

پایان خدا

طبابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه.



سرشناسه	: ساداتی، سیده نسیمه - ۱۳۶۳
عنوان و نام پدیدآور	: تشخیص و معاینه در روان پزشکی
مشخصات نشر	: تهران: کاردیا، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	: ۱۶۶ ص.: مصور.
شابک	: ۲,۱۵۰,۰۰۰ ریال: 3-54-5560-622-978
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب: Sadock's synopsis of psychiatry. 12th edition, 2022, تالیف بنجامین جیمز سادوک، وبرجینیا ا. سادوک، پدرو روئیز است.
موضوع	: اختلالات عاطفی
موضوع	: Affective disorders
موضوع	: اختلالات عاطفی - درمان
موضوع	: Affective disorders - Treatment
موضوع	: افسردگی
موضوع	: Depression, Mental
موضوع	: افسردگی - درمان
موضوع	: Depression, Mental—Treatment
موضوع	: روان‌پریشی شیدایی
موضوع	: Manic-depressive illness
موضوع	: روان‌پریشی شیدایی - درمان
موضوع	: Manic-depressive illness -- Treatment
موضوع	: اختلالات عاطفی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
موضوع	: Affective disorders -- Examinations, questions, etc
شناسه افزوده	:
شناسه افزوده	: کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	: سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	: سادوک، وبرجینیا ا.، ۱۹۳۸ - م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	: روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م. چکیده روانپزشکی بالینی
رده بندی کنگره	: ۵۳۷RC
رده بندی دیویی	: ۸۵۲۲۰۰۸۲/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۴۲۵۰۱۹
وضعیت رکورد	: فیبا

عنوان کتاب: تشخیص و معاینه در روان پزشکی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
" Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry 2022"	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
ترجمه و تلخیص: دکتر سیده نسیمه ساداتی	تیراژ: ۱۵۰ جلد
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۵۴-۳
حروفچینی و صفحه‌آرایی: رزیدنت یار - سیده زهرا عربی زنجانی	بهاء: ۲۱۵,۰۰۰ تومان
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

تشخیص و معاینه در روان پزشکی

خلاصه دروس ویژه آزمون ارتقا و مورد تخصصی ۱۴۰۲
متخصصین و دستیاران روان پزشکی کشور

Kaplan_and_Sadock's_Synopsis_of_Psychiatry 2022

ترجمه و تلخیص:

دکتر سیده نسیمه ساداتی

رتبه برتر آزمون مورد تخصصی ۱۴۰۰

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است. اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث روانپزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

مقدمه مؤلف:

آنچه پیش روی شماست ترجمه فصل یک از کتاب سیناپس ۲۰۲۲ است. با توجه به اهمیت بالای هنر مصاحبه در روانپزشکی و لزوم انجام ارزیابی‌ها، توانمندی در این زمینه از ملزومات کار در حوزه روانپزشکی و روانشناسی است. امید است مطالعه این کتاب، برای مخاطبین سودمند واقع شود. برای اینجانب جای خوشحالی است که از نظرات ارزشمند شما پیرامون این ترجمه آگاه شوم.

دکتر سیده نسیمه ساداتی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

فهرست

فصل ۱ - معاینه و تشخیص در بیمار روانپزشکی.....	۱۱
سؤالات و پاسخنامه ارتقا و مورد (کامپرهنسیو).....	۱۴۹

با توجه به تغییر رفرنس در سال جدید و اینکه در طی سال‌های گذشته نیز این
مبحث از رفرنس کامپرهنسیو بوده و سؤالات بر مبنای سیناپس وجود ندارد،
سؤالات صرفاً جهت آشنایی با نوع طرح سؤال گذاشته شده است.



معاینه و تشخیص در بیمار روانپزشکی

فصل ۱ Section 1

معاینه و تشخیص در بیمار روانپزشکی

۱-۱ بیمار بزرگسال

مصاحبه روانپزشکی، شرح حال و معاینه mental status:

یک مصاحبه روانپزشکی هدایت شده می‌تواند فهم چند بعدی از امان‌های بیوسایکوسوشیال اختلال به ما دهد.

از همان لحظات اولیه مصاحبه، رابطه پزشک - بیمار شکل می‌گیرد که خود می‌تواند تأثیر عمیقی بر پیامد درمان داشته باشد.

اصول جنرال

موافقت برای پروسه: روانپزشک باید خود را معرفی کند و بسته به شرایط می‌تواند بگوید که چرا این صحبت انجام می‌شود.

حریم خصوصی و رازداری ← به طور معمول در ابتدای مصاحبه بهتر است بگویید که محتویات جلسه محرمانه می‌ماند به جز بخشی که لازم است به پزشک ارجاع دهنده یا تیم درمانی منتقل شود. همین‌طور هرگاه فرد برای کسی آسیب رسان باشد، نگران رازداری نیستیم و از نظر قانونی موظفیم که به فرد در معرض خطر اطلاع دهیم.

بهتر است خانواده بیمار را هم ببینیم و این جلسه بهتر است بعد از جلسه با بیمار انجام شود. روانپزشک لازم نیست مطالبی که بیمار ذکر کرده را به جلسه بیاورد ولی به input آورده شده از سمت اعضای خانواده گوش می‌دهد و صحبت می‌شود.





در مواقعی که جلسه ضبط می‌شود، حتماً باید بیمار از این مسئله آگاه باشد و بداند که از این سند چطور استفاده می‌شود. مدت زمانی که این سند، نگهداری می‌شود و نحوه محدود کردن دسترسی به آن باید توضیح داده شود.

در مورد اتاق آینه نیز بیمار باید در جریان باشد و بداند مشاهده‌گران چه کسانی هستند و مطمئن شود که رازداری حفظ می‌شود.

احترام و ارزیابی: به علت استیگمای ناشی از اختلالات روانپزشکی، احتمالاً بیمار ترس یا اضطراب را قبل ویزیت تجربه می‌کند. موفقیت در مصاحبه اولیه اغلب بستگی به این دارد که چقدر پزشک توانسته از اضطراب بیش از اندازه بیمار بکاهد.

راپورت / ایمپاتی ← احترام به بیمار و ارزیابی وی منتهی به راپورت می‌شود. مداخلات همدلانه می‌تواند به قوی‌تر شدن راپورت کمک کند. این مداخلات می‌تواند کلامی (باید خیلی برایتان سخت باشد و ...) یا غیرکلامی (بالا بردن ابرو یا خم شدن به سمت بیمار) یا بسیار کوتاه (wow و ...) باشد. بخش اعظمی از پاسخ‌های همدلانه در مصاحبه، غیرکلامی است.

رابطه بیمار - پزشک ← خندیدن به دنبال اظهار نظر شوخ طبعانه بیمار، پذیرش یک اشتباه یا عذرخواهی به علت یک خطا یا تأخیر می‌تواند به تقویت رابطه درمانی کمک کند. لازم است که در مصاحبه انعطاف‌پذیر بود.

(سؤال) اگر بیمار آیتمی با خود آورد و به روانپزشک نشان می‌دهد، بهتر است به آن نگاه کنید، سؤالاتی بپرسید و تشکر کنید که با شما آن را قسمت کرده است.

(سؤال) هرگاه بیمار از روانپزشک سؤال می‌پرسد:

✓ اگر از مدرک پزشک و پوزیشن وی سؤال می‌شود، مستقیماً پاسخ دهید (مدرک بورد، کار در بیمارستان و ...).

✓ اگر سؤال به صورت تحقیق‌آمیز بود، مثلاً "واقعاً به مدرسه پزشکی رفته‌ای؟" اینجا به جای پاسخ مستقیم، بهتر است تمرکز کنیم روی موضوعی که باعث شد بیمار چنین جمله‌ای را بیان کند.

✓ در مورد پرسش در مورد مسائل شخصی (آیا متأهل هستید؟ بچه دارید؟ فوتبال می‌بینید؟) نوع پاسخ‌دهی بستگی به مسائل مختلفی دارد مثل نوع روان‌درمانی، نوع ارزیابی، context و فضایی که این سؤال پرسیده شده و تمایل روانپزشک.





در روان درمانی بینش گرا، بهتر است جستجو کنیم که علت طرح این سؤال توسط بیمار چه بود. در مورد پرسش از بچه داشتن، شاید بیمار دوست دارد از تجربه پزشک در تربیت فرزندان بهره بگیرد یا اینکه آیا پزشک تجربه لازم برای برخورد با این مشکل بیمار را دارد. در اینجا درمانگر می تواند بگوید که تجربه کار با افرادی که مشکلاتی در والدگری داشته اند را دارد.

برای بیمار با روان درمانی حمایتی یا مدیریت دارویی، پاسخ به سؤال مخصوصاً اگر خیلی شخصی نباشد (مثل اهل فوتبال هستید؟) کاملاً مناسب است.

علت اصلی که نباید به سؤالات مستقیماً پاسخ دهیم این است که مصاحبه از حالت بیمار - محور به پزشک - محور تبدیل می شود.

خودآگاه / ناخودآگاه ← در مصاحبه، فرآیند ناخودآگاه می تواند خود را با دامن زدن به بخشی از یک مسئله، slys (لغزش کلامی) یا نحوه صحبت باشد. وقتی بیمار می گوید "راستش را بخواهید" یا "اگر بخواهم رک باشم" این مسئله را در ذهن می آورد که اغلب راستش را نمی گوید یا رک نیست. در مصاحبه اولیه بهتر است به این مسائل توجه کنید ولی کنکاش نکنید و در صورت لزوم در جلسات بعدی پیگیری نمایید.

انتقال و انتقال متقابل، نمایه های مهمی از ناخودآگاه هستند.

انتقال ← فرآیندی که بیمار به طور ناخودآگاه و نامناسب، افرادی را و الگوی رفتاری را که در زندگی خود تجربه کرده (به خصوص کودکی) با درمانگر تجربه می کند. درمانگر اغلب اینجا به عنوان authority figure یا بخشی از والدین می شود (مترجم: رابطه بیمار با پزشک).

انتقال متقابل ← فرآیندی که پزشک به صورت ناخودآگاه به الگوی رفتاری و عاطفی بیمار جابه جا می شود، انگار بیمار فردی مهم از مراحل اولیه زندگی درمانگر است (مترجم: رابطه پزشک با بیمار). مقاومت ← یک فرآیند خودآگاه یا ناخودآگاه است که در روند درمان مداخله می کند. * در جلسه اول بهتر است از تفسیر دادن خودداری کنید.

مصاحبه های فرد - محور و بر اساس اختلال

مصاحبه روانپزشک بهتر است فرد - محور (بیمار - محور) باشد.

life-chart توسط آدولف مایر مطرح شد و هسته اصلی فهم سایکوبیولوژیکال از بیماری است.

اغلب اهداف بیمار از درمان (مسکن امن و ...) با روانپزشک (↓ توهم و ...) یکسان نیست.





امنیت و راحتی ← پزشک و بیمار هر دو باید احساس امنیت جسمی داشته باشند. مخصوصاً در بیمارستان یا بخش اورژانس گاه لازم است سایر پرسنل حضور داشته باشند یا دری در اتاق جهت فرار مصاحبه کننده وجود داشته باشد. برای بیمار سایکوتیک یا با کنفیوژن گاه لازم است که به آنها از نظر امنیت، اطمینان بخشی دهیم. اگر بیمار آژیته یا تهدید کننده است بهتر است مصاحبه را کوتاه تر کرده و یا زودتر ختم دهیم. سؤال مستقیم از بیمار در مورد راحتی، رابطه پزشک - بیمار را نیز بهبود می بخشد.

زمان و تعداد جلسات

برای مصاحبه اولیه، ۹۰-۶۰ دقیقه زمان نیاز است. در موارد زیر بهتر است تایم مصاحبه ۳۰-۲۰ دقیقه و یا کمتر باشد:

بخش مدیکال / بیمار با کنفیوژن / بیمار با دیسترس واضح / بیمار سایکوتیک
در این موارد چندین جلسه کوتاه، لازم است.

فرآیند مصاحبه

قبل مصاحبه ← در بیمار سرپایی اغلب با تماس تلفنی قرار ملاقات گرفته می شود. هر چند اینجا لازم است کسی که به تماس ها پاسخ می دهد بتواند به بیمار با دیسترس حاد، confused یا با نیت خودکشی یا دگرکشی پاسخ درست بدهد.

در ابتدا اطلاعات اولیه از بیمار گرفته می شود (شامل سن، جنس، منبع ارجاع و ...) و باید اطلاعاتی به بیمار داده شود در مورد مدت زمان مصاحبه، قیمت و اینکه در صورت داشتن سؤال با چه شماره ای می تواند تماس بگیرد.

اگر بیمار توسط قاضی یا منبع قضایی ارجاع شده، آنگاه هدف مصاحبه ممکن است متفاوت باشد و مربوط به ناتوانی، سؤالاتی در مورد competence یا ظرفیت بیمار یا علت بیماری روانپزشکی باشد. در این موارد خاص، بیمار و پزشک وارد یک رابطه درمانی نمی شوند و قوانین معمول رازداری اعمال نمی شود.

اتاق انتظار

می توان فرم شامل اطلاعات دموگرافیک و بیمه جهت تکمیل به بیمار داده شود. گاه درمانگران پرسشنامه هایی مثل PHQ-9 یا QIDS-SR را به بیمار ارائه می دهند.





اتاق مصاحبه

باید ضد صدا باشد و دکوراسیون خوشایند داشته باشد بدون ایجاد حواس پرتی. بیمار باید حق انتخاب صندلی یا کاناپه داشته باشد. درمانگر و بیمار باید در یک ارتفاع دید باشند و حداقل ۶-۴ فوت فاصله کافی است. روانپزشک نباید پشت میز بنشیند. باید رسمی لباس بپوشد و آراسته باشد. تلفن یا آلارم که مدام زنگ بخورد بهتر است در اتاق نباشد.

آغاز مصاحبه

بیمار توسط روانپزشک با روی خوش به اتاق دعوت می‌شود. پزشک خودش را معرفی می‌کند. دستش را دراز می‌کند و در صورت تمایل بیمار، دست می‌دهد. اگر بیمار دستش را دراز نکرد، به گرمی او را به اتاق دعوت می‌کنیم. امتناع از دست دادن بسیار مهم است، آن را در ذهن نگه می‌داریم ولی با بیمار مطرح نمی‌کنیم. می‌توانید پیشنهاد کنید کت بیمار را بگیرید! و مشخص کنید کجا بنشیند. می‌توان پرسید که به اسم کوچک بیمار را صدا بزنید یا آقا و خانم و اگر سؤال نشد، بهتر است نام خانوادگی فرد را بگویید مگر اینکه بیمار خودش بخواهد به نام کوچک صدا زده شود (مخصوصاً اگر بیمار جوان‌تر باشد). اگر بیمار پرسید که قرار است در این قرار ملاقات چه اتفاقی بیفتد و همچنین در مورد رازداری و سایر مسائل پرسید، روانپزشک باید مستقیماً پاسخ دهد و بعد می‌تواند با یک سؤال open-ended شروع کند مثل "چی باعث شد که بیان اینجا؟"

المان‌های مصاحبه اولیه روانپزشکی

دو عنصر مهم در مصاحبه روانپزشکی، شرح حال بیمار و MSE است.





Table 1-1
Parts of the Initial Psychiatric Interview

- I. Identifying data
- II. Source and reliability
- III. Chief complaint
- IV. Present illness
- V. Past psychiatric history
- VI. Substance use/abuse
- VII. Past medical history
- VIII. Family history
- IX. Developmental and social history
- X. Review of systems
- XI. Mental status examination
- XII. Physical examination
- XIII. Formulation
- XIV. DSM-5 diagnoses
- XV. Treatment plan

ID ← حتماً از نژاد و قومیت بپرسید. اغلب منبع ارجاع نیز اینجا نوشته می‌شود.

شکایت اصلی

chief-complaint مربوط به شکایت فعلی بیمار است که با کلمات خودش نوشته می‌شود.

(PI) present illness

مربوط به اپیزود فعلی است. به تغییراتی که در علایق بیمار، روابط بین فردی، رفتار، عادات شخصی و سلامت جسمی وی رخ داده اشاره می‌کنیم.

طول مدت علائم فعلی را می‌پرسیم و استرسور را بررسی می‌کنیم. همچنین مواردی مثل دارو، حمایت، مهارت‌های coping و یا زمان مشخصی از روز که علائم تشدید یا تخفیف می‌یابد را بیان می‌کنیم.

اغلب PI شامل (علائم) what، how much (شدت)، طول مدت و فاکتورهای مربوطه است و بسیار مهم است که بپرسیم چرا بیمار الآن مراجعه کرده است. برای مرور علائم می‌توان از ۴ دسته مهم خلق، اضطراب، سایکوز و سایر استفاده کرد.





Psychiatric Review of Systems

1. Mood

- A. Depression: Sadness, tearfulness, sleep, appetite, energy, concentration, sexual function, guilt, psychomotor agitation or slowing, interest. A common mnemonic used to remember the symptoms of major depression is SIGECAPS (**S**leep, **I**nterest, **G**uilt, **E**nergy, **C**oncentration, **A**ppetite, **P**sychomotor agitation or slowing, **S**uicidality).
- B. Mania: Impulsivity, grandiosity, recklessness, excessive energy, decreased need for sleep, increased spending beyond means, talkativeness, racing thoughts, hypersexuality.
- C. Mixed/Other: Irritability, liability.

2. Anxiety

- A. Generalized anxiety symptoms: Where, when, who, how long, how frequent.
- B. Panic disorder symptoms: How long until peak, somatic symptoms including racing heart, sweating, shortness of breath, trouble swallowing, sense of doom, fear of recurrence, agoraphobia.
- C. Obsessive-compulsive symptoms: Checking, cleaning, organizing, rituals, hang-ups, obsessive thinking, counting, rational vs. irrational beliefs.
- D. Posttraumatic stress disorder: Nightmares, flashbacks, startle response, avoidance.
- E. Social anxiety symptoms.
- F. Simple phobias, for example, heights, planes, spiders, etc.

3. Psychosis

- A. Hallucinations: Auditory, visual, olfactory, tactile.
- B. Paranoia.
- C. Delusions: TV, radio, thought broadcasting, mind control, referential thinking.
- D. Patient's perception: Spiritual or cultural context of symptoms, reality testing.

4. Other

- A. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms.
- B. Eating disorder symptoms: Binging, purging, excessive exercising.





سابقه روانپزشکی گذشته (PPH) به بررسی سیر بیماری، علائم و درمان‌ها می‌پردازد.

شامل: درمان‌های سرپایی مثل روان‌درمانی، بستری موقت، مرکز نگهداری، بستری در بیمارستان به صورت اجباری یا اختیاری، گروه‌های حمایتی و ...

همچنین ECT، نور درمانی یا درمان‌های کمکی.

تشخیص‌هایی که سایر پزشکان گذاشته‌اند را مطرح می‌کنید.

سابقه خودکشی در گذشته (ارزیابی ریسک اقدام مثل کشندگی و ...) و خودزنی را بپرسید.

مصرف مواد، اعتیاد و سوء مصرف ← سابقه مصرف مواد، شروع آن و نوع مصرف را بپرسید و عواقب

آن را ارزیابی نمایید (مثل تعاملات اجتماعی، کار، مدرسه، پیامدهای قانونی، رانندگی در حالت مسمومیت (intoxication (DWI)).

برخی روانپزشکان از پرسشنامه‌های کوتاه و استاندارد مثل CAGE یا RAPS4 برای شناسایی وابستگی یا سوء مصرف الکل استفاده می‌کنند.

CAGE شامل ۴ پرسش است:

(۱) آیا تا به حال خواستید نوشیدن را قطع کنید؟ (cut down)

(۲) آیا مردم شما را با ملامت کردن راجع به الکل آزار داده‌اند؟ (annoyed you)

(۳) آیا تا به حال در مورد نوشیدنتان احساس گناه داشته‌اید؟ (guilty)

(۴) آیا تا به حال صبح بعد بیدار شدن و چشم باز کردن اقدام به مصرف الکل کرده‌اید تا از کسلی خارج شوید؟ (eye-opened)

RAPS4 (Rapid Alcohol Problem Screen) نیز شامل ۴ پرسش است:

(۱) آیا تا به حال بعد مصرف الکل حس گناه داشته‌اید؟ (Remorse)

(۲) نمی‌توانید چیزهایی که بعد نوشیدن گفتید یا انجام دادید را به یاد بیاورید؟ (Amnesia)

(۳) بعد نوشیدن برای آنچه که به طور نرمال انتظار می‌رود تا انجام دهید، مشکل دارید؟ (Perform)

(۴) آیا نوشیدن در اول صبح دارید؟ (Starter)

هرگونه دوره پاکی باید ذکر شود و به طول مدت و ستینگ و محلی که اتفاق افتاده (زندان، قانونی و ...) اشاره شود. همین‌طور از درمان‌های بستری، سرپایی، گروه‌های خود - یاری و ... سؤال شود.



در این بخش به مصرف سیگار و قهوه، قماربازی، رفتارهای خوردن و استفاده از اینترنت نیزپردازید. نوع اعتیادی خوردن می‌تواند شامل binge eating disorder باشد.

سابقه مدیکال قبلی (PMH) ← بیماری‌های مدیکال قبلی و فعلی و جراحی‌ها را بررسی می‌کنید. از واکنش بیمار به بیماری و مهارت‌های coping بپرسید.

همچنین اثر داروها و عوارض دارویی تجربه شده را ذکر کنید. همچنین مصرف داروهای OTC، وسایل کمک کننده خواب، داروهای گیاهی و کمکی نیز پرسیده شود. آلرژی به داروها ذکر شود.

سابقه خانوادگی ← اینجا به تشخیص روانپزشکی، داروهای دریافتی، بستری‌ها، اختلال مصرف مواد و سابقه کشندگی در خانواده اشاره می‌کنید. همچنین FH دیابت یا هایپرلیپیدمی بررسی شود. به یاد داشته باشید که سنت‌های خانواده، عقاید و انتظارات آن‌ها نقش مهمی در ایجاد، بروز یا سیر بیماری دارد.

سابقه تکاملی و اجتماعی ← به استرسور سایکوسوشال فعلی توجه می‌کنید. به بررسی سابقه کودکی، مدرسه، سوء استفاده فیزیکی و جنسی، شغلی، سربازی، ازدواج و روابط می‌پردازید. همچنین ارتباط فعلی با والدین، پدربزرگ، مادربزرگ، بچه‌ها و نوه‌ها بخش مهمی از سابقه اجتماعی است. همچنین از سرگرمی‌های بیمار، علایق، حیوان خانگی و ... بپرسید.



Table 1-3
Sexual History

1. Screening questions
 - a. Are you sexually active?
 - b. Have you noticed any changes or problems with sex recently?
2. Developmental
 - a. Acquisition of sexual knowledge
 - b. Onset of puberty/menarche
 - c. Development of sexual identity and orientation
 - d. First sexual experiences
 - e. Sex in romantic relationship
 - f. Changing experiences or preferences over time
 - g. Sex and advancing age
3. Clarification of sexual problems
 - a. Desire phase
Presence of sexual thoughts or fantasies:
When do they occur and what is their object?
Who initiates sex and how?
 - b. Excitement phase
Difficulty in sexual arousal (achieving or maintaining erections, lubrication), during foreplay and preceding orgasm
 - c. Orgasm phase
Does orgasm occur?
Does it occur too soon or too late?
How often and under what circumstances does orgasm occur?
If orgasm does not occur, is it because of not being excited or lack of orgasm despite being aroused?
 - d. Resolution phase
What happens after sex is over (e.g., contentment, frustration, continued arousal)?

مرور سیستم‌ها ← این بخش تلاش می‌کند هر علامت روانشناختی یا فیزیکی فعلی که در PI مشخص نشد را شناسایی کند (مثل خستگی، ضعف و ...).





← MSE

ظاهر (Appearance) و رفتار ← طی مصاحبه بیمار چطور به نظر می‌رسد و رفتار می‌کند؟ دقت به اسکار، تتو.

در این بخش ممکن است بیمار را cooperative، آژیته، مهارگسیخته، بی‌علاقه یا ... توصیف کنید.

فعالیت حرکتی ← نرمال، کند (برادی کینزیا) یا آژیته (هایپرکینزی)

تیک، jitteriness، ترمور، بی‌قراری واضح، گاز گرفتن لب و ... را بیان کنید.

Speech ← به فصاحت کلام (fluency)، میزان، سرعت، تون و حجم آن اشاره نمایید.

خلق ← برخی نویسندگان اشاره کرده‌اند که به جای خلق و عاطفه، از اصطلاح emotional expression استفاده شود.

عاطفه ← با المان‌های زیر تعریف می‌شود:

✓ Quality (کیفیت) ← مثل دیس فوریک، شاد، تحریک‌پذیر و ...

✓ Quantity (کمیت) ← برای اندازه‌گیری شدت

✓ Range ← مثل محدود، نرمال یا labile (flat) اغلب برای بیماران اسکیزوفرنیا تعریف می‌شود که محدودیت شدید در عواطف دارند).

✓ تناسب (Appropriateness) ← برمی‌گردد به اینکه عاطفه چقدر با ستینگ مربوط است.

← کلام اغلب یک سرنخ ضروری برای ارزیابی عاطفه است ولی رد کننده نیست.

محتوی فکر ← شامل افکار وسواسی، اجبار، هذیان (Bizarre و Non-bizarre)، افکار خودکشی و دگرکشی.



پردازش فکر (Thought process)



Table 1-4
Formal Thought Disorders

Circumstantiality. Overinclusion of trivial or irrelevant details that impede the sense of getting to the point.
Clang associations. Thoughts are associated by the sound of words rather than by their meaning (e.g., through rhyming or assonance).
Derailment. (Synonymous with loose associations.) A breakdown in both the logical connection between ideas and the overall sense of goal directedness. The words make sentences, but the sentences do not make sense.
Flight of ideas. A succession of multiple associations so that thoughts seem to move abruptly from idea to idea; often (but not invariably) expressed through rapid, pressured speech.
Neologism. The invention of new words or phrases or the use of conventional words in idiosyncratic ways.
Perseveration. Repetition of out of context words, phrases, or ideas.
Tangentiality. In response to a question, the patient gives a reply that is appropriate to the general topic without actually answering the question. Example: Doctor: "Have you had any trouble sleeping lately?" Patient: "I usually sleep in my bed, but now I'm sleeping on the sofa."
Thought blocking. A sudden disruption of thought or a break in the flow of ideas.

آشفته‌گی‌های ادراکی (perceptual disturbance) ← شامل توهم، ایلوژن، depersonalization و derealization.

شایع‌ترین توهم، نوع شنوایی است.

در فرهنگ آمریکای شمالی، توهم غیرشنوایی اغلب سرخی برای یک مسئله نورولوژیک، طبی یا محرومیت مواد تا یک اختلال اولیه روانپزشکی است اما در سایر فرهنگ‌ها، توهم بینایی شایع‌ترین فرم توهم در اسکیزوفرنیاست. شنیدن زوزه باد در بین درختان بیرون اتاق خواب یا اینکه فرد فکر کند کسی نامش را صدا می‌زند، ایلوژن اطلاق می‌شود.





در بررسی توهم حتماً مصاحبه کننده باید از ماهیت ego-dystonic سؤال کند.

شناخت

شامل alertness، ارینتاسیون، تمرکز، حافظه (کوتاه و بلند مدت)، محاسبه، میزان دانش، استدلال انتزاعی (abstract reasoning)، بینش و قضاوت است.



Table 1-5

Questions Used to Test Cognitive Functions in the Sensorium Section of the Mental Status Examination

1. Alertness	(Observation)
2. Orientation	What is your name? Who am I? What place is this? Where is it located? What city are we in?
3. Concentration	Starting at 100, count backward by 7 (or 3). Say the letters of the alphabet backward starting with Z. Name the months of the year backward starting with December.
4. Memory: Immediate	Repeat these numbers after me: 1, 4, 9, 2, 5.
Recent	What did you have for breakfast? What were you doing before we started talking this morning? I want you to remember these three things: a yellow pencil, a cocker spaniel, and Cincinnati. After a few minutes I'll ask you to repeat them.
Long term	What was your address when you were in the third grade? Who was your teacher? What did you do during the summer between high school and college?
5. Calculations	If you buy something that costs \$3.75 and you pay with a \$5 bill, how much change should you get? What is the cost of three oranges if a dozen oranges cost \$4.00?
6. Fund of knowledge	What is the distance between New York and Los Angeles? What body of water lies between South America and Africa?
7. Abstract reasoning	Which one does not belong in this group: a pair of scissors, a canary, and a spider? Why? How are an apple and an orange alike?





- برای بررسی استدلال انتزاعی حتماً به فاکتورهای فرهنگی و تحصیلی و محدودیت‌ها توجه نمایید.
- به یاد داشته باشید که ممکن است یک فرد با سایکوز، بینش خوبی داشته باشد ولی فردی دیگر با اختلال اضطرابی خفیف بدون بینش یا با بینش اندک باشد.
- در مورد قضاوت، سطح آن ممکن است با سطح بینش ارتباط داشته باشد و یا بی‌ارتباط باشد. اینجا مهم است ارزیابی کنیم که آیا بیمار چیزی را انجام می‌دهد که می‌تواند برای او یا دیگران آسیب زننده باشد و می‌تواند از خود مراقبت کند یا خیر، زیرا فرد با قضاوت مختل واضحاً نیاز به سطح بالایی از ارزیابی و گاه بستری دارد.

معاینه فیزیکی

- در ستینگ سرپایی شاید معاینه انجام نشود و یا به صورت محدود، اما در زمان بستری یا شرایط اورژانس، معاینات کامل‌تری انجام می‌شود.
- در اندازه‌گیری‌ها، علائم حیاتی، وزن، دور کمر، BMI و قد مهم است.
- AIMS در فردی که آنتی‌سایکوتیک مصرف می‌کند حائز اهمیت است.
- ارزیابی نورولوژیک متمرکز، بخش مهمی از ارزیابی روانپزشکی است.

فرمولاسیون

- باید شامل خلاصه مختصر از شرح حال بیمار، تظاهرات و موقعیت فعلی باشد. حتماً باید فاکتورهای بیولوژیک (سابقه دارویی، خانوادگی و طبّی)، سایکولوژیک (مسائل کودکی، تعاملات بین فردی) و اجتماعی (استرسورها، مدرسه، کار، روابط بین فردی و ...) را شامل شود.
- تشخیص‌های افتراقی و تشخیص provisional ذکر می‌شود. در نهایت در فرمولاسیون باید ذکر شود که چه حدی از مراقبت برای این بیمار توصیه می‌شود.



Table 1-6
Common Questions for Psychiatric History and Mental Status

Topic	Questions	Comments and Clinical Hints
Identifying data	Be direct in obtaining identifying data. Request specific answers.	If patient cannot cooperate, get information from family member or friend; if referred by a physician, obtain medical record.
Chief complaint (CC)	Why are you going to see a psychiatrist? What brought you to the hospital? What seems to be the problem?	Records answers verbatim; a bizarre complaint points to psychotic process.
History of present illness (HPI)	When did you first notice something happening to you? Were you upset about anything when symptoms began? Did they begin suddenly or gradually?	Record in patient's own words as much as possible. Get history of previous hospitalizations and treatment. Sudden onset of symptoms may indicate drug-induced disorder.
Previous psychiatric and medical disorders	Did you ever lose consciousness? Have a seizure?	Ascertain extent of illness, treatment, medications, outcomes, hospitals, doctors. Determine whether illness serves some additional purpose (secondary gain).
Personal history	Do you know anything about your birth? If so, from whom? How old was your mother when you were born? Your father?	Older mothers (>35) have high risk for Down syndrome babies; older fathers (>45) may contribute damaged sperm, producing deficits including schizophrenia.



Childhood	Toilet training? Bed-wetting? Sex play with peers? What is your first childhood memory?	Separation anxiety and school phobia are associated with adult depression; enuresis is associated with fire setting. Childhood memories before the age of 3 are usually imagined, not real.
Adolescence	Adolescents may refuse to answer questions, but they should be asked. Adults may distort memories of emotionally charged experiences. Sexual molestation?	Poor school performance is a sensitive indicator of emotional disorder. Schizophrenia begins in late adolescence.
Adulthood	Open-ended questions are preferable. Tell me about your marriage. Be nonjudgmental; What role does religion play in your life, if any? What is your sexual preference in a partner?	Depending on the chief complaint, some areas require more detailed inquiry. Manic patients frequently go into debt or are promiscuous. Overvalued religious ideas are associated with paranoid personality disorder.
Sexual history	Are there or have there been any problems or concerns about your sex life? How did you learn about sex? Has	Be nonjudgmental. Asking <i>when</i> masturbation began is a better approach than asking <i>do you</i> or





	there been any change in your sex drive?	<i>did you ever masturbate.</i>
Family history	Have any members in your family been depressed? Alcoholic? In a mental hospital? Describe your living conditions. Did you have your own room?	Genetic loading in anxiety, depression, schizophrenia. Get medication history of family (medications effective in family members for similar disorders may be effective in patient).
Mental Status		
General appearance	Introduce yourself and direct patient to take a seat. In the hospital, bring your chair to bedside; do not sit on the bed.	Unkempt and disheveled in cognitive disorder, pinpoint pupils in narcotic addiction, withdrawal and stooped posture in depression.
Motoric behavior	Have you been more active than usual? Less active? You may ask about obvious mannerisms, such as, "I notice that your hand still shakes, can you tell me about that?" Stay aware of smells, such as alcoholism/ketoacidosis.	Fixed posturing, odd behavior in schizophrenia. Hyperactive with stimulant (cocaine) abuse and in mania. Psychomotor retardation in depression; tremors with anxiety or medication side effect (lithium). Eye contact is normally made during the





		interview. Minimal eye contact in schizophrenia. Scanning of environment in paranoid states.
Attitude during interview	You may comment about attitude: "You seem irritated about something; is that an accurate observation?"	Suspiciousness in paranoia; seductive in hysteria; apathetic in conversion disorder (<i>la belle indifference</i>); punning (<i>witzelsucht</i>) in frontal lobe syndromes.
Mood	How do you feel? How are your spirits? Do you have thoughts that life is not worth living or that you want to harm yourself? Do you have plans to take your own life? Do you want to die? Has there been a change in your sleep habits?	Suicidal ideas in 25% of depressives; elation in mania. Early morning awakening in depression; decreased need for sleep in mania.
Affect	Observe nonverbal signs of emotion, body movements, facies, rhythm of voice (prosody). Laughing when talking about sad subjects, such as death, is inappropriate.	Changes in affect usual with schizophrenia: loss of prosody in cognitive disorder, catatonia. Do not confuse medication adverse effect with flat affect.





Speech	Ask patient to say "Methodist Episcopalian" to test for dysarthria.	Manic patients show pressured speech; paucity of speech in depression; uneven or slurred speech in cognitive disorders.
Perceptual disorders	Do you ever see things or hear voices? Do you have strange experiences as you fall asleep or upon awakening? Has the world changed in any way? Do you have strange smells?	Visual hallucinations suggest schizophrenia. Tactile hallucinations suggest cocaineism, delirium tremens (DTs). Olfactory hallucinations common in temporal lobe epilepsy.
Thought content	Do you feel people want to harm you? Do you have special powers? Is anyone trying to influence you? Do you have strange body sensations? Are there thoughts that you can't get out of your mind? Do you think about the end of the world? Can people read your mind? Do you ever feel the TV is talking to you? Ask about fantasies and dreams.	Are delusions congruent with mood (grandiose delusions with elated mood) or incongruent? Mood-incongruent delusions point to schizophrenia. Illusions are common in delirium. Thought insertion is characteristic of schizophrenia.
Thought process	Ask meaning of proverbs to test abstraction, such	Loose associations point to

