



مصاحبه و درمان

دکتر شهناز ابوالقاسمی

استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد تهران

دکتر حمیدرضا وطنخواه

استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد تهران

دکتر جواد خلعتبری

دانشیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد تهران

دکتر شهره قربان‌شیرودی

استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد تهران

عنوان و نام پدیدآور: مصاحبه و درمان/ مؤلفان شهnam ابوالقاسمی... [و دیگران]
مشخصات نشر: تهران: سایه سخن، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری: ۵۵۲
شابک: ۹۷۸-۶۰-۹۲۳۱۲-۲۴
وضعیت فهرست نویسی: فایل
یادداشت: مؤلفان شهnam ابوالقاسمی، جواد خلعتبری، حمیدرضا وطن خواه، شهره قربان شیرودی.
یادداشت: چاپ اول: ۱۳۸۹ (فیبا)
یادداشت: چاپ دوم: ۱۳۹۲ (فیبا)
موضوع: مصاحبه روانی
موضوع: بیماران - شرح حال
موضوع: بیماری‌های روانی - تشخوص
شناسه افزوده: ابوالقاسمی، شهnam
ردیهندی کنگره: RC480/7/۱۳۹۰/۶۵
ردیهندی دیوبنی: ۶۱۷/۹
شماره کتاب‌شناسی ملی: ۲۲۵۷۱۹۶



مصاحبه و درمان

نویسنده‌گان: دکتر شهnam ابوالقاسمی، دکتر جواد خلعتبری، دکتر حمیدرضا وطن خواه، دکتر شهره قربان شیرودی

طرح جلد: محمدمهری صنعتی
صفحه‌آرایی: ع. خرمشاهی - ناظر چاپ: ابوذر ملکیان
شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه - نوبت چاپ: دوم ۱۳۹۲ - قیمت: ۲۷۰۰۰ تومان
لیتوگرافی: واصف - چاپ متن: جاویدنو - چاپ جلد: صنوبر - صحافی: سپیدار

نشانی: تهران، خیابان انقلاب، خیابان دوازده فروردین، کوچه بهشت‌آیین، پلاک ۱۹، طبقه همکف

تلفن: ۰۹۱۲۶۹۱۸۲۸ - ۶۶۹۶۴۰۵۶

حق چاپ محفوظ است.

و نهشت
میر محمد صاحب‌الملک

دندانپستانه در فرز رمانه فردش

در دفتر زمانه فند نامش از قلم
هر ملتی که مردم صاحب قلم نداشت

فهرست مطالب

۱۵	پیش‌گفتار
۱۷	فصل اول - مصاحبه و ارزیابی بالینی
۱۷	مقدمه
۱۸	مصالحه روان‌پزشکی
۲۰	رهنمودهای کلی در مورد مصاحبه
۲۶	مواردی که متخصصان بالینی در مصاحبه با آن‌ها مواجه هستند
۴۲	عوامل خطر برای خودکشی
۴۲	یادیار افراد غمگین (عوامل خطرساز برای خودکشی)
۵۳	فصل دوم - شرح حال روان‌پزشکی
۵۵	الف) داده‌های هویتی
۵۵	نمونه‌ای از این قسمت مصاحبه
۵۵	ب) شکایت عمده (مشکل ارائه شده)
۵۶	پ) سابقه بیماری فعلی
۵۷	ت) بیماری‌های قبلی (سابقه پزشکی و روان‌پزشکی)
۵۹	ث) سابقه شخصی
۶۶	ج) سابقه روانی- جنسی

۶۷	چ) سابقه خانوادگی
۶۸	ح) رؤیاها، تخیلات و ارزشها
فصل سوم - معاینه وضعیت روانی	
۷۹	الف) توصیف کلی
۸۱	ب) خلق و عاطفه
۸۶	پ) تکلم
۸۰	ت) ادراک و اختلالات ادراکی
۸۷	ث) تفکر
۹۳	ج) نظام حسی و شناخت
۱۱۰	چ) کنترل تکانه
۱۲۲	ح) قضاوت و بینش
۱۲۳	خ) اعتبار یا قابلیت اعتماد
۱۲۵	برخی از مشکلات معاینه وضعیت روانی
۱۲۶	گزارش روانپزشکی و روانشناسی بالینی
۱۲۸	نامه ارجاع به روانپزشک
۱۳۱	
فصل چهارم - مصاحبه روانپزشکی	
۱۳۳	مقدمه
۱۳۴	سه مرحله مصاحبه تشخیصی
۱۳۶	عوامل مهم در انجام مصاحبه
۱۳۹	چگونگی آغاز و پیشرفت روند مصاحبه
۱۴۰	محبتوا و فرایند مصاحبه
۱۴۰	راهبردهای خاص اتخاذ شده در جریان مصاحبه توسط درمانگر
۱۵۰	چگونگی پایان مصاحبه

۱۵۱	فصل پنجم - انواع مصاحبه بالینی
۱۵۷	اصول مصاحبه بالینی
۱۵۸	روش‌های پرسش سوالات
۱۶۴	تکنیک‌ها و ضروریات مصاحبه
۱۶۴	۱. برقراری ارتباط و تعیین هدف‌ها
۱۷۴	۲. تفاهم
۱۷۶	۳. استفاده از سوالات
۱۷۷	۴. روشن ساختن مشکل مطرح شده
۱۷۸	۵. تعیین ساختار جلسات و انعقاد قرارداد
۱۸۰	۶. بررسی همه‌جانبه و عمیق مشکلات
۱۸۱	۷. تعیین هدف‌های احتمالی
۱۸۳	۸. اضطراب مصاحبه‌کننده
۱۸۸	۹. شخصیت درمانگر یا روانشناس
۱۹۲	خلاصه ویژگی‌های درمانگر موفق
۱۹۳	علل ایجاد ویژگیهای مناسب در روان‌درمانگران
۱۹۴	روان‌درمانی روان‌شناسان و روان‌درمانگران
۱۹۵	فصل ششم - شیوه اجرای مصاحبه درمانی طی روان‌درمانی
۱۹۵	تعريف روان‌درمانی
۱۹۶	مصاحبه‌های تشخیصی و درمانی
۱۹۷	اصول و اهداف روان‌درمانی
۱۹۸	فعالیت‌های مورد نیاز طی مصاحبه‌درمانی

فصل هفتم - مصاحبه با بیماران اسکیزوفرنی.....	۲۴۹
علائم بیماری اسکیزوفرنی.....	۲۴۹
علائم ثانویه و فواید آنها	۲۵۶
تعارض‌های اصلی.....	۲۵۸
اجرای مصاحبه با بیمار اسکیزوفرن	۲۶۲
ارزیابی اختلالات سایکوتیک.....	۲۶۸
سؤالات غربالگری کلی.....	۲۶۹
نمونه بالینی کوتاه.....	۲۷۰
سؤالات ارزیابی: چگونگی تشخیص اسکیزوفرنی.....	۲۷۱
هذیانها.....	۲۷۳
توجه	۲۷۵
راهنمایی کلی مصاحبه برای پرسش در مورد هذیانها.....	۲۷۶
موارد قابل توجه.....	۲۷۸
توهمات	۲۷۸
تكلم آشفته.....	۲۷۹
اختلال رفتار.....	۲۸۵
علائم منفی (منفی‌کاری).....	۲۸۵
ایجاد روابط درمانی با بیمار.....	۲۸۷
تغییرات حاصل در مصاحبه	۲۹۳
فصل هشتم - مصاحبه با بیماران وسوسی.....	۳۰۹
تعارض اصلی.....	۳۰۹
مسائل نهفته در تعارض	۳۱۰
دفعه‌های ناشی از تعارض	۳۱۳
چگونگی کنترل مصاحبه با فرد وسوسی	۳۲۰

۹♦ فهرست مطالب

۳۲۱	دفاع در برابر جنگ و گریز با درمانگر
۳۲۸	دفاع در برابر تعارض
۳۳۳	حفظ و نگهداری اتحاد درمانی
۳۳۵	تعییر و تفسیر مکانیسم دفاعی
۳۳۹	فصل نهم - مصاحبه با بیماران افسرده
۳۳۹	مصاحبه تشخیصی با بیماران افسرده
۳۴۰	علائم بیماری افسرده‌گی
۳۴۴	ارزیابی اختلالات خلقي نوع I
۳۴۴	اختلالات افسرده‌گی
۳۴۵	علامت اختصاری: SIGECAPS
۳۴۶	سؤالات مربوط به علائم افسرده‌گی
۳۴۶	سؤالات غربالگری
۳۴۷	سؤالات مربوط به SIGECAPS
۳۵۳	افسرده‌خوبی
۳۵۴	افسرده‌گی آتبیک
۳۵۴	حساسیت خُلق
۳۵۵	اختلال عاطفی فصلی (SAD)
۳۵۵	الگوهای مختلف نیروی روانی در افسرده‌گی
۳۶۰	خودآزاری و منش توأم با افسرده‌گی
۳۶۲	خودکشی
۳۶۴	شیوه مصاحبه با بیماران افسرده
۳۷۷	اصول درمان
۳۷۷	درمان حمایتی
۳۸۴	تعییر و تفسیر نیروهای روانی

۳۸۸.....	مصاحبه با اعضای خانواده بیمار افسرده
۳۹۰.....	بیمار مبتلا به شیدایی
۳۹۲.....	ارزیابی اختلالات خلقتی نوع II - اختلال دوقطبی
۳۹۳.....	سؤالات غربالگری
۳۹۴.....	استفاده از DIGFAST برای تصریح ملاک‌های تشخیصی
۳۹۸.....	دوره هیپومانیک
۳۹۸.....	پدیده انتقال
۴۰۲.....	انتقال متقابل
 ۴۰۵.....	فصل دهم - مصاحبه با بیماران هیستریک
۴۰۵.....	بیماری هیستری (اختلال تبدیلی)
۴۰۵.....	ویژگی‌های شخصیتی افراد هیستریک
۴۰۶.....	نمایشی کردن خویشن
۴۰۷.....	عاطفه
۴۰۷.....	دلربایی
۴۰۸.....	وابستگی و احساس بی‌پشت و پناه بودن
۴۰۹.....	سرکشی
۴۱۰.....	تلقین پذیری
۴۱۰.....	خودخواهی
۴۱۰.....	مشکلات جنسی و زناشویی
۴۱۳.....	علائم جسمی
۴۱۳.....	mekanisem‌های دفاعی
۴۱۳.....	سرکوبی
۴۱۴.....	رؤیای روزانه و خیال‌بافی
۴۱۶.....	عاطفی بودن به عنوان یک مکانیسم دفاعی

۱۱♦ فهرست مطالب

۴۱۷.....	همانندسازی
۴۱۸.....	مکانیسم تبدیلی
۴۲۰.....	حرکت قهقرایی
۴۲۱.....	انکار و عایق‌سازی
۴۲۱.....	جنبه‌های روان‌پویایی رشد
۴۲۶.....	شکایت اصلی
۴۲۷.....	چگونگی اداره مصاحبه
۴۲۷.....	ارتباط اولیه با بیمار
۴۲۸.....	رفتار نمایشی
۴۳۱.....	تغییر واقعیت و اغراق
۴۳۳.....	مواجه شدن‌های اولیه - کشف مشکلات
۴۳۴.....	انکار مسئولیت
۴۳۷.....	تعییر و تفسیر نقش بیمار
۴۳۸.....	پاسخ بیمار
۴۴۰.....	رفتار قهقرایی
۴۴۱.....	درگیر شدن و شبه‌درگیری
۴۴۳.....	واقعی دانستن مشکل و درد بیمار
۴۴۳.....	پدیده انتقال و انتقال متقابل
۴۴۹.....	فصل یازدهم - مصاحبه با بیماران پارانوئید
۴۴۹.....	بیمار پارانوئید
۴۴۹.....	ویژگی‌های شخصیتی بیمار پارانوئید
۴۵۴.....	نظریه روانکاوی کلاسیک در مورد پارانوئید
۴۵۵.....	مکانیسم‌های دفاعی بیماران پارانوئید
۴۵۷.....	علائم بیماری پارانوئید

تعارض‌های مربوط به رشد و نمو	۴۶۲
ضربۀ روانی مقدمه اختلال پارانوئید	۴۶۶
ادارۀ مصاحبه	۴۶۷
مرحله شروع مصاحبه	۴۶۸
ایجاد رابطه درمانی	۴۷۶
تفاوت قائل شدن بین هذیان و واقعیت	۴۷۷
استفاده از تعبیر و تفسیر	۴۸۳
تعبیر و تفسیر پدیده انتقال	۴۸۵
بیمار قاتل	۴۸۷
پایان مصاحبه	۴۹۰
 فصل دوازدهم - مصاحبه با بیماران مبتلا به ترس مرضی	
اختلال ترس‌های مرضی	۴۹۱
علائم ترس‌های مرضی	۴۹۲
ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به ترس مرضی	۴۹۳
ارتباط علائم بیماران فوبیک با انواع دیگر شخصیت‌ها	۴۹۵
مکانیسم‌های دفاعی	۴۹۷
همسر بیمار فوبیک	۵۰۰
رفتار مخالف با ترس مرضی	۵۰۰
تعارضات مربوط به رشد	۵۰۲
کترول مصاحبه	۵۰۵
همکاری اولیه بیمار طی مصاحبه	۵۰۵
کشف علائم مرضی	۵۰۷
آشکار ساختن جزئیات	۵۰۷
اولین حادثه	۵۰۹

۱۳♦ فهرست مطالب

۵۰۹.....	علائم مرضی جنسی
۵۱۰.....	هماندسازی یا تقلید
۵۱۰.....	تغییرات ایجاد شده در علائم
۵۱۱.....	اجتناب
۵۱۲.....	تلاش بیمار برای بهبودی
۵۱۳.....	سود ثانویه
۵۱۵.....	اجتناب در مصاحبه
۵۱۶.....	اصول درمان
۵۱۶.....	فوبي اجتماعي
۵۱۷.....	فوبي خاص
۵۱۷.....	فوبي خاص به آسانی با طرح اين سؤالات تشخيص داده می شود:
۵۱۹.....	آموزش بیمار
۵۲۱.....	تجویز دارو
۵۲۲.....	نقش تعبیر و تفسیر
۵۲۵.....	افسردگی
۵۲۶.....	پدیده انتقال متقابل
۵۲۷.....	فصل سیزدهم - مصاحبه با بیمار مرد
۵۲۷.....	مصاحبه با بیمار مرد
۵۲۸.....	۱. سؤالات و دستورات باز- پاسخ
۵۲۸.....	۲. روش های تداومی
۵۲۹.....	۳. زمینه های ختني
۵۲۹.....	۴. مصاحبه بعدی یا دوم

۵۳۱	فصل چهاردهم - مصاحبه با بیمار پر حرف.....
۵۳۱	مصاحبه با بیمار پر حرف.....
۵۳۱	استفاده از پرسش‌های پاسخ-بسته و چندگزینه‌ای.....
۵۳۳	قطع کردن مؤدبانه صحبت بیمار.....
۵۳۵	فصل پانزدهم - مصاحبه با بیماران نوجوان.....
۵۳۵	روش‌های مصاحبه با بیمار نوجوان.....
۵۳۵	مصاحبه با خانواده.....
۵۳۷	مصاحبه فردی با نوجوان.....
۵۳۸	سندرم (نشانگان) «نمی‌دانم».....
۵۳۹	روش‌های غلبه بر سندرم «نمی‌دانم».....
۵۴۰	موضوعات قابل بحث مجاز با نوجوانان.....
۵۴۰	پرسش در مورد مدرسه و سایر فعالیت‌ها.....
۵۴۱	پرسش در مورد مصرف داروها و الکل.....
۵۴۲	پرسش در مورد مسائل جنسی.....
۵۴۳	پرسش در مورد مشکلات رفتاری.....
۵۴۵	منابع فارسی
۵۴۹	منابع انگلیسی

پیش‌گفتار

با یاری خداوند و استقبال متخصصین رشته روانشناسی بالینی، عمومی، مشاوره، درمانگران بالینی و دانشجویان رشته های روانشناسی و مشاوره نیاز بر آن شد که با تغییرات فنی و تخصصی اثر حاضر به چاپ دوم برسد.

اثری را که مطالعه می کنید شامل ۱۵ فصل می باشد که در آن سعی شده است اصول مشاوره، مصاحبه، معاینه و ضعیت روانی، مصاحبه روانپزشکی، شرح حال روانپزشکی، ارزیابی بالینی، مصاحبه درمانی، تشخیص بالینی، کاربرد روشهای مصاحبه بالینی در مورد بیماران مختلف اعم از افسرده، سوء ظنی، سوواسی و... به صورت کاربردی ارایه گردد. امید است که این مجموعه بتواند راهگشای دانشجویان و اساتید محترم در حوزه روانشناسی، مشاوره و درمانگران بالینی باشد.

دکتر جواد خلعتبری

دانشیار روانشناسی دانشگاه آزاد تهران

دکتر شهره قربان شیرودی

استادیار مشاوره دانشگاه آزاد تهران

دکتر شهناز ابوالقاسمی

استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد تهران

دکتر حمیدرضا وطن خواه

استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد تهران

فصل اول

مصاحبه و ارزیابی بالینی

مقدمه

جهت ارزیابی بالینی علاوه بر روش های مشاهده علمی، تاریخچه فردی و آزمون های روان شناختی می توان از مصاحبه کلینیکی نیز برای ارزیابی شخصیت و وضعیت روان شناختی بیماران یا مراجعان استفاده نمود.

مصاحبه، از تمام روش های متعددی که به منظور ارزیابی شخصیت افراد استفاده می شود اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا به وسیله آن می توان به مطالبی دست یافت که از هیچ راه دیگری به دست نمی آید؛ و از آن جا که در مصاحبه به هیچ نوع وسیله خاصی نیاز نیست، بنابراین این روش همیشه و به آسانی در دسترس روان شناسان می باشد. به علاوه چون با این روش در مدت زمانی کوتاه می توان اطلاعات نسبتاً زیادی به دست آورد، هنگامی که فقط مدت محدودی برای شناسایی وجود دارد، مصاحبه بهترین روش است.

شاید دشوارترین قدم در زندگی حرفه ای یک متخصص بالینی جوان، انجام اولین مصاحبه باشد. همراه بودن این موقعیت با نگرانی و تا حدی وحشت در کارآموز، امر متداولی است. اگر مصاحبه خوب انجام شود، شادی فراوان به دنبال خواهد داشت، و اگر روند بدی به خود بگیرد، آشتفتگی به همراه می آورد. صرف نظر از آمادگی پیش از

مصاحبه، اولین تجربه مصاحبه‌گر مبتدی نگران‌کننده خواهد بود. اما راهنمایی می‌تواند مفید باشد.

در شرایط درمانی، مصاحبه اولیه مؤثر می‌تواند راه را برای برقراری تعامل ثمربخش و رابطه پایدار با بیمار هموار کند. به همین ترتیب، آگاهی از نوع سؤالات و نحوه پرسیدن آن‌ها در شرایط اضطراری، ممکن است تعیین کند که آیا اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری در مورد تشخیص و تعیین خط مشی مناسب به دست آمده است یا خیر. البته، باید در نظر داشت که مصاحبه نیز مانند تمام روش‌های دیگر با وجود محاسن مطرح شده در بالا، معایبی نیز دارد. مثلاً مصاحبه‌کننده به ندرت می‌تواند نظر صحیحی درباره هوش، علاقه و استعدادهای مخصوص افراد ابراز کند و این امر فقط با آزمون‌های میزان شده میسر است. البته اطلاعاتی که می‌توان از طریق مصاحبه به دست آورده، با وسایل دیگری مانند آزمون امکان‌پذیر نیست.

آنچه در مصاحبه به دست می‌آید، هنگامی اهمیت می‌یابد که تفسیر شود. در تفسیر می‌توان متوجه اشتباهات قابل ملاحظه مصاحبه‌کننده شد. البته در این مرحله ممکن است روان‌شناس به علل مختلفی مانند تعصبات شخصی، نظریه‌های ناصحیح و تمایلات مختلف عاطفی، در تعبیر نتایج مصاحبه، راه غلط بیماید. فقط زمانی امکان این اشتباهات کم‌تر خواهد بود که مصاحبه‌کننده بتواند دائماً مهارت خود را در زمینه تعبیر و تفسیر نتایج مصاحبه، بیش تر کند و با کسب تجارب بیش تری، استفاده از مطالب به دست آمده را بر مبنای صحیحی قرار دهد.

مصاحبه روان‌پزشکی

مصاحبه روان‌پزشکی یک رویارویی هدفدار بین پزشک یا روان‌شناس و بیمار است. مصاحبه بالینی در روان‌پزشکی به دلیل این‌که وسیله عمدی برای ارزیابی موارد زیر است حائز اهمیت می‌باشد:

۱. اخذ اطلاعات لازم برای تشخیص‌گذاری؛
۲. درک فرد مبتلا به بیماری؛

۳. درک شرایط بیمار؛

۴. برقراری رابطه درمانی با بیمار؛

۵. ارائه اطلاعات به بیمار در مورد بیماری، توصیه‌های درمانی و پیش‌آگهی.

عملاً این کارکردها در یک مصاحبه صورت می‌گیرد. معهذا با در نظر گرفتن اهداف مصاحبه به صورت روشن، پزشک یا روانشناس می‌تواند مصاحبه را برای شرایط بالینی خاص تعديل کند.

مصاحبه موفقیت‌آمیز (که در آن اطلاعات درست برای تشخیص‌گذاری اخذ می‌شود، رابطه خوبی بین پزشک یا روانشناس و بیمار برقرار می‌گردد و بیمار توصیه‌های پزشک یا روانشناس را درک می‌کند) زمانی امکان‌پذیرتر است که پزشک یا روانشناس دارای مهارت‌های خاص مصاحبه شود.

در مصاحبه روانپزشکی، بیمار معمولاً جنبه‌های خصوصی، پنهانی و احتمالاً دردناک زندگی خود را برای پزشک یا روانشناس آشکار می‌سازد. بیمار ممکن است برای آشکارسازی وضعیت خود به منظور رهایی از رنج، انگیزش کافی داشته باشد؛ اما در عین حال ممکن است خودآگاه یا ناخودآگاه بخواهد درونی‌ترین احساساتش را، که آن‌ها را شرم‌آور یا تهدیدکننده تلقی می‌کند، پنهان نگاه دارد. ممکن است بیمار برای گشودن چنین مطالبی بی‌میل باشد مگر این‌که اطمینان حاصل کند احترام پزشک یا روانشناس را با این وسیله به مخاطره نخواهد انداخت. مصاحبه روانپزشکی ممکن است به دلیل این واقعیت که تمام بیماران داوطلبانه در جستجوی کمک بر نمی‌آینند (مثلاً توسط پلیس یا اعضای خانواده نزد درمانگر آورده باشد) پیچیده‌تر شود، و همین امر ممکن است توانایی یا همکاری آن‌ها را برای مصاحبه دچار مشکل احتمالی سازد. رابطه روانپزشک یا روانشناس با بیمار تأثیر عمیقی بر آن چه در بیمارستان انجام می‌گیرد، می‌گذارد. لذا، بخش عمده‌ای از آموزش روانپزشک یا روانشناس مربوط به روش‌های خاص و پیچیده گوش فرادادن، مشاهده و تعبیر دارد که برای تشخیص دقیق و درمان مؤثر ضرورت دارد.

رهنماهای کلی در مورد مصاحبه

مطلوب این قسمت در هر نوع مصاحبه پزشکی قابل استفاده است.

الف) قراردادن بیمار در وضعیت راحت: مرحله نخست لازم نیست خیلی طولانی باشد اما مستلزم توجه به جزئیات مختصری در مورد سلسله مراحل است.

۱. حتی الامکان، مصاحبه باید در مکانی صورت بگیرد که برای دیگران قابل شنود نباشد. مهیا ساختن مکانی خلوت، وقتی مصاحبه در یک بخش پزشکی یا خانه‌ای شلوغ صورت می‌گیرد مشکل است؛ در صورت امکان باید محلی نسبتاً خلوت، مثلاً یکی از اتاق‌های بخش یا اتاقی دیگر در منزل برای مصاحبه فراهم شود.

۲. ترتیب نشستن نیز حائز اهمیت است. در صورت امکان نشستن شما با بیمار زاویه‌دار باشد و رو بروی او نشینید، تا بیمار دائمًا خود را تحت نگاه کن جگداوane شما احساس نکند (برای مصاحبه کننده راست دست، بهتر است بیمار در سمت چپ وی بنشیند، چون در این صورت توجه به بیمار ضمن تهیه یادداشت آسان‌تر است). هنگام مصاحبه در بخش در کنار بیمار بنشینید و بالای سر او نایستید. علاوه بر این، بلندی هر دو صندلی باید برابر باشد تا ضمن صحبت یکی از طرفین مجبور به نگاه کردن از بالا به پایین نسبت به دیگری نباشد.

۳. با ذکر نام بیمار خیر مقدم بگویید. بیش تر بیماران ترجیح می‌دهند که با برخوردي رسمی (آقا یا خانم) مورد خطاب قرار گیرند.

۴. خود را با نام و نقش خود (پزشک، روان‌شناس و...) معرفی کنید.

۵. توضیح دهید که سیر مصاحبه چگونه خواهد بود، چقدر طول خواهد کشید و چرا برداشتن یادداشت ضروری است.

ب) مراجعات زمان: اولین جلسه مصاحبه یا مشاوره، بین سی دقیقه تا یک ساعت، بسته به موقعیت، طول می‌کشد. مصاحبه با بیماران روان‌پریش یا دچار بیماری جسمی به دلیل استرس‌آمیز بودن مصاحبه برای آن‌ها باید کوتاه باشد. جلسات مصاحبه دوم و بعدی نیز از نظر زمان فرق می‌کند.

نوع برخورد بیماران با وقت ملاقات جنبه‌های مهمی از شخصیت و روش کنار آمدن آن‌ها را نشان می‌دهد. غالباً، بیماران چند دقیقه قبل از وقت مقرر حاضر می‌شوند. بیمار مضطرب ممکن است نیم ساعت زودتر حاضر شده باشد. اگر بیمار خیلی زود آمده باشد لازم است علت آن مشخص شود. بیماری هم که خیلی دیر حاضر می‌شود یک سری سوالات احتمالی دیگر را مطرح می‌کند. در نخستین نوبت تأخیر، مصاحبه‌کننده باید با حوصله به توضیح بیمار گوش دهد و اگر علت تأخیر خارج از کنترل بیمار است پاسخ همدردانه نسبت به بیمار ابراز نماید.

درصورتی که بیمار اظهار کند که «به کلی یادم رفته بود که قرار ملاقات دارم» نشانه این است که چیزی بیمار را در مورد مراجعه آزار می‌دهد و جستجوی بیشتر علت ضروری است، مصاحبه‌کننده می‌تواند مستقیماً پرسد «آیا امروز برای آمدن به اینجا مردد بودید؟» و اگر پاسخ مثبت باشد مصاحبه‌کننده باید علت احتمالی دولی بیمار را تفتیش نماید. اگر پاسخ منفی باشد بهتر است پرسش مستقیم در مورد تأخیر را کنار گذاشته و به حرف‌های بیمار گوش کرد، و با گوش کردن دقیق، درمانگر می‌تواند مسائلی را در صحبت بیمار کشف کند که خود او از آن‌ها آگاه نیست. این مسائل را بعداً درمانگر و بیمار مشترکاً می‌توانند مورد بررسی قرار دهند تا فهم آن چه بیمار احساس و تجربه می‌کند ممکن گردد.

نوع برخورد درمانگر با موضوع زمان نیز عامل مهمی در مصاحبه است. بی‌توجهی به زمان حاکی از عدم علاقه به بیمار است. در صورتی که درمانگر به دلیلی غیرقابل اجتناب با تأخیر برای ملاقات بیمار حاضر شده باشد، ضروری است برای متظر گذاشتن وی، از او عذرخواهی نماید.

پ) مطب روانپزشک یا روانشناس: روانشناس یا روانپزشک برای همیشه نمی‌تواند برای بیمار خود ناشناخته باقی بماند. دفتر کار روانشناس یا روانپزشک می‌تواند اطلاعات زیادی در مورد شخصیت او به بیمار بدهد. رنگ اتفاق، نقاشی‌ها و مدارج یا گواهینامه‌های روی دیوار، مبلمان، گل‌ها، کتاب‌ها و عکس‌های خصوصی،

همگی توصیف‌کننده وضعیت روان‌شناس یا روان‌پزشک هستند که قابل بیان کلامی مستقیم نیست. بیماران گاهی واکنش‌های مختلفی نسبت به مطب روان‌شناس یا روان‌پزشک خود نشان می‌دهند که ممکن است نشان‌دهنده تغییراتی در آن‌ها باشد یا نباشد. البته گوش کردن دقیق به حرف‌های بیمار کمک می‌کند که بتواند این موضوع را بهتر درک نماید. مشخص شده است که پوشیدن کت و شلوار و وصل کردن کراوات (در کشورهای غربی) باعث پاسخ مثبت‌تری در بیماران می‌شود. در روان‌شناسان یا روان‌پزشکان زن نیز شواهد نشان می‌دهد که ظاهر حرفه‌ای در برانگیختن پاسخ مثبت مؤثر است.

ت) تهیه یادداشت: به دلایل طبی و قانونی سابقه مكتوب کافی از هر بیمار باید حفظ شود. پرونده بیمار کمکی برای حافظه روان‌شناس یا روان‌پزشک نیز می‌باشد. بسیاری از متخصصین یادداشت‌های نسبتاً کاملی در مصاحبه‌های نخستین و با به دست آوردن اطلاعات مربوط به شرح حال تهیه می‌کنند. سپس فقط اطلاعات مهم را ثبت می‌کنند، مثل اطلاعات تازه در مورد شرح حال، رویدادهای مهم در زندگی بیمار، داروهای تجویز شده رؤیاها و ملاحظات کلی در مورد پیشرفت بیمار.

برخی روان‌شناسان و روان‌پزشکان یادداشت‌های کامل هر جلسه را تا آن‌جا که به خاطر می‌آورند در برخی بیماران ثبت می‌کنند (ثبت کلمه به کلمه جلسه). این نوع یادداشت‌ها تعیین روند درمان را (با توجه به مسائل انتقال و انتقال متقابل) تسهیل می‌کند، همین طور مرور مجدد جلسه کمک می‌کند مطالبی که احتمالاً از نظر دور مانده آشکار شود.

بیش‌تر متخصصین تهیه یادداشت در جریان مصاحبه را توصیه نمی‌کنند، چون نوشتمن ممکن است در توانایی گوش کردن مشکل ایجاد کند. ممکن است برخی از بیماران از عدم تهیه یادداشت از جریان مصاحبه اظهار نارضایتی نمایند چون تصور می‌کنند که این کار یا نشان‌دهنده بسیار اهمیت بودن گفته‌های آنان است یا دلایل بی‌علاقگی درمانگر به گفته‌های وی می‌باشد. البته چون تهیه یادداشت عملاً ربطی به

گوش کردن واقعی درمانگر ندارد، لذا چنین احساسی از جانب بیمار احتیاج به کاوش بیشتری دارد و ترس بیمار از جدی گرفته شدن را باید بررسی نمود.

ث) شروع مصاحبه: مصاحبه را با یک پرسش کلی که بیمار را برای ابراز مشکلش با زبان خود تشویق می‌کند شروع کنید. مثلاً: «در مورد مشکلات خودتان به من بگویید» یا «شرح بدھید به نظر خودتان چه مشکلی وجود دارد».

توجه کنید که آیا بیمار ضمن پاسخ دادن، راحت به نظر می‌رسد، همکاری می‌کند و به طور منسجم مشکل خود را بیان می‌کند یا خیر. در این مرحله ابتدایی چند مشکل ممکن است پیش آید؛ به رغم سعی پزشک برای ایجاد احساس راحتی در بیمار اغلب او مضطرب است. اگر چنین است، سعی کنید علت اضطراب را دریابید، و اگر ممکن است به او اطمینان دهید. مثلاً، ممکن است بیمار نگران این باشد که گفته‌های او بدون اجازه وی به دیگران منتقل شود؛ یا ممکن است به اصرار فرد دیگری با دودلی برای مصاحبه آمده است (مثلاً در موارد مصرف الکل، این وضعیت غالباً وجود دارد). این نگرانی‌ها اگر وجود داشته باشند باید مورد بحث قرار گیرند و قبل از ادامه مصاحبه اطمینان مناسب به بیمار داده شود.

اگر بیمار در مقابل نخستین درخواست اطلاعات به گونه‌ای مبهم و در هم بر هم پاسخ دهد، سعی کنید دلیل آن را پیدا کنید، پاسخ مبهم و در هم ممکن است به دلایل زیر باشد:

۱. اضطراب

۲. هوش پایین

۳. تحریف شناختی ناشی از حالت گیجی یا دمانس

اگر احتمال وجود اختلال شناختی وجود دارد، باید از آزمون‌های کوتاه تمرکز و حافظه استفاده شود. اگر نتایج آزمون‌ها نابهنجار باشند، در مورد قطع مصاحبه و اخذ اطلاعات از یک منبع دیگر تصمیم‌گیری کنید. این مسائل ممکن است مثلاً زمانی که یک بیمار سالم‌مند مبتلا به دمانس توسط پزشک عمومی در منزل مورد مصاحبه قرار

گیرد، یا با یک بیمار مبتلا به اختلال عضوی حاد در بخش داخلی مصاحبه می‌شود پیش بیاید.

وقتی بیمار شرح اولیه مسئله را به اتمام می‌رساند، در مورد شکایات او پرسش منظمی به عمل آورید. برای چنین پرسشی، اجتناب از سؤالات پاسخ بسته و هدایت‌کننده حائز اهمیت است. پرسش «پاسخ بسته» کردن، پاسخ به صورت بلی یا خیر را امکان‌پذیر می‌سازد؛ پرسش هدایت‌کننده نیز پاسخ را تلقین می‌کند. به این ترتیب، سؤال: «آیا صبح زود بیدار می‌شوید؟» یک سؤال بسته و هدایت‌کننده است؛ «صبح چه وقت بیدار می‌شوید؟» سؤالی باز و بدون هدایت است. گاهی مصاحبه‌کننده برای نکته‌ای مهم مجبور است سؤالی هدایت‌کننده مطرح کند. چنین سؤالی پس از طرح شدن و پاسخ بیمار به آن، باید با درخواست کردن نمونه یا مثالی از آن همراه باشد. مثلاً سؤال: «آیا هرگز احساس کرده‌اید که اعمال شما توسط فرد دیگری کنترل می‌شود؟» سؤالی هدایت‌کننده در مورد یکی از علائم اسکیزوفرنی است. وقتی مصاحبه‌کننده باید از بیمار بخواهد که نمونه‌ای از تجربه خود را بیان کند و اگر سؤال قانع‌کننده باشد پاسخ را به عنوان علامت مثبت ثبت کند. اگر ثبت تاریخ دقیق رویداد مشکل است، یک روش مفید ربط دادن رویداد با رویداد دیگری است که احتمالاً در ذهن بیمار ثبت شده است. مثلاً روزهای تولد اعضای خانواده یا روزهای تعطیل.

ج) ادامه مصاحبه: با پیشرفت مصاحبه، کار مصاحبه‌کننده حفظ بیمار روی موضوعات مرتبط، در عین دادن مجال صحبت آزادانه به او می‌باشد. مهارت در مصاحبه ایجاد تعادل بهینه طی مصاحبه است. اگر سؤالات متعددی بدون انتخاب مطرح شوند، اطلاعات بی‌ربطی به بهای اطلاعات غیرمنتظره اما مرتبط به دست خواهد آمد (مثلاً، در مورد یک ارتباط خارج از محیط زناشویی). اگر مصاحبه‌کننده سؤال بسیار محدود مطرح کند، ممکن است از اخذ جزئیات مهم مثلاً، ترتیب دقیق رویدادها و علائم مشکل باز بماند.

تصمیم‌گیری درباره این که چه سؤالاتی مطرح شود و چه زمانی سخن بیمار قطع

گردد بستگی به این دارد که آیا پزشک یا روانشناس اطلاعات مناسب را برای آزمایش یک فرضیه تشخیصی خاص به دست می‌آورد یا خیر. این امر مستلزم داشتن اطلاعات خوب در مورد اطلاعات بالینی مهم است و البته با افزایش تجربه بالینی آسان‌تر می‌گردد.

چ) ارتباط غیرکلامی: در هدایت مصاحبه، رهنمودهای غیرکلامی مصاحبه‌کننده نیز به اندازه سؤالات حائز اهمیت است. برای تشویق بیمار به صحبت بیش‌تر، مصاحبه‌کننده ممکن است توجه بیش‌تر نشان دهد، مثلاً با خم شدن به جلو برای دقیق‌تر، یا حرکات تأییدکننده سر که موضوعی مورد توجه قرار گرفته است بیمار را تشویق به صحبت بیش‌تر کند. برای منحرف ساختن صحبتی بی‌ربط، مصاحبه‌کننده می‌تواند موقتاً این شواهد تأییدکننده را قطع کند. اگر این کار مؤثر نباشد، مصاحبه‌کننده باید تا بروزه مکثی در گفتار بیمار صبر کرده و آن‌گاه توضیح دهد که نیاز به بحث منظم درباره مسائل وجود دارد.

ح) پایان مصاحبه: در پایان مصاحبه، از بیمار بخواهید که اگر پرسشی دارد یا نکاتی به نظرش می‌رسد که لازم است ذکر شود، مطرح سازد.

خ) مصاحبه‌های بعدی: مصاحبه‌های بعدی به بیمار فرصت می‌دهد که سوءتفاهمات احتمالی مصاحبه نخستین را اصلاح نماید. در آغاز مصاحبه دوم بهتر است نظر بیمار درباره مصاحبه اول پرسیده شود. واکنش احتمالی او به این تجربه تفسیر گردد. راه دیگر بررسی نظر بیمار در مورد مصاحبه اول این است که گفته شود: « غالباً افراد پس از ترک مطب چیزهایی به ذهنشان می‌آید که می‌خواستند بگویند. چه فکری به ذهن شما آمد؟»

درمانگران غالباً با پرسش از بیمار که آیا جریان مصاحبه را با کسی در میان گذاشته‌اند یا خیر، اطلاعات مفید به دست می‌آورند. در صورتی که چنین گفتگویی

صورت گرفته باشد، موضوع بحث و طرف صحبت نیز باعث افزایش اطلاعات می‌شود. اصول منظمی در مورد مطالبی که بهتر است به جلسه دوم موکول شود وجود ندارد، به طور کلی هر چه میزان راحتی و آشنایی بیمار با درمانگر افزایش می‌یابد، توانایی ابراز مسائل خصوصی‌تر زندگی نیز برای بیمار آسان‌تر می‌گردد.

مواردی که متخصصان بالینی در مصاحبه با آن‌ها مواجه هستند

مواردی مانند موقعیت مصاحبه، محرومانه بودن آن، مسائل اخلاقی و حقوقی، ملاحظات قومی و نژادی، روش‌های گردآوری اطلاعات، رفتار درمانگر در مصاحبه و گروه‌ها یا موقعیت‌های خاص، مطالبی هستند که متخصصان بالینی در مصاحبه با آن‌ها مواجه هستند.

۱. مسائل بالینی در موقعیت مصاحبه

فضایی که در آن مصاحبه انجام می‌شود تأثیر بسزایی در نحوه اجرای آن خواهد داشت. از این‌رو، روش مصاحبه در شرایط اضطراری با روش مصاحبه در مطب خصوصی کاملاً فرق دارد. برای تعیین تأثیر عوامل موقعیتی بر مصاحبه و روند آن به برخی ویژگی‌های بیماران در شرایط مختلف پرداخته می‌شود.

الف) مراکز تشخیص فوریت‌ها: تشخیص فوریت‌ها در اتاق‌های فوریت‌های درمانی بیمارستان‌های عمومی، مراکز تشخیصی مؤسسات روان‌پزشکی و مراکز پذیرش در کلینیک‌های مجهر بهداشت روانی صورت می‌گیرد. این محیط‌ها غالباً اولین مراکز تماس بیمارانی است که خودشان مراجعه می‌کنند. بیماران ممکن است از سوی مؤسسه‌های قانونی، اقوام و دستور محاکم قضایی ارجاع و بستری شوند. انواعی از اختلالات ناشی از وابستگی به مواد مخدر و الکل و... در این مراکز مورد بررسی قرار می‌گیرند.

در شرایط اضطراری، متخصصان بالینی باید به این امر آگاه باشند که بیماران غالباً از

این شرایط وحشت دارند و ممکن است سلامت کافی را در بیان جزئیات گذشته خود نداشته باشند. وظیفه درمانگر در این شرایط گردآوری هرچه بیش تر اطلاعات برای تشخیص منطقی و تصمیم‌گیری مناسب است. بنابراین کافی است ببینیم بیمار روانپریش است و لازم است بستری شود، هر چند ماهیت دقیق روانپریشی را نمی‌شناسیم. به همین سبک و سیاق کفايت می‌کند بدانیم فردی که تحت شرایط محیط دچار اضطراب شده است، می‌تواند از خدمت سرپایی سود جوید. آن‌چه که در این نوع مصاحبه اهمیت دارد، آزمایش دقیق وضع روانی بیمار است، نه گرفتن تاریخچه منفصل اجتماعی او یا انجام ارزیابی‌های علمی‌تر روان‌شناختی.

از آنجا که امکان دارد بیماران به خاطر علائم بیماری خود از شرایط مصاحبه وحشت کنند، لذا نحوه برخورد با آن‌ها باید محکم ولی حمایت‌کننده باشد. ظاهر آرام و مسلط مصاحبه‌گر، به بیمار اطمینان می‌دهد و امکان حداقل همکاری را در او به وجود می‌آورد. برای تکمیل اطلاعات در شرایط اضطراری می‌توان از منابع مهم دیگر مثل پلیس و دادگستری یا رفتار بیمار قبل و هنگام مصاحبه کمک گرفت.

ب) درمانگاه‌ها و مطب‌های خصوصی: مشکلات بیش تر بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها یا مطب‌های خصوصی جزئی‌تر از بیمارانی است که در مراکز درمانی تحت درمان قرار می‌گیرند. بنابراین هدف مصاحبه غالباً تا حدی متفاوت است. گرچه وضع روانی فرد و تشخیص بیماری او در این شرایط نیز اهمیت دارد، لیکن بررسی آن‌چه در او به چشم می‌خورد آنقدر مهم نیست که در این شرایط اضطراری اهمیت دارد. بنابراین توجه به وضع بیمار، همراه با صرف وقت کافی به طرح سؤال‌های جزئی اهمیت بیش تری به خود می‌گیرد. هدف از این کار کسب اطلاعات بیش تر درباره وضع روانی بیمار در حال حاضر است. البته این نوع پرسش‌ها نیز باید در حد توانایی بیمار ارائه شوند. بنابراین باید در مصاحبه اولیه، با بیماری که دارای خصوصیات پارانوئید است زیاد در مورد مسائل جنسی صحبت کرد.

بسیاری از بیماران در این شرایط نسبت به علل ناهمجارتی خود و نحوه درمان آن

کنگکاو هستند. از این‌رو، متخصص بالینی در این شرایط باید رابطه اجتماعی گسترده‌تری نسبت به هنگام اضطراب با بیمار برقرار کند.

ج) محیط‌های پزشکی: مصاحبه با بیماران در محیط‌های پزشکی عمومی باعث بروز درگیری‌های خاصی می‌شود. در این‌گونه مکان‌ها بیماران، بیماری خود را جسمی پنداشته و در واقع ممکن است مشکل جسمی نیز داشته باشند. از این‌رو امکان دارد که نیازی به روان‌شناس یا روان‌پزشک احساس کنند. بر این اساس احتمال دارد این نوع بیماران آرام نباشند و این امر روی توانایی پاسخ دادن یا نوع آن تأثیر می‌گذارد. بهتر است در بیمارستان‌های عمومی، خود را به عنوان گردآورنده اطلاعات معرفی کنیم، یعنی به ظاهر متوجه مشکلات جسمانی باشیم، بدون آن‌که به اختلالات روانی بیمار اشاره شود حتی اگر وجود چنین اختلالاتی را حدس زده باشیم.

یکی از مسائلی که احتمال دارد در این شرایط ایجاد کرد این است که مصاحبه‌گر خود را به جای بیمار و مقابله‌پزشک او یا مسئولان دیگر قرار دهد. ممکن است بیمار از پزشک یا پرستاران به مصاحبه‌گر شکایت کند، یا کوشش کند نظر درمانگر خود را درباره مشکلاتش غلط جلوه دهد و مصاحبه‌گر را نیز با خود همراه کند. ضروری است که درمانگر هیچ موضع خاصی در آن مقطع از خود نشان ندهد. مشاور یا درمانگر نباید در مورد مراقبت پزشکی بیمار اظهارنظری کند چون ممکن است تأثیری منفی بر رابطه درمانگر و بیمار بگذارد و از اعتبار و تأثیر مصاحبه‌گر بکاهد.

۲. محramانه بودن اطلاعات

موضوع محramانه بودن یکی از مطالب بسیار مهم در مصاحبه است. موضوع محramانه بودن جنبه‌های متفاوتی دارد. نخست، بیماران با این انتظار به مصاحبه می‌آیند که اطلاعات ارائه شده از سوی آنان محramانه بماند. در صورتی بیماران اطلاعات خصوصی ارائه می‌کنند که به این نتیجه رسیده باشند مطالب بیان شده آن‌ها محramانه نگه داشته می‌شود. فضای مصاحبه تا حد زیادی تعیین‌کننده درجه محramانه بودن آن است.

عوامل متعددی همچون سن و پرونده‌های خصوصی در محرمانه بودن تأثیر می‌گذارند. سن افراد بستگی به سن قانونی آن جامعه دارد. بنابراین برای سنین زیر سن قانونی باید از والدین جهت درمان اجازه گرفت و والدین را از نتیجه مصاحبه یا هر نوع ارزیابی آگاه ساخت. پرونده‌های کتبی مصاحبه‌های روان‌شناختی نیز محرمانه هستند. این گونه پرونده‌ها را تنها زمانی می‌توان به دیگران (از جمله متخصصان دیگر) تحویل داد که بیمار توافق کتبی کرده باشد.

۳. ملاحظات قومی و نژادی

در زمینه رابطه میان متغیرهای قومی و نژادی با حالات ناهنجار، تشخیص و درمان، پژوهش چندانی صورت نگرفته است. با این حال سؤال این است که: «متغیرهای قومی و نژادی تا چه حد در روند مصاحبه اهمیت دارند؟»

با توجه به پژوهش‌های محدود در این زمینه، نژاد بیمار بر نوع تشخیص تأثیر می‌گذارد و با تصمیم‌گیری‌های درمانی نیز ارتباط دارد. بر همین منوال معلوم شده است که برداشت ما از رفتار اجتماعی دیگران تحت تأثیر نژاد قرار می‌گیرد. به احتمال قوی اولین مسئله که در رابطه با مسائل نژادی و قومی به مصاحبه‌گر مربوط می‌شود این است که او رفتارهای خاص فرهنگی و نژادی را درک نکند یا آن‌ها را غلط برداشت کند.

مسائل مربوط به نژاد و قوم را باید در مصاحبه جدی گرفت و در صورتی که اهمیت زیادی پیدا کنند بعید به نظر می‌رسد که مصاحبه سودمند واقع شود. مصاحبه‌گر باید آماده پذیرش هرگونه تعصی در خود یا مصاحبه‌شونده باشد. در برخی مواقع بهتر است که از مصاحبه‌گری همزناد با مصاحبه‌شونده دعوت به همکاری شود. این تصمیم را باید متخصص بالینی اتخاذ کند. در بعضی موارد دیده شده است که آزمودنی‌ها به مشاورانی که از نژاد خود باشند بیش تر اهمیت می‌دهند. مراجعانی که از نظر نژادی به مشاور شباهت بیش تری دارند، بیش تر به بررسی مسائل خود می‌پردازند. بهتر است بیمار و درمان‌گر هر دو از یک نژاد باشند.

از سوی دیگر مشخص شده است که میزان تجربه درمانگر یک متغیر اساسی تر از نژاد است که بر چگونگی ارزیابی بیمار از مشکلات خود تأثیر می‌گذارد. طی مصاحبه اولیه، موضوع مهم‌تر، موضع برقراری ارتباط می‌باشد؛ برای مثال، برداشت بیمار از درمان در مصاحبه تأثیر می‌گذارد. عامل دیگر زبان است. بنابراین، مصاحبه‌کننده باید برخی واژه‌های خاص فرهنگی که جنبه تهدیدکننده، سلطه‌گری، تحکیرکننده یا جنبه دفاعی دارند، آشنا باشد.

در تشخیص گذاری نیز باید توجه داشت که مجموعه علائم یک بیماری از فرهنگی به فرهنگ دیگر فرق می‌کند و این موضوعی است که پژوهش‌های بسیاری واقعیت آن را تأیید می‌کند. به همین ترتیب، گروه‌های مختلف در یک فرهنگ، ممکن است نشانه‌های بسیار متفاوتی از یک بیماری را از خود بروز دهند؛ برای مثال، در برخی فرهنگ‌ها افسردگی شدید در بیمار وجود دارد ولی علائم آن بیشتر به صورت شکایات جسمانی متعدد بروز داده می‌شود. بنابراین، مصاحبه‌کننده باید با برخی علائم رایج بیماری‌های مختلف در یک فرهنگ آشنا باشد.

۴. روش‌های دستیابی به اطلاعات

در سال‌های اخیر از برنامه‌های ساختارمند^۱ و نیمه‌ساختارمند^۲ استفاده فراوانی شده است تا پایابی قضاوت میان مصاحبه‌کننده‌ها را تقویت کند. این برنامه‌ها برای مصاحبه با کودکان تهیه شده است. برنامه‌های مصاحبه کاملاً ساختاری، مصاحبه‌گر را قادر می‌سازد که الگو و روال تعیین شده‌ای را دنبال کند. در برنامه‌های نیمه‌ساختاری، مصاحبه‌گر امکانات گسترده‌تری در اختیار دارد.

در صورتی که هدف نهایی مصاحبه تشخیص رسمی اختلال باشد، باید مطالب بسیار مشخصی را نیز مورد توجه قرار داد و اطلاعات را نباید به موارد زیر محدود ساخت:

1. Structured

2. Semi structured