

### مصاحبه بالینی

- مصاحبه<sup>۱</sup> از تمام روش های متعددی که به منظور ارزیابی شخصیت افراد استفاده می شود، اهمیت بیشتری دارد.
  - هنگامی که فقط مدت محدودی برای شناسایی شخصیت وجود دارد، مصاحبه بهترین روش است. مصاحبه سنجشی، اساسی ترین و متعادل ترین فن روان شناسان بالینی است. و متخصصان بالینی از آن به عنوان ابزار اصلی تصمیم گیری بالینی، شناخت و پیش بینی استفاده می کنند.
  - سودمندی مصاحبه به مهارت و حساسیت و دقت متخصص بستگی دارد که از آن استفاده می کند. مصاحبه تشخیصی در واقع برای درمان است نه تشخیص.
  - مصاحبه دارای ۴ جزء می باشد: رابطه، تکنیک، وضعیت روانی و تشخیص. اولین جزء مصاحبه، ایجاد رابطه است.
  - مصاحبه معایبی هم دارد. مصاحبه کننده بندرت می تواند نظر صحیحی درباره هوش، علاقه و استعدادهای مخصوص افراد ابراز کند و این امر فقط با آزمون های میزان شده میسر است.
- معاینه وضعیت روان :**
- ظاهر :** اصطلاحات رایج برای توصیف ظاهر بیمار شامل موارد زیر است. سالم، مریض، موقر، به ظاهر مسن، به ظاهر جوان، ژولیده، کودک وار، عجیب و غریب.
- خصوصیات تکلم :** اختلالات تکلم نظیر لکنت زبان ثبت می شود و ریتم های غیر عادی (که اصطلاحاً آهنگ پریشی کلام نامیده می شود) و هر گونه لهجه در تلفظ باید ثبت شود.
- خلق و عاطفه<sup>۲</sup> :** توصیف خلق بیمار باید شامل اشاره به عمق شدت، طول مدت، و نوسانات آن باشد. عاطفه را می توان در حد طبیعی، محدود، کند (کم روح) یا سطحی (بی روح) توصیف کرد. برای تشخیص عاطفه سطحی باید هیچ نشانی از حالات عاطفی وجود نداشته باشد، یعنی صدای بیمار یکنواخت و چهره او بی حرکت باشد.
- ادراک<sup>۳</sup> :** احساس مسخ شخصیت و مسخ واقعیت (احساس عمیق گسستگی از خویشتن و محیط) نمونه هایی از اختلالات ادراکی هستند.

---

<sup>1</sup> interview

<sup>2</sup> Mood and affect

<sup>3</sup> perception

**محتوای فکر و گرایش های ذهنی :** تفکر را می توان به دو بخش فرایند (یا شکل) و محتوا تقسیم کرد. فرایند به نحوه کنار هم چیدن اندیشه ها و تداعی ها و شکل تفکر فرد اطلاق می شود. فرایند با شکل تفکر ممکن است منطبق و منسجم یا کاملاً غیر منطبق و حتی غیر قابل فهم باشد. محتوای تفکر به آن چه بیمار در مورد آن می اندیشد اطلاق می گردد، عقاید، باورها، اشتغالات ذهنی و وسواسی های ذهنی.

**فرایند تفکر (شکل اندیشیدن) :** پرش افکار، شل شدن تداعی ها، اسناد فکر...

آشفته گی های مداوم فکر عبارتند از اظهارات که ممانند، حاشیه پردازند، نامربوط، طفره آمیز و یا تکرار است. حاشیه پردازی حاکی از عدم توانایی برای تفکر هدفمند است. در فرایند توضیح یک عقیده، بیمار جزئیات نامربوط زیادی را وارد می کند، اما بالاخره به موضوع اصل برمی گردد. در تفکر مماسی، بیمار رشته کلام را گم می کند و افکار حاشیه ای را که تحت تاثیر محرک های درونی و برونی برانگیخته می شوند تعقیب می نماید و هرگز به موضوع اول برنمی گردد و اختلالات فرایند تفکر ممکن است بصورت روابط نا مفهوم و نا معمول افکار (سالاد کلمات)، تداعی صوتی (تداعی با قافیه سازی)، و واژه سازی (کلمات ابداعی بیمار که از طریق ترکیب یا تلخیص سایر کلمات ساخته می شود).

### - **وضعیت هشیاری و وضعیت شناختی :**

- اختلالات هشیاری معمولاً حاکی از اختلال عضوی مغز است. تیرگی هشیاری اصطلاحی است که برای توصیف کاهش کلی آگاهی از محیط بکار می رود. بیمار ممکن است قادر به حفظ توجه به محرک های محیطی یا تدوام تفکر با رفتار هدفمند نباشد. برخی از اصطلاحاتی که برای توصیف سطح هشیاری به کار می روند عبارتند از: تیرگی، خواب آلودگی، محبت، اعتماد، بی حالی، و هشیاری کامل.

- اختلالات موقعیت جهت یابی به طور زیستی بر حسب زمان، مکان و شخص تقسیم بندی می شوند. هرگونه اختلال معمولاً به همین ترتیب ظاهر می شود. (یعنی احساس زمان قبل از احساس مکان مختل می شود) به همین ترتیب ذهن بیمار بهبود می یابد. رفع اختلال در جهت عکس روی می دهد.

- اعمال حافظه در ۴ زمینه بررسی می شود: حافظه ی دور، حافظه گذشته، حافظه نزدیک و ذخیره سازی و یادآوری فوری. حافظه نزدیک را می توان با پرسش در مورد اشتهای بیمار و بعد در مورد اینکه برای ناهار یا شام چه خورده آزمایش کرد.

- در خواست از بیمار برای تکرار مستقیم و معکوس ۶ رقم، آزمونی برای حافظه فوری است. پرسش از بیمار در مورد رویدادهای مهم چند ماه اخیر، مربوط به حافظه گذشته نزدیک است.

غالباً در اختلالات شناختی، ابتدا حافظه نزدیک یا کوتاه مدت آسیب می بیند و حافظه دور یا بلند مدت بعداً منحل می شود.

- واکنش نسبت به فقدان حافظه می تواند سرخ های مهمی برای مکانیسم های مدارا به دست دهد. مثلاً بیماری که ظاهراً اختلال حافظه دارد ولی در واقع افسرده است، بیشتر نگران حافظه خود می شود تا کسی که نقص حافظه اش ثانوی به زوال عقل (دمانس) است.

- **افسانه سازی :** ساخت پاسخ های کاذب، به طور ناخودآگاه، در هنگامی که حافظه آسیب دیده است، با اختلالات شناختی ارتباط نزدیکی دارد.

- **توجه ۴،** با محاسبه یا هجی کردن معکوس کلمه ای مانند (آواره) انجام می شود و هم چنین می توان از بیمار خواست ۵ کلمه را که با حروف مشابهی شروع می شوند، ذکر کند.

بینش به میزان آگاهی و درک بیمار از بیماری خود اطلاق می شود.

**بینش عقلانی** : قبول بیمار بودن و یا ناتوانی در تطابق اجتماعی ناشی از آشفتگی ها یا احساسات غیر منطقی بیمار است. در این حالت بیمار قادر به تعمیم کاربرد این دانش در تجارب آتی نیست.

**بینش هیجانی واقعی** : آگاهی هیجانی از انگیزه ها و احساسات خود و افراد مهم زندگی که می تواند موجب تغییرات اساسی در رفتار شود.

- اولین وظیفه روان شناس این است که با ورود بیمار برای انجام اولین مصاحبه او را به طور دقیق و طولانی نگاه کند.

طرز لباس پوشیدن افراد سریع تر از مشخصات جسمانی آن ها نظر را جلب می کند. از نظر روان شناسان اجتماعی، طرز لباس پوشیدن، شباهت زیادی به زبان دارد. زیرا هر دوی آنها و سالی ه ستند که از محیط گرفته می شوند، ما از طریق لباس و زبان خود با دیگران ارتباط فکری برقرار می کنیم و بوسیله هر دوی این وسایل، نظر دیگران را جلب می کنیم .

مقدار هوش، نوع بهداشت و سلامت و وضع اقتصادی، با نوع لباس پوشیدن رابطه زیادی ندارد.

روان درمانی در درمان افراد نورو تیک موثر است. برای بیماریهای روان تنی نیز سودمند می باشد.

رنگ کردن مو اغلب با میل به توجه و تحسین توام است.

- اگر روان شناسی بخواهد به جلسه مصاحبه، فضای عاطفی خاصی بدهد، تشخیص حالات واقعی بیمار برای او کار بسیار دشواری خواهد شد.

- معمولاً مصاحبه نیز مانند دیگر انواع روابط نامشخص و مبهم اجتماعی آغاز می شود.

مدت زمان لازم برای از بین بردن مقدار تنش ، اضطراب و ترس که معمولاً بیمار در دقایق اول مصاحبه دارد به تبحر و تجربه روان شناس و خصوصیات روانی بیمار بستگی دارد. اگر بعد از مدت خاصی، کماکان اضطراب بیمار ادامه یابد معلوم می شود که اضطراب او مرضی است و سرچشمه آن عوامل حاضر در جلسه مصاحبه نیست.

یکی از علایم مشخص و قابل مشاهده اضطراب، فعالیت های غدد اشک است. عرق کردن نیز یکی دیگر از علایم است که معمولاً در صورت و بویژه پیشانی بیمار مشاهده می شود و گاهی نیز در دست ها. ازدیاد هیجان در عضلات مخطط نیز از علایم بارز اضطراب است. تغییر موقعیت دادن از یک طرف صندلی به طرف دیگر، تکان دادن پا، بازی با انگشتان، ضرب گرفتن روی میز با انگشتان، سرعت تنفس و بلندی صدا هنگام حرف زدن، همه از علایم اضطراب و التهاب غیر عادی است.

- چون در مصاحبه، صحبت، بیشتر از رفتار های دیگر مورد استفاده قرار می گیرد، بیشتر مورد پژوهش قرار گرفته است. هم چنین چون کلمه مستقیماً با تفکر ارتباط دارد، روان شناسی اغلب از طرز تکلم بیمار به طرز تفکر او پی می برد.

افراد مبتلا به لکنت زبان، اغلب مشکلات عاطفی دارند.

نوک زبانی صحبت کردن یک نوع اختلال در تکلم است که در آن حروفی مانند س-ش-ز و امثال آن به نحو صحیحی ادا نمی شود. این ها عارضه قسمتی از یک حالت کلی نورو ز است(البته اگر مشکل جسمی نباشد) در اغلب موارد نوک زبانی صحبت کردن، نشانه این است که شخص می خواهد به رفتار های کودک متوسل شود.

- در آفازی، شخص گاهی قادر به ادای لغت مناسب در جمله نیست و نمی تواند کلمات بسیار ساده را بیان کند، در مواقع دیگر جمله ادا شده مفهوم درستی ندارد یا شخص از لغتی استفاده میکند که به نظر خودش

صحیح است ولی در واقع غلط است. در انواع دیگر آفازی، ممکن است اختلال در صحبت کردن نباشد، ولی در خواندن و نوشتن یا درک صحبت دیگران دیده می شود.

- مور به این نتیجه رسید که افرادی که صدای نرم و موزیکال دارند خجول هستند و تمایلات نوروتیک و خصوصیات درون گرایی دارند.

تفسیر و تحلیل تکلم افراد هیستریک نشان داد که آن ها معمولاً بدون سعی در اثبات نظریات خود صحبت می کنند. در صورتی که افراد مبتلا به وسواس سعی داشته اند هر جمله ای را که بیان می کردند آن را با جملات دیگر تصحیح و تایید کنند. اشخاص هیستریک در بیان جملات خود تردید نشان نمی دادند و اغلب از نکاتی مانند حتماً، صد در صد و مسلماً یا بدون شک استفاده می کردند. در صورتی که افراد وسواسی در ابراز نظریات خود بسیار مردد بودند و لغاتی مانند « نمی دانم » « ممکن است » « شاید » و « تقریباً » را بیشتر بکار می برند. و اما افراد مبتلا به « نورو» اضطراب، بیشتر از دو گروه مذکور در تکلم خود ابهام و تردید نشان دادند.

مثلاً اگر مراجع بگوید « من این حرف را نباید بزنم ولی ... » و یا اینکه « شما ممکن است مرا آدم احمقی بدانید اگر بگویم که ... » و امثال آن، این خصوصیتی است که در افراد وسواسی بیشتر مشاهده می شود.

افرادی نیز هستند که در جلسه مصاحبه، خیلی آهسته و کم صحبت می کنند، لغات را می جوند و لب های آن ها به سختی حرکت می کند. روان شناس مشاهده می کند که این افراد خیلی دشوار از تکلم خود استفاده می کنند. این نوع امتناع از تکلم معمولاً نشانه کنترل کردن اضطراب است و به وضعی شباهت دارد که شخص در موقع ترس از عاملی خطرناک، به گوشه ای پناه می برد. زیرا امتناع کردن از تکلم، یعنی عقب نشینی در مقابل مشکلات زندگی .

افرادی که هر دوی این شرایط را دارا هستند و سعی می کنند کتابی صحبت کنند، بیشتر به علت کنترل عواطف شدید خود و ایجاد فاصله روانی با دیگران به این عمل مبادرت می ورزند و در ضمن خود را اشخاص پخته و تحصیل کرده و سرآمد جلوه می دهند.

افراد نارسیست (خود شیفته) هنگام تکلم، احساسات و عواطف خود را در بیان افکار دخالت می دهند و تقریباً سعی می کنند درباره هر موضوعی نظر بدهند و علاقه یا تقویت خود را نسبت به آن ابراز دارند. این اشخاص سعی می کنند با حرکات اغراق آمیز، افکار خود را به دیگران بفهمانند و با نمایش دادن عواطف خود، دیگران را سخت متوجه خود سازند. این گونه رفتار نیز به منظور کنترل، و پوشاندن اضطراب و التهابی است که در شخص وجود دارد و آن هم به علت احتیاج و نیاز او به اهمیت و توجه دیگران است. در این افراد عموماً احساس حساس شدید است.

- به طور کلی روان شناس در اولین پرسش خود می خواهد که درباره سلسله رفتار های کلی و نسبتاً ثابت و مداوم بیمار که روی هم مجموعه شخصیت و منش او را تشکیل می دهد، مطالبی بدست آورد.

- به نظر روان شناسان، تجارب خاصی که در زندگی افراد روی می دهد، منجر به نشان دادن عکس العمل های معین می شود و به همین علت است که روشن شدن مراحل تکامل دوران کودکی، به مقدار زیادی عوامل تشکیل و تکامل دهنده شخصیت فرد بزرگسال را روشن می سازد.

- روشی که در مصاحبه بکار برده می شود به هدف مصاحبه بستگی دارد، که عبارت است از جمع آوری هرچه بیشتر اطلاعات در مدت زمان محدود. به طور کلی مقصود یا هدف مصاحبه این است که شخص مصاحبه شونده به صحبت کردن تشویق شود و از این راه اطلاعات مفیدی به روان شناس بدهد.

## دو روش کلی در مصاحبه :

۱- **روش مستقیم** : در این روش، روان شناس پرسش های خود را قبلاً تهیه کرده و در هنگام مصاحبه آن ها را می پرسد و به جزئیات رفتار شخصی پی می برد. خطرات این روش زیاد است.

۲- **روش غیر مستقیم** : در این روش، روان شناس به طور غیر مستقیم پرسش هایی می کند تا بیمار را به موضوع های مهم و قابل بحث هدایت کند، البته بدون اینکه بیمار احساس کند که این طریق به او تحمیل شده است.

روان شناس باید به بیمار اجازه دهد که قسمت عمده مصاحبه را اداره کند و خود بیشتر و با دقت به سخنان او گوش دهد.

معمولاً پند و اندرز دادن، بیان اصول اخلاقی و وعظ کردن، نه تنها کمکی به پیشرفت مصاحبه نمی کند، بلکه مانع از پیشرفت صحیح نیز می شود.

**آغاز مصاحبه** : در هر مصاحبه، در وهله اول مقدماتی رعایت می شود که بیشتر جنبه معارفه دارد. بعد از انجام مقدمات مذکور، روان شناس باید فوراً وارد اصل مطالب شود و به نحوی به بیمار بفهماند که مصاحبه شروع شده است. بیشتر روان شناسان مصاحبه را با پرسش درباره علت آمدن بیمار به مطب روان شناس شروع می کند. هنگامی که مقدمات تمام می شود و بیمار شروع به بیان مشکل اصلی خود می کند، روان شناس باید به او اجازه دهد که بدون مداخله، به گفته های خود ادامه دهد، زیرا بدین وسیله روان شناس می فهمد که بیمار چگونه علائم بیماری خود را تشریح می کند و تا چه اندازه آن ها را شدید می داند. این مرحله تکلم آزاد از نظر روان شناسان به چند دلیل مهم است که به ۲ دلیل اشاره می شود.

۱- روان شناس باید از مشکلاتی که بیمار با آن ها روبروست تصویر روشن بدست آورد.

۲- روان شناس به بیمار می فهماند که حرف های او بسیار مهم و قابل شنیدن است. گاهی بیمار صحبت خود را منحصر به ذکر یک یا چند منشا بیماری می کند و از تشریح بیشتر آن خودداری می ورزد، در این مورد، روان شناس باید از بیمار خواهش کند تا درباره بیماری خود بیشتر توضیح دهد.

**اواسط مصاحبه** : شروع بحث درباره بیماری معمولاً حدود ۱۵ دقیقه طول می کشد در این موقع روان شناس دیگر باید بداند که بقیه مصاحبه باید به چه نحو بگذرد. او ممکن است احساس کند که بهتر است مسئولیت ادامه مصاحبه را به عهده خود بیمار بگذارد در این صورت، مصاحبه به همان نحوی که شروع شد، ادامه خواهد یافت. شرایطی که باعث می شود روان شناس این روش را در پیش بگیرد:

۱- داشتن وقت کافی برای مصاحبه

۲- گذاشتن قرار جلسه بعدی مصاحبه

۳- مصاحبه مقدمه روان درمانی باشد.

۴- بیمار مقدار زیادی مطالب مختلف بیان کند.

۵- بیمار از مصاحبه ترس و یا نسبت به آن سوء ظن داشته باشد. در صورتی که شرایط مذکور برای بکار بردن روش بالا وجود نداشته باشد، روان شناس این زمان را ( یعنی مراحل اواسط مصاحبه) برای بدست آوردن منظم تاریخچه زندگی فرد بکار می برد.

- سه راه برای اینکه روان شناس بتواند بیمار را درباره صحبت کردن و بحث درباره مشکلاتش راغب سازد:

۱- نشان دادن درک مشکلات بیمار

۲- تقاضای تشریح بیماری و توضیح بیشتر آن (این مورد هنگامی ضروری است که بیمار مطلبی برای گفتن ندارد و یا اینکه به نظر می رسد گفتن مطالب برای او دشوار است).

۳- منعکس کردن احساسات بیمار (در این مورد روان شناس باید هر دو جنبه مثبت و منفی آن را بیان کند. مثلاً به بیمار بگوید مثل اینکه شما نمی خواهید زن خود راطلاق دهید ولی در ضمن از زندگی با او نیز راضی نیستید).

**پایان مصاحبه :** در وقت پایانی مصاحبه، روان شناس باید از آنچه که باقیمانده است ارزیابی دقیقی به عمل آورد و اجازه دهد که این وظایف به نحو احسن انجام شود. گاهی لازم می شود که بیمار را به مرجع دیگری فرستاد، در این صورت در اواخر مصاحبه باید این موضوع را با او مطرح کرد. در جواب به پرسش هایی مثل اینکه آیا حال بیمار بهتر می شود یا نه، روان شناس باید طوری جواب دهد که به صلاح بیمار باشد. روان شناس باید متوجه باشد که قولی ندهد و یا ادعایی نکند که نتواند آن را عملی سازد. گاهی لازم است که روان شناس در جواب پرسش بیمار پوزش بخواهد و به او بگوید که متاسفانه هنوز نمی تواند بدرستی به او جواب دهد.

- اگر مراجع تشریح مساعی نداشته باشند در این شرایط روش غیر مستقیم مصاحبه، مفید نخواهد بود، در این صورت روان شناس باید از روش مستقیم تری برای بدست آوردن اطلاعات استفاده کند.

برای آنکه در جلسه مصاحبه از اضطراب، ترس و عناد این نوع افراد کاسته شود، روان شناس باید به نرمی و آرامی و حوصله زیاد مصاحبه را اداره کند. بهترین راه برای رسیدن به این هدف این است که مصاحبه با پرسش های عادی و معمولی که اضطراب انگیز نباشد، شروع کند.

- هنگامی که روان شناس در مصاحبه مستقیم می خواهد موضوع جدیدی را به میان بکشد، باید سعی کند که به طور ناگهانی و بدون مقدمه نباشد، بلکه آن را با مطالبی که قبلاً بحث شده است ارتباط دهد.

### روش های پرسیدن :

**روش محدود کردن :** بر اساس این روش، روان شناس پرسشی را نزدیک به آنچه که قصد پرسش آن را داشته است مطرح می کند، و سپس بتدریج به پرسش مورد نظر می رسد. در روش پیشروی، هدف این است که بتوان از یک موضوع معمولی به مطلب خصوصی و محرمانه ای دست یافت در حالی که در روش محدود کردن، هدف فقط رفتن از کلیات به جزئیات است. روش پیشروی، راه را برای پرسش هایی که مطرح کردن ناگهانی آن ها ممکن است شخص را مضطرب سازد و از دادن جواب صحیح خودداری کند، هموار می سازد.

**روش لفافه :** این روش چنانکه از نامش معلوم است برای آن است که مقصود روان شناس از نظر بیمار پنهان بماند. با این روش از بیمار چندین پرسش پرسیده می شود که پرسش مورد نظر روان شناس، یکی از آنهاست، که البته به نظر بیمار، پرسش معمولی جلوه می کند و در نتیجه بیمار دچار اضطراب و مقاومت نخواهد شد.

**پرسش های هدایت کنند :** گاهی روان شناس بجای طرح پرسش به طور مستقیم، سعی می کند از مصاحبه شونده مطلبی بپرسد که او را در جواب دادن به آن راهنمایی کند.

**پرسش های به تاخیر افتاده :** گاهی با مطالبی که بیمار بیان می کند، در ذهن روان شناس پرسش هایی ایجاد می شود که میل دارد آن ها را از بیمار بپرسد، اما متوجه می شود که بیمار درباره بعضی از مطالب، توضیحات کافی نمی دهد و یا از تشریح بیشتر آن ها امتناع می کند، در این صورت روان شناس پرسش های خود را برای موقع مناسب به تاخیر می اندازد.

**پرسش های برون فکنی :** گاهی مصاحبه شونده درباره رفتار خود و دیگران نظراتی ابراز می کند ولی روان شناس می خواهد بو ضوح بداند که بیمار در مورد شخصیت خود و افراد جامعه چه عقایدی دارد. مثلاً روان شناس می خواهد بداند که در نظر بیمار در مورد وظایف زن، جاه طلبی و... چیست. ساده ترین نوع پرسش برون فکنی آن است که از بیمار بخواهیم تا افرادی را توصیف کند.

نوع دیگری از پرسش برون فکنی، که اغلب در افراد، تعارض و کشمکش عاطفی ایجاد می کند این است « به من بگو به نظر شما نقاط مثبت و منفی شخصیت خودتان چیست؟»

- مهم ترین مطلبی که روان شناس باید در مصاحبه متوجه آن باشد اینکه از اضطراب خود آگاه بوده و از تاثیر آن در مصاحبه و رفتارش مطلع باشد.

- اگر مصاحبه کننده با طرح موضوعی « دچار اضطراب می شود، بهتر است به آن موضوع نپردازد و یا به بحث اجمالی درباره آن قناعت کند.

- روان شناس باید بداند که غالباً حل مشکلات بیمار در یک جلسه امکان پذیر نخواهد بود، برای او همین بس است که در جلسه اول بتواند از اضطراب بیمار تا اندازه ای بکاهد و او را تشویق به بازگشت کند.

- اضطراب نه تنها از دقت و ابتکار روان شناس می کاهد، بلکه سبب بروز بعضی از رفتار های نامناسب نیز می شود. یکی از نتایج مضر اضطراب، زیاد حرف زدن است.

- بدست آوردن تجربه در مصاحبه، بهترین راه تقلیل اضطراب است. روان شناس باید خود را فردی مشکل گشا تصور کند و نه بازپرس.

- ایبلز بحث « کشف مجدد » سنچس را عنوان کرده است. به نظر وی در دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ در علاقه مندی روان شناسان بالینی به سنچس روان شناختی کاهش دیده می شود.

- سنچس بالینی عبارت است از ارزیابی نقاط قوت و ضعف فرد ، مفهوم بندی مسئله و تجویز راهی برای کاهش مشکل.

- سنچس با ارجاع شروع می شود و متخصص بالینی کار را با یک پرسش ارجاعی شروع می کند. مثل: چرا جان نافرمان و سرکش است؟ گاهی جواب دادن به پرسش ارجاعی غیر ممکن است.

- متخصص بالینی با توجه به گرایش نظری و علایق خود سنچس را انجام می دهد، پس سنچس مجموعه استانداردی از روش ها نیست.

- هدف سنچس کشف ماهیت روانی حقیقی مراجع نیست، بلکه هدف سنچس توصیف مراجع به شکل مفید برای ارجاع دهنده است، توصیفی که در نهایت موجب حل مسئله شود.

### **خصوصیات عمومی مصاحبه :**

مصاحبه ای خوب است که با دقت برنامه ریزی شود، ماهرانه و هدفمند اجرا شود و در طول آن هدف فراموش نشود. مصاحبه ها به تعبیری حد فاصل گفتگو های معمولی و آزمونها هستند، یعنی هدفمندی و سازمان یافته تر از گفتگو های معمولی و در برخی موارد از آزمون ها رسمیت کمتری دارند.

مشخصه اصلی روان آزمایی جمع آوری داده ها تحت شرایط استاندارد و از طریق روش هایی مشخص است اما مصاحبه ها حداقل تا حدودی انعطاف پذیرند، در نتیجه خصیصه اول روش مصاحبه این است که فرصت بیشتری جهت اخذ داده ها از یک شخیص یا بیمار فراهم می کند. مهارت مصاحبه کننده در این است که چه موقع کندوکاو کند، چه موقع سکوت کند و چه موقع به طور غیر مستقیم حرف بزند و ظرافت به خرج دهد.

## مبانی و فنون مصاحبه

**آرایش فیزیکی :** تامین یک حریم خصوصی و جلوگیری از مزاحمت (دفترکاری که مبلمان و نحوه چیدن وسایل خیلی جلب توجه کند یا بیمار را وادار به اظهار نظر کند، دفتر کار مناسبی نیست).

**یادداشت برداری و ضبط کردن:** متخصص بالینی می تواند در حین مصاحبه چند عبارت کلیدی را یادداشت کند. نباید تمام صحبت ها را کلمه به کلمه یادداشت کنیم زیرا :

۱- باعث می شود متخصص بالینی روی ماهیت صحبت های بیمار تمرکز نکند.

۲- متخصص از فهم واقعی ظرایف و معنای اظهارات بیمار باز می ماند.

۳- باعث می شود بعداً وقت زیادی صرف خواندن آن کنیم.

**تفاهم<sup>۵</sup> :** شاید اساسی ترین جز یک مصاحبه خوب رابطه متخصص بالینی و بیمار باشد.

تفاهم عبارت است از ایجاد فضای راحت و داشتن درک متقابل از هدف مصاحبه .

هیچ ترفندی برای ایجاد تفاهم نمی تواند جای پذیرش بیمار، درک کردن او و احترام گذاشتن به شخصیت او را بگیرد. و بیماران را فقط باید بر اساس مشکلات مورد قضاوت قرار ندهند.

یک اشتباه متداول در میان مصاحبه کنندگان مبتدی این است که در همان ابتدای مصاحبه می گویند « نگران نباش می دانم چه احساسی داری ». تفاهم همیشه برقرار می شود اما از گذار احترام، پذیرش و قابل دانستن مراجعان، نه بیانات سرهم بندی شده و عجولانه.

## ارتباط

بهتر است جلسه سنجش را با یک گفتگوی معمولی شروع کنیم تا ترس مراجع از متخصص بالینی بریزد. نکته بسیار مهم این است که از زبانی قابل فهم استفاده کنیم. متخصص بالینی ابتدا باید تخمین اولیه ای از زمینه و سوابق بیمار، سطح تحصیلاتش و سطح کلی آگاهی او داشته باشد، سپس متناسب با این تخمین اولیه از زبان مناسب او استفاده کند و یا از کلماتی استفاده کند که بیمار در تفسیر آن دچار سوء تعبیر نشود. گاهی خود بیمار به تنهایی منبع اطلاعات است که در این صورت، اعتبار اطلاعات بسیار کم است. روان شناس سعی می کند تا اطلاعات خود را از همه منابع موجود بدست آورد. یکی از روش هایی که برای کسب اطلاعات در تاریخچه فردی بکار گرفته می شود، اتوبیوگرافی است که فقط هنگامی می تواند مورد استفاده قرار گیرد که نویسنده آن نسبتاً باهوش و با سواد باشد و بیماریش شدید نباشد.



## پنج نوع سوال مصاحبه

- ۱- **باز پاسخ** : به بیمار مسئولیت پذیری و امکان جواب دادن می دهد «ممکن است از تجارب خودتان در ارتش بگویید؟»
- ۲- **تسهیل** : راه را برای صحبت کردن بیمار هموار می کند «ممکن است در این مورد کمی بیشتر حرف بزنید؟»
- ۳- **تصریحی** : صحبت ها را روشن و مبسوط می سازد «حدس می زنم منظورتان این است که... ؟»
- ۴- **مواجهه ای** : ناهماهنگی ها و تناقض ها را مشخص می کند. «قبلاً که گفتید؟»
- ۵- **مستقیم** : پس از برقراری تفاهم و مسئولیت پذیر شدن بیمار مفید و موثرند. «وقتی پدرتان از انتخاب شما انتقاد کرد به او چه گفتید؟»
- واکنش متخصص بالینی در برابر سکوت باید مستدل و درجهت هدف های مصاحبه باشد نه در جهت نیازهای شخصی.  
با گوش دادن است که اطلاعات مطرح شده توسط بیمار و هیجانانش را درک می کنیم.  
به طور کلی، متخصصان بالینی نباید در مورد زندگی خصوصی یا نظرات شخصی خودشان صحبت کنند.  
وقتی بیمار سوالاتی می پرسد و به مشکلات بیمار ربط دارد، معمولاً بهتر است آن را بسوی فر ضیه بالینی خودتان سوق دهید و اگر سؤال بی ربطی است، جواب ندادن مستقیم به آن و شانه خالی کردن بسیار بد خواهد بود.
- به نفع متخصص بالینی است که قدری در مورد خودش بینش پیدا کنند یا قبل از تفسیر کردن رفتار بیماران، تاثیرات خودشان را نیز در نظر بگیرند.
- ارزش ها، پیشینه و سوگیری های هرکس بر ادراک های وی تاثیر می گذارد. بنابراین مقدار درک صحبت های بیمار توسط متخصص بالینی به پیشینه مشترک آنها بستگی دارد. پس از هر چیزی از ناآگاهی و جهل گرفته تا افکار قالبی جنسیتی، می تواند اعتبار مصاحبه های سنجشی را کم کند.
- دو ویژگی متمایز کننده مصاحبه ها: ۱-هدف شان فرق می کند ۲-ساخت داشتن یا نداشتن

## انواع مصاحبه

- ۱- **مصاحبه پذیرش** : دو هدف دارد ۱. مشخص کردن دلیل مراجعه بیمار به درمانگاه یا بیمارستان ۲. قضاوت کردن در این مورد که آیا امکانات و تسهیلات و خدمات مؤسسه مورد نظر می تواند نیازها و توقعات بیمار را رفع کند یا خیر.
- ۲- **مصاحبه شرح حال**: سوابق کامل شخصی و اجتماعی مراجعان اخذ شود. متخصص به حقایق و تاریخ ها و رویدادها و احساسات بیمار در مورد آنها علاقه مند است. اصولاً هدف شرح حال گرفتن، تدوین چارچوب و سابقه بیمار و مشککش است. این مصاحبه کودکی و بزرگسالی را پوشش می دهد و به مسایل تحصیلی، جنسی، طبی و مسایل مربوط به پدر و مادر و رشد دینی می پردازد.
- ۳- **مصاحبه معاینه و وضعیت روانی** : با هدف سنجش وجود یا عدم وجود مشکلات شناختی و هیجانی یا رفتاری صورت می گیرد. اشکال اصلی مصاحبه های وضعیت روانی، عدم پایایی آنهاست چون اجرای آنها ساخت چندانی ندارد.
- ۴- **مصاحبه بحران**: هدف آن رسیدگی به مشکلات و رفع فوری آنهاست.

چنین مصاحبه‌هایی مستلزم آموزش دیدن، حساسیت و قضاوتند. در این مصاحبه‌ها، مصاحبه‌گر سعی می‌کند در زمانی بسیار کوتاه، حمایت خود از درمانجو را نشان دهد.

۵- **مصاحبه تشخیصی** : که دو نوع است: ساخت دار و بدون ساخت. ساخت دار، حاوی یک رشته سوالات استاندارد و کندو کاوهایی است، که زنجیره و ترتیب مشخصی دارند.

۶- **مصاحبه ارجاعی**: هدف اصلی پاسخ دادن به سوال ارجاعی است.

۷- **مصاحبه پایانی و مصاحبه دی بریفینگ**: نوعی از مصاحبه آشنا سازی است و زمانی انجام می‌گیرد که وقت پایان دادن به رابطه درمانی فرا رسیده باشد. مصاحبه پایانی با توضیح خلاصه‌ای از نتایج سنجش و تفسیری که از آنها می‌شود، می‌تواند از اضطراب درمانجو بکاهد. به مصاحبه پایانی که بعد از پژوهش بالینی انجام می‌گیرد، دی بریفینگ گفته می‌شود. یعنی توضیح پروژه‌ای که درمانجو در آن شرکت کرده است و گفتگو درباره شیوه عملی بکار رفته در آن. هدف از دی بریفینگ عبارت است از اطمینان از اینکه مراحل پژوهش، هیچ آسیبی به درمانجویان وارد نکرده و آنها از انجام دادن آن خشنود هستند.

۸- دو نوع دیگر مصاحبه وجود دارد. مصاحبه بالینی مهمترین و اساسی ترین شیوه ارزیابی بیماران محسوب می‌شود.

**بینش‌گرا** : (تعارضات ناخودآگاه به آگاهی آورده می‌شوند. هدف مصاحبه‌گر، هم تشخیص و هم درمان است)

**علامت‌گرا** : (در این نوع از سیستم تشخیص چند محوری استفاده می‌شود)

شخصیت، تعارضات و مشکلات زندگی بیمار، با رویکرد روان‌پویایی (بینش‌گرا) بهتر ارزیابی می‌شوند؛ ولی اختلالات شخصیت و اختلالات روانپزشکی، با استفاده از روش توصیفی (علامت‌گرا) بهتر ارزیابی می‌شوند.

### پایایی و اعتبار مصاحبه‌ها

پایایی<sup>۶</sup> و اعتبار<sup>۷</sup> یک ابزار اندازه‌گیری (مثلاً مصاحبه) یک بحث کمی است.

پایایی یک مصاحبه معمولاً براساس میزان توافق حداقل دو ارزیاب در ارزیابی یک بیمار یا مراجع واحد تعیین می‌شود.

پایایی مصاحبه‌های ساخت دار، بیش از بدون ساخت است، چون **واریانس ملاک و واریانس اطلاعات** را کاهش می‌دهند.

واریانس اطلاعات: تفاوت سؤالات متخصصان بالینی، مشاهدات متخصص بالینی در حین مصاحبه، و روش جمع‌بندی و ادغام اطلاعات است. واریانس ملاک، به آستانه‌های نمره‌گذاری متخصصان بالینی گفته می‌شود.

### دو نوع پایایی :

۱- **پایایی ارزیاب‌ها یا قضاوت‌گندگان**: شاخص میزان توافق نظر دو یا چند ارزیاب یا قضاوت‌کننده در مورد مقدار صفت یا وجود/عدم وجود یک ویژگی یا صفت. (ارزیابی با شاخص‌های آماری: ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی درون‌طبقه‌ای و ضریب کاپا)

<sup>6</sup> reliability

<sup>7</sup> validity

- ۲- پایایی آزمون - بازآزمون در یک دوره زمانی: شاخص همسانی نمرات مصاحبه در یک دوره زمانی (پیرسون-درون طبقه ای)
- متداول ترین نوع پایایی در مورد مصاحبه های تشخیصی ساخت دار، پایایی ارزیابهاست.
  - سطح پایایی آزمون- باز آزمون را باید بر مبنای ماهیت متغیر مورد نظر و فاصله زمانی دو نوبت آزمون تفسیر کرد.
  - کاپا، شاخص توافقی است که در آن تاثیر شانس که معمولاً کم تر از توافق کلی می باشد اصلاح شده است. دلیل این کمتر بودن آن است که ارزیاب ها فقط در شرایطی احتمال دارد به طور شانسی توافق نظر داشته باشند، که میزان نوع اختلال مورد نظر خیلی زیاد یا خیلی کم باشد.
  - در ضریب کاپا، توافق های صرفاً شانسی هم در نظر گرفته می شود، بر همین اساس شاخص توافق به طور نزولی اصلاح می شود.

### اعتبار مصاحبه ها:

اعتبار نشان می دهد که مصاحبه مزبور تا چه اندازه چیزی را اندازه می گیرد که قرار است اندازه بگیرد.

### انواع اعتبار:

- ۱- اعتبار محتوا: نشان می دهد که مواد مصاحبه چقدر جنبه های مختلف متغیر یا سازه مورد نظر را اندازه گیری می کند. مثل جنبه های هیجانی، شناختی، فیزیولوژیکی و....
- ۲- اعتبار ملاکی (همگرا): معرف توان ابزار اندازه گیری در پیش بینی (میزان همبستگی آن با) نمرات دیگر ابزارهای اندازه گیری مربوطه است. این ابزارهای اندازه گیری ممکن است همزمان با مصاحبه (اعتبار همزمان) یا بعداً (اعتبار پیش بین) مورد استفاده قرار گیرند. برای مثال، مصاحبه اختلال سلوک در دوران کودکی وقتی اعتبار ملاکی دارد که بین نمرات آن و نمرات حاصل از اندازه گیری طرد شدن توسط همسالان و رفتار پرخاشگرانه، همبستگی بالایی وجود داشته باشد.
- ۳- اعتبار افتراقی (واگرا): نشانگر آن است که مصاحبه چقدر با ابزارهایی که از لحاظ نظری، ربطی به سازه مورد نظر ندارند، همبستگی ندارد
- ۴- اعتبار پیش بین: نشان می دهد که نمرات مصاحبه چقدر می تواند رفتار یا نمرات آزمون های آتی را پیش بینی کنند و چقدر با این رفتار و نمرات همبستگی دارند.
- ۵- اعتبار سازه: نشان می دهد که نمرات مصاحبه تا چه حد از لحاظ نظری و منطقی با نمرات دیگر ابزارهای اندازه گیری یا دیگر رفتار ها همبستگی دارند. این اعتبار شامل اعتبار همگرا و واگرا هم می شود. مصاحبه تشخیصی ساخت دار، لاقط تاحدودی به دلیل نارضایتی از پرسش نامه های خود سنجی ابداع شد. مصاحبه، بینادی ترین و پرمصرف ترین فن سنجش روان شناسان بالینی است.

## تست های آزمون سراسری

- ۱- کدام یک از موارد زیر از اهداف جلسه اول روان درمانی نمی باشد؟ (وزارت بهداشت ۸۲)
- (۱) برقراری راپورت  
(۲) تشخیص نسبی و موقت بیماری  
(۳) تحلیل گذشته بیمار  
(۴) کشف میزان علاقه و انگیزه
- ۲- برای مصاحبه بالینی با معتادان، کدام یک از روش های مصاحبه توصیه می شود؟ (سراسری ۷۹)
- (۱) ترکیبی  
(۲) ساختاری  
(۳) نیمه ساختاری  
(۴) بدون ساخت
- ۳- روایی و پایایی کدام یک از انواع مصاحبه ها بیشتر است؟ (سراسری ۸۴)
- (۱) مصاحبه ای استخدامی  
(۲) مصاحبه بالینی  
(۳) مصاحبه های مشاوره ای  
(۴) مصاحبه های ساختار یافته
- ۴- برای سنجش مصاحبه بالینی یا ساختار دار از چه نوع پایایی استفاده می شود؟ (سراسری ۸۵)
- (۱) پایایی ارزیابها  
(۲) پایایی همسانی درونی  
(۳) پایایی فرم های هم ارز  
(۴) پایایی آزمون، آزمون مجدد
- ۵- تحقیقات انجام شده اخیر در مورد نقش فرهنگ در تجارب بالینی نشان داده اند که: (سراسری ۸۶)
- (۱) فرهنگ مراجع با اثربخشی درمان رابطه دارد.  
(۲) تجارب بالینی مستقل از عوامل فرهنگی است.  
(۳) تفاوت فرهنگی بین درمانگر و درمانجو با اثربخشی درمان رابطه دارد.  
(۴) تشابه فرهنگی بین درمانگر و درمانجو با اثربخشی درمان رابطه دارد.
- ۶- انجام کدام یک از رفتارهای زیر توسط روانشناسی بالینی در جلسه مصاحبه به آرام ساختن بیمار کمک می کند؟ (سراسری ۸۶)
- (۱) اشاره به تخصص خود  
(۲) اشاره مکرر به تناقض گویی بیمار  
(۳) قضاوت اخلاقی در مورد طرز فکر بیمار  
(۴) گوش دادن موثر به گفته های بیمار
- ۷- مصاحبه بدون ساختار مورد نظر کدام رویکرد درمانی است؟ (سراسری ۸۶)
- (۱) آسیب پذیری به استرس  
(۲) روان پویشی  
(۳) سیستماتیک  
(۴) شناختی - رفتاری
- ۸- مصاحبه با ساختار بیشتر مورد نظر کدام رویکرد است؟ (سراسری ۸۷)
- (۱) رفتاری  
(۲) روان پریشی  
(۳) سیستماتیک  
(۴) شناختی
- ۹- رایج ترین ابزار بخش بالینی کدام است؟ (سراسری ۸۷)
- (۱) مصاحبه نیمه ساختار یافته  
(۲) مصاحبه بدون ساختار  
(۳) مصاحبه با ساختار  
(۴) آزمون های فرافکن
- ۱۰- مزیت مصاحبه ساختار یافته در چیست؟ (سراسری ۸۷)
- (۱) اعتبار و پایایی آن بیشتر است.  
(۲) از طریق آن اطلاعات بیشتری می توان کسب کرد.  
(۳) متکی به تجربه و تخصص مصاحبه کننده است.  
(۴) مراجع احساس راحتی بیشتری می کند.

۱۱- کدام دسته از بیماران در میان جملات خود تردید نشان نمی دهند و بدون سعی در اثبات نظریات خود صحبت می کنند؟ (سراسری ۸۲)

- (۱) بیماران PTSD  
(۲) بیماران وسواسی  
(۳) بیماران هیستریک  
(۴) بیماران مضطرب

### تست های آزمون آزاد

۱- مشخص کردن دلیل مراجعه بیمار به درمانگاه یا بیمارستان و قضاوت کردن در این مورد که آیا امکانات تسهیلات و خدمات موسسه مورد نظر می تواند نیازها و توقعات بیمار را رفع کند یا خیر، از اهداف کدام نوع مصاحبه است؟ (آزاد ۸۷)

- (۱) مصاحبه سنجشی  
(۲) مصاحبه ساختار  
(۳) مصاحبه پذیرش  
(۴) مصاحبه شرح حال
- ۲- ایجاد جوی آرامش بخش و درک متقابل در مصاحبه تحت چه عنوانی ذکر می شود؟ (آزاد ۸۷)
- (۱) تخلیه هیجانی  
(۲) پذیرش  
(۳) تفاهم  
(۴) تعامل

۳- در مدل SORC که مدلی برای مفهوم بندی مشکلات بالینی از دیدگاه رفتاری است، O معرف چیست؟ (آزاد ۸۷)

- (۱) محرک ها یا پیشایندهایی که موجب بروز رفتار مشکل آفرین می شوند.  
(۲) پاسخ یا رفتارهای مشکل آفرین به صورتی که گویی در آن وضعیت قرار گرفته اند.  
(۳) نتایج رفتار که نشان دهنده فراوانی، نیرومندی و نفوذ رفتار مشکل ساز و عوامل حافظ آن است.  
(۴) متغیرهای ارگانیک یعنی خصوصیات جسمی، فیزیولوژیک یا شناختی مراجع

۴- چه عواملی روی گزارش بالینی تأثیر دارد؟ (آزاد ۸۷)

- (۱) گاهی داده ها را بر مبنای عقاید قالبی تفسیر کردن  
(۲) مشاهده طبیعی، مشاهده کنترل شده، خودبازبینی و تمرین رفتاری  
(۳) ماهیت ارجاع، مخاطب گزارش، نوع روش های سنجش و گرایش نظری متخصص بالینی.  
(۴) مصاحبه پذیرش، مصاحبه شرح حال، مصاحبه معاینه وضعیت روانی

۵- متخصصان بالینی کار سنجش خود را چگونه شروع می کنند؟ (آزاد ۸۸)

- (۱) با تشخیص اختلال روانی  
(۲) با تجویز راهی برای کاهش مشکل  
(۳) با پرسش ارجاعی  
(۴) با مصاحبه

۶- هدف سنجش بالینی: (آزاد ۸۸)

- (۱) کشف ماهیت روانی حقیقی مشکل  
(۲) توصیف مراجع به طور دقیق برای ارجاع دهنده است؛ توصیفی که در نهایت موجب حل مساله شود.

۳) کاربرد مجموعه استانداردی از روش‌ها و به کار بردن آزمون‌های مشابهی برای تمام مراجعان.  
۴) توصیف روان‌پوشی و شناختی - رفتاری از مراجعان آرایه دهند.

۷- مصاحبه بالینی به چه شکل‌هایی انجام می‌گیرد؟ (آزاد ۸۸)

- ۱) حقیقت‌یابی، تخلیه هیجانی، بازپاسخ، بسته پاسخ، تسهیلی و تصریحی
- ۲) مصاحبه پذیرش، شرح حال، معاینه وضعیت روانی و مصاحبه تشخیصی
- ۳) مصاحبه رفتاری شناختی، روانکاوی و انسان‌گرایی
- ۴) مصاحبه سنجشی، تشخیصی و درمانی

۸- خصوصیات اصلی سنجش رفتاری که محرک‌های پیش از رفتار و پیامدهای رفتار با دقت مورد بررسی

قرار می‌گیرند تا شناخت دقیقی از علل رفتار پیدا شود. (آزاد ۸۸)

- ۱) تحلیل کاربردی
- ۲) فن عملکرد کنترل شده
- ۳) تمرین رفتاری
- ۴) خودبازبینی

۹- این اصطلاح وقتی که اظهارنظرها ظاهراً یک فرد خاص را توصیف می‌کنند ولی عملاً در مورد همه

صادق‌اند، به کار می‌رود: (آزاد ۸۸)

- ۱) تفسیر بالینی
- ۲) اعتبار یابی و اسناد
- ۳) اثر بارنوم
- ۴) تأثیرات پیش‌بینی‌ها

۱۰- بنیادی‌ترین ویژگی مصاحبه بالینی، ساختار آن است یعنی: (آزاد ۸۹)

- ۱) انجام یک مصاحبه پذیرش غیررهنمودی یا بازپاسخ
- ۲) توجه به پایانی و اعتبار مصاحبه
- ۳) میزان دخالت مصاحبه‌گر در تعیین محتوا و سیر گفت و گو
- ۴) پرسش‌ها و پاسخ‌ها به دقت برنامه ریزی شوند.

## پاسخ نامه تشریحی تست های آزمون سراسری

(۱) گزینه ۳ صحیح است.

اهداف جلسه اول روان درمانی عبارتند از : برقراری راپورت، تشخیص نسبی و موقتی بیماری، کشف اطلاعاتی در مورد علل بیماری، کشف میزان علاقه و انگیزه درمان، توضیح چگونگی روان درمانی، آگاهی از میزان بصیرت بیمار در مورد بیماری، مشخص کردن این امر که آیا درمان بیمار از عهده روان شناس بر می آید، تعیین وقت و هزینه روان درمانی، ارجاع نزد متخصص دیگر در صورت نیاز، و در صورت لزوم آماده کردن بیمار برای گذراندن آزمون های روان شناختی

(۲) گزینه ۳ صحیح است.

(۳) گزینه ۴ صحیح است.

(۴) گزینه ۱ صحیح است.

(۵) گزینه ۴ صحیح است.

(۶) گزینه ۳ صحیح است.

(۷) گزینه ۲ صحیح است.

(۸) گزینه ۴ صحیح است.

(۹) گزینه ۱ صحیح است.

(۱۰) گزینه ۱ صحیح است.

(۱۱) گزینه ۳ صحیح است.

## پاسخ نامه تشریحی تست های آزمون آزاد

(۱) گزینه ۳ صحیح است.

اهداف گفته شده، جزو اهداف مصاحبه پذیرش هستند.

(۲) گزینه ۳ صحیح است.

ایجاد جوی آرام بخش و درک متقابل تحت عنوان تفاهم یاد می شوند.

(۳) گزینه ۳ صحیح است.

در مدل O , SORC عبارت است از متغیرهای ارگانیک یعنی خصوصیات جسمی، فیزیولوژیک یا شناختی

مراجع

(۴) گزینه ۴ صحیح است.

ماهیت ارجاع، مخاطب گزارش، نوع روش های سنجش و گرایش نظری متخصص بالینی، از متغیرهای موثر بر

گزارش بالینی است.

(۵) گزینه ۳ صحیح است.

سنجش بالینی با پرسش ارجاعی شروع می‌شود.

(۶) گزینه ۳ صحیح است.

هدف از سنجش بالینی، توصیف مراجعه کننده به طور دقیق برای ارجاع دهنده است، توصیفی که در نهایت باعث حل مسأله شود.

(۷) گزینه ۲ صحیح است.

مصاحبه‌های بالینی به شکل‌های زیر انجام می‌شوند: مصاحبه پذیرش، شرح حال، معاینه وضعیت روانی و مصاحبه تشخیصی

(۸) گزینه ۱ صحیح است.

توصیفات گفته شده مربوط به تحلیل کاربردی است.

(۹) گزینه ۳ صحیح است.

زمانی که اظهار نظرها به ظاهر یک فرد را توصیف می‌کند؛ اما در مورد همه صادق باشند، اثر بارنوم گفته می‌شود.

(۱۰) گزینه ۳ صحیح است.

به طور کلی منظور از ساخت در هر نوع از مصاحبه‌ای میزان دخالت مصاحبه گردد. فرآیند مصاحبه و تعیین محتوای گفت و گوها است. مصاحبه بالینی را نیز می‌توان از همین ویژگی‌اش بازشناخت. مصاحبه بالینی با توجه به نوع و ماهیت پرسش ارجاعی، وضعیت کلی روانشناختی مراجع و اهداف سنجش، فرآیندی ساخت دار یا بدون ساخت به خود می‌گیرد.