



با سلام.

برای دریافت این فایل و
همچنین مشاوره‌ی ما به شماره

۰۹۹۱۷۵۳۳۳۷۱

از طریق **واتساپ** پیام دهید.

در صورت عدم پاسخگویی، تماس حاصل کنید.
در صورت خرید از سایت، کد سفارش را برای ما ارسال کنید
تا فایل برای شما ارسال شود.

در ادامه ۱۰ صفحه از نمونه فایل را مشاهده خواهید کرد.

قیمت اصلی سایت: ۹۹/۰۰۰ تومان

قیمت برای افراد کم بضاعت: ۷۹/۰۰۰ تومان



۲۷- کدامیک از بیماران زیر بینش نسبی نسبت به بیماری خود دارد؟

(۱) بیمارانی که متوجه هستند که يك جای کار غلط است ولي آن را به علل بیرونی نسبت می دهند. (۲) بیماری که علائم روان پزشکی خود را نتیجه يك اختلال می داند.

(۳) بیماری که حملات پانیک دارد و این حمله ها را قسمتی از بیماری خود می داند.

(S) بیمار مبتلا به اجتناب های فوبیا یا نگرانی های وسواسی- جبری که رفتارش را به عنوان علامت يك اختلال می داند.

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۱ ➡ بینش سه سطح دارد: بینش کامل، بینش نسبی و فقدان بینش.

بینش کامل: بیماری که علائم روان پزشکی خود را نتیجه يك اختلال می داند، بینش کامل دارد. مثلاً "بیماری که حملات پانیک دارد و این حمله ها را قسمتی از بیماری خود می داند، دارای بینش کامل است. یا بیمار مبتلا به اجتناب های فوبیا یا نگرانی های وسواسی- جبری که رفتارش را به عنوان علامت يك اختلال می داند، بینش کامل دارد. چنین بیمارانی در DSM-II انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۶۸ نوروتیک نامیده می شدند.

معمولاً، رابطه با بیمارانی که بینش کامل دارند، پیشرفت می کند. بیمار آزادانه در مورد علائم خود صحبت می کند، زیرا آنها را مقبول ایگو نمی داند و به خوبی تشخیص میدهد که آنها جزئی از يك بیماری هستند و نه جزئی از خویشتن طبیعی او. با این حال، ممکن است از ذکر جزئیات ناراحت کننده مانند: اقدام به خودکشی یا تخلفات قانونی امتناع ورزد. این قلیل بیماران را معمولاً در مراکز سرپایی روان پزشکی، مراجعان روان شناسان یا دیگر متخصصان بهداشت روانی پیدا می کنید. بینش نسبی: در مقابل بیماران پسیکوتیک مبتلا به اسکیزوفرنیا، بیماران دو قطبی یا مبتلا به افسردگی اساسی اغلب از بیمار بودن خود نا آگاهند و همچنین سوء مصرف کنندگان مواد که تأثیر بیماری شان را بر خود و محیط شان انکار می کنند. از آنجایی که چنین تفاوت های کلی ای در بینش آنها مشاهده می شود ناچارید توانایی بیمار در فهمیدن بیمار بودنش را بسنجید.

همچنین، بیمارانی که متوجه هستند که يك جای کار غلط است ولي آن را به علل بیرونی نسبت می دهند هم دارای بینش نسبی هستند.

۲۸- روانشناس کدام نقش خود را از همان لحظه اول ملاقات با بیمار، به واسطه در دست گرفتن کنترل تعامل خود با او

برقرار می کند؟

(۱) مهارت (۲) همدلی (۳) هدایت گری (S) تحکم

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۳ ➡ نقش هدایت گر

در حالی که همدلی از طریق شفقت نسبت به رنج بیمار ایجاد می شود و مهارت از طریق داشتن اطلاعات، معلومات و مهارت در مورد مشکل بیمار، رهبری و هدایتگری از توانایی مصاحبه گر در برانگیختن و هدایت بیمار ایجاد می شود، از میان ۱۵ معیار بیماران، معیار توانایی رهبری و هدایت را به عنوان نقش سوم و چهارم پس از مهارت و همدلی دانستند (هیل ۱۹۹۱).

نقش رهبری و هدایت‌گری خود را از همان لحظه اول ملاقات با بیمار، به واسطه در دست گرفتن کنترل تعامل خود با او برقرار کنید.

تمایل خود را به آسایش و سلامتی بیمار ابراز کنید و بیمار را به تغییر برانگیزانید. تست قطعی برای هدایت‌گری عبارت از این است که چنانچه بیمار توصیفات و تعابیر شما را بپذیرد و با دستورات درمانی شما همکاری داشته باشد، مشخص است که نقش هدایت‌گری شما را پذیرفته است.

بعضی از مصاحبه‌گران بیش از حد لازم کنترل و اقتدار اعمال میکنند، بیمار از نظر آنان زیر دستی می‌باشد که باید از مصاحبه‌گر اطاعت کند. برخی بیماران، این نوع رفتار تسلط‌گرایانه و حتی تنبیه‌گرایانه را می‌پذیرند و قویاً احساس میکنند که هدایت می‌شوند تا این که چیزی به آنان تحمیل شود. کاملاً مشخص است که چنین ارتباطی پرورنده وابستگی است. مصاحبه‌گری که تصور میکند بهتر از همه می‌داند و اینکه موظف نیست هیلاً توضیح و تفسیری به بیمار بدهد و اگر بیمار روش او را دوست ندارد، بهتر است از جای دیگری کمک بگیرد رابطه صادقانه را به مخاطره می‌اندازد. چنین مصاحبه‌گری به جای هدایت بیمار به او تحکم می‌کند.

اکثر چنین مصاحبه‌گران سلطه‌گری آگاه نیستند که توان همدلی ندارند و یا مایل نیستند که در این رابطه صحبت کنند. اغلب آنان احساس ناامنی دارند و احساس ناامنی و شک نسبت به خود را پشت نقابی از سلطه‌گری پنهان می‌کنند. چنانچه، بیمار با مقاومت یا اطاعت توأم با اضطراب به شما پاسخ می‌دهد، بررسی کنید که آیا در رابطه با بیمار بیش از حد تهدید کننده یا متوقع نبوده‌اید.

۹ کدام يك از موارد زیر به درستی نشان دهنده تفاوت نقش «رند» ب'ر' با نقش «حامل يك بیماری» در رابطه درمانی است؟ (۱)

بیمار در نقش رنج ب'ر، مشکل را خارج از خود می‌بیند و به درمان تخصصی علاقه مند است؛ در حالی که حامل بیماری، به حمایت عاطفی نیاز دارد.

(۲) بیمار رنج ب'ر، اغلب با محدودیت‌های اعمال شده مخالفت می‌کند، اما حامل بیماری تمایل به اطاعت از دستورات درمانی دارد.

(۳) رنج ب'ر در نقش خود، مشکل را هویتی و فراگیر می‌بیند و خواستار همدردی است، در حالی که حامل بیماری، مشکل را مجزا از خود می‌داند و تنها به کنترل تخصصی نیاز دارد.

(۵) رنج ب'ر از نظر بالینی کمتر مشکل ساز است، چون با همدلی درمانگر زودتر بهبود می‌یابد؛ اما حامل بیماری به دلیل نادیده گرفتن احساسات خود دچار پسرفت می‌شود.

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۳ ➡ نقش‌های بیمار: همانند مصاحبه‌گران، بیماران نیز نقش‌هایی ایفا می‌کنند. این نقش‌ها عبارتند از: حامل يك بیماری، رنج بر و بیمار خیلی مهم.

حامل يك بیماری

در نقش حامل بیماری، بیمار فقط خودش را به طور موقت بیمار می بیند. بیمار، بین خود و اختلالش فاصله ای قائل می شود، مثلاً می گوید: خوابش آشفته شده، نه اینکه او دچار اختلال شده است. او مشکلی ندارد، بلکه فقط ازدواجش مشکل دارد. او مشکلاتش را در قرنطینه می گذارد، تا آرامش خود را برهم نزند. به غیر از کمر درد او تلاش می کند، زندگی طبیعی داشته باشد. خواستار امتیاز ویژه ای نیست و اشتیاقی برای همدردی و دلسوزی ندارد. همه آنچه توقع دارد، فقط کنترل مشکلش به واسطه تخصص و مهارت پزشکی است. رابطه با چنین بیمارانی آسان است.

رنج بر:

نقشی متضاد نقش حامل يك بیماری است. چنین بیماری می گوید به علت درد و دلتنگی هایش تحلیل می رود. مشکلات مانند سپتی سمی، سرتاپای او را گرفته است. او در ناتوانی های خود اغراق می کند و آنها را مبالغه آمیز جلوه می دهد. چنین بیمارانی بیشتر مشتاق و آرزومند همدردی، همدلی، درک شدن و آسودگی می باشد تا توصیه های کارشناسانه. توقعات او ممکن است اغلب بیش از حد و غیر قابل تحمل باشند. او شما را ناچار به اجرا گذاشتن محدودیت های سخت می کند. با این حال ابراز همدلی شما باعث می شود، بیمار کنترل خود را مجدداً به دست آورده و حدود خود را بشناسد. در افسردگی مزمن و بعضی از اختلالات شخصیت چنین نقشی مشاهده می شود.

بیمار خیلی مهم (VIP)

در چنین نقشی، بیمار خودش را فردی ممتاز و سزاوار توجه در هر لحظه از روز یا شب میداند. توقع بهترین درمان را دارد و در جستجوی بهترین روان پزشک و روان شناس است برقراری رابطه با چنین بیماری ممکن است پیچیده بوده و اعمال محدودیت برای این بیماران اجتناب ناپذیر است. چنین نقشی را هر بیماری ممکن است اعمال کند از بیماران بسیار موفق تا بیماران ناموفق. اغلب شما به واسطه تواضع و شکسته نفسی اشخاصی که بسیار موفق اند متأثر میگردید ولی برعکس، بیمار خیلی مهم (VIP) حقیقی ساعت سه نیمه شب به شما تلفن میزند برای اینکه بگوید نمی تواند بخوابد.

فصل دوم ص ۳۶ پ ۲ تا آخر صفحه

۳۰- کدامیک، از تکنیک های پیش برنده درمان اختلالات روانی نیست؟

- (۱) پژواک (۲) تحکم (۳) هدایت مجدد (S) گذارها

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۲ ➤ تکنیک های پیش برنده (Steering Techniques) جهت دست یافتن به تشخیص معتبر، باید قلمرو وسیعی تحت پوشش قرار گیرد. چگونه می توان از يك موضوع به موضوع بعدی پرداخت و در این مسیر بیمار را هدایت و راهنمایی کرد، بدون اینکه بیمار را تحت فشار و ناراحتی قرار داد؟ تکنیک های پیش برنده، راهی را دنبال میکنند که در آن مصاحبه در مسیر مطلوب نگه داشته می شود. تکنیک های پیش برنده عبارت اند از: تداوم، پژواک، هدایت مجدد و گذارها. تداوم (Continuation)

تداوم ساده ترین تکنیک پیش برنده است. این تکنیک بیمار را تشویق می کند که به ادامه داستان خود بپردازد و در ضمن به او نشان می دهد که در مسیر درستی پیش می رود. این تکنیک، به بیمار می گوید که او اطلاعات تشخیصی سودمندی را بیان می کند. این تکنیک شامل ژست ها، تکان دادن سر، حفظ تماس چشمی است.

پژواک (Echoing)

در این تکنیک قسمتی از پاسخهای بیمار را تکرار کنید که مایلید بیمار توضیح دقیقتری در مورد آنها بدهد. این تکنیک متفاوت از تکنیک تداوم است. در این مورد شما بر عناصر خاصی از صحبت های بیمار تأکید میکنید و لذا از او میخواهید که این قسمت مشخص شده و نه قسمتهای دیگر را دنبال کند. این تکنیک زمانی استفاده میشود که بیمار چندین موضوع را برای صحبت مطرح میکند و شما می خواهید بیمار رشته خاصی از افکارش را دنبال کند و فعلاً سایر موضوعات را کنار بگذارد.

هدایت مجدد (Redirecting)

تکنیک هدایت مجدد به بیمار نشان میدهد که مسیر انحرافی را دنبال نکند و از او میخواهد که دوباره به مسیر اصلی بازگردد. این تکنیک زمانی استفاده میشود که بیمار بدون اینکه مسیر خاصی را دنبال کند صحبت میکند، در جزئیات نامربوط مطلب غرق میشود، یا از مشکلات اشخاص دیگر صحبت میکند. تکنیک هدایت مجدد در مورد بیمارانی استفاده می شود که پرش افکار، تکلم مماسی، پرحرفی و حاشیه پردازی دارند.

گذارها (Transitions)

در طول یک مصاحبه عناوین و موضوعات بسیاری باید پوشش داده شوند و بنابراین ناگزیرید توجه بیمار را برای تغییر موضوعات جلب نمایید. بنابراین به گذارهای مختلفی نیاز دارید. گذارهای ملایم، گذارهای تأکیدی و گذارهای ناگهانی. انتخاب نوع گذارها به وضعیت روانی بیمار بستگی دارد؛ مثلاً با بیماری که بی توجه است، اگر به موضوع به طور تأکیدی گذار کنید، بهتر توجه میکند؛ حال آنکه همین عمل در مورد بیماری که پارانوئید است، میتواند ظن او را برانگیزد.

۳۱- مکانیسم های دفاعی عمدتاً در چه مصاحبه هایی عمیقاً ارزیابی و تحلیل می شوند؟

(۲) مصاحبه روان پویایی (S)

(۱) مصاحبه عملیاتی (۳)

مصاحبه موقعیتی

مصاحبه تشخیصی

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۲ ⇨ دفاع ها را نمی توان به طور کامل مشاهده نمود، زیرا مکانیسم های خاص روان شناختی

هستند که به عنوان زیربنای الگوهای رفتار قابل مشاهده، نشانه ها و علائم قابل گزارش می باشند. با توجه به مفهوم اختلالات به عنوان مجموعه هایی از علائم و نشانه ها که ملاکهای تشخیصی را تکمیل می کنند، به نظر نمی رسد که مکانیسم های دفاعی به درد یک بحث تشخیصی بخورند. با این حال، آشنایی با مکانیسم های دفاعی به درک محتوای و معانی آسیب شناسی روانی بیمار کمک می کند. به علاوه، دفاع های بیمار همچنین ممکن است با ایجاد رابطه و اخذ تاریخچه تداخل کنند.

مکانیسم های دفاعی عمدتاً در مصاحبه های روان پویایی و روان تحلیلی عمیقاً ارزیابی و تحلیل می شوند (وایلانت ، ۱۹۸۶ ؛ مک ویلیامز، ۱۹۹۴). در اینجا برخی از مکانیسم های دفاعی مطرح می شود و بر جنبه های توصیفی آنها تأکید می گردد. کنش نمایی- پیوند جویی- نوع دوستی- پیش بینی- دوری جستن بدون احساس (آپاتیک)- تخیل اتیستیک- فرافکنی هذیانی ۳۲- به چه مکانیسم هایی مکانیسم های دفاعی بی قاعده گفته می شود؟

(۱) مکانیسم فرافکنی هذیانی

(۲) مکانیسم دوری جستن بدون احساس

(۳) مکانیسم هایی با پایین ترین سطح سازگاری (S)

مکانیسم هایی با بالاترین سطح سازگاری

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۳ ➤ بازشناسی مکانیسم های دفاعی سه جزء دارند: ۱- یک رفتار قابل مشاهده، اغلب یک علامت؛ ۲- یک تکانه یا قصدی که برای بیمار قابل قبول نیست و عامل استرس زا است و تعارض هیجانی ایجاد می کند و ۳- فرآیندی که از طریق آن رفتار قابل مشاهده بیمار (یا علامت) به قصد، نیت و تمایل غیر قابل قبول متصل می شود. ارتباط بین تمایل و قصد به رفتار آشکار و یا علامت فقط از طریق تعبیر و تفسیر استنباط شده از سوی درمانگر قابل دستیابی است و ممکن است بیمار آن را تأیید یا رد کند.

زمانی که می کوشید مکانیسم های دفاعی را که زیر بنای رفتارهای آشکار و علائم بیمار هستند از حالت رمز در آورید، در واقع مهارت خود را در شناسایی و فهم آسیب شناسی روانی بیمار تقویت می کنید. اگر با کمک بیمار بتوانید بین رفتار آشکارا علامت دار و تکانه های غیر قابل قبول، خجالت آور، تهاجمی یا لیبیدویی رابطه برقرار کنید، هویت مکانیسم های دفاعی را تعیین کرده اید.

شما به حضور مکانیسم های دفاعی حساس خواهید شد، اگر که در جستجوی رفتاری باشید که در نیت بیمار نشانگر اهداف غیر واقع بینانه و غیر قابل قبول اند یا در نهایت شدت هستند، یا متهم کننده خود یا تهمت زننده یا حق به جانب بوده اند، مکانیسم های دفاعی را می توان در پیوستاری مطرح کرد. از یک سو مکانیسم هایی قرار دارند که در بالاترین سطح سازگاری قرار دارند و از سوی دیگر مکانیسم هایی قرار دارند که در پایین ترین سطح سازگاری می باشند و به آنها مکانیسم های دفاعی بی قاعده گفته می شود.

۳۳- کدام یک از گزینه های زیر نشان دهنده شرط کلیدی برای موفقیت آمیز بودن تفسیر در مصاحبه بالینی است؟

(۱) هماهنگی کامل تفسیر با تجربه بالینی درمانگر برای اثربخشی آن کافی است، حتی بدون پذیرش بیمار. (۲)

تفسیر باید قبل از هرگونه رویارویی بیان شود تا بیمار فرصت واکنش هیجانی نداشته باشد.

(۳) زمانی تفسیر مؤثر است که بیمار آن را بپذیرد، به بررسی آن پردازد و گفت و گوی هیجانی بیشتری در پی داشته باشد. (S) در بیماران با افکار هذیانی، تفسیرهای زیرکانه و سریع می تواند مقاومت را کاهش دهد و رابطه را تقویت کند.

◀ **پاسخ تشریحی: گزینه ۳** ⇨ تفسیر (Interpretation) از طریق تفسیر، معنی افکار و یا انگیزه رفتارهای بیمار به وی بیان می شود. معمولاً تفسیر به دنبال رویارویی انجام می شود. زیرا قبل از این که بیمار بتواند تفسیر را بفهمد، باید او را از رفتارهایش آگاه کنید. تفسیر به بیمار نشان می دهد که شما می کوشید رفتارهایش را بفهمید و او را به بحث در این زمینه دعوت کنید. یک تفسیر صحیح به طور مناسبی رفتار بیمار را در زمینه کل رفتارهایش توضیح می دهد. متأسفانه روشی مطمئن برای اطمینان از صحت یک تفسیر در دست نیست. زمانی یک تفسیر صحیح است که بیمار موافق آن باشد و به طور ارادی بیشتر آن را بررسی کند و توضیح دهد، وقتی که تفسیر با تجارب بالینی شما هماهنگی دارند و یا وقتی که شواهد دیگری از رفتارهای بیمار با آن تناقض نداشته باشند. در هر یک از این موارد باز هم ممکن است تفسیر اشتباه یا صحیح باشد. زمانی که تفسیر، گفتگوی هیجانی بیشتری به دنبال داشته باشد یا زمانی که اطلاعات جدیدی به دست دهد به احتمال زیاد تفسیرتان اثر بخش است.

ممکن است تفسیرتان بسیار زیرکانه و عالی باشد، ولی مؤثر بودن آن به قبول کردن از طرف بیمار بستگی دارد. زمانی که بیمار از رفتار خود آگاه نباشد تفسیر بارآوری معکوس خواهد داشت، زیرا بیمار احساس می کند درک نشده و از او انتقاد شده است و بیشتر از خودش در مقابل چنین اتهاماتی دفاع می کند و در نتیجه رابطه مختل می شود. مثلاً در مورد بیماری که هذیان گزند و آسیب دارد، تفسیرها می توانند مصاحبه را کاملاً تخریب و مضمحل کنند. زیرا بیمار احساس می کند مصاحبه گر فکرش را می خواند و او را کنترل می کند به جای اینکه بیمار احساس کند مصاحبه گر او را درک کرده و می فهمد؛ احساس می کند مصاحبه گر او را به بازی گرفته است. بنابراین، مهم است که قبل از هرگونه تفسیری سعی کنید تمایلات گزند و آسیب را در بیمار ارزیابی کنید. تفسیر در مورد بیمارانی مفید است که هم سطح شما پیش نمی آیند و یا مشکلاتی در ارایه افکار و احساساتشان دارند. تفسیر برای اهداف زیر به کار میرود. بیمار بیشتر درگیر شود، ادراکات و نگرشهای خود را بیشتر بفهمد و تشویق شود در جریان مصاحبه و درمان فعالیت بیشتری داشته باشد.

۳۵- رفتار روانی- حرکتی چه سر نخ های تشخیصی در مورد بیمار به ما می دهد؟ (تالیف توسط سایت بتافایل)

(۱) هشیاری (۲) سطح انرژی (۳) آژیتاسیون (S) همه موارد

◀ **پاسخ تشریحی: گزینه ۵** ⇨ رفتار روانی- حرکتی سر نخ های تشخیصی را در مورد هشیاری، عاطفه، سطح انرژی، آژیتاسیون و اختلالات حرکتی به دست می دهد که دامنه وسیعی از اختلالات روان پزشکی و نورولوژیک را در بر می گیرند. مصاحبه گر بایستی به وضعیت بدن بیمار، پاسخ های غیرارادی بیمار و هفت نوع فعالیت حرکتی بیمار توجه نماید. هفت نوع فعالیت حرکتی عبارت اند از: وضعیت بدن، حرکات بیانگر، حرکات واکنشی، تیماری (grooming)، ژست ها، ژستهای نمادی و حرکات هدفمند.

ارتباط غیر کلامی از طریق فعالیت روانی- حرکتی شکل می گیرد. بنابراین، ضروری است که انواع مختلف فعالیت های حرکتی را بدانید و نحوه تفسیر آنها را بیاموزید. از نقطه نظر تشخیص، می توان حرکت ها را در چهار گروه جای داد:

۱- وضعیت بدن

۲- حرکات روانی- حرکتی

۳- حرکاتی که بیانگر عاطفه اند

۴- حرکات مرکب غیر طبیعی

۳a- در برانگیختگی کاتاتونیک، حرکات بدن معمولاً هستند، در حالی که حالت های چهره می شوند.

(۱) خشک و اغراق آمیز / کاهش یافته (۳) (۲) نرم و منعطف / هیجانی

سریع و هماهنگ / اغراق آمیز (S) نامنظم و تیک وار / برجسته و نمایشی

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۱ ▶ حرکات مرکب غیر طبیعی

الگوهای حرکت مرکب غیر طبیعی شامل: بهت (استوپور)، برانگیختگی و اعمال تکانه ای فیش (۱۹۶۷) است. شما سطوحی از برانگیختگی را در بیماران افسرده، آژیته، مانیا و اسکیزوفرنیای نوع کاتاتونیا و پارانویا می بینید. در برانگیختگی کاتاتونیک، حالت های چهره کاهش می یابد، ولی حرکات دیگر سخت، خشک و یا اغراق آمیز می شوند. در گيجي " پس از حملات صرع و مستی بیمارگونه، خصوصیات بی احساسی، خشونت و رفتارهای تخریبی بی هدف دیده می شوند. اعمال تکانه ای نشان دهنده فقدان بینش و یا قضاوت اند.

حرکات ناشی از آسیب های عصب شناختی عبارت اند از: لرزش، بیقراری حرکتی (آکاتژیا)، حرکت پریشی دیررس (تاردیودیس کینزیا)، کره (داء الرقص)، حرکات آنتوتیک و تیک ها. چنانچه، لرزش ها نامنظم، محدود به یک اندام و در طی زمان متغیر باشند، به لرزش های هیستریک مشکوک شوید. ترس، تعمد و قصد لرزش ها را افزایش می دهد و حواس پرتی آنها را کاهش می دهد. به جز لرزش های پارکینسونی بی قراری حرکتی (اکاتژیا) و حرکت پریشی دیررس تاردیودیس کینزیا در اثر مصرف داروهای نورولپتیک ایجاد می شوند.

حرکات آنتوتیک و حرکات کره ای نشان دهنده وجود یک بیماری نورولوژیک می باشند و باید آنها را از کاتاتونیا افتراق داد. حرکات کره و آنتوتیک در اعمال ارادی مداخله کرده و به هنگام خواب از بین می روند.

۳L- کدامیک از اختلالات تکلمی در دیس پرزودی دیده می شود؟

(۱) اختلال در تلفظ (۲) اختلال در جمله بندی (S)

(۳) من من کردن اختلال در ریتم تکلم

◀ پاسخ تشریحی: گزینه S ▶ تکلم بیمار، پنجره ای است به تفکر بیمار، احساسی است برای تعیین طیف عاطفه او و

شناسایی اختلال در تلفظ. برای پی بردن به این حوزه ها، بیمار را به صحبت در مورد موضوعات هیجانی دعوت کنید. در واکنش به موضوعات دارای هیجان، طیف عواطف بیمار آشکار می شوند. در مورد اختلالات تکلم به تلفظ، ریتم و سلیس

بودن آن؛ در مورد تفکر، نحوه استفاده از کلمات، دستور زبان و ساختار جملات و در مورد عاطفه، تأخیر پاسخ ها، سرعت آهنگ، مقدار بلندی و انعطاف آن را مورد نظر داشته باشید.

در مصاحبه با کودکان و نوجوانان، ملاک های تشخیصی را برای اختلالات ارتباطی باید واریسی کرد. همچنین تکانش گری مانند آنچه که در اختلال بیش فعالی- کمبود توجه دیده می شود، ممکن است در بیماران بزرگسال نقش داشته باشد. آنها ممکن است حرف شما را قطع کرده یا عجولانه به موضوع دیگری پردازند. اگر با تلفن صحبت می کنید، حرف شما را قطع کرده و یا در پی کسب اطلاعات بیشتر از یک کتاب برآمده و یا نکته هایی را یادداشت کنند.

جنبه های صوری تکلم: اختلال در تلفظ (دیس آرتری یا تکلم غیر سلیس) معمولاً نشان دهنده وجود اختلال نورولوژیک یا مسمومیت ها به ویژه مسکن ها و خواب آورها و الکل می باشد. اختلال در ریتم تکلم، دیس پروزودی گفته می شود. مثلاً گفتار منقطع که در تلفظ کلمات بین سیلاب ها، مکث وجود دارد. در مالتیپل اسکلروز، تکلم مقطع در صرع روانی- حرکتی، و من من کردن در کره هانتینگتون دیده می شود. به جریان پیوسته و بی معنایی از کلمات، "سالاد کلمات" گفته می شود. در این گفتار، مکث ها حذف می شود و کلمات به طور نادرست به کار برده می شوند (پارافازیا).

۳۷- گزینه نادرست را در مورد تفاوت عاطفه و خلق بیابید؟

(۱) خلق لحظه ای است، ۲- ۱ ثانیه طول میکشد ولی مدت زمان عاطفه طولانی تر است.

(۲) عاطفه به محرک های بیرونی و درونی وابسته است و بر اساس محرک ها تغییر می کند، ولی خلق می تواند خود به خود تغییر کند.

(۳) عاطفه، روبنا و سطحی، ولی خلق زمینه تجربه هیجانی را تشکیل می دهد.

(۵) عاطفه را مصاحبه گر می تواند مشاهده کند (نشانه)؛ ولی خلق را باید بیمار بیان کند (علامت).

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۱ ⇨ عاطفه

عاطفه، واکنش هیجانی قابل دیدن و قابل شنیدن فرد نسبت به وقایع بیرونی و درونی است. وقایع درونی مانند: افکار، عقاید، خاطرات برانگیخته شده و تفکرات عاطفه به صورت های مختلف ابراز می شود. واکنش های خودکار وضعیت بدن، حرکات چهره ای و واکنشی، تیماری و آهنگ صدا، تلفظ و انتخاب کلمات، واکنش های خودکار از طریق دستگاه سمپاتیك و پاراسمپاتیك اعمال می شوند. این واکنش ها در حالات رنگ پریدگی ناشی از عصبانیت در سرخ شدن، تعریق و لرزش، قابل مشاهده می گردند.

حرکات چهره شامل: حرکت عضلات اطراف دهان، بینی و چشم ها است. تمام عواطف نه گانه اساسی که در همه فرهنگ ها وجود دارد، از طریق حرکت این گروه عضلات ایجاد می شوند.

حرکات واکنشی، چهره و کل بدن را در بر می گیرد. آنها در پاسخ به محرک تازه ایجاد می شوند، مثلاً: فردی که به هنگام ورود شما به اتاق به احترام نیم خیز می شود یا در واکنش به صدا، به طرف آن بر می گردد. بنابراین، حرکات واکنشی نشان دهنده هشیاری، تعجب و علاقه هستند.

حرکات تیماری، به دستکاری و مرتب کردن ظاهر شخصی مربوطند. شخص ممکن است موهایش را با انگشت صاف کند، دست ها و سینه اش را بمالد، گردنش را بخاراند یا به دندان ها یا بینی اش اصطلاحاً "نوک بزند. این حرکات، برای ایجاد راحتی و یا به دست آوردن آرامش نیز انجام می شوند. مثلاً: وقتی که بیمار در طول جلسه مصاحبه احساس ناراحتی میکند، ممکن است پایش را بخاراند یا پیشانی اش را مالش دهد.

عاطفه و خلق متفاوت اند. چهار مورد زیر به شما کمک میکند تا بهتر این تفاوت را قائل شوید: -

۱- عاطفه لحظه ای است، ۲- ۱ ثانیه طول میکشد ولی مدت زمان خلق طولانی تر است.

۲- عاطفه به محرک های بیرونی و درونی وابسته است و بر اساس محرک ها تغییر می کند، ولی خلق می تواند خود به خود تغییر کند.

۳- عاطفه، روبنا و سطحی، ولی خلق زمینه تجربه هیجانی را تشکیل می دهد.

۴- عاطفه را مصاحبه گر می تواند مشاهده کند (نشانه)؛ ولی خلق را باید بیمار بیان کند (علامت).

۳۸- کدام يك از موارد زیر، نشانه ای هشداردهنده برای اختلال علائم جسمي محسوب می شود، در صورتی که با شواهد

پزشکی قابل توضیح نباشد؟

(۱) درد قفسه سینه با یافته های نرمال در نوار قلب

(۲) تنگی نفس ناشی از آسم یا بیماری قلبی شناخته شده (۳)

استفراغ مکرر ناشی از عفونت گوارشی

(S) فلج اندام همراه با یافته های نورولوژیک مشخص در MRI

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۱ ⇨ علائم جسمي غير قابل توجیه پزشکی

وجود چندین علامت جسمي بدون وجود توجیه طبي، مشخصه اختلال علائم جسمي است. آزمونی که در پی می آید، او تمر و دسوزا (۱۹۸۵) کمک کافي به غربال کردن چنین علائمی می کند. وجود علائم خاصی را بررسی کنید، از جمله: تنگی تنفس، اختلال قاعدگی، احساس سوزش در اندام های جنسی، احساس توده در گلو، فراموشی، استفراغ و فلج. چنانچه بیمار از بین علائم بالا يك علامت یا بیشتر داشته باشد و چنانچه این علائم در زندگی آنها تداخل ایجاد کرده باشند و از نظر پزشکی غیر قابل توضیح باشند، مشکوک به اختلال علائم جسمي می باشند.

اختلال جسماني در DSM- IV- TR با چهار علامت درد، دو علامت گوارشی، يك علامت جنسي و يك علامت شبه عصبي مشخص می شد. انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) در DSM - ۵ طبقه بندی تغییرات وسیعی کرده و طبقه بندی جدیدی با عنوان اختلال علائم جسمي و اختلالات مرتبط تشکیل شده است. انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). در این طبقه بندی

اختلال علائم جسمی، اختلال اضطراب، بیماری اختلال تبدیلی، عوامل روان شناختی مؤثر بر بیماری های طبی اختلال ساختگی قرار دارند. وجه مشترک همه آنها برجسته بودن علائم جسمی، همراه با ناراحتی و تخریب قابل توجه کارکرد است.

۳۹- برای تشخیص اختلال پانیک وجود ضروری است.

(۱) داغ شدن یا سرد شدن بدن (۲) حملات غیر قابل انتظار (S)

(۳) تهوع یا ناراحتی شکمی گزگز یا پاراستری

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۲ ➡ حملات پانیک: بیمار گزارش می کند که معمولاً "حمله هایی دارد که شبیه حمله قلبی است. علائم گزارش شده عبارت اند از: طپش قلب، کوبیدن قلب یا ضربان قلب تند، تعریق، لرزش یا تکان خوردن، کوتاه شدن نفس یا توقف تنفس، احساس خفه شدن، درد یا ناراحتی در قفسه سینه، تهوع یا ناراحتی شکمی، احساس گیجی یا منگی، عدم تعادل، احساس سبکی در سر یا غش، گسست از واقعیت یا گسست از خویشتن، ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن، ترس از مردن، گزگز یا پاراستری، داغ شدن یا سرد شدن بدن. حمله ها اغلب در بالغین جوان شروع می شود. حمله های منفرد ممکن است به طور ناگهانی آغاز شده و در طی ده دقیقه یا کمتر به بیشترین شدت خود برسند. گاهی اوقات، کوشش و فعالیت بدنی باعث وقوع آنها میشود. حملات می توانند غیر منتظره و بدون وجود عامل آشکار کننده شروع شوند، ولی گاهی همراه با یک عامل خارجی مانند: گرفتار شدن در آسانسور، یا یک عامل داخلی مانند: طپش قلب آغاز شوند. این موقعیت ها تسهیل کننده حملات پانیک قابل انتظار هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۱۳، ۲۱۵). البته، برای تشخیص اختلال پانیک وجود حملات غیر قابل انتظار ضروری است.

۵۰- در کدام روش ارزیابی کارکردهای شناختی، پیچیده ترین کارکردها به صورت مستقیم و به همان صورت که در زندگی

روزمه بیمار وجود دارند، ارزیابی میشوند؟

(۱) رویکرد استقرایی (۳) (۲) رویکرد قیاسی

روش خود ارزیابی (S) روش رویداد بحرانی ارزیابی عملکرد

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۲ ➡ کارکرد اجرایی

دمانس، ممکن است در ابتدا بالاترین، پیچیده ترین و منسجم ترین کارکردهای شناختی را متأثر سازد. مؤلفین DSM - ۵، این کارکردها را با عنوان کارکرد اجرایی جمع بندی کرده اند. این کارکردها عبارت اند از: طراحی، سازماندهی ترتیب و توالی و انتزاع. کارکرد اجرایی را می توانید با یک رویکرد استقرایی، یا قیاسی ارزیابی کنید. روش استقرایی، بر کارکردهای شناختی اساسی تمرکز می کند که کارکرد اجرایی از آنها تشکیل شده است. این کارکردهای اساسی عبارت اند از: توجه، تمرکز، توانایی تغییر یک رفتار به رفتار دیگر (Shifting sets) و حافظه در سطوح پیچیده تر شامل کارکردهای زیر نیز می گردند: انتزاع، حل مسئله و ابعاد از هوش روش استقرایی،

در رویکرد قیاسی، پیچیده ترین کارکردها به صورت مستقیم و به همان صورت که در زندگی روزمره بیمار وجود دارند، ارزیابی میشوند. در این روش، برای ارزیابی افت هوش، بیمار به جای استفاده از آزمون های کمی، سؤالات خاصی از زندگی روزمره بیمار پرسیده می شود.

یک راه عملی بحث در مورد این کارکردها و به خصوص سازماندهی، این است که از بیمار بخواهید که فعالیت های خود را در طی روز، هفته، ماه و سال گذشته شرح دهد. لازمه چنین عملی، داشتن حافظه اخیر سالمی است. سپس، در مورد راه های دیگری بحث کنید که بیمار می تواند در همین فاصله زمانی برای دست یافتن به اهدافش از آنها استفاده کند. چنین تفکری به انتزاع، استدلال، و تصمیم گیری نیاز دارد. به این ترتیب، با این روش، غربال کردن نقص های موجود در کارکردهای اجرایی را تشخیص می دهید. تجزیه و تحلیل این نقص ها، شما را به ارزیابی کارکردهای شناختی زیربنایی هدایت میکند که

ممکن است نقصان یافته باشند. رویال و همکارانش (۱۹۹۲) برای آزمون از مصاحبه کارکرد اجرایی Executive Interview (EXIT) و ارزیابی کیفی دمانس (Qualitative Evaluation of Dementia (QED استفاده می کنند. ۵۱-

بی حالی، در دلیریوم ممکن است ناشی از چه چیز باشد؟ (منبع سؤالات سایت بتافیل)

(۱) مسمومیت با مواد (۲) موتیسم آکینتیک (S)

(۳) کاتاتونی دوره ای جسینگ ژنتیک

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۱ ⇨ سطح هشپاری: بی حالی (لتارژی)، بهت (استوپور) و اغما

هشپاری، توانایی شناسایی و پاسخ به محرک ها است. سیستم فعال کننده مشبک صعودی، ساقه مغز و رشته های منتشر آن به تالاموس و قشر مخ، تحریک را به پیش می رانند. میزان شلیک سیستم، سطح بیداری را تعیین می کند که می توان آن را به صورت زیر درجه بندی کرد. آگاهی، بی حالی (لتارژی) خواب آلود، استوپور یا اغما ارزیابی هشپاری آسان است. وقتی شما بیمار لتارژیک را با صدای بلند مورد خطاب قرار می دهید، جواب می دهد. تفکر بیمار پراکنده و بی هدف است، حرکات بیمار تقلیل یافته و آگاهی او محدود شده است. بی حالی، ممکن است در دلیریوم ناشی از مسمومیت با مواد، اختلالات پزشکی (متابولیک)، اختلالاتی با سبب شناسی چندگانه یا اختلالاتی که به گونه دیگر مشخص نشده اند (NOS) دیده شود.

بیماران استوپور، حتی به یک محرک مداوم و شدید به زحمت پاسخ می دهند. این پاسخ، معمولاً منحصر به ناله کردن یا بی قراری است. اشکال اختصاصی شامل: موتیسم آکینتیک و کاتاتونی دوره ای جسینگ است. حالت خواب آلوده در بین بی حالی و استوپور قرار دارد. به بیمار در حالت اغما حتی اگر سوزنی وارد شود، واکنش نشان نمیدهد. چنانچه هشپاری مختل باشد مانند آنچه در بیماران مسموم یا تحت تأثیر داروهای آرام بخش و یا محرومیت از خواب دیده می شود، سایر کارکردهای عالی به همان نسبت تحت تأثیر قرار می گیرند.

استوپور روان زاد، ترکیبی از دو حالت کاتاتونیا، یعنی بی حرکتی عضلانی و موتیسم است انجمن روان پزشکی آمریکا؛ ۲۰۱۳، این حالتی بدون واکنش است که بیمار هشپار بوده و می تواند آنچه که در طی این حالت رخ داده است را به خاطر بیاورد.

ممکن است بیمار برای باز کردن چشم هایش مقاومت کند. بسته شدن چشم ها به طور آهسته و تدریجی انجام نمی شود، آن طوری که در حالت اغمای واقعی اتفاق می افتد. برخلاف اغمای واقعی، چنانچه آب سرد در مجرای گوش ریخته شود (آزمون کالری)، نیستاگموس ایجاد میشود. علاوه بر این نوار مغزی (EEG) طبیعی است (ادوارد و سیمون، ۱۹۹۲).

۴- آگنوزی در اثر آسیب به کدام بخش از مغز به وجود می آید؟

(۱) قسمت فرونتال (۲) ناحیه پس سری (S)

(۳) لب های آهیانه ای قشر مغز هیپوتالاموس

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۳ ▶ شناسایی آگنوزی (ادراک پریشی) لب های آهیانه ای قشر مغز، درون دادهای حسی را ترکیب می کنند و آسیب به این لب ها باعث آسیب هایی می شود که آگنوزی (ادراک پریشی) نامیده می شوند. آگنوزی ها، اختلالات شناسایی اند، یعنی ناتوانی در شناسایی اشکال و ماهیت اشیاء یا حس ها. چندین نوع ادراک پریشی وجود دارد، از قبیل: ناتوانی در تشخیص اشیاء از طریق لمس کردن، ناتوانی تشخیص حروف که روی پوست ترسیم می شوند و ناتوانی شناسایی اشیاء و تصویر چهره ها. ادراک پریشی ممکن است شامل موارد زیر نیز باشد: اختلال موقعیت سنجی در مکان، تشخیص نامتناسب بخش های بدن، اختلالات موقعیت سنجی راست- چپ، عدم توجه حسی و انکار بیماری یا نقص. برای آزمون ادراک پریشی، از بیمار خواسته می شود که اشیایی مثل یک کلید یا سکه را که در دست او گذاشته می شود یا ارقامی را که روی پوست پشت ساعد وی رسم می گردد، شناسایی کند. شناسایی انگشتان و عدم تشخیص راست و چپ را میتوان به طور هم زمان بررسی کرد، به این ترتیب که از بیمار خواسته می شود انگشت حلقه دست چپ خود را بلند کند. به طور خلاصه، ادراک پریشی عدم توانایی برای درک حس های پیچیده است.

ملاک های تشخیصی برای اختلال زبان در DSM - ۵ در زیر مجموعه اختلالات ارتباطی آمده است.

۵- کدامیک از اختلالات شخصیتی زیر در گروه C قرار می گیرد؟

(۱) اختلال شخصیت پارانوئید (۲) اختلال شخصیت اسکیزوئید

(۳) اختلال شخصیت خود شیفتگی (S) اختلال شخصیت اجتنابی وابسته و سواسی- جبری

◀ پاسخ تشریحی: گزینه S ▶ طبقه بندی اختلالات شخصیت را می توان بر اساس رفتار غیر انطباقی در موقعیت های

اجتماعی و بین فردی که در دو یا بیشتر از دو حیطه زیر تأثیر می گذارد طبقه بندی نمود.

۱- شناخت

۲- کارکرد بین فردی -

۳ هیجان پذیری -۴

کنترل تکانه

DSM - ۵ اختلالات شخصیت را به سه شاخه تقسیم کرده است. شاخه اول که به آن شاخه A گفته می شود، شامل اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال است. افراد دارای این اختلالات، غالباً عجیب و غریب هستند. شاخه دوم یا

شاخه B، اختلالات شخصیت ضد اجتماعی مرزی هیستریونیک و خود شیفته را در بر می گیرد. شاخه سوم یا شاخه C، در این شاخه اختلالات شخصیت اجتنابی وابسته و سواسی- جبری جای می گیرند.

SS- کدام يك از گزینه های زیر بیشترین انطباق را با ملاک های تشخیصی اختلال انطباق در DSM-5 دارد؟

(۱) افسردگی مداوم بیش از يك سال پس از طلاق

(۲) افت تحصیلی و تحریک پذیری شدید در نوجوانی، سه هفته پس از اخراج از مدرسه (۳)

علائم اضطرابی مزمن و بدون محرک واضح از دوران کودکی

(S) هذیان و توهم در واکنش به فشار شغلی شدید

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۲ ➤ واکنش غیر انطباقی

پس از تحقیق درباره ماهیت عامل استرس زا، واکنش غیر انطباقی را ارزیابی کنید. این واکنش می تواند به دو صورت خود را نشان دهد؛ رفتاری و علامتی. از نظر رفتاری، ممکن است کارکرد شغلی، فعالیت های اجتماعی، یا روابط اجتماعی بیمار با سایرین افت کند. از نظر علامتی، بیمار علائمی را ذکر می کند و نشانه هایی از خود بروز می دهد که فراتر از حدی است که به طور طبیعی از واکنش به استرس انتظار دارید.

• DSM شش نوع واکنش غیر انطباقی را به عنوان بخشی از يك اختلال انطباق مطرح می کند: با اضطراب، با خلق افسرده، با اختلال سلوک، با ترکیبی از آشفتگی هیجانی و سلوک، با ترکیبی از اضطراب و خلق افسرده و نامشخص. امکان مخلوط بودن موارد بالا نیز وجود دارد. واکنش از نظر زمانی باید محدود باشد و بیشتر از شش ماه ادامه پیدا نکند؛ در غیر این صورت، تشخیصی غیر از واکنش انطباق مطرح می گردد.

شکایات جسمی، سوء مصرف مواد، خودکشی، اقدام به خودکشی همراه با اختلال انطباق دیده می شود. این وضعیت، ممکن است باعث کاهش پیروی بیمار از درمان در يك وضعیت طبی گردد.

🔗 بیماران مبتلا به اختلال قبل از شروع اختلال، ویژگی های سیکلوتایمی دارند.

(۱) اسکیزوفرنیا (۲) اختلال دو قطبی (۳) فوبیا (S) اختلال وسواسی

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۲ ➤ تاریخچه روان پزشکی

شخصیت پیش از بیماری: ارزیابی شخصیت قبل از بیماری در مصاحبه بالینی دارای سه کارکرد است:

۱- پایه و اساسی است که وضعیت فعلی کارکردهای بیمار را نشان می دهد. از بیمار و بستگان وی پرسد که در چه حیطه هایی از حالت طبیعی خود خارج شده است.

۲. تشخیص را قاطع تر و مشخص تر می کند، زیرا برخی اختلالات روانپزشکی قبل از شروع بیماری دارای تابلوهای خاصی هستند. به طور مثال، بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی قبل از شروع اختلال، ویژگی های سیکلوتایمی دارند، در حالی که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اغلب رفتارهای عجیب و غریب و انزوای اجتماعی را نشان می دهند. اگر تشخیص و شخصیت قبل از بیماری با یکدیگر مطابقت نداشتند در تشخیص خود تجدید نظر کنید.

۳. اهداف درمان را مشخص می کند و بدون این احتمال کمتری دارد که درمان مؤثر واقع شود. تکنیک ارزیابی، سیر يك اختلال روانپزشكي، يعني شروع مدت و شدت بیماری در اختلالات باليني و اختلالات شخصیت متفاوت است.

كدام يك از موارد زیر، منالي از رویکرد شناختي در تحليل عوامل روان شناختي ملاك بر مشكل بیمار است؟

- (۱) بررسی دفاع های ناپخته ای که بیمار در برابر احساس گناه از خود بروز می دهد (۲)
- تحلیل تعارض بین اید و سوپرایگو در مواجهه با احساسات جنسي سرکوب شده (۳)
- توصیف افکار خودانتقادگرانه ای که باعث تضعیف انگیزه درمان در بیمار می شود (۵)
- توجه به پاسخ های اجتنابي شرطي شده در رویارویی با موقعیت های اجتماعي

◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۳ ➡ عوامل روان شناختي

در فرمول بندی روان شناختي، تأثیر روش های تربیت کودک، بر نمو و تکامل مهارت های بین فردی و مکانیسم های دفاعي برآورد می گردد. این اثرات، ممکن است در طی مصاحبه به صورت انتقال به مصاحبه گر و دفاع های قابل مشاهده نمودار شوند. مصاحبه گری که رویکرد روان تحلیلي دارد، ممکن است خلاصه ای ساختاری از توانمندی های ایگو اید و سوپرایگو، تحلیل توپولوژیکی از رفتارهای خودآگاه و ناخودآگاه و تاریخچه ای از تکامل رواني- جنسي، طبق نظریة اریکسون اریکسون (۱۹۶۹) ارائه دهد. شناخت: درمانگرها، ممکن است بخواهند افکار غیر منطقي بیمار و خودگویی و خودشکني بیمار را توصیف و تعیین نمایند که می توانند عواملی باشند که مانع بهبود و همکاری بیمار در برنامه درمانی شوند. از دیدگاه رفتاری، رفتارهای آموخته شده ناسازگارانه باید شرح داده شوند. رفتارهایی از قبیل رفتارهای اجتنابي در پاسخ به محرک خاص، روش های پاتولوژیک کنترل وزن، همان طور که در اختلالات غذا خوردن دیده می شوند؛ و سوء مصرف مواد در واکنش به مشکلات محیطي و از این قبیل.

۵۷- در کدام يك از موارد زیر استفاده از تشخیص موقت (Provisional Diagnosis) مناسب تر از تشخیص قطعي است؟

- (۱) بیماری با علائم اضطراب خفیف که خود به درمان مراجعه کرده و تمامی ملاک های اختلال اضطراب فراگیر را دارد.
 - (۲) بیماری که به دلیل عدم همکاری، تنها بخشی از علائم افسردگی را گزارش کرده و مصاحبه گر شك دارد که معیار کامل را دارد یا نه.
 - (۳) بیماری که با علائم وسواس شدید مراجعه کرده و به وضوح معیارهای OCD را دارد، اما از دریافت تشخیص امتناع می ورزد.
 - (۵) بیماری که به وضوح دو اختلال رواني مزمن و پایدار دارد و تحت درمان تخصصي برای هر دو قرار دارد.
- ◀ پاسخ تشریحی: گزینه ۲ ➡ تشخیص اصلي: تشخیص اصلي، اختلالي است که از نظر باليني به صورت مطمئن تر و جامع تری علائم بیماری حاضر که کانون توجه یا درمان است را تبیین می کند (DSM - ۰). مثلاً، اگر بیمار در حال حاضر وابسته به الكل است و علائمی از دیس تایمی را هم دارد، تشخیص وابستگی الكلي بدون شك تشخیص مطمئن تری است

