

فصل اول: معاینه و تشخیص و مصاحبه در روانپزشکی..... ۶

اصول کلی..... ۶

فرایند مصاحبه..... ۱۱

Error! Bookmark not defined...... فنون مصاحبه

Error! Bookmark not defined...... معاینه جسمی در روانپزشکی

Error! Bookmark not defined...... مسائل اخلاقی در رابطه با پرونده پزشکی

Error! Bookmark not defined...... بررسی‌های سم شناسی

Error! Bookmark not defined...... ارزیابی کودک و نوجوان

Error! Bookmark not defined...... اخلاق و رفتار حرفه ای

Error! Bookmark not defined...... نظریه‌های یادگیری

Error! Bookmark not defined...... فصل دوم: اختلالات عصبی رشدی کودکانی و سایر اختلالات کودکی defined.

Error! Bookmark not defined...... کم توانی ذهنی

Error! Bookmark not defined...... اختلالات ارتباط

Error! Bookmark not defined...... نواقص زبان بیانی

Error! Bookmark not defined...... اختلال مختلط زبان دریافتی - بیانی

Error! Bookmark not defined...... اختلال صوت گفتار

Error! Bookmark not defined...... اختلال فصاحت با شروع در کودکی (لکنت زبان)

Error! Bookmark not defined...... اختلال ارتباط اجتماعی (کاربردی)

Error! Bookmark not defined...... اختلال طیف درخودماندگی

Error! Bookmark not defined...... اختلال کم توجهی/بیش فعالی (ADHD)

Error! Bookmark not defined...... اختلال یادگیری اختصاصی

Error! Bookmark not defined...... اختلالات حرکتی

Error! Bookmark not defined...... اختلال‌های تغذیه و خوردن در دوره شیرخوارگی یا اوایل کودکی

Error! Bookmark not defined...... اختلال دلبستگی واکنشی

Error! Bookmark not defined. اختلال مشغولیت اجتماعی مهار گسیخته گسسته

Error! Bookmark not defined. اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی

Error! Bookmark not defined. رفتارهای ایذایی کودک

Error! Bookmark not defined. اختلال نافرمانی مقابله جویانه

Error! Bookmark not defined. اختلال سلوک

Error! Bookmark not defined. اختلال انفجاری متناوب

Error! Bookmark not defined. جنون دزدی

Error! Bookmark not defined. جنون آتش افروزی

Error! Bookmark not defined. سکوت انتخابی

Error! Bookmark not defined. خودکشی

Error! Bookmark not defined. فصل سوم: طبقه‌بندی اختلالات روانپزشکی

Error! Bookmark not defined. اختلالات عصبی شناختی

Error! Bookmark not defined. تغییرات روانی عصبی

Error! Bookmark not defined. تخریب شناختی خفیف

Error! Bookmark not defined. اختلال طیف اسکیزوفرنی (روانگسیختگی)

Error! Bookmark not defined. اختلال اسکیزوافکتیو (عاطفه گسیختگی)

Error! Bookmark not defined. اختلال اسکیزوفرنی فرم

Error! Bookmark not defined. اختلال روان پریشی گذرا

Error! Bookmark not defined. اختلال هذیانی

Error! Bookmark not defined. اختلالات دو قطبی

Error! Bookmark not defined. اختلالات افسردگی

Error! Bookmark not defined. اختلالات اضطرابی

Error! Bookmark not defined. اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط

Error! Bookmark not defined. اختلالات مربوط به ضربه روانی تروما و عوامل استرس زا

Error! Bookmark not defined. اختلالات تجزیه‌ای (گسستی)

Error! Bookmark not defined. اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط

Error! Bookmark not defined. اختلالات خوردن و تغذیه

Error! Bookmark not defined.اختلالات دفعی

Error! Bookmark not defined.اختلالات خواب- بیداری

Error! Bookmark not defined.اختلالات شخصیت

Error! Bookmark not defined.فصل چهارم: اختلالات اعتیادی و مصرف مواد

Error! Bookmark not defined.اختلالات مرتبط با الکل

Error! Bookmark not defined.اختلالات مرتبط با کانابیس (حشیش)

Error! Bookmark not defined.اختلالات مرتبط با مواد افیونی

Error! Bookmark not defined.اختلالات مرتبط با داروهای ضد اضطراب خواب آور یا رخوت زا
defined.

Error! Bookmark not defined.اختلالات مرتبط با کافئین

Error! Bookmark not defined.اختلالات مرتبط با مواد توهم زا

Error! Bookmark not defined.مصرف استروئیدهای آنابولیک- آندروژنیک

Error! Bookmark not defined.اختلالات مصرف مواد در نوجوانان

Error! Bookmark not defined.فصل پنجم: رفتارها و تمایلات جنسی انسان و کژکاری‌های جنسی و تجاوز جنسی

Bookmark not defined.

Error! Bookmark not defined.اختلال کمبود میل جنسی مردان

Error! Bookmark not defined.اختلالات انگیزگی/علاقه جنسی زنان

Error! Bookmark not defined.اختلال نعوظی مرد (ناتوانی یا عنن)

Error! Bookmark not defined.اختلال ارگاسمی زن (ارگاسم مهيار شده درزن یا آنورگاسمی)
defined.

Error! Bookmark not defined.اختلال درد تناسلی لگنی /دخول

Error! Bookmark not defined.کژکاری جنسی ناشی از مواد /دارو

Error! Bookmark not defined.درمان

Error! Bookmark not defined.تفاوت‌های جنسیتی در میل و محرک‌های شهوانی

Error! Bookmark not defined.درمان‌های روانی اجتماعی

Error! Bookmark not defined.اختلالات پارافیلیک

Error! Bookmark not defined.اعتیاد جنسی و وسواس جنسی

Error! Bookmark not defined.خود ارضایی

Error! Bookmark not defined.تجاوز جنسی

Error! Bookmark not defined.معاینه‌ی قربانیان تجاوز جنسی

Error! Bookmark not defined.درمان

Error! Bookmark not defined. فصل ششم: فصل نارضایتی جنسی، هویت جنسی و اختلالات مرتبط

Error! Bookmark not defined.not defined.

Error! Bookmark not defined. هویت جنسی

Error! Bookmark not defined. نقش جنسیتی

Error! Bookmark not defined. گرایش جنسی

Error! Bookmark not defined. نارضایتی جنسی (اختلال هویت جنسی)

Error! Bookmark not defined. فصل هفتم: روانپزشکی کودک و بزرگسال

Error! Bookmark not defined. دوره پیش از تولد

Error! Bookmark not defined. دوره شیرخواری

Error! Bookmark not defined. مراحل رشد شناختی طبق نظریه پیاژه

Error! Bookmark not defined. دل بستگی

Error! Bookmark not defined. سبک‌های دل بستگی در بزرگسالان

Error! Bookmark not defined. اختلال‌های دل بستگی

Error! Bookmark not defined. اضطراب از فرد غریبه

Error! Bookmark not defined. تناسب والد

Error! Bookmark not defined. دوره نوپایی

Error! Bookmark not defined. دوره پیش دبستانی

Error! Bookmark not defined. سال‌های کودکی میانه

Error! Bookmark not defined. رویاها و خواب

Error! Bookmark not defined. کودکان و طلاق

Error! Bookmark not defined. سبک‌های فرزند پروری

Error! Bookmark not defined. نوجوانی

Error! Bookmark not defined. مجرمان جنسی

Error! Bookmark not defined. بزرگسالی

Error! Bookmark not defined.	مفاهیم رشد روانی
Error! Bookmark not defined.	نظریه پردازان رشد
Error! Bookmark not defined.	مدل‌های سلامت روان
Error! Bookmark not defined.	روانشناسی ایگو
Error! Bookmark not defined.	فصل هشتم: روانپزشکی و تولید مثل
Error! Bookmark not defined.	ازدواج و بارداری در والدین هم جنس
Error! Bookmark not defined.	رفتار جنسی در بارداری
Error! Bookmark not defined.	شیردهی
Error! Bookmark not defined.	ناباروری
Error! Bookmark not defined.	تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری
Error! Bookmark not defined.	سقط جنین و مرگ پری ناتال
Error! Bookmark not defined.	سالخوردگی و تولیدمثل
Error! Bookmark not defined.	افسردگی پس از زایمان و اندوه نوزاد
Error! Bookmark not defined.	روان پریشی (سایکوز) پس از زایمان
Error! Bookmark not defined.	اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD)
Error! Bookmark not defined.	سندرم پیش از قاعدگی (PMS)
Error! Bookmark not defined.	بارداری کاذب
Error! Bookmark not defined.	استفراغ شدید بارداری
Error! Bookmark not defined.	داروهای روانپزشکی حین بارداری
Error! Bookmark not defined.	فصل نهم: سوگ و داغ‌دیدگی
Error! Bookmark not defined. ..	مراحل مرگ و مردن از دیدگاه الیزابت کوبلر - راس
Error! Bookmark not defined.	نگرش به مرگ و مردن در طول چرخه حیات
Error! Bookmark not defined.	واکنش‌های داغ‌دیدگی طبیعی
Error! Bookmark not defined.	انواع داغ‌دیدگی عارضه دار (پیچیده)
Error! Bookmark not defined.	افتراق داغ‌دیدگی از افسردگی
Error! Bookmark not defined.	داغ‌دیدگی دوران کودکی و نوجوانی

فصل اول:

معاینه و تشخیص و مصاحبه در روانپزشکی

مصاحبه روانپزشکی مهمترین عنصر در ارزیابی و مراقبت از افراد مبتلا به بیماری روانی است. هدف مهم مصاحبه روانپزشکی اولیه، به دست آوردن اطلاعاتی است که تشخیصی مبتنی بر معیار را ایجاد کند. این فرآیند که در پیش‌بینی سیر بیماری و پیش‌آگهی مفید است، منجر به تصمیم‌گیری برای درمان می‌شود. یک مصاحبه روانپزشکی خوب، درک چند بعدی از عناصر زیست روانی - اجتماعی این اختلال را فراهم می‌کند. مصاحبه اغلب بخشی ضروری از فرآیند درمان است و از همان اول ماهیت رابطه پزشک-بیمار را شکل می‌دهد که می‌تواند تأثیر عمیقی بر نتیجه درمان داشته باشد. مدت زمان مصاحبه و تمرکز آن بسته به محیط، هدف خاص مصاحبه و سایر عوامل متفاوت خواهد بود. با این وجود، برخی از اصول و تکنیک‌های اساسی در تمام مصاحبه‌های روانپزشکی ضروری است.

اصول کلی

توافق در مورد فرآیند: در ابتدای مصاحبه، روانپزشک باید خود را معرفی کند و بسته به شرایط ممکن است نیاز باشد علت صحبت کردن با بیمار را مشخص کند. رضایت برای ادامه مصاحبه باید گرفته شود (به غیر از مواردی که بیمار خودش به مطب مراجعه می‌کند). ماهیت ارتباط و زمان تقریبی مصاحبه باید بیان شود. بیمار باید تشویق شود تا هر چیزی از این فرآیند را که می‌خواهد تغییر دهد یا اضافه کند، شناسایی کند.

مسئله مهم این است که آیا بیمار به طور مستقیم یا غیرمستقیم به صورت داوطلبانه به دنبال ارزیابی است یا غیرارادی و غیر داوطلبانه برای ارزیابی آورده شده است. این موضوع باید قبل از شروع مصاحبه مشخص شود و این اطلاعات مصاحبه کننده را به خصوص در مراحل اولیه فرآیند راهنمایی می‌کند.

حریم خصوصی و رازداری: رازداری یک جزء اساسی از رابطه بیمار و پزشک است. مصاحبه کننده باید تمام تلاش خود را بکند تا مطمئن شود که دیگران محتوای مصاحبه را نمی‌شنوند.

گاهی اوقات در یک واحد بیمارستانی یا سایر محیط‌های سازمانی، این امر ممکن است دشوار باشد. اگر بیمار با دیگران در اتاق مشترک است، باید سعی شود از مکان دیگری برای مصاحبه استفاده شود. اگر این امر امکان‌پذیر نباشد، مصاحبه

کننده باید از بیان موضوعات خاص اجتناب کند یا نشان دهد که این موضوعات بعداً با اطمینان از حفظ حریم خصوصی مورد بحث قرار گیرند. به طور کلی، در ابتدا، مصاحبه‌گر باید پیشنهاد دهد که محتوای جلسه (جلسات) محرمانه باقی می‌ماند، به جز مواردی که باید با پزشک ارجاع دهنده یا تیم درمان در میان گذاشته شود. برخی موارد، از جمله ارزیابی‌های پزشکی قانونی و ناتوانی، کمتر محرمانه هستند و ممکن است آنچه مورد بحث قرار می‌گیرد با دیگران به اشتراک گذاشته شود. در این موارد، مصاحبه‌گر باید صریحاً اعلام کند که جلسه محرمانه نیست و مشخص کند که چه کسی گزارش ارزیابی را دریافت می‌کند. این اطلاعات باید به دقت و به طور کامل در پرونده بیمار ثبت شود.

یک مسئله خاص در مورد رازداری زمانی است که بیمار قصد دارد به شخص دیگری آسیب برساند. روانپزشک ممکن است هنگام ارزیابی از نظر قانونی نیاز باشد که به قربانی احتمالی هشدار دهد.

زمانی که روانپزشک برای اولین بار بیمار را می‌بیند اغلب اعضای خانواده بیمار، همراه بیمار در جلسه اول در بیمارستان و سایر محیط‌های سازمانی ممکن است حضور داشته باشند. اگر اعضای خانواده مایل به صحبت با روانپزشک است، به طور کلی ترجیح داده می‌شود که بعد از جلسه با اعضای خانواده و بیمار به طور هم زمان ملاقات کند و همچنین بعد از رضایت بیمار این امر انجام شود.

پس از کسب رضایت از بیمار روانپزشک نباید مطالبی را که بیمار با او به اشتراک گذاشته است مطرح کند، بلکه باید به نظرات اعضای خانواده گوش دهد و در مورد مواردی که بیمار در جلسه مشترک معرفی می‌کند صحبت کند. گاهی اوقات، زمانی که اعضای خانواده درخواست ملاقات نکرده اند، روانپزشک ممکن است احساس کند که یکی از اعضای خانواده یا مراقب ممکن است مفید باشد و این موضوع را با بیمار مطرح کند. این امر ممکن است زمانی اتفاق بیفتد که بیمار قادر به برقراری ارتباط موثر نباشد. مثل همیشه، بیمار باید رضایت دهد، مگر اینکه روانپزشک تشخیص دهد که بیمار برای خودش یا دیگران خطری دارد. گاهی اوقات اعضای خانواده ممکن است با روانپزشک تماس بگیرند. به جز در مواقع اضطراری، قبل از صحبت روانپزشک با خویشاوندان باید از بیمار رضایت گرفته شود. همانطور که گفته شد، روانپزشک نباید مطالبی را که بیمار به اشتراک گذاشته است را مطرح کند، بلکه باید به نظرات اعضای خانواده گوش دهد. زمانی که یکی از اعضای خانواده با روانپزشک تماس گرفته است، باید این موضوع به بیمار گفته شود، حتی اگر بیمار رضایت داده باشد.

در محیط‌های آموزشی و گاهی پزشکی قانونی، ممکن است مواردی وجود داشته باشد که جلسه ضبط شود. بیمار باید به طور کامل در مورد ضبط و نحوه استفاده از ضبط مطلع باشد. مدت زمان نگهداری ضبط و نحوه محدودیت دسترسی به آن باید مورد بحث قرار گیرد. گاهی اوقات در محیط‌های آموزشی، آینه‌های یک طرفه ممکن است به عنوان ابزاری مورد استفاده قرار گیرند تا به کارآموزان اجازه دهد از مشاهده مصاحبه بهره مند شوند. بیمار باید از استفاده از آینه یک طرفه و ناظران مطلع شود و اطمینان حاصل شود که ناظران قوانین رازداری را رعایت خواهند کرد. رضایت بیمار برای ادامه ضبط یا استفاده از آینه یک طرفه باید اخذ شود. این دستگاه‌ها در مصاحبه تأثیر می‌گذارند که روانپزشک باید در هنگام شروع جلسه آماده بحث در مورد آن باشد.

احترام و ملاحظه: در تمام محیط‌های بالینی باید با بیمار با احترام رفتار شود و مصاحبه‌کننده باید شرایط وضعیت بیمار را در نظر بگیرد.

بیمار اغلب درد قابل توجه یا ناراحتی‌های دیگری را تجربه می‌کند و به طور مکرر از آنچه اتفاق می‌افتد احساس آسیب‌پذیری و عدم اطمینان دارد. به دلیل انگ بیماری روانی و باورهای غلط در مورد روانپزشکی، بیمار ممکن است در مورد مراجعه به

روانپزشک نگران یا حتی ترسیده باشد. روانپزشک ماهر از این مسائل بالقوه آگاه است و به گونه‌ای تعامل می‌کند تا پریشانی را کاهش دهد یا حداقل افزایش ندهد. موفقیت در مصاحبه اولیه اغلب به توانایی پزشک در کاهش اضطراب بیش از حد بیمار بستگی دارد.

راپورت (وفاق) / همدلی: احترام به بیمار و توجه به او به ایجاد وفاق کمک می‌کند. در محیط بالینی، وفاق را می‌توان به عنوان پاسخگویی هماهنگ پزشک به بیمار و بیمار به پزشک تعریف کرد. بسیار مهم است که بیماران به طور فزاینده‌ای احساس کنند که ارزیابی بیمار یک تلاش مشترک است و روانپزشک واقعاً به داستان آنها علاقه مند است. مداخلات همدلانه وفاق را افزایش می‌دهند ("باید برای شما بسیار سخت بوده باشد" یا "من این احساس وحشتناک را درک می‌کنم"). اغلب یک پاسخ غیرکلامی (بالا انداختن ابروها یا خم شدن به سمت بیمار) یا یک پاسخ بسیار کوتاه نیز موثر خواهد بود. همدلی به معنی درک کردن فکر و احساس بیمار است و زمانی اتفاق می‌افتد که روانپزشک بتواند خود را به جای بیمار بگذارد و در عین حال عینیت را حفظ می‌کند. برای اینکه روانپزشک به درستی درک کند که بیمار به چه فکر می‌کند و چه احساسی دارد، باید بسیاری از مسائل زندگی بیمار را شناسایی کند. با پیشرفت مصاحبه، داستان بیمار و الگوهای رفتاری آشکار می‌شود، و مشخص می‌شود که بیمار چه چیزی را تجربه کرده است. اگر روانپزشک در مورد تجربه بیمار نامطمئن است، اغلب بهتر است حدس نزنند، بلکه بیمار را به ادامه دادن تشویق کنند. تکان دادن سر، گذاشتن قلم، خم شدن به سمت بیمار، یا یک نظر کوتاه، «می‌فهمم»، می‌تواند این هدف را محقق کند و به طور همزمان نشان دهد که این مطلب برای مصاحبه کننده مهم است. اکثر پاسخ‌های همدلانه در مصاحبه غیرکلامی هستند.

عنصر ضروری در همدلی، حفظ عینیت است.

حفظ عینیت در یک رابطه درمانی بسیار مهم است و وجه تمایز همدلی از همانندسازی (همدردی) است در همانندسازی، روانپزشکان نه تنها احساس بیمار را درک می‌کنند، بلکه آن را تا حدی تجربه می‌کنند که توانایی عینیت‌گرایی خود را از دست می‌دهند.

این امر می‌تواند برای بسیاری از بیماران، گیج کننده و ناراحت کننده باشد به خصوص برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. همانندسازی می‌تواند برای روانپزشک نیز خسته کننده باشد و منجر به قطع ارتباط و در نهایت فرسودگی شغلی شود.

رابطه بیمار و پزشک: رابطه بیمار و پزشک هسته اصلی پزشکی است. تأکید شود که درمان باید همیشه بیمار محور باشد. اگرچه رابطه بین هر بیمار و پزشک متفاوت خواهد بود و به شخصیت هر یک از آنها و تجربیات گذشته و همچنین مکان و هدف ارتباط بستگی دارد.

درست از همان اولین برخورد (گاهی اوقات تماس تلفنی اولیه)، تمایل بیمار برای به اشتراک گذاری اطلاعاتش افزایش یا کاهش می‌یابد. این امر به مداخلات کلامی و اغلب غیرکلامی پزشک و سایر کارکنان بستگی دارد.

وقتی رفتارهای پزشک احترام و توجه را نشان دهد وفاق توسعه می‌یابد. زمانی که بیمار احساس امنیت و راحتی داشته باشد وفاق افزایش می‌یابد.

اگر بیمار احساس امنیت کند که آنچه در مصاحبه گفته می‌شود محرمانه میماند، اطلاعات بیشتری به اشتراک خواهد گذاشت.

نگرش و رفتار غیر قضاوتی پزشک به اشتراک گذاری اطلاعات از طرف بیمار را تقویت می‌کند.

دو عنصر ضروری دیگر در ارتباط مفید بیمار- پزشک وجود دارد. یکی اینکه پزشک نشان دهد گفته‌ها و احساسات بیمار را درک میکند. اما این کافی نیست، اگر بخواهیم رابطه درمانی را تقویت کنیم باید این درک به بیمارانتقال داده شود. مصاحبه فقط یک تمرین برای رسیدن به یک تشخیص قابل قبول نیست. عنصر ضروری دیگر در رابطه مفید بیمار و پزشک، این است که بیمار بداند پزشک به او اهمیت میدهد. هنگامی که بیمار متوجه می‌شود که پزشک نه تنها درک می‌کند، بلکه به او اهمیت می‌دهد، اعتماد افزایش می‌یابد و اتحاد درمانی قوی‌تر می‌شود.

اصالت پزشک رابطه بیمار و پزشک را تقویت می‌کند. توانایی خندیدن در پاسخ به یک نظر طنزآمیز، پذیرفتن اشتباه یا عذرخواهی برای اشتباهی که باعث ناراحتی بیمار شده است (مثلاً تأخیر در قرار ملاقات یا عدم حضور در قرار ملاقات)، اتحاد درمانی را تقویت می‌کند. همچنین انعطاف‌پذیری در مصاحبه و پاسخگویی به ابتکارات بیمار ضروری است. اگر بیمار چیزی را به همراه داشته باشد، مانند عکسی که می‌خواهد به روانپزشک نشان دهد، بهتر است به آن نگاه کند، سؤال پرسد و از بیمار برای آن تشکر کند. از این موارد در مورد تاریخچه خانوادگی و پویایی آن چیزهای زیادی می‌توان آموخت. به علاوه این کار باعث تقویت اتحاد درمانی می‌شود. روانپزشک باید به این واقعیت توجه داشته باشد که هیچ لحظه بی‌ربطی در اتاق مصاحبه وجود ندارد.

گاهی اوقات بیماران در مورد روانپزشک سوالاتی می‌پرسند. قانون سرانگشتی این است که به سؤالات مربوط به صلاحیت و موقعیت پزشک معمولاً باید مستقیماً پاسخ داده شود (به عنوان مثال، مدرک مورد مقام بیمارستانی). در مواردی، چنین سؤالی ممکن است یک نظر کنایه آمیز باشد ("آیا واقعاً به دانشکده پزشکی رفتید؟") در این صورت، بهتر است به جای پاسخ دادن به سوال به موضوعی که باعث تحریک بیمار برای پرسیدن سوال شده است، پرداخته شود.

در مورد سؤالات شخصی پاسخ آسانی برای این سؤال وجود ندارد که روانپزشک چگونه باید به سؤالات شخصی پاسخ دهد («آیا متاهل هستید؟» «بچه دارید؟» «آیا شما فوتبال نگاه میکنید»).

اگر بیمار تحت روان درمانی بینش مدار باشد بهتر است دلیل این پرسش از سوی بیمار بررسی شود.

دلیل عمده برای پاسخ ندادن مستقیم به سؤالات شخصی این است که ممکن است مصاحبه به جای بیمار محور روانپزشک محور شود.

گاهی اوقات، بسته به ماهیت درمان، روانپزشک میتواند برخی از اطلاعات شخصی را حتی اگر مستقیماً توسط بیمار درخواست نشده باشد، به اشتراک بگذارد. هدف از این خودافشایی همیشه باید تقویت اتحاد درمانی برای کمک به بیمار باشد و اطلاعات شخصی نباید برای رفع نیازهای روانپزشک به اشتراک گذاشته شود.

خودآگاه / ناخودآگاه: بخش زیادی از فعالیت‌های روانی خارج از آگاهی هوشیار هستند. در طول مصاحبه فرایندهای ناخودآگاه ممکن است به صورت اشارات مماسی به یک موضوع، لغزش کلامی یا ادا اطوارهای گفتاری، آنچه گفته نمی‌شود یا از آن اجتناب می‌شود یا سایر مکانیسم‌های دفاعی خود را نشان دهند. به عنوان مثال عباراتی نظیر (اگر بخواهم راستش را بگویم) معمولاً به این معنی است که گوینده معمولاً حقیقت را نمی‌گوید

انتقال و انتقال مقابل در مصاحبه از فرایندهای چشم گیر ناخودآگاه هستند.

انتقال فرایندی است که طی آن بیمار به طور ناخودآگاه و نامتناسب الگوهای رفتاری و واکنش‌های هیجانی نشات گرفته از افراد مهم اوایل زندگی و اغلب دوران کودکی را به افرادی در زندگی فعلی خود منتقل میکند که در موقعیت بالینی روانپزشک جانشین آن افراد می‌شود که اغلب یک چهره اقتدار یا جانشین والد است. در این حالت بیمار ممکن است

خشمگین، متوقع یا چاپلوس باشد. عدم شناخت این فرایند ممکن است باعث شود روانپزشک به طور نامناسب به بیمار واکنش نشان دهد.

انتقال متقابل فرایندی است که پزشک به طور ناخودآگاه الگوهای رفتاری و واکنش‌های هیجانی خود را به بیمار منتقل میکند. انگار که بیمار فرد مهمی از زندگی گذشته او است. روانپزشکان باید به نشانه‌های انتقال متقابل هوشیار باشند مانند: لغو جلسات یا خواب‌الودگی و کسب بودن در طول جلسه.

مقاومت شامل فرایندهای خودآگاه یا ناخودآگاهی است که با هدف درمان تداخل میکند و مانع حرکت به سمت سلامتی می‌شود. مانند واکنش‌های هیجانی افراطی، عقلانی سازی، تعمیم، عدم حضور در جلسات، رفتارهای کنش‌نمایی. مقاومت ممکن است ریشه در واپس زنی داشته باشد. واپس زنی فرایند ناخودآگاهی است که بیمار ممکن است از تعارضاتی که محور بیماری اش باشد آگاه نباشد.

در روان درمانی بینش مدار به افکار و احساسات ناخودآگاه این امکان داده می‌شود که به سطح آگاهی برسند و بتوان با آنها مقابله کرد. به این ترتیب فرایند واپس زنی را از بین ببرد.

عموما در جلسه اول از تفسیر کردن پرهیز می‌شود و روانپزشک باید حوزه‌های مورد بررسی در جلسات بعدی را یادداشت کند.

مصاحبه‌های شخص محور و مبتنی بر اختلال: مصاحبه روانپزشکی باید شخص-محور (بیمار-محور) باشد. یعنی مرکز توجه باید درک کردن بیمار و توانا کردن بیمار برای گفتن داستانش باشد.

تجربیات اوایل زندگی بیمار، خانواده، شغل، تحصیلات، باورها، مراسم مذهبی، تفریحات، استعدادها، روابط و فقدان‌ها از مواردی هستند که در کنار متغیرهای زیستی و شناختی در شکل‌گیری شخصیت نقش دارند. شناخت این تجربیات و تاثیر آنها بر فرد برای درک بیمار ضروری است.

طرح درمانی نیز باید مبتنی بر اهداف بیمار باشد نه اهداف روان پزشک.

به طور سنتی علم پزشکی رو بیماری و نقصان توجه دارد تا نقاط قوت و قدرت. توجه رویکرد شخص مدار به نقاط قوت و نیز نقصان‌ها است.

ایمنی و راحتی: بیمار و مصاحبه‌کننده باید احساس امنیت کنند که امنیت جسمی را نیز شامل می‌شود. گاهی در بخش‌های اورژانس بیمارستان برای امنیت ممکن است سایر کارکنان حضور داشته باشند یا درب اتاق نیمه باز بماند و مصاحبه‌کننده مسیر خروجی بدون مانع داشته باشد. اگر بیمار سراسیمه شد و حالت تهدید به خود گرفت تا حد امکان مصاحبه باید کوتاه شود و خاتمه یابد. مصاحبه‌کننده باید به طور مستقیم در مورد احساس راحتی بیمار سوالاتی بپرسد.

زمان و تعداد جلسات: برای مصاحبه اولیه عموماً ۴۵ تا ۹۰ دقیقه زمان اختصاص داده می‌شود. بیمارانی که در بخش طبی بستری هستند، بیمار سردرگم، روانپزشک و یا بیماری که ناراحتی قابل ملاحظه‌ای دارد مدت زمانی که میتواند در یک جلسه تحمل کند ممکن است حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه یا کمتر باشد. حتی برای بیمارانی که جلسات طولانی‌تر را تحمل میکنند ممکن است برای تکمیل ارزیابی به بیش از یک جلسه نیاز باشد.

بالینگر باید این را بپذیرد که شرح حال اخذ شده هرگز کاملاً صحیح نیست. مصاحبه پدیده‌ای پویا است و بخش‌هایی از ارزیابی به صورت مستمر انجام می‌شود.

فرایند مصاحبه

اتاق مصاحبه: اتاق مصاحبه باید نسبتاً ضد صدا باشد، دکوراسیون مناسب باشد و حواس بیمار را پرت نکند، بهتر است به بیمار امکان انتخاب مبل یا صندلی را داد، صندلی بیمار و مصاحبه گر ارتفاع نسبتاً برابری داشته باشد، بیمار و روانپزشک باید فاصله‌ای حدود ۴ تا ۶ پا (۱۲۰ تا ۱۸۰ سانتی متر) از هم فاصله داشته باشند. روانپزشک نباید پشت میز بنشیند، لباس حرفه‌ای بپوشد، تلفن با پیجر به جز در موارد اضطراری نباید روند مصاحبه را مختل کند.

سوالات باز پاسخ: روانپزشک باید به گونه‌ای ارتباط برقرار کند که به بیمار اجازه دهد داستان خود را بگوید. سوالات باز- پاسخ برای دستیابی به روایت بیمار از سلامت و بیماری اش ضروری است. یک پرسش باز- پاسخ عبارت است از "در مورد دردتان برای من بگویید" که این در تضاد با سوالات بسته- پاسخ است که زمینه انتخاب پاسخ را محدود می‌کنند. پاسخی نهایی سوالات بسته پاسخ به "بله" یا "خیر" منجر می‌شود.

در بخش اولیه از مصاحبه، سوالات باید باز- پاسخ باشد. همانطور که بیمار پاسخ می‌دهد روانپزشک با تکان دادن سر یا سایر مداخلات حمایتی پاسخگویی بیمار را تقویت می‌کند. روانپزشک ممکن است برای درک برخی از ویژگی‌های تاریخچه سوالاتی بسته - پاسخ بپرسد. سپس، هنگامی که آن حوزه درک شد، روانپزشک ممکن است دوباره با استفاده از سوالات باز- پاسخ و در نهایت سوالات بسته- پاسخ به حوزه دیگری انتقال یابد تا زمانی که آن حوزه به خوبی توصیف شود.

دو عنصر اصلی مصاحبه روانپزشکی، **تاریخچه بیمار و بررسی وضعیت روانی** است.

بررسی وضعیت روانی، ابزار عینی مصاحبه کننده است که مشابه معاینه فیزیکی (جسمی) در سایر زمینه‌های پزشکی است. معاینه فیزیکی، اگرچه بخشی از خود مصاحبه نیست، اما به دلیل ارتباط بالقوه آن در تشخیص روانپزشکی و همچنین به این دلیل که معمولاً به عنوان بخشی از ارزیابی روانپزشکی، به ویژه در بیماران بستری، انجام می‌شود، در اینجا گنجانده می‌شود.

جزئیات مصاحبه روانپزشکی شامل موارد زیر می‌باشد:

داده‌های شناسایی: این بخش مختصر و شامل یک یا دو جمله است و معمولاً شامل نام، سن، جنس، وضعیت تاهل (یا سایر روابط مهم)، نژاد یا قومیت، و شغل بیمار است. اغلب منبع ارجاع نیز ذکر می‌شود.

منبع و قابلیت اطمینان: مشخص شدن اینکه شود اطلاعات از کجا آمده است اهمیت دارد، اگر دیگران اطلاعات را ارائه کرده باشند یا پرونده‌ها بررسی شده است، و ارزیابی مصاحبه کننده از میزان قابل اعتماد بودن داده‌ها مهم است.

شکایت اصلی: شکایت اصلی بیمار باید با گفته هاب خود او ذکر شود. برای مثال «من افسرده هستم» یا «من اضطراب زیادی دارم»

تاریخچه بیماری فعلی: بیماری فعلی، توصیف زمانی است که علائم به وجود آمده است. همچنین شامل هر گونه تغییر دیگری باشد که در این مدت در مورد علائق، روابط بین فردی، رفتارها، عادات شخصی و سلامت جسمی بیمار رخ داده است.