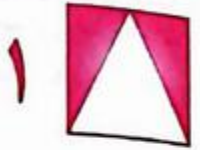


۱۵	بخش ۱ روان‌پزشکی بالینی
۱۵	فصل ۱ ارزیابی و تشخیص در روان‌پزشکی
۱۵	۱/۱ بیمار بزرگ‌سال
۱۴۶	۱/۲ کودکان و نوجوانان
۱۶۶	۱/۳ بیماران سالمند
۱۷۷	فصل ۲ اختلالات عصبی رشدی و سایر اختلالات کودکی
۱۷۷	۲/۱ کم‌توانی ذهنی
۲۰۲	۲/۲ اختلالات ارتباط
۲۲۹	۲/۳ اختلال طیف در خودماندگی
۲۴۶	۲/۴ اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی
۲۶۴	۲/۵ اختلال یادگیری اختصاصی
۲۷۸	۲/۶ اختلالات حرکتی
۳۰۴	۲/۷ اختلال‌های تغذیه و خوردن در دوره شیرخوارگی یا اوایل کودکی
۳۱۲	۲/۸ اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس در کودکان
۳۲۵	۲/۹ اختلالات افسردگی و خودکشی در کودکان و نوجوانان
۳۳۷	۲/۱۰ اختلال دوقطبی زودآغاز
۳۴۳	۲/۱۱ اختلال کژتنظیمی خلقی ایدایی
۳۴۷	۲/۱۲ رفتارهای ایدایی کودکی
	۲/۱۳ اختلالات اضطرابی شیرخواری، دوران کودکی و نوجوانی: اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب فراگیر، و اختلال اضطراب اجتماعی (جمعیت‌هراسی)
۳۶۲	۲/۱۴ سکوت انتخابی
۳۷۴	۲/۱۵ اختلال وسواسی جبری در کودکی و نوجوانی
۳۷۸	۲/۱۶ اسکیزوفرنی زودآغاز
۳۸۵	۲/۱۷ اختلالات مصرف مواد در نوجوانان
۳۹۳	
۴۰۹	فصل ۳ اختلالات عصبی‌شناختی
۴۱۳	۳/۱ دلیریوم (روان‌آشفستگی)
۴۲۶	۳/۲ دمانس (اختلال عصبی‌شناختی عمده)
۴۴۹	۳/۳ اختلال عصبی‌شناختی عمده یا خفیف ناشی از یک بیماری طبی دیگر (اختلالات نسیانی)
۴۵۶	۳/۴ اختلالات عصبی‌شناختی و سایر اختلالات روانی ناشی از یک بیماری طبی عمومی
۴۷۸	۳/۵ تخریب شناختی خفیف

۴۸۷	فصل ۴ اختلالات اعتیادی و مصرف مواد
۴۸۷	۴/۱ خصوصیات کلی اختلالات مرتبط با مصرف مواد
۴۹۹	۴/۲ اختلالات مرتبط با الکل
۵۲۳	۴/۳ اختلالات مرتبط با کانابیس
۵۲۹	۴/۴ اختلالات مرتبط با مواد افیونی
۵۴۰	۴/۵ اختلالات مرتبط با داروهای ضد اضطراب، خواب‌آور، یا رخوت‌زا
۵۴۸	۴/۶ اختلالات مرتبط با مواد محرک
۵۶۰	۴/۷ اختلالات مرتبط با توتون
۵۶۷	۴/۸ اختلالات مرتبط با کافئین
۵۷۸	۴/۹ اختلالات مرتبط با مواد توهم‌زا
۵۹۰	۴/۱۰ اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی
۵۹۵	۴/۱۱ مصرف استروئیدهای آنابولیک - آندروژنیک
۶۰۰	۴/۱۲ اختلال قماربازی
۶۰۴	۴/۱۳ سایر اختلالات مرتبط با اختلالات اعتیادی
۶۰۹	واژه‌نامه علائم و نشانه‌های بالینی
۶۲۶	نمایه

www.abadisteb.pub



ارزیابی و تشخیص در روان‌پزشکی

▲ ۱/۱ بیمار بزرگسال

مصاحبه، شرح حال و سنجش وضعیت

روانی در روان‌پزشکی

مصاحبه روان‌پزشکی مهم‌ترین عنصر در ارزیابی و مراقبت از افراد دچار بیماری روانی است. هدف عمده مصاحبه روان‌پزشکی اولیه اخذ اطلاعاتی است که تشخیص مبتنی بر ملاک‌ها را اثبات کند. این فرایند که در پیش‌بینی سیر بیماری و پیش‌آگهی مفید است منجر به تصمیمات درمانی می‌شود. یک مصاحبه خوب روان‌پزشکی به درک چند بعدی «مؤلفه‌های زیستی - روانی - اجتماعی اختلال موجود کمک کرده و اطلاعات ضروری برای روان‌پزشک را فراهم می‌کند. این طرح درمانی شخص - محور را به کمک بیمار تدوین کند. نکته‌ای که به همین اندازه مهم است این است که مصاحبه خود یک بخش اساسی در فرایند درمان محسوب می‌شود. مصاحبه از همان لحظات شروع تماس، ماهیت رابطه بیمار پزشک را شکل می‌دهد که می‌تواند اثرات عمیقی بر فرجام درمان داشته باشد. محیط‌هایی که در آن‌ها مصاحبه روان‌پزشکی صورت می‌گیرد شامل بخش‌های بستری روان‌پزشکی، بخش‌های بستری غیر روان‌پزشکی طبی، بخش‌های اورژانس، مطب‌های سرپایی، آسایشگاه‌ها یا سایر مراکز اقامتی و مراکز اصلاحی است. مدت مصاحبه و کانون توجه آن بسته به شرایط و محیط، هدف اختصاصی مصاحبه و سایر عوامل (از جمله نیازهای رقیب هم‌زمان برای خدمات تخصصی) بسیار متفاوت است.

با این همه اصول فنون اساسی وجود دارد که برای همه مصاحبه‌های روان‌پزشکی اهمیت دارند که کانون توجه این بخش خواهند بود. سائلی اختصاصی در ارزیابی کودکان وجود دارد که در اینجا به آن نمی‌پردازیم. این بخش بر روی مصاحبه روان‌پزشکی بیماران بزرگسال متمرکز است.

اصول کلی

توافق بر سر فرایند. روان‌پزشک در ابتدای مصاحبه باید خود را معرفی کند و بسته به شرایط باید مشخص کند که چرا با بیمار صحبت می‌کند. رضایت بیمار برای ادامه مصاحبه باید اخذ شود مگر اینکه موضوع آشکار باشد (مثلاً بیمار خودش به مطب مراجعه کرده است) و ماهیت ارتباط و زمان تقریبی یا اختصاصی مصاحبه باید بیان گردد. باید بیمار را تشویق نمود که هر بخشی از این فرایند را که دوست دارد تغییر کند یا چیزی به آن بیفزاید مشخص نماید.

موضوع اساسی این است که آیا بیمار به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم، به‌صورت داوطلبانه در پی ارزیابی است یا اینکه به‌صورت اجباری برای ارزیابی آورده شده است. این امر بایستی قبل از شروع مصاحبه مشخص شود و این اطلاعات مصاحبه‌گر را به‌خصوص در مراحل اولیه فرایند هدایت می‌کند.

حریم خصوصی و رازداری. مسایل مربوط به رازداری در فرایند ارزیابی/ درمان اهمیت اساسی دارند و ممکن است لازم باشد چندین نوبت در مورد آنها گفتگو شود. «مقررات پاسخ‌گویی و قابلیت انتقال بیمه سلامت» (HIPAA) باید

به دقت رعایت شوند و اوراق مناسب باید به بیمار ارائه شود. رازداری مؤلفه مهم اساسی در رابطه پزشک و بیمار است. مصاحبه گر باید هر کاری را انجام دهد تا مطمئن شود محتویات مصاحبه را دیگران نمی شنوند گاهی در بخش بیمارستان و سایر مؤسسات این امر مشکل است. اگر بیمار در اتاقی مشترک با دیگران است باید تلاش شود برای مصاحبه از اتاق مجزایی استفاده شود. اگر این امر امکان پذیر نیست مصاحبه گر باید از ورود به برخی موضوعات پرهیز کند یا خاطرنشان کند که این مسائل بعداً، وقتی حریم خصوصی را بتوان تضمین نمود، مطرح خواهند شد. به طور کلی در ابتدا مصاحبه گر باید نشان دهد که محتوای جلسات محرمانه می ماند به جز مواردی که لازم است با پزشک ارجاع دهنده یا تیم درمان در میان گذاشته شوند. برخی موارد ارزیابی مانند ارزیابی پزشک قانونی و از کار افتادگی محرمانگی کمتری دارند و مطالب مطرح شده را می توان با سایرین در میان گذاشت. در این موارد مصاحبه کننده باید به طور آشکار اعلام کند که جلسه محرمانه نیست و مشخص کند چه کسی گزارش ارزیابی را دریافت خواهد کرد. این اطلاعات باید به دقت و به طور کامل در پرونده بیمار ثبت شود.

یک موضوع ویژه در مورد رازداری زمانی پیش می آید که بیمار خاطرنشان می کند می خواهد به خود یا دیگران آسیب برساند. وقتی ارزیابی روان پزشکی حاکی از آن است که این امر ممکن است واقعاً اتفاق بیافتد، ممکن است از نظر قانونی لازم باشد قربانی احتمالی را مطلع سازد (فکتور مربوط به اطلاع رسانی به قربانی بالقوه در ایالات مختلف متفاوت است). روان پزشکان همچنین باید الزامات اخلاقی خود را مدنظر قرار دهند. بخشی از این الزام ممکن است به وسیله اقدامات بالینی مناسب برآورده شود نظیر افزایش دوز داروهای ضد روان پریشی یا بستری کردن بیمار.

اغلب اعضای خانواده بیمار از جمله همسر، فرزندان بزرگسال یا والدین در جلسه اول، همراه بیمار حاضر می شوند. با در بیمارستان یا سایر مؤسسات اقامتی، زمانی که روان پزشک برای اولین بار بیمار را ملاقات می کند، حضور دارند. اگر اعضای خانواده بخواهند با روان پزشک صحبت کنند بهتر است روان پزشک پس از اخذ رضایت بیمار در پایان جلسه با اعضای خانواده و بیمار به طور هم زمان ملاقات داشته باشد. در این جلسه مشترک روان پزشک نباید مطالبی که بیمار مطرح کرده را

بیان کند بلکه باید به اطلاعات اعضای خانواده گوش دهد و در مورد مطالبی که بیمار در این جلسه مشترک ارائه می کند صحبت کند. گاهی زمانی که اعضای خانواده برای ملاقات دعوت نشده اند روان پزشک ممکن است احساس کند ملاقات با یکی از اعضای خانواده یا مراقب ممکن است مفید باشد و این موضوع را با بیمار مطرح سازد. یکی از مصادیق این حالت زمانی است که بیمار نمی تواند به طور مؤثر ارتباط برقرار کند همچون سایر موارد، در اینجا نیز بیمار باید رضایت بدهد مگر اینکه روان پزشک مشخص کند بیمار برای خود یا دیگران خطری دارد. گاهی اعضای خانواده به روان پزشک تلقین می کنند. به جز در موارد اضطراری پیش از اینکه روان پزشک با بستگان صحبت کند باید اجازه این کار را از بیمار بگیرد. همچنان که در بالا اشاره شد روان پزشک نباید مطالبی که بیمار در میان گذاشته به اعضای خانواده منتقل کند بلکه باید به اطلاعاتی که اعضای خانواده ارائه می کنند گوش دهد. وقتی یکی از اعضای خانواده با روان پزشک تماس برقرار می کند روان پزشک باید این موضوع را به بیمار بگوید حتی اگر بیمار برای انجام این کار رضایت داده باشد.

در محیط های آموزشی و گاهی پزشکی قانونی مواردی پیش می آید که جلسه ضبط می شود. بیمار باید کاملاً از ضبط جلسه و نحوه استفاده از محتویات ضبط شده مطلع شود. همچنین در مورد زمان نگهداری نوار جلسه و نحوه محدودیت دسترسی به آن گفتگو شود. گاهی در محیط های آموزشی آینه های یک طرفه به عنوان ابزاری استفاده می شود برای اینکه فراگیران بتوانند مصاحبه را مشاهده کنند؛ در این موارد بیمار باید از کاربرد آینه یک طرفه و سنخ مشاهده کنندگان آگاه شود. به او اطمینان داده شود که ناظرین قوانین رازداری را رعایت خواهند کرد. برای استفاده از آینه یک طرفه یا ضبط جلسه باید رضایت بیمار اخذ شود و این موضوع روشن شود که مراقبت از بیمار ربطی به توافق او برای استفاده از این ابزارها ندارد. این ابزارها و وسایل بر روی مصاحبه تأثیر می گذارند و روان پزشک باید همچنان که جلسه پیش می رود آزادانه در مورد این اثرات صحبت کند.

احترام و ملاحظه. همچون تمام محیط های بالینی باید با بیمار با احترام رفتار شود و مصاحبه گر باید شرایط بیمار را در نظر بگیرد. بیمار اغلب درد یا ناراحتی قابل ملاحظه ای را تجربه

مصاحبه‌کننده مهم است. در واقع بخش اعظم پاسخ‌های همدلانه در مصاحبه، غیر کلامی است.

جزء لاینفک و ضروری همدلی، حفظ عینیت است. حفظ عینیت در رابطه درمانی اهمیت اساسی دارد و وجه تمایز همدلی از همانندسازی (همذات‌پنداری) است. در همانندسازی روان‌پزشک نه تنها هیجان بیمار را درک می‌کند بلکه آن را به‌حدی تجربه می‌کند که توانایی عینیت‌گرایی خود را از دست می‌دهد. این مخدوش شدن مرزهای بین بیمار و روان‌پزشک می‌تواند برای بسیاری از بیماران سردرگم‌کننده و ناراحت‌کننده باشد به‌خصوص برای افرادی که بخشی از بیماری آنها مشکلات عمده مرزبندی بوده است (مانند افراد دچار اختلال شخصیت مرزی). حساسیاری می‌تواند موجب تخلیه انرژی روان‌پزشک، بی‌لافتگی و نهایتاً فرسودگی او شود.

ارتباط بیمار و پزشک، ارتباط پزشک و بیمار محور کار پزشک است. (امثال‌های متمادی اصطلاح پزشک-بیمار یا دکتر-بیمار به کار می‌رفت اما گاهی این ترتیب وارونه می‌شود که این نکته تأکید شود که درمان همواره باید بیمار - محور باشد.) هر چند ارتباط بین هر بیمار و پزشک بسته به شخصیت هر یک و تجربیات و محیط و هدف ارتباط متفاوت است، اصولی کلی وجود دارد که در صورتی که از آنها پیروی شود به برقراری رابطه‌ای مفید کمک خواهد کرد.

بیمار برای درخواست کمک وارد جریان مصاحبه می‌شود. حتی در مواردی که بیمار به اصرار دیگران می‌آید (مانند همسر، خانواده، دادگاه) ممکن است در برخورد با فردی که ارزیابی و درمان را درخواست یا ایجاب کرده، به‌دنبال کمک باشد. این تمایل برای کمک به بیمار انگیزه می‌دهد اطلاعات و احساسات ناراحت‌کننده، شخصی و اغلب خصوصی خود را با یک غریبه در میان بگذارد. بیمار به درجات متفاوتی می‌خواهد این کار را انجام دهد چون باور دارد که دکتر تخصص دارد، و به‌دلیل آموزش و تجربه‌اش می‌تواند به او کمک کند. درست از همان برخورد نخست (گاهی تماس تلفنی اولیه) بسته به مداخلات کلامی و اغلب غیر کلامی پزشک و سایر کارکنان، تمایل بیمار برای در میان گذاشتن اطلاعات کاهش یا افزایش می‌یابد. وقتی رفتار پزشک نشان‌دهنده احترام و ملاحظه باشد تفاهم

می‌کند و در بسیاری از موارد در مورد آنچه روی می‌دهد احساس آسیب‌پذیری و عدم قطعیت دارد. به‌دلیل انگ بیماری روانی و سوء برداشت‌ها در مورد روان‌پزشکی، بیمار ممکن است در مورد ملاقات با روان‌پزشک بسیار نگران یا حتی وحشت‌زده باشد. روان‌پزشک خبره از این مسائل احتمالی آگاه است و به‌شیوه‌ای با بیمار تعامل می‌کند که این ناراحتی را کاهش داده یا حداقل آن را افزایش ندهد. موفقیت در مصاحبه اولیه اغلب به توانایی‌های پزشک برای تخفیف اضطراب مفرط بستگی دارد.

تفاهم / همدلی، احترام به بیمار و ملاحظه شرایط او در ایجاد تفاهم نقش دارد. در محیط‌های بالینی، تفاهم طبق تعریف عبارت‌است از پاسخ‌دهی هماهنگ پزشک به بیمار و بیمار به پزشک. مهم است که بیمار به‌نحو فزاینده‌ای احساس کند که ارزیابی تلاشی مشترک است و روان‌پزشک واقعاً به داستان او علاقه‌مند است. مداخلات همدلانه تفاهم را افزایش می‌دهند: «باید خیلی برایت دشوار بوده باشد» یا «مهم می‌فهمم که چه احساس بدی داشته‌ای» اغلب یک واکنش غیر کلامی (بالا بردن ابرو یا خم شدن به سمت بیمار) یا یک پاسخ بسیار گذرا (اوه) همین اثرات را دارند. همدلی یعنی درک آنچه بیمار می‌اندیشد و احساس می‌کند و زمانی ایجاد می‌شود که روان‌پزشک بتواند خود را جای بیمار بگذارد و در عین حال عینیت‌گرایی خود را حفظ کند. برای آنکه روان‌پزشک بتواند واقعاً آنچه بیمار می‌اندیشد و احساس می‌کند را درک کند باید بسیاری از مسائل زندگی بیمار را بشناسد. با بشناسد مصاحبه، داستان زندگی بیمار و الگوهای رفتار آشکار می‌شود و مشخص می‌شود بیمار واقعاً چه چیزی را تجربه کرده است. در اوایل مصاحبه روان‌پزشک ممکن است کاملاً مطمئن نباشد که بیمار دقیقاً چه چیزی را تجربه می‌کند یا تجربه کرده است (هر چند نشانه‌های غیر کلامی بیمار می‌تواند بسیار مفید باشد). اگر روان‌پزشک در مورد تجربه بیمار مطمئن نیست بهتر است به حدس زدن روی نیاورد و بیمار را تشویق کند که ادامه دهد. نکان دادن سر، زمین گذاشتن قلم، خم شدن به سمت بیمار یا اظهارات کوتاهی مانند «می‌فهمم» می‌تواند به این هدف کمک کند و در عین حال نشان می‌دهد که موضوع برای