

باغچه خندا

طیبات هنراست،

هنرهای مکنی قلب و اندیشه



سرشناسه	مهدوی سرشت، شیوا، ۱۳۷۱-
عنوان و نام پدیدآور	ارزیابی و سنجش در روان پزشکی: خلاصه درس ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵ Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry. 5th ed, section v, 2024/
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۳۷۹ ص: مصور(رنگی)، ج ۱۷
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۲۸-۳-۱۴۹۰۰۰۰۰ ریال
مدیر برنامه ریزی و تولید	الهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب " Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry. 5th ed, 2024 " به ویراستاری الن تاسمن... او دیگران است.
موضوع	روان پزشکی Psychiatry پزشک و بیمار Physician and patient
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	تضمن، آلن، ۱۹۴۷ - م.
شناسه افزوده	Tasman, Allan
رده بندی کنگره	RC ۴۵۴
رده بندی دیویی	۸۹/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۷۰۷۳۵۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

ارزیابی و سنجش در روان پزشکی: خلاصه درس ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry. 5th ed, section v 2024/	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۱۰۰ جلد
صفحه آرا: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۲۸-۳-۱۴۹۰۰۰۰۰
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	بهاء: ۱.۴۹۰.۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

ارزیابی و سنجش در روان پزشکی

خلاصه درس ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵

Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry.
5th edition. section v 2024.

ترجمه و تلخیص

دکتر شیوا مهدوی سرشت

متخصص روان پزشکی

۱۰ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رهمت‌ش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه 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 میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبانی روان‌پزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مبانی و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (رزیدنت‌یار) با جمعی از اساتید (تبه A) را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مبانی پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



مقدمه مولف

در راستای ارائه‌ی مراقبت بهینه به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی، ارزیابی گامی بسیار مهم است. امید است ترجمه و تلفیص پیش رو از بخش پنجم کتاب روانپزشکی تاسمن ۲۰۲۴، به دستیاران عزیز روانپزشکی در توسعه‌ی دانش و مهارتشان برای ارزیابی روانپزشکی کمک نماید.

دکتر شیوا مهدوی سرشت

فهرست مطالب



فصل ۳۸: ارزیابی بالینی چندوجهی و برنامه‌ریزی درمان.....	۱۱
فصل ۳۹: هوشیاری (Consciousness)، حافظه (Memory) و هوش (Intelligence).....	۵۹
فصل ۴۰: اختلالات گفتار، فکر، ادراک و تجربه‌ی خود.....	۷۹
فصل ۴۱: هیجانات (Emotions).....	۹۵
فصل ۴۲: رفتار و عملکرد سازگارانه.....	۱۳۹
فصل ۴۳: علایم و نشانه‌های جسمی.....	۱۶۱
فصل ۴۴: ارزیابی نوروسایکولوژیک و نوروفیزیولوژیک.....	۱۸۵
فصل ۴۵: تصویر برداری در روان پزشکی.....	۲۱۱
فصل ۴۶: رویکرد‌های عصب زیست شناختی یکپارچه در ارزیابی.....	۲۳۷
فصل ۴۷: ابزارهای ارزیابی در روان پزشکی.....	۲۵۷
فصل ۴۸: ملاحظات ویژه در ارزیابی روان پزشکی در طول عمر.....	۲۹۱
فصل ۴۹: مسائل مرتبط با فرهنگ در ارزیابی روان پزشکی.....	۳۲۱
فصل ۵۰: مسائل خاص در ارزیابی روان پزشکی.....	۳۴۷
فصل ۵۱: صورت بندی روان پزشکی.....	۳۶۱

ارزیابی بالینی چند وجهی و برنامه ریزی درمان

ارزیابی بالینی چند وجهی و برنامه ریزی درمان

ارزیابی روان پزشکی روشی است برای جمع آوری داده های روان شناختی، زیست شناختی، اجتماعی و محیطی حال و گذشته بیمار، با هدف ایجاد تصویری جامع از نقاط قوت و مشکلات بیمار، شامل تشخیص های روان پزشکی، و تدوین برنامه های درمانی. این ارزیابی، آغاز ضروری هر دوره درمان روان پزشکی است و هنگامی که به درستی انجام شود، رویکردی چند وجهی را برای درک بیماری روانی و ارائه مراقبت بالینی یکپارچه می کند.

ارزیابی بالینی و تنظیم یک برنامه ی درمانی، اجزای ضروری تمامی مواجهه های روانپزشکی هستند. هر ارزیابی روان پزشکی باید خاص زمینه ای باشد که در آن رخ می دهد. ارزیابی یک بیمار در بخش اورژانس روان پزشکی متفاوت است از ارزیابی یک دانشجوی کارشناسی ارشد که برای روان کاوی درخواست داده، یک عضو از زوج که برای مشاوره مشکلات زناشویی مراجعه کرده، یا یک زندانی متهم که برای احراز صلاحیت محاکمه شدن ارزیابی می شود. در هر مورد، ارزیابی و برنامه درمانی متناسب با موقعیت تنظیم می شود. هدف همچنین توسعه درمانی فردی تر به معنای پزشکی شخصی سازی شده است. برای این منظور، تعریف نقاط پایانی بالینی مرتبط از اهمیت مرکزی برخوردار است.

در دهه های گذشته، «پاسخ درمانی» که شامل کاهش ۲۰ درصدی علائم پس از تنها ۴ هفته درمان بود، و «فروکش بیماری (remission)»، یعنی کاهش موقت یا دائمی علائم بیماری، به عنوان نقطه پایانی درمان تعریف می شدند؛ اما امروزه مفهومی بالینی جامع تر به نام «بهبودی» ((recovery بازگرداندن عملکرد برای زندگی خود تعیین شده) برای سنجش موفقیت درمان به کار گرفته می شود. بر این اساس، هدف درمان برای افراد مبتلا به بیماری روانی، امکان مشارکت در جامعه است، حتی در حالی که بیماری همچنان باقی بماند.

این هدف می تواند از طریق تشخیص دقیق، دارودرمانی و روان درمانی، تثبیت روانی و جسمانی، فعال سازی منابع، تقویت انگیزه، و پرورش مهارت هایی برای زندگی مستقل و خوداتکا به دست آید. توانایی بهبود کامل تحت تأثیر مکانیسم های نوروبیولوژیک، عوامل محیطی گوناگون، و اثربخشی درمان قرار دارد.

جنبه های شناختی و اجتماعی، نخستین بروز اختلال، تشخیص زود هنگام، و درمان به موقع همه تأثیر حیاتی بر پیامدهای علامتی و عملکردی درمان دارند. با این حال، علی رغم تحقیقات گسترده و توسعه رویکردهای درمانی جدید، بهبود کامل تنها در درصد کمی از بیماران مبتلا به بیماری روانی حاصل می شود: در حالی که ۳۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال



دوقطبی و ۴۵ درصد از افرادی که افسردگی دارند، فرآیند بهبود مثبتی را نشان می‌دهند، تنها ۱۵ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی این گونه‌اند. بنابراین، نیاز زیادی به اقدام وجود دارد تا پیامدهای به مراتب بهتری به دست آید. با این وجود، پارادایم‌های تشخیصی و درمانی متفاوت، ناهمگنی فنوتیپی، و گاهی پایه زیست‌شناختی هنوز نامشخص بیماری‌های روانی، همچنان چالش عظیمی به شمار می‌روند.

این فصل، طرحی از کامل‌ترین رویکرد به ارزیابی روان‌پزشکی ارائه می‌دهد - یعنی رویکردی که معمولاً هنگامی دنبال می‌شود که فردی در بخش بستری روان‌پزشکی پذیرش می‌شود. ارزیابی روان‌پزشکی کامل شامل مصاحبه روان‌پزشکی، معاینه جسمانی، از جمله ارزیابی عصبی، آزمایش‌های آزمایشگاهی، و در صورت لزوم، آزمون‌های نوروسایکولوژیک، مصاحبه‌های ساختار یافته، و تصویربرداری مغزی است. نتایج این ارزیابی سپس برای سنجش خطر، رسیدن به تشخیص‌های موقت و در صورت امکان تشخیص‌های قطعی، و تکمیل برنامه‌های درمانی اولیه و جامع به کار گرفته می‌شود. طول، جزئیات و ترتیب ارزیابی باید بر اساس زمینه‌ای که در آن انجام می‌شود، تغییر یابد. پزشک باید اهداف مصاحبه، تحمل بیمار نسبت به پرسش‌ها، و زمان موجود را ارزیابی کند. جدول ۱ نشان می‌دهد که چگونه ارزیابی روان‌پزشکی بسته به نوع زمینه متفاوت است.



معیانه فیزیکی / نورولوژیک، آزمایش‌ها، تصویر برداری	مصاحبه روان پزشکی و MSE	محیط (Setting)	برنامه ریزی درمان
معیانه فیزیکی معمولاً انجام می‌شود؛ سایر تست ها در صورت نیاز انجام می شود.	اغلب طولانی و گسترده؛ ممکن است به دلیل توانایی یا تمایل بیمار برای برقراری ارتباط محدود شود. شرح حال از اطرافیان مهم است.	اورژانس	تمرکز اصلی بر تعیین وضعیت نهایی بیمار است.
معاینات فیزیکی و نورولوژیک و تست‌های آزمایشگاهی همیشه انجام می‌شود.	مصاحبه گسترده است اما اطلاعات کامل ممکن است طی چند مصاحبه به دست آید. شرح حال از اطرافیان مهم است.	بخش بستری روان پزشکی	برنامه‌های جامع و رسمی تهیه می‌شود که بر درمان و وضعیت نهایی تمرکز دارند.
اطلاعات پزشکی از پرونده و پزشک ارجاع دهنده به دست می‌آید.	میزان عمق مصاحبه متغیر است و به دلیل ارجاع و وضعیت پزشکی بیمار بستگی دارد. تلاش برای انجام MSE کامل.	سرویس رابط مشاور	توصیه‌ها به تیم اصلی درمان ارائه می‌شود و بر دلیل ارجاع تمرکز دارد.
اطلاعات پزشکی در صورت نیاز با ارجاع به پزشک عمومی یا متخصص به دست می‌آید.	فوریت ارزیابی می‌شود. در شرایط غیر اضطراری تمرکز بر شکایت اصلی و MSE است.	درمانگاه یا مطب سرپایی	برنامه ریزی می‌تواند رسمی یا غیررسمی باشد.
ارزیابی‌ها بسته به هدف مصاحبه درخواست می شوند.	مصاحبه متمرکز بر دلیل ارجاع است اما شامل MSE کامل می شود.	مصاحبه با اشخاص ثالث	معمولاً تنها در ارتباط با توصیه برای هدف مصاحبه مطرح می‌شود.

جدول ۱.



مصاحبه‌ی روان پزشکی (مهم ترین بخش - سنگ بنای تشخیص)

علی رغم پیشرفت آزمون‌های تصویر برداری مغزی، معیار های تشخیصی استاندارد شده، و مقیاس های امتیاز دهی ساختاریافته، مصاحبه روان پزشکی (جدول ۲) همچنان سنگ بنای ارزیابی بالینی در روان پزشکی باقی مانده است. چه این مصاحبه در یک بخش اورژانس روان پزشکی شلوغ، یک بخش بستری، یا یک مطب سرپایی انجام شود، مصاحبه روان پزشکی برای ایجاد رابطه صمیمانه (rapport) با بیمار، آغاز اتحاد درمانی، گردآوری تاریخچه روان پزشکی، و انجام معاینه وضعیت روانی (MSE) ضروری است. هنگامی که مصاحبه به طور ماهرانه ای انجام شود، ممکن است به نظر یک گفتگوی آرام و غیررسمی برسد؛ با این حال، در واقع ابزاری تشخیصی بسیار دقیق است که از عناصر خاصی تشکیل شده: اطلاعات شناسایی، شکایت اصلی، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه روان پزشکی گذشته، تاریخچه شخصی، تاریخچه خانوادگی، تاریخچه پزشکی، تاریخچه مصرف مواد، و معاینه وضعیت روانی (MSE). ویژگی های ضروری مصاحبه روان پزشکی در اینجا برجسته شده اند.

قبل از آغاز مصاحبه، روان پزشک باید خود را معرفی کند، هدف مصاحبه را توضیح دهد و تلاش کند تا بیمار را تا حد ممکن آرام و راحت سازد. دقیق ترین اطلاعات هنگامی به دست می آید که هم روان پزشک و هم بیمار به زبانی سخن بگویند که هر دو در آن روان و مسلط باشند. هنگامی که این امکان وجود ندارد، باید از مترجم استفاده شود؛ در حالت ایده آل، مترجمی حرفه ای که آموزش سلامت روان دیده باشد یا یکی از اعضای دوزبانه کادر درمانی. حتی در این صورت نیز، برخی از ظرایف ارتباطی بیمار ممکن است از دست برود.

اجزای ضروری:

- **اطلاعات شناسایی (Identifying information):** بیشتر مصاحبه کنندگان مفید می دانند که مصاحبه را با چند پرسش طراحی شده برای شناسایی کلی بیمار آغاز کنند. پرسیدن نام، سن، آدرس، وضعیت تأهل و شغل بیمار، تصویری کلی و سریع فراهم می آورد و مصاحبه را با مطالبی از نظر عاطفی خنثی شروع می کند. اگر مصاحبه کننده انتخاب کند که به این شیوه آغاز کند، این بخش باید به سرعت تکمیل شود و سپس به بیمار فرصت داده شود تا به پرسش های باز پاسخ دهد؛ پرسش هایی که به مصاحبه کننده اجازه می دهند حس دقیق تری از الگوهای گفتار خودانگیخته بیمار، فرآیندهای فکری و محتوای فکر او به دست آورد. اگر بیمار در پاسخ به این تغییر بیش از حد آشفتگی و نامنظم شود، روان پزشک می تواند به پرسش های متمرکزتر بازگردد تا مصاحبه را ساختاریافته و منظم کند. در صورت امکان، در جریان مصاحبه، سایر قطعات اطلاعات شناسایی مانند قومیت بیمار و وابستگی مذهبی او نیز باید به دست آید.
- **شکایت اصلی (Chief Complaint):** دقیقاً به زبان خود بیمار (حتی اگر به ظاهر بی ربط باشد). روانپزشک بایستی بیمار را هدایت کند تا مشکل دقیق فعلی (نه مشکلات مزمن) را بیان کند. در مصاحبه با اشخاص ثالث شکایت اصلی با هدف مصاحبه جایگزین می شود.



• **تاریخچه‌ی بیماری کنونی (HPI):** شروع، مدت، عوامل تسریع کننده، استرسورها، قطع دارو، مصرف ماده پس از شناسایی شکایت اصلی، مصاحبه گر باید ماهیت بیماری فعلی را روشن کند. طبق تعریف، بیماری فعلی با شروع علائم و نشانه‌هایی آغاز می‌شود که مشخصه‌ی دوره کنونی بیماری هستند. به عنوان مثال، تاریخچه بیماری فعلی برای یک بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی مزمن که در ۳ سال گذشته بدون علامت بوده اما اکنون با علائم مانیا مراجعه کرده، با شروع دوره مانیای کنونی آغاز می‌شود.

تعیین زمان شروع بیماری فعلی در بیماران دارای علائم مزمن می‌تواند دشوار باشد؛ در چنین شرایطی، تمرکز بر روی اینکه چه عاملی منجر به ارزیابی بیمار در این زمان خاص شده است، می‌تواند مفید باشد. مصاحبه گر باید مدت زمان بیماری فعلی و عوامل محرک آن را مشخص کند، عواملی مانند استرسورهای روانی-اجتماعی، مصرف مواد، قطع دارو و بیماری‌های طبی. باید به بیمار اجازه داده شود تا داستان خود را تعریف کند و سپس پزشک با پرسش‌های تشخیصی خاص پیگیری کند. برای مثال، از بیمارانی که داستانی از ۶ ماه اندوه پس از فوت یکی از نزدیکان را تعریف می‌کنند، باید در مورد علائم نباتی افسردگی، افکار خودکشی و نشخوار فکری احساس گناه پرسیده شود.

باید توجه ویژه‌ای به رفتارها یا اظهاراتی شود که نشان دهنده افزایش خطر آسیب رساندن بیمار به خود یا دیگران باشد. در نهایت، تاریخچه بیماری فعلی باید شامل مروری بر علائم اختلالات عمده روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب، مانیا و روان پریشی نیز باشد، که پیش تر آشکار نشده اند.

• **تاریخچه‌ی روان پزشکی گذشته:** بستری‌ها، داروها، درمان‌های غیر دارویی، خودکشی/خشونت قبلی مصاحبه گر باید اطلاعات مربوط به هرگونه دوره قبلی بیماری روانپزشکی یا درمان را جویا شود، از جمله: بستری‌ها، داروها، درمان‌های سرپایی، درمان‌های مرتبط با مصرف مواد، استفاده از درمان‌های مکمل (مانند درمان‌های گیاهی، طب سوزنی)، گروه‌های خودیاری، و مشورت با درمانگران ویژه فرهنگی مانند شمن‌ها. مدت و اثربخشی درمان‌ها و همچنین تجربه کلی بیمار از درمان روان پزشکی خود تا به امروز باید مشخص شود. مجدداً، افکار و رفتارهای جدی خودکشی یا خشونت آمیز، بخش‌های مرتبط سابقه روانپزشکی گذشته بیمار محسوب می‌شوند.

• **تاریخچه‌ی شخصی (Personal History – جدول ۳ کتاب):** هیچ مصاحبه‌ای بدون درک نسبی از پیشینه و شرایط زندگی بیمار کامل نیست. با توجه به محدودیت زمانی مصاحبه گر و تحمل بیمار برای پرسش‌های بیشتر، پزشک باید درباره موارد زیر پرس و جو کند: تربیت و دوران رشد بیمار، سابقه تحصیلی و شغلی، روابط بین فردی و وضعیت اجتماعی کنونی. پرسش درباره سابقه جنسی بیمار و نیز پرسیدن در مورد عوامل خطر عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)، مانند سابقه شرکای جنسی متعدد، رابطه جنسی واژینال و مقعدی محافظت نشده، و مصرف مواد تزریقی اهمیت دارد. این اطلاعات نه تنها برای ارزیابی و تشخیص بیماری فعلی، بلکه برای برنامه‌ریزی درمان نیز مهم است. ممکن است بخشی از این اطلاعات تنها از منابع اطلاعاتی شخص ثالث (مانند والدین بیمار) قابل دستیابی باشد.



• **تاریخچه‌ی خانوادگی:** بیماری روان پزشکی، درمان روانپزشکی، خودکشی، مصرف ماده در خویشاوندان.

• **تاریخچه‌ی پزشکی و دارویی:** بیماری‌های همراه، داروهای فعلی (حتی OTC و گیاهی)

بررسی دقیق سابقه پزشکی بیمار بخش مهمی از مصاحبه روانپزشکی است، زیرا شرایط پزشکی می‌تواند به طور چشمگیری بر وضعیت روانپزشکی تأثیر بگذارد. بسیاری از اختلالات پزشکی مانند بیماری‌های غدد درون ریز (بیماری تیروئید، فتوکروموسیتوما، آدنوم هیپوفیز)، اختلالات عصبی (بیماری پارکینسون، نئوپلاسم‌های سیستم عصبی مرکزی، بیماری ویلسون، سندرم‌های سکته مغزی، ترومای سر) و بیماری‌های عفونی (عفونت HIV، مننژیت، سپسیس) می‌توانند تظاهراتی داشته باشند که شامل علائم روان پزشکی هستند. هنگامی که به چنین اختلالی مشکوک باشیم، یک پرس وجوی دقیق ضروری است.

مرور تمام داروهای بیمار، شامل داروهای بدون نسخه و درمان‌های جایگزین، مهم است زیرا بسیاری از این مواد می‌توانند علائم روان پزشکی ایجاد کنند یا آن‌ها را تشدید کنند. برای مثال، پروپرانولول که برای فشار خون بالا مصرف می‌شود ممکن است علائم افسردگی ایجاد کند، و اسکوپولامین که برای بیماری حرکت مصرف می‌شود ممکن است دلیریوم القا کند. علاوه بر این، فشار ناشی از بیماری‌های پزشکی مزمن و ناتوان کننده یا بروز حادثه یک بیماری جسمی فاجعه بار ممکن است با علائم روان پزشکی ثانویه همراه باشد که تنها در چارچوب وضعیت پزشکی بیمار قابل درک کامل هستند. افزون بر این، سابقه پزشکی یک پیش نیاز برای شروع داروی روان گردان یا سایر درمان‌های جسمی است، زیرا به تجویزکننده اجازه می‌دهد تا بر اساس آسیب پذیری‌های جسمی و داروهای همزمان بیمار، سمیت‌های بالقوه، عوارض جانبی و تداخلات دارویی را بسنجد.

• **تاریخچه‌ی مصرف مواد (جدول ۴ و ۵):** مقدار، دفعات، مسیر مصرف، آخرین مصرف

Greeting	خوشامدگویی
Identifying information	اطلاعات هویتی
Chief complaint	شکایت اصلی
History of present illness	شرح حال بیماری فعلی
Past psychiatric history	سابقه‌ی روان پزشکی گذشته
Personal history	سابقه‌ی شخصی
Family history	سابقه‌ی خانوادگی
Medical history	سابقه‌ی پزشکی
Substance use history	سابقه‌ی مصرف مواد
Mental status examination	معاینه‌ی وضعیت روانی

جدول ۲. مصاحبه روان پزشکی



Prenatal history	سابقه‌ی پیش از تولد
Planned vs. unplanned pregnancy	بارداری برنامه‌ریزی شده یا برنامه‌ریزی نشده
History of maternal malnutrition or maternal drug use (including prescription drugs)	سابقه‌ی سوء تغذیه مادر یا مصرف مواد / دارو توسط مادر
Circumstances of birth (vaginal delivery vs. cesarean section)	شرایط تولد (طبیعی یا سزارین)
History of birth trauma	سابقه‌ی تروما هنگام تولد
Birth order	ترتیب تولد
Early childhood (0–3 years)	اوایل کودکی (۰ تا ۳ سال)
Temperament	خلق و خو
Major milestones, including speech and motor development	نقاط عطف رشد شامل گفتار و حرکت
History of toilet training	سابقه‌ی آموزش توالت
Early feeding history, including breastfeeding	سابقه‌ی تغذیه اولیه شامل شیردهی
Early behavioral problems	مشکلات رفتاری اولیه
Early relationships with parents and siblings	روابط اولیه با والدین و خواهر/برادرها
History of significant early illnesses or hospitalizations	سابقه بیماری‌ها یا بستری‌های مهم اولیه
History of early separations from caregivers	سابقه جدایی‌های اولیه از مراقبان
Middle childhood through latency (3–11 years)	کودکی میانه تا نهفتگی (۳ تا ۱۱ سال)
Early school history	سابقه اولیه مدرسه
Relationships with siblings and peers	روابط با خواهر/برادرها و همسالان
Early personality development	رشد اولیه شخصیت
History of behavioral problems	سابقه مشکلات رفتاری
Adolescence (12–18 years)	نوجوانی (۱۲ تا ۱۸ سال)
Psychosexual development	رشد روان جنسی
Later school history	سابقه مدرسه در دوره بعدی



Later personality development	رشد شخصیتی در دوره بعدی
History of behavioral or emotional problems	سابقه مشکلات رفتاری یا هیجانی
Adulthood	بزرگسالی
Marital history or significant relationships	سابقه ازدواج یا روابط مهم
History of child-rearing	سابقه فرزندپروری
Sexual history	سابقه جنسی
Occupational and educational history	سابقه شغلی و تحصیلی
Religious history	سابقه مذهبی
Current living situation	وضعیت فعلی زندگی

جدول ۳. سابقه شخصی

جدول ۴ - سابقه مصرف مواد

سنجش مواد مصرف شده باید شامل موارد زیر باشد:
الکل
مواد افیونی (هروئین، متادون، داروهای مسکن افیونی)
مواد محرک (کوکائین، کراک، آمفتامین ها، اکستازی، مواد روان گردان نوین (NPS))
مواد آرام بخش / خواب آور (بنزودیازپین ها، باربیتورات ها)
مواد توهم زا (کانابیس (ماری جوانا)، ال اس دی (LSD)، مسکالین)
فن سیکلیدین (PCP)
نیکوتین
کافئین
دارو های بدون نسخه (Over-the-counter)
الگوی مصرف
سن اولین مصرف
دوره اوج مصرف (دوره ای که بیشترین مصرف را داشته)
الگو یا فراوانی مصرف فعلی
راه مصرف (تزریقی، داخل بینی، استنشاقی، خوراکی)



دوره های پاک‌پرهیز (دوره های ترک یا عدم مصرف)
علائم تحمل یا وابستگی
سابقه پزشکی، شامل وضعیت HIV و سابقه هپاتیت و/یا سیروز - توجه شود آیا بیمار با وجود آگاهی از اینکه مصرف مواد می تواند وضعیت پزشکی اش را بدتر کند، همچنان به مصرف ادامه می دهد.
سابقه درمان اعتیاد
سابقه قضایی - توجه به هرگونه ارتباط با مصرف مواد

جدول ۵ - عوامل خطر ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)

پارنترال (از راه خون)

استفاده مشترک از سرنگ یا وسایل تزریق مواد یا تتو آماتور
دریافت خون، فرآورده های خونی یا پیوند عضو در ایالات متحده بین سال های ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۵ (دوره پرخطر؛ در کشورهای دیگر ممکن است متفاوت باشد).
انتقال از مادر به جنین (موارد کودکان)
مواجهه شغلی در کارکنان مراقبت های بهداشتی و تکنسین های آزمایشگاه از طریق فرو رفتن سوزن یا سایر مواجهه های مهم (نادر)

رفتار جنسی پرخطر

شایع ترین در مردان: رابطه مقعدی بدون کاندوم با مردان دیگر، رابطه واژینال یا مقعدی بدون کاندوم با زنانی که HIV مثبت، کارگر جنسی، مصرف کننده تزریقی مواد یا شریک جنسی مصرف کنندگان تزریقی هستند؛ شرکای جنسی متعدد هتروسکشوال
شایع ترین در زنان: رابطه مقعدی یا واژینال بدون کاندوم با مردانی که HIV مثبت، مصرف کننده تزریقی مواد، شریک جنسی مصرف کنندگان تزریقی، دوجنس گرا یا به دلیل هموفیلی یا اختلال انعقادی فرآورده خونی آلوده دریافت کرده اند؛ شرکای جنسی متعدد هتروسکشوال

عوامل همراه (Cofactors)

آسیب پوست یا غشاهای مخاطی، به ویژه به دلیل وجود عفونت های آمیزی که احتمال انتقال را هنگام مواجهه با مایعات بدن فرد HIV مثبت افزایش می دهد.

مصرف مواد مخدر غیرتزریقی (به ویژه الکل، کراک کوکائین و مت آمفتامین) به دلیل ارتباط با رفتار جنسی پرخطر



زمینه محیطی

رفتار پرخطر هنگام زندگی یا سفر در مناطق جغرافیایی با نرخ بالای عفونت HIV به دلیل افزایش احتمال مواجهه با مایعات بدن آلوده به HIV

۲. معاینه وضعیت روانی (MSE – جدول ۶ کتاب)

معاینه وضعیت روانی (MSE) روشی ساختار یافته برای ارزیابی وضعیت روانی بیمار در یک زمان معین است.

- **ظاهر (Appearance):** مصاحبه گر باید به ظاهر کلی بیمار، شامل نظافت، سطح بهداشت و پوشش توجه کند.
- **رفتار (Behavior):** همکاری، تحریک یا کندي حرکتی، حرکات غیرطبیعی، تماس چشمی
- **تکلم (Speech):** سرعت، روانی، وضوح، حجم

مصاحبه گر ممکن است بخواهد مستقیماً درباره گفتار بیمار از خودش سؤال کند. برای مثال، روان پزشک می تواند با پرسیدن از بیمار دارای گفتار فشرده که آیا قادر است سرعت گفتار خود را تعدیل کند یا با پرسیدن از بیمار دیزارتری که آیا از واضح صحبت نکردن خود آگاه است، اطلاعات تشخیصی ارزشمندی به دست آورد. یک بیمار دوقطبی در دوره مانیک قادر به کند کردن گفتار خود نیست، اما یک فرد مضطرب که تند صحبت می کند قادر به انجام این کار است. به طور مشابه، بیماری که دیزارتری او ثانویه به دندان مصنوعی نامناسب است از این مشکل آگاه است در حالی که یک فرد مست از آن آگاه نیست. روشن کردن این موضوع مفید است که آیا بیماران دارای ناهنجاری گفتاری احساس می کنند این الگوی گفتاری طبیعی آن هاست یا یک مشکل جدید.

- **خلق و عاطفه (Mood & Affect):** کیفیت، دامنه، پایداری، همخوانی

مصاحبه گر باید از خلق و عاطفه بیمار آگاه باشد. این ممکن است از نحوه پاسخ گویی بیمار به سوالات دیگر و روایت تاریخچه مشهود باشد، اما اغلب پرسش های مشخصی لازم است. خلق بیمار یک حالت عاطفی فراگیر است و اغلب مفید است که به سادگی پرسیده شود: «خلق شما اخیراً چگونه بوده؟» یا «خلق خود را چگونه توصیف می کنید؟» در مقابل، عاطفه نحوه تعدیل و انتقال حالت احساسی فرد از لحظه ای به لحظه دیگر است. عاطفه را می توان از نظر کیفیت، دامنه، پایداری و همخوانی با خلق توصیف کرد. مصاحبه گر کیفیت عاطفه را با توصیف هیجان آشکار بیمار، شامل سرخوشی (euphoric)، خلق بهنجار (euthymic)، دیسفوری (dysphoric) خلق ناخوش) یا تحریک پذیری (irritable) ارزیابی می کند. پزشک علاقمند است بداند آیا بیمار می تواند دامنه وسیعی از عاطفه را نشان دهد یا عاطفه محدود تر است (مانند عاطفه محدود در یک بیمار افسرده) و آیا عاطفه ناپایدار است (یعنی بیش از حد سریع تغییر می کند). پزشک همخوانی بین موضوعی که بیمار ارائه می دهد و عاطفه همراه آن را قضاوت می کند؛ برای مثال، یک عاطفه مناسب، غمگینی هنگام بحث درباره مرگ یک عزیز و شادمانی هنگام توصیف دستاوردهای یک کودک است