نمی توانم این داروها را مصرف کنم چون اذیت می کند پزشک متاسفم که چنین چیزی را می شنوم بینم چه چیز این دارد شما را اذیت می کند تا من فکر بهتری برای احساس راحتی شما بکنم یا بیمار میگوید که این اواخر احساس غمگینی می کنم. **پزشک میگوید منظورتان از احساس غمگینی چیست؟**

خاتمه مصاحبه: احساس مورد احترام واقع شدن از طرف پزشک - بیمار احساس می کند که درک شده و اطلاعات مهم به گوش پزشک و شخص آگاه رسیده. و پزشک باید به بیمار مجال دهد تا سؤالات خود را مطرح کند و در مورد

طرح های آینده درمانی خیر داشته باشد- هر گونه تجویز دارویی باید به روشنی و سادگی بیان شود. پزشک باید تاریخ مراجعه ی بعدی را مشخص کند و روشن کند که در صورت نیاز چه طور می تواند دسترسی داشته باشد.

سوال: در کدام یک از روش های مصاحبه بالینی، درمانگر بیشتر سوال می کند و بر روند مصاحبه تسلط دارد؟ (ارشد روانشناسی بالینی 93)

الف) تفسیری ب) آگاهی دهنده ج) پدرمابانه د) مشورتی

پاسخ گزینه ج/

مسائل ویژه در روانپزشکی

حق الزحمه

صحبت کردن در این مورد سوء تفاهمات بعدی را کاهش می دهد.

رازداری confidentiality

وسعت محدودیت رازداری باید مشخص شود. زمانی که بیمار صد داشته باشد به دیگران آسیب بزند رازداری صلاح نیست. همچنین زمانی که اطلاعات بیمار در شرکت های خاص بیمه - و استفاده از اطلاعات بیمارها آموزش دانشجویان ؛ دستیاران یا دیگران در تمام این موقعیت ها رضایت بیمار باید اخذ شود. نظارت: پزشکان مجرب باید به پزشکان جوان و اون هایی که آموزش می بینند نظارت کند و اگر بیمار از پزشک کم تجربه سؤالی پرسید پزشک جوان نباید موجب گمراهی بیمار شود. و باید حقیقت را بگوید.

طول جلسات و غیبت

روانپزشکان معمولاً 15 تا 45 دقیقاً بیماران را ملاقات می کند و اگر بیمار غیبت کند باید 24 ساعت قبل به پزشک خبر دهد که نمی آید که بعضی پزشکان پول جلسه ی غیبت را می گیرند بعضی ها شون نه.

دسترسی به پزشک

اگر پزشک به طور طولانی غیبت کند باید پزشک جانشین بری دسترسی بیمار وجود داشته باشد.

پیگیری

اگر رابطه ی پزشک و بیمار به دلایلی قطع شود . مثل مریض شدن پزشک و یا ترک دستکاری که در آن بیمارستان کار می کرده و پزشک اون بیمار بود و پزشک می تواند ارجاع دهد و علت اش را صادقانه بگوید.

ویژگی های پزشک

خونسردی	جست و جو حقیقت مطلق
حضور ذهن	آرامش
قضاوت صحیح	شجاعت
توانایی تحمل ناکامی	پشتکار
صبر نامحدود	آرامنگرایی
عظوفت و نیکی نسبت به دیگران	خویشتن داری (متانت)

فصل هفتم: معاینه ی بالینی در روانپزشکی

شرح حال در روانپزشکی ← سابقه ای از زندگی بیمار از زبان خود بیمار - همسر یا والدین یا سایر افراد.

ساختار شرح حال و معاینه ی روانی:

I- **مشخصات کلی identifying data:** نام - سن - وضعیت تأهل، جنس - شغل - زبان، زمینه ی قومی و فرهنگی و شرایط موجود زندگی - خودش مراجعه کرده یا از سوی دیگران یا پزشک ارجاع داده شده.

II - **شکایت اصلی chief complaint:** علت مراجعه

III - **تاریخچه ی بیماری فعلی present illness:** مفیدترین بخش برای تشخیص گذاری و شامل:

- زمان شروع بیماری
- عوامل آشکار ساز

IV - **بیماری های قبلی**

- روانپزشکی
- طبی
- مصرف الکل و سایر موارد

v - **Past illness**

توصیف دوره ها قبلی بیماری های جسمی و روانی تاریخچه ی طبی قبلی (کم کاری تیروئید و بیماری آدسیون با افسردگی بروز می کند). داروهایی که بیمار هم اکنون مصرف می کند باید مشخص شود.

VI - **تاریخچه ی خانوادگی:** مختصری در مورد بیماری روانی - بستری شدن و درمان

VII - **تاریخچه ی شخصی [personal history (Anamnesis)]**

1- پیش از تولد و حوالی تولد 2- اوایل کودکی (تا 3 سالگی) 3- اواسط کودکی (3 تا 11 سالگی)

4- بزرگسالی

7- تاریخچه ی جنسی

معاینه ی وضعیت روانی

1. ظاهر 2. رفتار آشکار 3. طرز برخورد 4. تکلم 5. خلق و خو 6. تفکر (الف: شکل ب) فرم 7. ادراک 8. وضعیت شناختی sensorium شامل الف) هشیاری ب) موقعیت سنجی (وقوف به شخص - مکان - زمان) پ) تمرکزت حافظه (فوری - نزدیک - بلندمدت) ث) محاسبه ج) معلومات عمومی م) استدلال انتزاعی 9. بینش 10. قضاوت

توصیف کلی

ظاهر: حالت و وضعیت اندام - توازن - لباس - آراستگی

ریتم های غیرعادی یا آهنگ پریشی کلام disprosody در قسمت خصوصیات تکلم بررسی می شود.

خلق و عاطفه (مثل افسرده - مایوس - خشمگین - مضطرب - شنگول و ...): حالت هیجانی مستمر و نافذ که ادراک شخص از دنیا را تحت شعاع قرار می دهد

عاطفه (طبیعی - محدود سطحی (بی روح flat)): پاسخ دهی هیجانی فعلی

- ناهماهنگ با خلق
- Constricted - کند (کم روح blunted)
- حالت چهره - لحن صدا - سحرکات دست و بدن - تظاهرات عاطفی

ابزار هیجان کم ← عاطفه ی محدود

صدای یکنواخت و چهره ی بی حرکت ← عاطفه ی flat یا سطحی و بی روح حالت عاطفی نامناسب
inappropriateness of affect ← مخصوص اسکیزوفرن ها که حالت عاطفی بیمار با آنچه می گوید هماهنگ نیستند عاطفه ی سطحی در هنگام صحبت در مورد تکانه های جنایی)

ادراک (perception)

توهمات پیشخوابی hypnagogic و پس خوابی hypnopompic نسبت به سایر توهمات اهمیت کمتری دارند.

احساس حرکات حشرات در زیر پوست یا روی پوست در مصرف کوکائین

فرایند (شکل) شامل نحوه ی کنار هم چیدن اندیشه ها و تداعی ها و شکل تفکر خود است.

تفکر

محتوا: آنچه بیمار در مورد آن می اندیشد. باورها - عقاید - اشتغالات ذهنی و وسواس های ذهنی

اختلال شکل و تفکر (فرایند):

- 1- حاشیه پردازی circumstantiality عدم تفکر و جزئیات بی اهمیت را مطرح کردن
 - 2- تداعی صوتی clang association
 - 3- خارج شدن از خط derailment با شل شدن تداعی ها هدف و مقصود مشخصی نیست.
 - 4- پرش افکار flight of ideas : فکر سریع یا فقر اندیشه
 - 5- واژه سازی neologism ← ابداع کلمات
 - 6- درماندگی perseveration تفکر در خارج از موضوع واژه ها- عبارات یا اندیشه.
 - 7- تفکر مماسی tangentially رشته ی کلام را گم می کند
 - 8- انسداد فکر thought blocking
 - 9- شل شدن تداعی ها (نامربوط و غیرمادی) loosening of association
 - 10- سالاد کلمات :افکار نامربوط و نامفهوم
 - 11- جناس سازی punning تداعی با معنی دو گانه
- محتوای تفکر:** 1- هذیان 2- مشخصه های ذهنی preoccupations 3- وسواس فکری (افکار مزاحم و تکراری)
4- وسواس عملی (کارهای که به طور مکرر و به طور اجبار تکرار می شود) 5- هراس ها 6- طرح و نقشه ها 7- مقاصد 8- افکار تکراری خود کشی یا دیگر کشی 9- نشانه های خود بیمار انگاری 10- امیال ضد اجتماعی خاصی.

وضعیت هشیاری و شناختی

شامل:

- موقعیت سنجی و حافظه: احساس زمان قبل از احساس مکان مختل می شود. یعنی زمان زودتر مختل می شود تا مکان. و همچنین حافظه ی نزدیک یا کوتاه مدت اول آسیب می بیند.
- تمرکز و توجه
- خواندن نوشتن
- توانایی دیداری – فضایی
- تفکر انتزاعی
- اطلاعات و هوش

تکانشگری

آیا بیمار میتواند تکانه های جنسی، پرخاشگری را کنترل کند.

قضاوت و بینش

- آیا بیمار نتیجه ی احتمالی رفتار خود را می داند.
- و اینکه به بیماریش آگاهی دارد یا نه.

قابلیت اعتماد reliability

خاتمه گزارش روانپزشک در مورد قابلیت اعتماد و توانایی بیمار برای گزارش دقیق و درست شرح حال خود.

گزارش روانپزشکی

مدرک مکتوب که در آن یافته های حاصل از شرح حال و معاینه ی روانی تشریح می شود - خلاصه ی نهایی داده ها برای تفسیر و فهم بیماری

جنبه های عملی مصاحبه روانپزشکی

زمانبندی

بین 30 تا 1 ساعت مصاحبه با بیمار روانپزشک و جسمی باید کوتاه باشد.

ترتیب نشستن و چیدمان مطب

صندلی با اندازه ی برابر - میل لازم نیست - اتاق راحت و نور کافی - بیماران نسبت به پزشکانی که کت می پوشند و کراوات می زنند نگاه مثبت دارند. با موی آراسته مهم است.

انواع مداخله های درمانی

- حمایتی
- بازدارنده

بی طرفی neutrality: پزشک طرف هیچ یک از تعارضات درون -روانی بیمار را نمی گیرد.

4- خاتمه ی مصاحبه

پزشک برداشت ها و نظرات خود را و طرح های درمان ارائه می شود مراجع برای جلسه ی پیگیری آماده می شود.

یادداشت برداری

پرونده ی بیمار برای پزشک کمک می کند تا مشکل بیمار از یاد نرود.

یادداشت ها سیر پیشرفت process notes و تعیین روند درمان را تسهیل می کند.

مصاحبه با email هم روز به روز بیشتر می شود.

مصاحبه ی استرس زا

در بیمارانی که بی احساس، بی تفاوت و کندی هیجان دارند که این ها برای هدایت مصاحبه خوب نیست. می توان بر تحریک هیجانانگیز این ها پرداخت و آن ها را به چالش طلبید در بیماران هیستریک [بی تفاوتی زیبا la belle indifference] را می توان به اضطراب تبدیل کرد تا بیمار در مورد مشکل خود صحبت کند.

مصاحبه های پیگیری

که برای رفع سوء توهمات احتمالی در جلسه ی اول است. در این مصاحبه می توان بیمار را از چگونگی مصاحبه همچنین نظر شخصی ثالثی که بیمار مشکل اش را با او در جریان گذاشته پرسید.

مداخلات حمایتی:

تصدیق هیجان - تشویق - اطمینان بخش - غیر کلامی (حالت چهره و بدن که علاقه و دلسوزی به بیمار را می رساند).

مداخلات بازدارنده:

سؤالات مرتب (کنار گذاشتن یا کوچک جلوه دادن) - سؤالات چرا - توصیه ی زودرس - عدم دنباله روی از بیمار - قضاوت نگری حالت های غیر کلامی (حالت چهره و بدن که نشانگر عدم علاقه به صحبت های درمانجو است).

تکنیک های مصاحبه با بیماران روانی خاص

جزء لاینفک درمان در رابطه با بیماران روانی: درک پزشکی از هیجانانگیز - ترس ها و تعارضاتی از رفتار بیمار

بیماران سایکوتیک (روانپزش)

بررسی توهمات و هذیان ها ضروری است. این بیماران دارای، واقعیت سنجی ضعیف - ارزیابی ساختار یافته و متمرکز - و سؤالات باز پاسخ و سکوت آشفته کننده - پاسخگویی سؤالات کوتاه راحت تر از سؤالات بلند - عدم جواب دادن به پاسخ های انتزاعی و فرضی.

اختلالات تفکر

توجه به اختلالات تفکر - سؤالات کوتاه پاسخ در زمان از خط خارج شدن + Derailment - تکرار سؤال در بیمار
انسداد فکری - سازماندهی تفکر توسط پزشک

توهم ها

ادراکات کاذب حسی - واریسی پدیدار شناسی کامل توهم - توضیح سوء ادراک ها حسی توسط بیمار

افسردگی - وسواس جبری - بدریخت آماری

فلوکسین لکومی پرامین ← جلوگیری از باز جذب سروتونین

در مورد توهمات شنوایی، از بیمار در مورد محتوا، حجم، وضوح و شرایط باید سؤال شود.

در مورد توهمات بینایی: از محتوا - شدت شرایط وقوع در واکنش بیمار در مقابل آن سؤال

هذیان ها: عقاید نادرست و ثابت که با فرهنگ خود همخوانی ندارد - رد باورهای هذیانی بیمار توسط دوستان یا خانواده

- پرهیز از اطلاعات حساب نشده - روانپزشک نباید با استدلال باور هذیانی را رد کند.

بیماران شکاک

(پزشک باید محترمانه - رسمی و با فاصله - ابزار صمیمیت شکاکیت این بیماران را زیاد می کند). شخصی پارانوئید:

شک ریشه دار و مزمنی دارند مبنی بر اینکه دیگران قصد دارند به آن صدمه بزنند. این بیماران، از همه شاکی اند.

بیماران افسرده و بالقوه انتحاری

افسرده ← مشکل در تمرکز - تفکر واضح - صحبت - به خود پزشک باید: برخورد قوی بیش از حد معمول - ارائه ی

رهنمود - عدم زیر فشار قرار دادن - سکوت مفید - تکرار سؤالات از مورد نشخوار ذهنی مسیر صحبت قطع و مصاحبه

مجدداً جهت دخیمی شود - سؤال در مورد خودکشی - سؤالات مفصل - نقشه های خودکشی - سابقه ی خودکشی

خانواده - سؤال های ساده - سراسر - غیرخوش باورانه - پرسیدن سؤالات اختصاصی و مفصل برای پیشگیری از

خودکشی .

مصمم بودن

میزان جدی بودن برای مرگ. آرزوی مرگ اما عملاً کاری برای خاتمه ی مرگ را نکردن = افعال غیرفعال passive

افکار passive suicidal ideation

توهمات شنوایی ← مقاومت در برابر توهمات ندارند با وجود اینکه نمی خواهد بمیرند.

نقشه ی خودکشی

بیمارانی که نقشه ی مدونی دارند احتمال خودکشی بیشتر است و پزشک باید در مورد

سؤال کردن
روشن کردن فوریت موقعیت
اموال و سر وسامان دادن به اموال و دارایی سؤال کند.

روش

بررسی روش مدنظر بیمار برای خودکشی

پیامدهای خودکشی از دید بیمار

تصوراتحاد مجدد reunion fantasy: اعتقاد به پیوستن به عزیز فوت شده.

بیماران بالقوه ی انتحاری پیامدهای منفی برای خودکشی تصور میکنند.

بیماران جسمانی ساز

ناراحتی های هیجانی را در قالب نشانه های بالینی جسمی تجربه می کنند.

وظیفه ی پزشک این است که به رنجی که توسط نشانه های بالینی منتقل می شود اذعان کنند.

بیماران جسمانی ساز بالینی احساس کنند که شکایت های جسمانی نادیده گرفته شده اند.

دامنه ی سؤالات شامل همه ی جنبه های سلامت هیجانی و جسمانی بیمار باشد.

رویکرد عمل گرایانه ها یوگا- مراقبه- طب سوزنی همراه با رواندرمانی

بیماران سراسیمه و بالقوه خشن

توجه به علائم اولیه ی خشونت انجام رزیابی و کنترل رفتار کاهش احتمال آسیب.

انجام مصاحبه در محیط آرام و غیر محرک - استفاده از انتظامات برای مهار فیزیکی

بیماران اغواگر

تظاهر در نحوه ی پوشش رفتار و گفتار - پیشنهاد غیرمستقیم تا پیشنهاد صریح همخوابگی بحث در مورد رفتار اغواگرانه.

بیماران وابسته

نیاز به توجه و اطمینان و مکرراً به پزشک زنگ می زند - پزشک باید ضمن اطمینان بش - بیمار مبنی بر اینکه نیازهایش جدی است و درمان تخصصی در موردش انجام خواهد داد محدودیت را اعمال کند

بیماران پر توقع

رفتار قاطعانه و شخصی کردن رفتارهای مقبول و نامقبول - احترام و دلسوزی در درمان و مواجهه با رفتارهای خود.

بیماران خود شیفته؛ چنین تصور می کنند که از پزشک و اطرافیان برتر هستند.

بیماران منزوی: احترام گذاشتن به خلوت و تنهایی این بیماران عدم انتظار از ملاحظت آن ها

بیماران وسواسی

دخالت دادن در مراقبت و درمان - در میان گذاشتن اقدامات و طرح های درمانی تا انتخاب کند.

بیمارانی که دروغ می گویند (اختلالات ساختگی و تمارض).

شناسایی تفاوت های ظریف و ناهماهنگی های درونی یا نشانه های غیر عادی

بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی مانند اختلالات تبدیلیا اختلال درد، در پی فریب مصاحبه کننده نیستند

بیمارانی که همکاری نمی کنند

عدم رعایت وقت - ویزیت - امتناع ز صحبت یا جدی نگرفتن جلسه - عدم پرداخت حق الزحمه

عمل عدم همکاری: تظاهرات مشکل زمینه های بیمار - خشم از روانپزشک - احساس اجبار برای هر مراجعه و تظاهرات انتقال: نحوه ی واکنش ← بستگی به شرایط و بافت

بیماران متفاوت از نظر فرهنگ و پیشینه

ارزیابی غریب بودن هذیان برای تشخیص اختلالات هذیانی الزامی است.

تفاوت نژاد - ملیت و مذهب بین مصاحبه کننده و بیمار می تواند سبب بروز سوء تفاهم شود.

گوش دادن همدلانه

همدلی: فرد خود را در جایگاه مقابل قرار می دهد: تفاوت همدلی با همدردی (sympathy)

فرد احساس بیمار را می داند ولی خود همان احساس را ندارد.

همدلی = ویژگی اساسی روانپزشکی

ویژگی محوری برخی اختلالات شخصیت از جمله خودشیفته و ضد اجتماعی ناتوانی برای درک طبیعی احساسات دیگران است

معاینه ی جسمی در روانپزشکی

شناخت - درک و علایم و نشانه های جسمی. تپش قلب با پروه پس دریچه ی میترا همراه است

معاینه ی طبی شامل: شرح حال کامل جسمی - مرور دستگاهها - مشاهدات کلی - معاینه ی جسمی و بررسی عملی آزمایشگاهی تشخیص

سابقه ی طبی

1- اختلالات یا بیماری های شناخته شده 2- بستری شدن ها و اعمال جراحی 3- داروهای اخیر مصرف شده 4- عادات شخصی و تاریخچه ی شغلی 5- سابقه ی خانوادگی بیماری 6- شکایات جسمی خاصی نکته: افسردگی از عوارض جانبی چندین نوع داروی فشار خون است.

جیوه ← سایکوز سرب ← اختلالات شناختی

مرور دستگاهها

از سؤالات باز پاسخ استفاده میکنیم.

سر

آرتريت تمپورال التهاب شريان گیجگاهی ← سردردهای گوینده ی یکطرفه

چشم، گوش - بینی - گلو

دستگاه تنفسی - دستگاه قلبی - عروقی:

تاکي دی کاردی - تپش قلب - آریتمی قلب از شایع ترین علایم اضطراب است.

دستگاه گوارش:

پر خوری - پرادراری - پرنوشی ← دیابت شیرین

پرادرای - پرنوشی - اسهال ← مسمومیت بالیتیوم

دستگاه، ادراری تناسلی:

اولین علایق بالینی HIV = شروع تدریجی سردرگمی که نهایتاً به زوال عقل منجر می شود.

مردانی که قرار است آزمایش PSA بدهند با 7 تا 10 روز قبل از آزمایش از خود ارضایی یا مقاربت خودداری کنند.

تاریخچه ی قاعدگی:

آمنوزه از مشخصات بی اشتهاهی عصبی و استرس - حاملگی کاذب

مشاهده کلی

در معاینه ی طبی ارزیابی موارد زیر ضروری است:

- بی تعادلی - Ataxia

- دیداری

- شنیداری

- بویایی

توجه به پاکیزگی و لباس در اختلالات روانی به خصوص افسردگی شایع است.

اشتباه کاری مانند جوراب با کفش های لنگه به لنگه ← علامت اختلال شناختی

صورت گرد moon face - چاقی تنه - قوز بوفالوئی buffalo hump ← سندرم کوشینگ

ظاهر پف کرده و باد کرده ← کم کاری تیروئید

چاقی مفرط و تنفس دوره ای ← سندرم پیک ویکین

آزمون های آزمایشگاهی در روان پزشکی

آزمون های غربالگری پایه: برای رد عضوی و تعیین پایه کارکرد مورد سنجش

بیماری تیروئید و اختلالات غدد درونریز ← اختلال خلقی یا روانپریشی

سرطان یا بیماری عفونی ← افسردگی

عفونت و بیماری ها بافت همبند ← تغییرات کوتاه مدت در وضعیت روانی

آزمون های نورو آندروکرین

آزمون های کارکرد تیروئید: سنجش تیروکسین (T4) به وسیله ی پیوند رقابتی پروتئین (T4D) پرتوآمین سنجی

[T4RIA] که از واکنش آنتی ژن - آنتی بادی استفاده می شود که برای رد کم کاری تیروئید

علائم وسواسی کم کاری تیروئید: ضعف - سفتی - کم اشتها - یبوست - بی نظمی قاعدگی کند شدن شکم - بی احساسی - اختلال حافظه - حتی توهمات و هذیان ها

لیتیوم = کم کاری تیروئید ندرتاً پرکاری

آزمون تحریک هورمون آزاد کننده تیروتروپین (TRH) ← برای کم کاری تیروئید

آزمون فرونشانی دگزا متازون (DST)

برای تأیید فنی تشخیص افسردگی اساسی (MD)

فرونشانی کورتیزول حاکی از آن است که محور هیپوتالاموس را آدرنال - هیپوفیز - به طرز متناوبی عمل کند DST به شوک برقی ECT و ضد افسردگی های حلقوی پاسخ می دهد.

سایر آزمون های غدد درون ریز

کاتکولامین ها: 5-H 1AA

پایین بردن 5- هیدروکسی ایندول استیک اسید ← افسردگی - خشونت

میزان اپی نفرین و نوراپی نفرین بالا در خون ← اضطراب مزمن و PTSD

نسبت پایین نوراپی نفرین - اپی نوین ← افسردگی

آزمون های کارکرد کلیه

پاکسازی (کلیرانس) کراتینین آب ابتدایی کلیه را آشکار می سازد.

آزمون های کارکرد کبد

آزمایش های خونی برای بیماری های آمیزشی

Venereal disease Research laboratory

آزمون های مربوط به داروهای روانگردان

سنجش منظم سطوح پلاسمایی داروهای تجویز شده به خصوص برای لیتیوم

بنزودیازپین: آزمایش لازم نیست.

داروهای ضد روانپریشی (Antipsychotic)

آزمون خاصی ضروری نیست. از کبد متابولیزه می شود و از طریق ادرار دفع می شود.

داروهای 3 حلقه ای و 4 حلقه ای

انجام EE6 - ایمی پرامین - دزیپرامین یا نورتریپتیلین ← درمان افسردگی

مصاحبه به کمک دارو

مصاحبه با آموباریتال در افتراق اختلال عضوی مثل نشانه های کاتوتونیا

اختلال عضوی با تجویز وریدی آموباریتال بدتر می شود ولی اختلال غیر عضوی یا رونزاد با کاهش اضطراب و آرمیدگی همراه است.

پرنکسیون کمری

در تشخیص عفونت های دستگاه عصب مرکزی مثل مننژیت مفید است

پرونده ی پزشکی و خطاهای پزشکی

پرونده ی پزشکی را علاوه بر پزشکان مؤسسات نظارتی و شرکت های مراقبت هدایت شده مورد استفاده قرار می گیرد.

مشاهدات و یادداشت های مشخص

فرضیات طیب - برداشت های غیر از تشخیص موقت (مختص خود پزشک) یا واقعی و نکات یادآوری

یادداشت های رواندرمانی

جزئیات انتقال - خیالپردازی ها - رویاها - اطلاعات مشخص - جزئیات زندگی خصوصی

دسترسی بیمار به پرونده

بیمار حق دارد به پرونده خود دسترسی داشته باشد. [تشویق مساعی بین پزشک و بیمار]

پست الکترونیک ← به عنوان مدرک عمومی

مسائل اخلاقی در رابطه با پرونده ی پزشکی

در این مورد حفظ رازداری در اولویت قرار دارد.

خطاهای پزشکی

که نباید روی دهد شامل:

تجویز دارو: گاهی داروها به صورت اشتباه تجویز می شوند.

خودکشی: از جمله مواردی است که برای روانپزشک مشکل ایجاد می کند.

پیشگیری از خطای پزشکی

رهنمودهای طبابت practice guidelines مجموعه ای از راهبردهای مراقبت بیمار است که برای کمک به پزشکان در تصمیم گیری بالینی تدوین شده است.

تنظیم ساعات کاری کاروزان و دستیاران

- 1- دستیاران نباید بیش از 12 ساعت پیاپی در بخش های اورژانس کار کنند.
- 2- دستیاران نباید برای دوره ای بیش از 4 هفته به میزان بیش از 80 ساعت در هفته کار کنند و نوبت های کاری آن ها نباید از 24 ساعت تجاوز کند.
- 3- در فواصل برنامه های چرخشی باید حداقل 8 ساعت بدون کار پیش بینی شود و ضمناً در هر هفته بایستی حداقل یک دوره 24 ساعته بدون کار وجود داشته باشد.

اصول اخلاقی افشا

پزشک موظف است - حوادث - جراحت - نتایج بد یا خطاهای پزشکی را افشا کند

رابطه پزشک - بیمار

حس اعتماد - احترام - صداقت بین طرفین ضروری است.

تنظیم کیفیت مراقبت های بهداشتی

کمیسیون مشترک اعتبار بخشی سازمان های مراقبت بهداشتی و کمیته ی رابط آموزش پزشکی رهنمودهای برای حفظ سیستم های ایمنی پزشکان تدوین کرده اند: «دستورالعمل همگانی برای پیش گیری از مکان یابی غلط» «عمل پزشکی غلط» «جراحی نادرست» از جمله این موارد است.

سوال: معلومات عمومی جزء کدام بخش از معاینه وضعیت روانی است؟ (ارشد روانشناسی بالینی 93)

الف) وضعیت شناختی ب) ادراک ج) تفکر د) تمرکز

پاسخ گزینه ج/

سوال: آزمون معاینه وضعیت روانی کوتاه شده (MMSE) کدام یک از حوزه‌های عملکرد روانشناختی را ارزیابی نمی‌کند؟ (ارشد روانشناسی بالینی 93)

الف) توجه ب) جهت یابی ج) محاسبه د) خلق و عاطفه

پاسخ گزینه الف /

سوال: برای تشخیص اختلال شخصیت اسکیزوتایپال چه سوالی بهتر است از بیمار پرسیده شود؟ (ارشد روانشناسی بالینی 92)

الف) آیا حس ششم را تجربه کرده است؟ ب) آیا معمولاً بدون هیجان است؟

ج) آیا دوستانی دارد که به آنها اعتماد کند؟ د) آیا قادر به برقراری روابط پایدار می‌باشد؟

پاسخ گزینه الف /

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

021/66902061 - 66902038

013/33338002 (رشت)

013/42342543 (لاهیجان)