

کاپلان و سادوک

# خلاصه روانپزشکی

جلد اول

ویرایش دوازدهم (۲۰۲۲)

مؤلف

**دکتر رابرت جوزف بولاند** **دکتر مارسیا ال. وردوین**

نایب رئیس آموزشی	نایب رئیس دانشجویی
دپارتمان روان پزشکی	استاد روان پزشکی
بیمارستان برایام و زنان	دپارتمان آموزش پزشکی
دانشیار	دپارتمان علوم بالینی
مدرسه پزشکی هاروارد	کالج پزشکی دانشگاه فلوریدای مرکزی
بوستون، ماساچوست	اورلاندو، فلوریدا

**دکتر پدرو روئیز**

استاد بالینی  
دپارتمان روان پزشکی و علوم رفتاری میننجر  
کالج پزشکی بیلور

ترجمه

**دکتر فرزین رضاعی**

متخصص روان پزشکی  
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**دکتر فاطمه هداوندخانی** **دکتر پروین جمشیدیان قلعه شاهی**

دکترای روان شناسی	دکترای روان شناسی
<b>علی حسین اسفندزاد</b>	هیئت علمی مؤسسه
کارشناس ارشد روان شناسی	آموزش عالی علوم و فناوری

ویراستار

**دکتر محسن ارجمند**



کتاب ارجمند



Wolters Kluwer

(با مجوز رسمی ترجمه از انتشارات ولترز کلوور)

کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک یکی از کتب مرجعی است که سال‌هاست به عنوان منبع برای دانشجویان پزشکی، دستیاران روان‌پزشکی و دانشجویان روان‌شناسی مطرح است و جامعیت و زبان ساده و قابل فهمی که دارد، آن را به کتابی پرطرفدار تبدیل کرده است و در آزمون‌های دستیاری و دانشنامه و ارشد و دکترای روان‌شناسی هم بارها آن را منبع اعلام کرده‌اند. ویراست فعلی کتاب شاهد تغییر عمده‌ای است و آن تغییر نویسندگان و ویراستاران اصلی کتاب است. پس از سال‌ها بنجامین سادوک و ویرجینیا سادوک جای خود را به رابرت بولاند و ماریسا وردوین داده‌اند و با توجه به علایق متفاوت این افراد نسبت به نویسندگان قبلی تغییر ساختاری و مفهومی کتاب قابل انتظار بود. دکتر بولاند و دکتر وردوین بیشتر در زمینه آموزش روان‌پزشکی و استفاده از ابزارهای نوین آموزشی کار کرده‌اند و دکتر وردوین علاوه بر آن در زمینه اعتبار و تحقیقاتی داشته است. ذکر این مقدمه از آن جهت بود که بدانیم ویراستاران اصلی کتاب سلایقی متفاوت با سادوک‌ها دارند و در نتیجه به نظر می‌رسد تغییراتی که در ویراست فعلی می‌بینیم تا حدی ناشی از این مسئله باشد.

در ویراست حاضر جداول DSM-5 و توضیحات آن حذف شده است و مؤلفان جدولی مختصر برای اکثر اختلالات طراحی کرده‌اند که به اختصار ملاک‌های DSM-5 و ICD-10 را مقایسه کرده‌اند و به نظر می‌رسد شبیه جزوات آموزشی برای مرور سریع ملاک‌ها باشد. این تغییر از یک جهت این حسن را دارد که امکان مقایسه دو نظام طبقه‌بندی و مرور سریع را فراهم می‌آورد، اما همان‌طور که مؤلفان اشاره کرده‌اند کتاب از حالت «خودکفا» خارج شده و خواننده لازم است قبل از مطالعه کتاب، متن و جداول کتابچه راهنمای DSM-5 را مطالعه کند. باید منتظر ماند و دید که این تغییر چه تأثیری بر استقبال از کتاب خواهد گذاشت. اما این نکته قابل انکار نیست که این ویراست از اهداف نویسندگان اصلی سیناپس که قصد داشتند خلاصه‌ای از درسنامه جامع کاپلان و سادوک ارائه کنند دور شده است و در عین حال برای مرور سریع داوطلبان آزمون‌های جامع مفیدتر است.

تغییر دیگری که در بسیاری مباحث اختلالات بالینی به چشم می‌خورد تغییر ترتیب ارائه مطالب است. در ویراست‌های قبلی همچون همه کتب پزشکی، ابتدا همه‌گیرشناسی و سبب‌شناسی تشریح و سپس نمای بالینی، درمان و پیش‌آگهی ارائه می‌شد. اما در این ویراست همه‌گیرشناسی و سبب‌شناسی به آخر هر مبحث منتقل شده‌اند که در بین کتب پزشکی امری نامعمول است و مشخص نیست هدف مؤلفان از این تغییر چه بوده است. به نظر می‌رسد دغدغه آموزشی مؤلفان در این تغییر نقش داشته است و احتمالاً مباحثی که از نظر ایشان جزء «باید»‌های یادگیری هستند را در ابتدای هر مبحث ذکر کرده‌اند.

در ویراست‌های قبلی تلاش شده بود که جامعیت کتاب حفظ شود و رویکردهای مختلف روان‌پزشکی مورد توجه قرار گیرد، اما در این ویراست مباحثی مانند سهم علوم روانشناسی اجتماعی و سهم علوم فرهنگی اجتماعی و نظریات شخصیت در هم ادغام شده‌اند و به اواخر کتاب انتقال یافته‌اند که ممکن است مورد نقد طرفداران رویکردهای روانپویشی و سایر رویکردهای غیر غالب روان‌پزشکی قرار گیرد. یکی از نکات قابل توجه این ویراست که احتمالاً بازتاب رویکرد مؤلفان است این است که برای اولین بار مبحث روان‌درمانی پس از دارودرمانی قرار گرفته است و رویکردهای مختلف روان‌درمانی براساس تیتز فرعی و شماره از هم تفکیک نشده‌اند. این تغییر شاید براساس مقتضیاتی مانند لزوم کاستن از حجم کتاب انجام شده باشد. شاید زمان آن فرا رسیده که شیوه سنتی تعیین یک یا دو منبع برای آزمون‌های جامع تغییر

کند و مانند همه کشورهای پیشرفته برای چنین آزمون‌هایی، بخش‌هایی از کتب مختلف، از جمله برای روان‌درمانی، روان‌پزشکی جامعه‌نگر یا مباحث مربوط به اختلالات جنسی، معرفی شوند. باید بپذیریم با گسترش مرزهای دانش در حوزه‌های مختلف روان‌پزشکی تعیین یک کتاب منبع که همه نیازهای آموزشی گروه‌های فراگیران را برآورده سازد غیرممکن است.

در بخش دارودرمانی تغییر مثبتی که دیده می‌شود این است که مؤلفان داروهای روان‌پزشکی را نه براساس ترتیب الفبایی و اثرات فارماکولوژیک، بلکه بر اساس کاربرد عمده آنها در اختلالات روان‌پزشکی دسته‌بندی کرده‌اند که این تغییر می‌تواند برای یادگیری دستیاران و دانشجویان بسیار مفید واقع شود. در واقع بسیاری از صاحب‌نظران از سال‌ها پیش معتقد بودند شیوه طبقه‌بندی داروها، مثلاً براساس تأثیر بر یک گیرنده خاص، ارتباط تنگاتنگی با واقعیت طبابت بالینی در روان‌پزشکی ندارد.

نکته دیگری که شایان توجه است این است که ویراست قبلی سیناپس که برای اولین بار مطالب DSM-5 را لحاظ کرده بود در بسیاری موارد آشفتگی‌ها و بی‌دقتی‌های عجیبی داشت که نشان از شتاب‌زدگی مؤلفان برای آماده‌سازی کتاب داشت. اما این ویراست به نظر منسجم‌تر می‌رسد و کمتر مطالب متناقض در آن به چشم می‌خورد. امیدوارم ترجمه کتاب حاضر نقشی هرچند کوچک در به‌روز نگاه داشتن دانش دانشجویان، دستیاران، روان‌پزشکان و روان‌شناسان کشور ایفا کند و از بزرگان روان‌پزشکی و روان‌شناسی کشور تقاضا دارم همچون گذشته با نقد و تذکرات دلسوزانه خود مترجمان کتاب را در اصلاح نقایص موجود و حرکت به سمت نثری پاکیزه‌تر یاری کنند.

### **دکتر فرزین رضاعی**

عضو هیئت علمی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

کاربردی باشد. مطالب بالینی را در فصل‌های ابتدایی آورده‌ایم تا تأکید بیشتری بر آن‌ها بگذاریم، و مباحث علمی و نظری پایه‌ای را در فصل‌های بعدی آورده‌ایم. این سازمان‌دهی مجدد کتاب نشان‌دهنده ارزش یا اهمیت فصل‌های اولیه نیست؛ بلکه هدف آن صرفاً کاربردی‌تر کردن کتاب است؛ می‌توان تصور کرد که کارآموز در طول یک روز شلوغ به کتاب رجوع می‌کند تا پاسخ سؤالی را در مورد تشخیص یا درمان یک بیمار پیدا کند، و سپس در ساعات واپسین روز، وقتی زمان بیشتری برای تأمل به دست می‌آورد، می‌نشیند و فصول بعدی کتاب را مطالعه می‌کند تا شناخت بیشتری نسبت به بیمار و وضعیتی که به دست آورد.

در هر جا که ممکن بوده است، اختلال‌ها را بر اساس علائم آن‌ها دسته‌بندی کرده‌ایم. بنابراین، ابتدا پدیدارشناسی انواع مختلف اختلال‌های افسردگی را مورد بحث قرار می‌دهیم و سپس به تشخیص و در نهایت درمان هر یک می‌پردازیم. این رویکرد در واقع انتخابی استراتژیک بوده است، زیرا پژوهش‌های مدرن دیگر به ندرت بیماران را بر مبنای تشخیص‌های بالینی دسته‌بندی می‌کنند، و بیشتر به دسته‌بندی‌های عمده‌تر روی آورده‌اند: برای مثال بیماران افسرده، یا بیماران روان‌پریش. علی‌رغم این موضوع، ما نیز مانند امپرسون اجازه ندادیم که تمایل-مان به انسجام و نظم چنان سفت و سخت شود که نتیجه کار احمقانه از آب در بیاید. پس در فصل‌هایی که اختلال-ها دارای تفاوت بنیادین بودند، برای هر اختلال بخش جداگانه‌ای را در نظر گرفتیم.

متوجه هستیم که برخی اظهار نگرانی می‌کنند که رویکرد «کاربردی» ما ممکن است برخی از ظرافت‌های این کتاب را از بین ببرد. در حقیقت نیز، ما در این ویرایش جدید بسیاری از نقاشی‌ها، عکس‌های اخلاقانه و سایر نکات هنری‌ای را که جزئی اصلی از ویرایش قبلی بودند

«هیچ‌کس نمی‌تواند جای او را پر کند، قربان؛ من صرفاً جایگزین او هستم.»

وقتی از توماس جفرسون می‌پرسیدند که آیا قرار است او پس از بنجامین فرانکلین سفیر آمریکا در فرانسه شود یا خیر، وی جمله بالا را در پاسخ می‌گفت. اهمیت تاریخی وضعیت ما به اندازه جفرسون و فرانکلین نیست، ولی ما نیز از اینکه قرار است ویراستاران جدید کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک باشیم، درست حسی مشابه با جفرسون داریم.

خلاصه روان‌پزشکی یکی از اولین کتاب‌هایی بود که در حوزه روان‌پزشکی با آن مواجه شدیم، و در طول سال-های تحصیل به «کتاب مقدس‌مان» تبدیل شد. وقتی که تدریس را شروع کردیم، همین کتاب را به دانشجویان و رزیدنت‌ها معرفی می‌کردیم. هنگامی که ویراستاران آزمون روان‌پزشکی برای رزیدنت‌های تحت تعلیم<sup>۱</sup> بودیم، برای تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا سؤالی مطابق با اصول علمی مورد قبول تمامی روان‌پزشکان طراحی شده است یا خیر، اغلب به همین کتاب رجوع می‌کردیم.

حال که در مقام ویراستار، بار دیگر به این کتاب بازگشته‌ایم، زمانی که صرف بازنگری و ویرایش آن کرده‌ایم احترام‌مان را به این کتاب شگفت‌انگیز افزایش داده است. نویسندگان پیشین در کمال تبحر کتابی جامع، فهم‌پذیر و خواندنی خلق کرده‌اند.

رویکرد ما در تألیف این ویرایش جدید با احتیاط توأم بوده‌است، و حجم عمده‌ای از مطالب موجود در ویرایش-های قبلی را بدون تغییر نگه داشته‌ایم و گاه کلمه به کلمه تکرار کرده‌ایم. هدف گروه ویراستاران تحت سرپرستی ما این بوده است که یا کشفیات تازه را در این حوزه علمی رو به رشد وارد کتاب کنند، یا مطالب کتاب را طوری سازمان‌دهی کنند که برای نسل جدید روان‌پزشکان

اما همچنان وام‌دار بیش از ۲۰۰۰ نفری هستیم که در نگارش ویرایش قبلی و فعلی کتاب *درسنامه جامع روان-پزشکی* نقش داشتند و به ما اجازه خلاصه کردن کارشان را دادند. در عین حال در این کار جدید، مسئولیت جرح و تعدیل‌ها و تغییرات به عمل آمده را بر عهده می‌گیریم.

### نظام آموزشی جامع

این درسنامه یکی از اجزای نظام جامعی است که مؤلفان برای تسهیل آموزش روان‌پزشکی و علوم رفتاری تدوین کرده‌اند. در رأس این نظام، *درسنامه جامع روانپزشکی* قرار گرفته که از عمق و گستره‌ای تام و تمام برخوردار است و به گونه‌ای طراحی شده است که به کار روان‌پزشکان، رفتار پژوهان، و همه کارگزاران حوزه بهداشت روان بیاید. خلاصه *روانپزشکی کاپلان و سادوک* در واقع روایتی نسبتاً مختصر، با جرح و تعدیل بسیار، اما اصیل و روزآمد از آن درسنامه است که برای دانشجویان پزشکی، دستیاران روانپزشکی، روانپزشکان شاغل، و متخصصان بهداشت روان مفید است. دو کتاب ویژه مشتق از این کتاب یعنی *چکیده درسنامه روانپزشکی بالینی* و *چکیده روان‌پزشکی کودک و نوجوان* حاوی توصیفاتی از همه اختلالات روان‌پزشکی از جمله تشخیص و درمان این اختلالات در بزرگسالان و کودکان هستند. این کتاب‌ها برای کارکنان بالینی و دستیاران روانپزشکی که به مرور سریع درمان مشکلات بالینی نیاز دارند مفید است. جزء دیگری از این نظام را *راهنمای مطالعه و خودآزمایی خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک* تشکیل می‌دهد که حاوی سؤال‌هایی چند گزینه‌ای همراه با پاسخ‌های آن هاست و برای آن دسته از دانشجویان روانپزشکی و روانپزشکان بالینی طراحی شده است که می‌خواهند برای شرکت در امتحانات مختلف آماده شوند و لذا به مروری بر علوم رفتاری و روانپزشکی عمومی نیاز دارند. سؤال‌ها به گونه‌ای تنظیم شده است که با الگوی مورد استفاده در اکثر آزمون‌های استاندارد مطابق باشند. اجزای دیگر این مجموعه را کتاب‌های راهنمای جیبی یا دستنامه تشکیل

حذف کرده‌ایم. این‌ها انتخاب‌های شخصی ما بوده‌اند که به رویکردهای شخصی ما اشاره دارند. قطعاً قصد نداریم اصالت کتاب را از بین ببریم، و امیدواریم که تلاش‌مان برای حفظ نثر کتاب اصلی، تاریخچه‌ها و شرح‌حال‌های موردی و ارجاعات تاریخی توانسته باشد بخشی از آنچه را که نسخه قبلی کتاب را برجسته می‌کرد حفظ کند.

فلسفه دیگری که همراه خودمان به این ویرایش جدید آورده‌ایم این است که سلامت روان بخشی از سلامت جسم است و نمی‌شود بیماری روانی را، جز با اشاره به سایر حوزه‌های پزشکی، مورد بحث قرار داد. حتی اصطلاح «ذهن-بدن» نیز امروز دیگر منسوخ به نظر می‌رسد، زیرا به تمایز و شکافی اشاره دارد که دیگر به وجود آن اعتقادی نداریم. این نکته وقتی بیش از پیش برای ما مسجل شد که با شیوع بیماری COVID-19 و در طول کار بر روی کتاب مشاهده کردیم که یک ویروس ساده می‌تواند چه تأثیر روانی مخربی روی بیماران، متخصصان و کارآموزان داشته باشد.

### پیشینه

این درسنامه براساس تجربه ما در ویرایش *درسنامه جامع روان‌پزشکی*<sup>۱</sup> شکل گرفت. اثر یاد شده کتابی دو جلدی و گسترده است که توسط متخصصان این حوزه تدوین شده است. *درسنامه جامع روان‌پزشکی* مختص افرادی است که به یک بررسی فراگیر، مفصل و دایرةالمعارفی از کل رشته روانپزشکی نیاز دارند. هدف *درسنامه مزبور* آن دسته از متخصصانی هستند که به اثری به‌روز نیاز دارند که تا حد ممکن جامع باشد. اما *درسنامه حاضر* برای کارآموزانی تدوین شده است که نیاز به معرفی مختصر و فشرده‌ای از حوزه روان‌پزشکی دارند. درست است که این کتاب در واقع برگرفته از *درسنامه جامع روان‌پزشکی* است، اما اهداف متفاوت هر یک از این دو کتاب باعث وجود تفاوت-هایی میان آن‌ها شده است. بخش‌هایی از این کتاب را تغییر داده‌ایم و در بعضی موارد محتوای تازه‌ای نوشته‌ایم،

1. Comprehensive Textbook of Psychiatry

استفاده از آن کتاب را بسیار توصیه می‌کنیم. ما جدولی را اضافه کرده‌ایم که حاوی علائم اصلی، سیر زمانی و سایر معیارهای مربوط به تشخیص‌های اصلی است. تا بدین وسیله بتوانیم به خواننده برای رسیدن به استدلال تشخیصی کمک کنیم.

### ICD-10

خوانندگان همچنین باید از نظام طبقه‌بندی موازی سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>5</sup> که طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط (ICD-10)<sup>6</sup> نامیده می‌شود آگاه باشند. متون DSM و ICD تفاوت‌هایی با همدیگر دارند، اما طبق توافق‌های ایالات متحده و سازمان بهداشت جهانی شماره کدهای تشخیصی DSM و ICD یکسان شده است تا بتوان در گزارش آماری و بین‌المللی روانپزشکی روال یکسانی را در پیش گرفت. در حال حاضر در ایالات متحده کدهای عددی و تشخیصی ICD و DSM از نظر خدمات درمانی سالمندان (Medicare)، خدمات درمانی نیازمندان (Medicaid) و شرکت‌های بیمه خصوصی برای بازپرداخت معتبر است. ICD-10 حاوی فهرست جامعی از تمامی تشخیص‌های پزشکی است، و محدود به تشخیص‌های روان‌پزشکی نیست. برخلاف DSM-5 که تعداد معینی ملاک برای هر بیماری ارائه می‌دهد، ICD-10 توصیفی‌تر است و اجازه قضاوت شخصی را نیز به متخصص می‌دهد. ICD-10 قدیمی‌تر از DSM-5 است و تشخیص‌هایی را که از نسخه جدید کتابچه حذف شده‌اند نیز شامل می‌شود. در حال حاضر نسخه پیش‌نویس ICD-11 در دسترس است و همچنین نسخه برخط (آنلاین) آن نیز در تارنمای سازمان بهداشت جهانی قرار داده شده است. ICD-11 هماهنگی بیشتری با DSM-5 دارد. مطابق با برنامه سازمان بهداشت جهانی، قرار است این ویرایش تازه از ICD از سال ۲۰۲۲ اجرایی شود. از آنجایی که بیشتر نقاط

می‌دهند: راهنمای جیبی روانپزشکی بالینی<sup>۱</sup>، راهنمای جیبی درمان‌های دارویی روانپزشکی<sup>۲</sup>، راهنمای جیبی روانپزشکی فوریتی (اورژانس)<sup>۳</sup>، و راهنمای جیبی روانپزشکی در مراقبت‌های اولیه<sup>۴</sup>. مجموعه این کتاب‌ها به ترتیب، تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی، روان‌داروشناسی، فوریت‌های روانپزشکی، و روانپزشکی در مراقبت‌های اولیه را پوشش می‌دهند و چنان مختصر و فشرده طراحی و تألیف شده‌اند که بالینگران و پزشکان با هر تخصصی می‌توانند آن‌ها را به راحتی با خود حمل کنند و در صورت لزوم به سرعت به آن‌ها مراجعه کنند. آخرین جزء نظام آموزشی ما را *واژه‌نامه جامع روانپزشکی و روانشناسی* تشکیل می‌دهد که تعاریف کتبی ساده‌ای از این واژه‌ها را در اختیار روان‌پزشکان و سایر پزشکان، روان‌شناسان، دانشجویان، سایر متخصصان بهداشت روان، و نیز عموم مردم قرار می‌دهد. این کتاب‌ها در مجموع برای آموزش، مطالعه، و یادگیری روانپزشکی، رویکردی چندوجهی ایجاد کرده‌اند.

### طبقه‌بندی اختلالات

#### DSM-5

ویرایش پنجم کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی (DSM) متعلق به انجمن روانپزشکی آمریکا که DSM-5 نامیده می‌شود در سال ۲۰۱۳ منتشر شد. DSM-5 حاوی نظام نامگذاری رسمی مورد استفاده روانپزشکان و سایر متخصصان بهداشت روانی در ایالات متحده است؛ اختلالات روانی‌ای که در این درسنامه تشریح شده‌اند با سیستم نامگذاری فوق مطابقت دارند. تصمیم ما بر آن بوده است که مستقیماً نثر یا ساختار جدول‌های کتاب DSM-5 را در اینجا تکرار نکنیم؛ علت آن است که تصور می‌کنیم اکثر روان‌پزشکان و کارآموزان به آن کتاب دسترسی داشته باشند؛ اگر چنین نیست،

1. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry
2. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
3. Pocket Handbook of Emergency Psychiatry Medicine
4. Pocket Handbook of Primary Care Psychiatry

5. World Health Organization  
6. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

جهان (از جمله ایالات متحده، به ویژه در فرایند صدور صورت حساب پزشکی) هنوز از ICD-10 استفاده می کنند، ما نیز از اطلاعات آن در جدول ها و مطالب تشخیصی مان استفاده می کنیم. خواننده با مطالعه این جداول متوجه شباهت های بسیار، و همچنین برخی تفاوت های جالب، میان DSM-5 و ICD-10 خواهد شد.

## شرح حال بیماران

شرح حال بیماران بخشی تفکیک ناپذیر از این کتاب محسوب می شود. این موارد به طور گسترده در متن به کار گرفته شده است تا اختلالات بالینی توصیف شده در متن ملموس تر جلوه کنند. این موارد از منابع مختلفی اخذ شده اند از جمله از نویسندگانی که در ویراست های فعلی و پیشین درسمانه جامع روان پزشکی نقش داشته اند و همکاران بیمارستانی ما که از همه آنها به دلیل این نقوشان تشکر می کنیم. برخی از این گزارش ها برگرفته از تجربه بالینی مؤلفان در بیمارستان بلووو در نیویورک هستند. شرح حال موارد با حروف مجزایی چاپ شده اند تا خواننده آنها را به راحتی پیدا کند. ما بسیاری از این بخش های شرح حال را بدون تغییر نگه داشته ایم، زیرا عقیده داریم که آنها گاهی می توانند مفاهیم انتزاعی توصیف شده را به خوبی توضیح دهند، و از کسانی که این شرح حال ها را در اختیار ما گذاشتند و اجازه استفاده از آن -ها را در کتاب به ما دادند تشکر می کنیم.

## منابع

در پایان هر بخش از کتاب خلاصه روان پزشکی، تعدادی از ارجاعات و منابع ذکر شده که شامل مرور متون و منابع به روز شده و نیز فصول مرتبط در درسمانه بزرگ ترمان یعنی درسمانه جامع روان پزشکی است. تعداد منابع محدود شد که بخشی از این محدودیت برای کاستن از حجم کتاب بود اما دلیل مهم تر آن این بود که ما می دانیم خوانندگان روزگار مدرن برای دستیابی به جدیدترین متون موجود به پایگاه های داده های اینترنتی نظیر پابمد (PubMed) و

گوگل اسکولار (Google Scholar) مراجعه می کنند و ما این روند را تشویق می کنیم.

## سپاسگزاری

صمیمانه از کار ارزشمند دستیار ویراستار برجسته این کار، دکتر آریا شاه، سپاسگزاریم که به ما کمک کرد تا حجم اعظمی از کتاب، از جمله بخش مربوط به همه گیرشناسی و سایر پژوهش ها، را به روز کنیم. دکتر آریا شاه همچنین کار مرور DSM-5 و ICD-10 را به منظور تدوین جدول -های تطبیقی تشخیصی (که به این ویرایش جدید اضافه شده اند) بر عهده گرفت.

همچنین مایل هستیم از همکاران و دوستان مان در دپارتمان های مختلف تشکر کنیم. اعضای این گروه شگفت انگیز در دپارتمان روان پزشکی بیمارستان برایام و زنان فعال هستند. از دکتر دیوید سیلبرسویگ رئیس بخش روان پزشکی این بیمارستان تشکر می کنیم که در طی نگارش این کتاب مشورت و راهنمایی ارزشمندی به ما ارائه داد. همچنین از دکتر دپورا جرمن، نایب رئیس امور سلامت و رئیس کالج پزشکی در دانشگاه فلوریدی مرکزی، به خاطر حمایت، تشویق و راهنمایی هایش، سپاسگزاریم.

همچنین، از دوستان متعددمان در جای جای کشور در حوزه روان پزشکی و پزشکی تشکر می کنیم. یکی از این دوستان، دکتر جوزفا چیانگ از دانشگاه فلوریدا، مجموعه متخصصان را نوعی «کالج نامرئی» نامیده است، و این نام گذاری بسیار مناسب شبکه گسترده ای از دوستان عزیز است، که بسیاری از آنها در حوزه های تخصص خود بهترین هستند، و همیشه برای ارائه مشورت، کمک، نقد و دیدگاه های روشنگر، با کمال خوش رویی، آماده هستند.

می خواهیم از این فرصت استفاده کنیم و از کمک کسانی که این کتاب و سایر کتب کاپلان و سادوک را به زبان های خارجی ترجمه کرده اند تشکر کنیم؛ از آن جمله می توان به زبان های چینی، کروآتی، فرانسوی، آلمانی، یونانی، اندونزیایی، ایتالیایی، ژاپنی، لهستانی، پرتغالی، رومانیایی، روسی، اسپانیایی و ترکی اشاره کرد. همچنین

یک نسخه ویژه آسیایی و نیز نسخه بین‌المللی دانشجویی نیز از این کتاب تهیه شده است.

از گروه ویراستاران وولترز کلوور که در طول انجام مراحل مختلف این کتاب صبوری به خرج دادند سپاسگزاریم. در حین تدوین این کتاب، هریک از ما ناچار بودیم برای مقابله با تبعات مختلف این همه‌گیری در محل زندگی خود زمان صرف کنیم، و تیم ویراستاری با صبوری از ما حمایت و ما را تشویق کردند. از کریس تیا، مسئول تهیه، آن مالکولم، دستیار مدیر تولید محتوا، آریل وینتر، ویراستار توسعه، اشلای فایفر، هماهنگ‌کننده تیم ویراستاران، کارن رانا، مدیر پروژه و بریجت دوهرتی، مدیر فروش، تشکر می‌کنیم.

و اصلی‌ترین سپاسگزاری خود را تقدیم بنجامین و ویرجینیا سادوک می‌کنیم. متأسفانه، همه‌گیری ما را ناچار کرده است که آنها را صرفاً با رجوع به آوازه‌شان، و همچنین از طریق وسایل ارتباطی الکترونیک، بشناسیم. از آنها ممنونیم که حاصل سال‌ها کار فکری خود را به ما سپردند. نمی‌توانیم جای آن‌ها را بگیریم، اما امیدواریم که بتوانیم آن‌ها را مفتخر کنیم.

## مصاحبه

### ملاقات ما با سادوک‌ها

در طول برنامه‌ریزی برای کار بر روی این کتاب، امید داشتیم که بتوانیم بنجامین و ویرجینیا سادوک را ملاقات کنیم. اما همه‌گیری این امید را نیز مانند بسیاری از چیزهای دیگر ناممکن کرد. بنابراین به این اکتفا کردیم که با آنان در نرم‌افزار Zoom جلسه داشته باشیم. دوست داشتیم که در مورد تاریخچه این کتاب اطلاعاتی کسب کنیم و از این دو متخصص توصیه‌های کارسازی دریافت کنیم. می‌خواستیم اهداف و ارزش‌هایی که آن‌ها را ترغیب کرد تا وظیفه سنگین نگارش این کتاب را به عهده بگیرند بفهمیم. بیش از هر چیز، دوست داشتیم کسانی را که این اثر شگفت‌انگیز را خلق کرده بودند ملاقات کنیم. بنابراین

با شوق بسیار تماس ویدیویی را برقرار کردیم، و نمی‌دانستیم که باید انتظار چه چیزی را داشته باشیم.

ملاقات با کسانی که صرفاً آوازه‌شان را شنیده‌ای ممکن است به شکل‌های مختلفی پیش برود. در مورد ما، تجربه دوست‌داشتنی‌ای بود. فهمیدیم که بن و ویرجینیا زوج خونگرم و خوش‌مشربی هستند و رفتار بسیار دوستانه‌ای دارند. این زوج هوشمند و پر انرژی خوب با هم جور شده بودند، گاهی به تفکر فرو می‌رفتند، گاهی شوخ‌طبعی به خرج می‌دادند، و در همه حال به‌طرز باورنکردنی‌ای متواضع بودند. آنها همچنین با گشاده‌رویی در مورد کتاب حاضر که حاصل یک عمر تلاش‌شان بود برای ما گفتند. توضیح دادند که تاریخ نگارش خلاصه روان‌پزشکی با درسنامه جامع پیوند خورده است، که اولین بار در سال ۱۹۶۷ منتشر شد. درسنامه جامع در ابتدا حدود ۱۰۰۰ صفحه بود، حدود ۲۰۰ نفر در نگارش آن نقش داشتند و هارولد کاپلان و بنجامین سادوک سرپرستی نویسندگان را بر عهده داشتند. امروز، حجم کتاب به ۵۰۰۰ صفحه رسیده و هزاران نفر در نگارش آن مشارکت داشته‌اند. با این حال، در همان زمان هم این کتاب بسیار پرچم بود، بنابراین در نهایت این ایده به ذهن نویسندگان رسید که آن حجم گسترده را در قالبی خلاصه کنند که برای دانشجویان و رزیدنت‌های پزشکی قابل استفاده باشد. آن‌ها توضیح دادند که برای آماده‌سازی ویرایش اول خلاصه روان‌پزشکی بخش‌هایی از کتاب اصلی را «بریده و منتقل کرده‌اند». وقتی از آن‌ها توضیح بیشتری خواستیم، متوجه شدیم که منظورشان از «بریدن» واقعاً این بوده است که با یک تیغ مارک X-ACTO بخش‌هایی را از کتاب درسنامه جامع بریده بودند، آن‌ها را به هم چسبانده بودند و اولین ویرایش کتابی را تهیه کرده بودند که نامش را خلاصه مدرن درس‌نامه جامع روان‌پزشکی گذاشتند. پس از چند ویرایش، عنوان کتاب را کوتاه‌تر کردند. آن‌ها توضیح دادند که در فرایند آماده‌سازی ویرایش‌های بعدی، متوجه شدند که صرفاً استخراج بخش‌هایی از درسنامه جامع و انتقال آن‌ها به خلاصه روان‌پزشکی باعث می‌شود که متن نهایی



چندان خوب از آب در نیاید. پس شروع کردند به بازنویسی در *سنامه جامع* و در عین حال تلاش کردند نشر کتاب اصلی را تا حدودی حفظ کنند، تا اینکه در نهایت به کتابی رسیدند که امروز پیش روی ماست؛ اثری که دست-اندرکاران متعددی در نگارش آن نقش دارند و به طور مدام بازنویسی می‌شود.

آن‌ها به خاطر آوردند که، در کمال تأسف، هارولد کاپلان در سال ۱۹۹۸ و در فرایند آماده‌سازی ویرایش هفتم خلاصه *روان‌پزشکی* از دنیا رفت، و در نتیجه ویرجینیا سادوک به یکی از نویسندگان رسمی کتاب تبدیل شد. بنجامین توضیح داد علت اینکه می‌گوید «رسمی» این است که ویرجینیا مدت‌ها پیش از این تاریخ نیز به طور غیر رسمی در فرایند نگارش کتاب دخیل بوده است. ویرجینیا خاطرنشان کرد یکی از مزایای حضور او در میان نویسندگان این بوده است که او توانسته بود دیدگاهی زنانه، یا دیدگاهی انتقادی، را به کتاب اضافه کند؛ او گفت که آن زمان در بین دانشجویان کالج پزشکی نیویورک فقط هشت خانم بوده‌اند و او یکی از آنان بوده است.

آن‌ها احساس کرده بودند که یکی از مهم‌ترین اهدافشان در نگارش خلاصه *روان‌پزشکی* ابراز نگرانی روزافزون‌شان از گسترش فناوری و پزشکی سازمانی و شرکتی بوده است که اثری غیر انسانی و ماشینی بر تحصیل پزشکی می‌گذاشت. آن‌ها احساس می‌کردند که دانشجویان پزشکی طوری آموزش می‌بینند که به «پزشکان روبات‌مانند» تبدیل شوند. تمامی پزشکان آکادمیک همچنان با این مشکل دست‌به‌گریبان هستند، زیرا روزبه‌روز بر تعداد پروتکل‌ها، روش‌های مختلف ثبت الکترونیکی سوابق بیمار و سیاهه‌های تحمیل شده بر پزشکان افزوده می‌شود. آن‌ها امید داشتند که کتاب‌شان بتواند انسان‌گرایی و نگاه انسانی‌تر را به حوزه تحصیل روان‌پزشکی بازگرداند.

بنابراین، درست است که این کتاب همیشه مملوء از اطلاعات علمی و حاوی تازه‌ترین پژوهش‌های مربوطه بوده است، اما نویسندگان همواره پزشکان فعال را نیز در

ذهن داشته‌اند، کاری که خوب از عهده آن بر آمدند زیرا در حین نگارش کتاب خودشان نیز مشغول طبابت بیماران بودند. در حقیقت نیز این کتاب در میان روان‌پزشکان فعال بسیار محبوب شده است. با این حال، نویسندگان بسیار تعجب کردند وقتی که پی بردند به غیر از روان‌پزشکان، سایر افراد نیز از این کتاب استفاده می‌کنند، از جمله روان‌شناسان، انواع مختلف درمانگران و بسیاری از دیگر متخصصانی که در حوزه درمان بیماران روانی فعال هستند.

آقا و خانم سادوک خاطرنشان کردند که در فرایند نگارش این کتاب با چالش‌های مشخصی روبرو بوده‌اند، نظیر به‌روز کردن محتویات کتاب بر مبنای تازه‌ترین ویرایش‌های *دستنامه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM)* انجمن روان‌پزشکی آمریکا. آنها اذعان می‌کنند که گاهی میان کتاب حاضر و DSM رقابت پدید می‌آید، اما در واقع این دو کتاب را مکمل یکدیگر در نظر می‌گیرند؛ به این طریق که DSM مطالب را تعریف می‌کند، و کتاب حاضر آن‌ها را توضیح می‌دهد و تشریح می‌کند.

آنها در مورد جنبه زیباشناختی کتاب نیز توصیه‌های بسیاری به ما کردند. ما شگفت‌زده شدیم وقتی که دیدیم ویرجینیا و بن با چه دقتی به جزئیاتی نظیر صفحه‌آرایی، رنگ‌بندی و حتی کیفیت کاغذ مورد استفاده توجه می‌کنند. توصیه‌های آنها باعث شد که ما به اهمیت تمامی جنبه‌های مختلف کتاب پی ببریم، از جمله ظاهر کتاب و حسی که به مخاطب می‌دهد.

در حین صحبت در مورد عمر تقریباً ۵۰ ساله کتاب، مشخص بود که آقا و خانم سادوک به شاهکارشان بسیار افتخار می‌کنند. آن‌ها گفتند که نگاهی انتقادی نسبت به اولین ویرایش کتاب داشتند و از آن پس، همواره تلاش کرده بودند که ویرایش‌های بعدی را بهبود بخشند. آن‌ها بر این باور بودند که تازه‌ترین ویرایشی که از کتاب آماده کرده بودند، یعنی ویرایش یازدهم، حد کمال توان آنها بوده است. واضح است که کتاب از «مجموعه‌ای از بریده‌های به هم چسبانده شده» در ویرایش اول تبدیل به اثری

تفکربرانگیز با سبکی جالب و رویکردی انسان‌گرایانه شده است که از حوزه‌های مختلفی نظیر هنر، تاریخ، فلسفه و تعداد بی‌شماری مطالعه موردی سود می‌برد. به علاوه، همان‌طور که آنان یادآور شدند، در ویرایش اول به سختی توانسته بودند ناشری را برای چاپ کتاب پیدا کنند، اما در حال حاضر این کتاب به یکی از محبوب‌ترین کتب در حوزه روان‌پزشکی تبدیل شده است. آنان بیش از هر چیز به این موضوع افتخار می‌کردند که توانسته بودند هدف اصلی‌شان را محقق کنند؛ یعنی خلق کتابی که از سیاه‌برداری و سبک خلاصه‌شده بسیاری از منابع فراتر برود، و بتواند هنر و علم پزشکی را بازتاب داده و در عین حال بیمار را در کلیت وی مورد ملاحظه قرار دهد.

آنها برای ما آرزوی موفقیت کردند و ملاقات‌مان به پایان رسید. این ملاقات برای ما منبع الهام و فرصت بزرگی بود که باعث شد بفهمیم در فرایند خلق یک اثر بزرگ چه میزان شور و شوق و بینش مورد نیاز است. امیدواریم که بتوانیم توصیه‌های آنان را به کار بندیم و بر پایه میراث ارزشمندی که برای ما به جا گذاشته‌اند کار خود را ادامه دهیم و این سنت را زنده نگه داریم. همچنین، امیدواریم که سلامتی جسمانی و روحیه‌شان همیشه به خوبی همان روزی باشد که با آنان دیدار ویدیویی داشتیم، و آرزو می‌کنیم که بتوانیم به زودی آنان را از نزدیک ملاقات کنیم.

باب بولاند و ماری وردوین، ۲۰۲۲/۱۰/۱۶

## جلد اول

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 خلقی 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
۳۸۵	۲/۱۶ اسکیزوفرنی زودآغاز
۳۹۳	۲/۱۷ اختلالات مصرف مواد در نوجوانان
۴۰۹	فصل ۳ اختلالات عصبی‌شناختی
۴۱۳	۳/۱ دلیریوم (روان‌آشفته‌گی)
۴۲۶	۳/۲ دمانس (اختلال عصبی‌شناختی عمده)
۴۴۹	۳/۳ اختلال عصبی‌شناختی عمده با 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 رخت‌زا
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

# فهرست

## جلد دوم

- فصل ۵: طیف اسکیزوفرنی (روان گسیختگی) و سایر اختلالات روان پریشی
- فصل ۶: اختلالات دوقطبی
- فصل ۷: اختلالات افسردگی
- فصل ۸: اختلالات اضطرابی
- فصل ۹: اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط
- فصل ۱۰: اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس‌زا
- فصل ۱۱: اختلالات تجزیه‌ای
- فصل ۱۲: اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط
- فصل ۱۳: اختلالات خوردن و تغذیه
- فصل ۱۴: اختلالات دفعی
- فصل ۱۵: اختلالات خواب-بیداری
- فصل ۱۶: رفتارها و تمایلات جنسی انسان و کژکاری‌های جنسی
- فصل ۱۷: نارضایتی جنسیتی، هویت جنسیتی و وضعیت-های مرتبط
- فصل ۱۸: اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک
- فصل ۱۹: اختلالات شخصیت
- فصل ۲۰: حالات دیگری که ممکن است کانون توجه بالینی باشند

## جلد سوم

- بخش ۲ درمان در طول عمر
- فصل ۲۱: روان‌داروشناسی
- فصل ۲۲: سایر درمان‌های جسمی
- فصل ۲۳: روان‌درمانی
- فصل ۲۴: توان‌بخشی روان‌پزشکی و سایر مداخلات
- فصل ۲۵: مشاوره با سایر رشته‌ها
- فصل ۲۶: سطح مراقبت

## جلد چهارم

- بخش ۳ سایر مسائل مربوط به روان‌پزشکی
- فصل ۲۷: اخلاق و رفتار حرفه‌ای
- فصل ۲۸: مسائل حقوقی و قانونی
- فصل ۲۹: مسائل پایان عمر و مراقبت تسکینی
- فصل ۳۰: روان‌پزشکی جامعه‌نگر
- فصل ۳۱: مسائل جهانی و فرهنگی در روان‌پزشکی
- بخش ۴ سهم علوم اجتماعی و سایر علوم در روان-پزشکی
- فصل ۳۲: رشد طبیعی و افزایش سن
- فصل ۳۳: سهم علوم اعصاب
- فصل ۳۴: سهم علوم اجتماعی و رفتاری
- فصل ۳۵: تاریخچه روان‌پزشکی



## ارزیابی و تشخیص در روان‌پزشکی

### ▲ ۱/۱ بیمار بزرگسال

### مصاحبه، شرح حال و سنجش وضعیت روانی در روان‌پزشکی

با این همه اصول و فنون اساسی وجود دارد که برای همه مصاحبه‌های روان‌پزشکی اهمیت دارند که کانون توجه این بخش خواهند بود. مسائلی 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)<sup>۱</sup> باید

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 تا طرح درمانی شخص - محور را به کمک بیمار تدوین کند.

نکته‌ای که به همین اندازه مهم است آن 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.

1. Health Insurance Portability and Accountability

بیان کند بلکه باید به اطلاعات اعضای خانواده گوش دهد و در مورد مطالبی که بیمار در این جلسه مشترک ارائه می‌کند صحبت کند. گاهی زمانی که اعضای خانواده برای ملاقات دعوت نشده‌اند روان‌پزشک 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 نمی‌تواند به‌طور مؤثر ارتباط برقرار کند. همچون سایر موارد، در اینجا نیز بیمار باید رضایت بدهد مگر اینکه روان‌پزشک مشخص کند بیمار برای خود یا دیگران خطری دارد. گاهی اعضای خانواده به روان‌پزشک تلفن می‌کنند. به‌جز در موارد اضطراری پیش از اینکه روان‌پزشک با بستگان صحبت کند باید اجازه این کار را از بیمار بگیرد. همچنان که در بالا اشاره شد روان‌پزشک نباید مطالبی که بیمار با او درمیان گذاشته به اعضای خانواده منتقل کند بلکه باید به اطلاعاتی که اعضای خانواده ارائه می‌کنند گوش دهد. وقتی یکی از اعضای خانواده با روان‌پزشک تماس برقرار می‌کند روان‌پزشک باید این موضوع را به بیمار بگوید حتی اگر بیمار برای انجام این کار رضایت داده باشد.

در محیط‌های آموزشی و گاهی پزشکی قانونی مواردی پیش می‌آید که جلسه ضبط می‌شود. 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 محیط‌های آموزشی از آینه‌های یک‌طرفه به‌عنوان ابزاری استفاده می‌شود برای اینکه فراگیران بتوانند مصاحبه را مشاهده کنند؛ در این موارد بیمار باید از کاربرد آینه یک‌طرفه و سنخ مشاهده‌کنندگان آگاه شود و به او اطمینان داده شود که ناظرین قوانین رازداری را رعایت خواهند کرد. برای استفاده از آینه یک‌طرفه 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 می‌گذارند و روان‌پزشک باید همچنان که جلسه پیش می‌رود آزادانه در مورد این اثرات صحبت کند.

**احترام و ملاحظه.** همچون تمام محیط‌های بالینی باید با بیمار با احترام رفتار شود و مصاحبه‌گر باید شرایط بیمار را در نظر بگیرد. بیمار اغلب درد یا ناراحتی قابل ملاحظه‌ای را تجربه

به‌دقت رعایت شوند و اوراق مناسب باید به بیمار ارائه شود. رازداری مؤلفه مهم اساسی در رابطه پزشک و بیمار است. مصاحبه‌گر باید هر کاری را انجام دهد تا مطمئن شود محتویات مصاحبه را دیگران نمی‌شنوند. 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 امکان‌پذیر نیست مصاحبه‌گر باید از ورود به برخی موضوعات پرهیز کند یا خاطر نشان کند که این مسائل بعداً، وقتی حریم خصوصی را بتوان تضمین نمود، مطرح خواهند شد. به‌طور کلی در ابتدا مصاحبه‌گر باید نشان دهد که محتوای جلسات محرمانه می‌ماند به‌جز مواردی که لازم است با پزشک ارجاع‌دهنده 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 می‌توان با سایرین در میان گذاشت. در این موارد مصاحبه‌کننده باید به‌طور آشکار اعلام کند که جلسه محرمانه نیست و مشخص کند چه کسی گزارش ارزیابی را دریافت خواهد کرد. این اطلاعات باید به‌دقت و به‌طور کامل در پرونده بیمار ثبت شود.

یک موضوع ویژه در مورد رازداری زمانی پیش می‌آید که بیمار خاطر نشان می‌کند می‌خواهد به خود یا دیگری آسیب برساند. وقتی ارزیابی روان‌پزشک حاکی از آن است که این امر ممکن است واقعاً اتفاق بیافتد، ممکن است از نظر قانونی لازم باشد قربانی احتمالی را مطلع سازد (قانون مربوط به اطلاع‌رسانی به قربانی بالقوه در ایالات مختلف متفاوت است). روان‌پزشکان همچنین باید الزامات اخلاقی خود را مدنظر قرار دهند. بخشی از این الزام ممکن است به‌وسیله اقدامات بالینی مناسب برآورده شود نظیر افزایش دوز داروهای ضد روان‌پریشی یا بستری کردن بیمار.

اغلب اعضای خانواده بیمار از جمله همسر، فرزندان بزرگسال یا والدین در جلسه اول، همراه بیمار حاضر می‌شوند یا در بیمارستان یا سایر مؤسسات اقامتی، زمانی که روان‌پزشک برای اولین بار بیمار را ملاقات می‌کند، حضور دارند. اگر اعضای خانواده بخواهند با روان‌پزشک صحبت کنند بهتر است روان‌پزشک پس از اخذ رضایت بیمار در پایان جلسه با اعضای خانواده و بیمار به‌طور هم‌زمان ملاقات داشته باشد. در این جلسه مشترک روان‌پزشک نباید مطالبی که بیمار مطرح کرده را

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<sup>۲</sup> بوده است (مانند افراد دچار اختلال شخصیت مرزی). همانندسازی می‌تواند موجب تخلیه انرژی روان‌پزشک، بی‌علاقگی و نهایتاً فرسودگی او شود.

**ارتباط بیمار - پزشک.** ارتباط پزشک و بیمار محور کار پزشکی است (سال‌های متممادی اصطلاح پزشک-بیمار یا دکتر-بیمار به کار می‌رفت اما گاهی این ترتیب وارونه می‌شود که بر 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<sup>۱</sup> / 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 «ارم 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 پیشرفت 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. تکان 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



سرانگشتی در مورد این سؤالات این است که سؤالات مربوط به صلاحیت و جایگاه پزشک بایستی مستقیماً پاسخ داده شود (مثلاً مدرک برد، مقام بیمارستانی و غیره). گاهی چنین سؤالاتی یک اظهارنظر توأم با نیش و کنایه است (واقعاً شما به دانشکده پزشکی رفته‌اید؟). در چنین مواردی بهتر است به موضوعی که سبب تحریک بیمار برای چنین اظهارنظری شده پرداخت تا اینکه به صورت عینی به سؤال پاسخ داده شود. در مورد اینکه تا چه حد روان‌پزشک باید به سؤالات شخصی جواب دهد هیچ پاسخ آسانی وجود ندارد (ازدواج کرده‌اید؟ بچه دارید؟ فوتبال نگاه می‌کنید؟). توصیه‌های مربوط به نحوه پاسخ‌دهی به این سؤالات به چند موضوع بستگی دارد از جمله نوع روان‌درمانی مورد استفاده یا مدنظر، بافتاری که در آن این سؤال پرسیده می‌شود و خواست روان‌پزشک. اغلب، به‌خصوص اگر بیمار تحت روان‌درمانی بینش‌مدار باشد یا کاندید چنین روان‌درمانی باشد، بهتر است دلیل این پرسش از سوی بیمار بررسی شود. پرسش در مورد داشتن بچه ممکن است ناشی از این باشد که بیمار فکر کند آیا روان‌پزشک تجربه شخصی در بزرگ کردن بچه داشته یا به صورت کلی تر آیا روان‌پزشک مهارت‌ها و تجربه لازم برای برآورده کردن نیازهای بیمار را دارد یا خیر. در چنین موردی بخشی از پاسخ روان‌پزشک می‌تواند این باشد که او تجربه قابل ملاحظه‌ای در کمک به مردم در زمینه مسائل فرزندپروری دارد. در بیمارانی که تحت روان‌درمانی حمایتی یا درمان دارویی هستند پاسخ به این سؤالات به‌خصوص اگر خیلی جنبه شخصی نداشته باشند کاملاً مناسب است. مانند: «آیا فوتبال نگاه می‌کنید؟» دلیل عمده عدم پاسخ‌دهی مستقیم به سؤالات شخصی آن است که مصاحبه ممکن است روان‌پزشک - محور شود نه بیمار - محور.

در برخی موارد، باز هم بسته به ماهیت درمان، کار مفید این است که روان‌پزشک برخی اطلاعات شخصی را درمیان بگذارد حتی اگر این اطلاعات مستقیماً از سوی بیمار پرسیده نشده است. هدف این خودافشایی همواره باید تقویت اتحاد درمانی باشد تا بتواند برای بیمار مفید واقع شود. اطلاعات شخصی نباید برای برآوردن نیازهای روان‌پزشک درمیان گذاشته شوند.

**خودآگاه / ناخودآگاه.** برای درک کامل تر رابطه بیمار - پزشک باید فرایندهای ناخودآگاه را مدنظر قرار داد. واقعیت این است

شروع به شکل‌گیری می‌کند. در صورتی که بیمار احساس امنیت و راحتی کند تفاهم افزایش می‌یابد. اگر بیمار احساس امنیت کند که آنچه در مصاحبه گفته می‌شود محرمانه باقی می‌ماند اطلاعات بیشتری را درمیان خواهد گذاشت.

نگرش و رفتار غیر قضاوتی پزشک، بازگویی اطلاعات از سوی بیمار را تقویت می‌کند. ممکن است بیمار با واکنش‌های واقعی قابل ملاحظه نسبت به علائم و رفتارهایش (یا ترس از بروز این واکنش‌ها) از جمله انتقاد، بیزاری، تحقیر، خشم یا خشونت مواجه بوده است. توانایی درمیان گذاشتن افکار و احساسات با یک گوش‌دهنده بدون قضاوت عموماً تجربه‌ای مثبت است.

رابطه مفید بیمار - پزشک دو مؤلفه اساسی دیگر نیز دارد. یک مؤلفه این است که پزشک نشان دهد آنچه بیمار گفته و احساس کرده است را درک می‌کند. کافی نیست که پزشک آنچه را که بیمار می‌گوید، فکر می‌کند یا احساس می‌کند را درک کند؛ اگر قرار است رابطه درمانی پرورش یابد باید این درک به بیمار منتقل شود. مصاحبه صرفاً یک تمرین عقلانی برای رسیدن به یک تشخیص قابل قبول نیست. مؤلفه ضروری دوم در یک رابطه بیمار - پزشک مفید این است که بیمار بداند پزشک به او اهمیت می‌دهد. وقتی بیمار از این نکته آگاه می‌شود که پزشک نه تنها درک می‌کند بلکه به او اهمیت می‌دهد و از او مراقبت می‌کند، اعتماد تقویت می‌شود و اتحاد درمانی مستحکم‌تر می‌گردد.

صداقت و اصالت پزشک ارتباط بیمار - پزشک را تقویت می‌کند. توانایی خندیدن در واکنش به یک اظهار طنزآمیز، قبول اشتباه یا عذرخواهی برای خطایی که بیمار را ناراحت کرده (تاخیر یا عدم حضور در ساعت مقرر) اتحاد درمانی را تقویت می‌کند. همچنین مهم است که در مصاحبه و پاسخ‌دهی به ابتکارات بیمار انعطاف‌پذیر باشیم. برای مثال اگر بیمار چیزی مثل یک عکس را با خود می‌آورد که می‌خواهد به روان‌پزشک نشان دهد بهتر است به آن نگاه کرد، در مورد آن سؤالاتی پرسید و در مورد آن از بیمار تشکر کرد. از این لحظه ظاهراً اتفاقی و جزئی می‌توان چیزهای زیادی در مورد تاریخچه خانوادگی و پویایی‌های آن آموخت. به‌علاوه این کار سبب تقویت اتحاد درمانی می‌شود. روان‌پزشک باید به‌خاطر داشته باشد که در اتاق مصاحبه هیچ لحظه غیر مرتبطی وجود ندارد.

گاهی بیمار سؤالاتی از روان‌پزشک می‌پرسد. قانون

که با هدف درمان تداخل می‌کند. بیمار عموماً از تأثیر این احساسات، افکار یا رفتارها ناآگاه است و این عوامل می‌توانند اشکال بسیار متفاوتی به خود بگیرند، از جمله واکنش‌های هیجانی افراطی، عقلانی‌سازی، تعمیم، عدم حضور در جلسات یا رفتارهای کنش‌نمایی. مقاومت ممکن است از واپس‌زنی نشأت بگیرد؛ واپس‌زنی فرایند ناخودآگاهی است که موضوعات یا احساسات را خارج از هشیاری نگاه می‌دارد. به دلیل واپس‌زنی، بیمار ممکن است از تعارضاتی که ممکن است محور بیماری‌اش باشد آگاه نباشد. در روان‌درمانی بینش‌مدار تفسیرها مداخلاتی هستند که این فرایند واپس‌زنی را ابطال می‌کنند و به احساسات و افکار ناخودآگاه امکان می‌دهند به سطح آگاهی برسند، به طوری که بتوان با آنها مقابله کرد. در نتیجه این مداخلات، نفع اولیه علامت یعنی هدف ناخودآگاه آن ممکن است آشکار شود. عموماً در جلسه اولیه از ارائه تفسیر پرهیز می‌شود. روان‌پزشک باید حوزه‌های بالقوه برای واریسی در جلسات بعدی را یادداشت کند.

**مصاحبه‌های شخص - محور و مبتنی بر اختلال.**  
مصاحبه‌های روان‌پزشکی باید شخص - محور (بیمار - محور) باشد. یعنی کانون توجه، درک بیمار و قادرسازی او برای بازگویی داستان‌ش باشد. فردیت تجربه بیمار موضوع اصلی است و تاریخچه زندگی بیمار بر اساس محدودیت وقت، تمایل بیمار برای درمیان گذاشتن این مطالب و مهارت مصاحبه‌گر استخراج می‌شود. «نمودارهای حیات»<sup>۱</sup> آدولف مایر بازنمودهای گرافیک از مطالبی بود که در این اقدام جمع‌آوری می‌شد و مؤلفه اصلی درک «روانی - زیستی» از بیماری محسوب می‌شد. تجربیات اوایل زندگی بیمار، خانواده، تحصیلات، شغل، باورها و مراسم مذهبی، تفریحات، استعدادها، روابط و فقدان‌ها برخی از حوزه‌هایی هستند که در کنار متغیرهای زیستی و ژنتیک در شکل‌گیری شخصیت نقش دارند. شناخت این تجربیات و تأثیر آنها بر فرد برای درک بیمار ضروری هستند. فقط شرح‌حال نیست که باید شخص - محور باشد. بسیار مهم است که طرح درمانی حاصله نیز مبتنی بر اهداف بیمار باشد و نه اهداف روان‌پزشک. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که اغلب، اهداف بیمار برای درمان (مثلاً مسکن امن) با اهداف روان‌پزشک یکی

که بخش اعظم فعالیت روانی خارج از آگاهی هشیار باقی می‌ماند. در طول مصاحبه فرایندهای ناخودآگاه ممکن است به صورت موارد زیر خود را نشان دهد: اشارات مماسی به یک موضوع، لغزش کلامی یا ادا و اطوارهای گفتاری، آنچه گفته نمی‌شود یا از آن اجتناب می‌شود یا سایر مکانیسم‌های دفاعی. برای مثال عباراتی نظیر «اگر بخواهم حقیقت را بگویم» یا «اگر بخواهم صریح صحبت کنم» به معنای آن است که گوینده معمولاً حقیقت را نمی‌گوید یا صریح نیست. در مصاحبه اولیه بهتر است به این حالت‌های گفتاری یا لغزش‌های کلامی توجه کرد اما نباید آنها را واریسی نمود. دنبال کردن آنها در جلسات بعدی می‌تواند مفید باشد یا نباشد. در مصاحبه انتقال و انتقال متقابل تظاهرات بسیار چشمگیر فرایندهای ناخودآگاه هستند. انتقال فرایندی است که طی آن بیمار به صورت ناخودآگاه و نامتناسب الگوهای رفتاری و واکنش‌های هیجانی نشأت گرفته از افراد مهم اوایل زندگی و اغلب دوران کودکی را به افرادی در زندگی فعلی خود منتقل می‌کند. در موقعیت بالینی این جابجایی بر روی روان‌پزشک صورت می‌گیرد که اغلب یک چهره اقتدار یا جانشین والد است. روان‌پزشک باید بداند که انتقال ممکن است بر رفتارهای بیمار حاکم شود و تعامل با روان‌پزشک می‌تواند مبتنی بر تحریفات باشد که ریشه در اوایل زندگی دارند. بیمار ممکن است خشمگین، ستیزه‌جو، متوقع یا چاپلوس باشد نه به دلیل واقعیت ارتباط با روان‌پزشک بلکه به دلیل روابط قبلی و الگوهای رفتاری پیشین. عدم شناخت این فرایند ممکن است سبب شود روان‌پزشک به طور نامناسبی به رفتارهای بیمار واکنش نشان دهد و طوری واکنش نشان دهد که گویی حمله شخصی به وی صورت گرفته است.

به همین ترتیب انتقال متقابل فرایندی است که در آن پزشک به طور ناخودآگاه الگوهای رفتاری یا واکنش‌های هیجانی را به بیمار منتقل می‌کند، انگار که بیمار چهره مهمی از زندگی گذشته پزشک است. روان‌پزشکان باید نسبت به نشانه‌های انتقال متقابل هشیار باشند (لغو جلسات به وسیله روان‌پزشک، کسالت یا خواب‌آلودگی در طول جلسه). نظارت (سوپرویزن) یا مشورت و نیز درمان شخصی می‌تواند به روان‌پزشک کمک کند این مسائل را بشناسد و با آنها مقابله کند.

هر چند بیمار برای کمک مراجعه می‌کند اما ممکن است نیروهایی وجود داشته باشد که مانع حرکت به سوی سلامتی شوند. مقاومت شامل فرایندهای خودآگاه یا ناخودآگاهی است

امنیت ارزیابی شد (و در مورد بسیاری بیماران سرپایی این کار صرف چند ثانیه انجام می‌شود) مصاحبه‌کننده باید در مورد احساس راحتی بیمار سؤالاتی بپرسد و در تمام طول مصاحبه نسبت به این احساس بیمار هوشیار باشد. پرسش مستقیم در این زمینه می‌تواند مفید باشد زیرا سبب می‌شود بیمار احساس راحتی بیشتری کند و همچنین رابطه بیمار پزشک را هم تقویت می‌کند. این پرسش می‌تواند شامل این موارد باشد: «سردتان نیست؟ آیا آن صندلی برایتان راحت است؟» با پیشرفت مصاحبه در صورتی که بیمار نیاز به دستمال کاغذی یا آب داشت باید این موارد فراهم گردد.

**زمان و تعداد جلسات.** برای مصاحبه اولیه عموماً ۴۵ تا ۹۰ دقیقه اختصاص می‌یابد. در بیماران بستری در بخش طبی یا مواقعی که بیمار سردرگم است، ناراحتی قابل ملاحظه‌ای دارد یا روان‌پزشک است مدت زمانی که بیمار بتواند در یک جلسه تحمل کند ممکن است حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه یا کمتر باشد. در چنین مواردی ممکن است چند جلسه کوتاه لازم شود. حتی برای بیمارانی که جلسات طولانی‌تر را می‌توانند تحمل کنند ممکن است برای تکمیل ارزیابی نیاز به بیش از یک جلسه باشد. بالینگر باید این واقعیت را بپذیرد که شرح‌حال اخذ شده هرگز کامل یا کاملاً صحیح نیست. مصاحبه پدیده‌ای پویا است و بخش‌هایی از ارزیابی به‌صورت مستمر انجام می‌شود نظیر نحوه پاسخ بیمار به واریسی یا در نظر گرفتن مطالب جدیدی که ظاهر می‌شوند. اگر بیمار برای درمان مراجعه کرده با پیشرفت مصاحبه اولیه، روان‌پزشک در مورد نحوه ادامه جلسات بعدی تصمیم می‌گیرد.

### فرایند مصاحبه

**پیش از مصاحبه.** در بیماران سرپایی اولین تماس با مطب روان‌پزشک به‌صورت تلفنی است. این نکته مهمی است که کسی که پاسخ تلفن را می‌دهد بداند اگر بیمار در ناراحتی حاد، یا سردرگمی است و یا قصد دیگرکشی یا خودکشی را بیان می‌کند چگونه پاسخ دهد. اگر پاسخ‌دهنده تلفن یک متخصص بهداشت روان نیست تماس تلفنی باید در صورت امکان به روان‌پزشک یا یک متخصص دیگر سلامت روان منتقل شود. اگر چنین چیزی امکان ندارد باید تماس‌گیرنده به مرکز فوریت‌های روان‌پزشکی یا هات‌لاین فوریت هدایت شود. فرد

نیستند (مانند کاهش توهمات). این دوگانگی را اغلب می‌توان در مصاحبه ردیابی کرد (جایی که کانون تمرکز به میزان کافی شخص - محور نیست بلکه به‌صورت انحصاری یا به‌میزان زیادی مبتنی بر علائم است). حتی وقتی مصاحبه‌گر به‌طور اختصاصی در مورد آمال و اهداف بیمار سؤال می‌پرسد بیمار که بر اساس تجربه قبلی می‌داند متخصص علاقه‌مند به شنیدن چه چیزهایی است، ممکن است تلاش کند روی اهداف «قابل پذیرش» یا «قابل انتظار» تمرکز کند نه اهداف خودش. بیمار را باید با صراحت تشویق نمود اهداف و آمال خود را بشناسد و آنها را به‌زبان خود بیان کند.

به‌طور سنتی پزشکی بر روی بیماری و نقصان متمرکز بوده تا نقاط قوت و قدرت. توجه رویکرد شخص‌مدار معطوف به نقاط قوت و نیز نقصان‌ها است. در خلال ارزیابی اغلب مفید است که از بیمار بپرسیم «در مورد برخی چیزهایی که آنها را به‌نحو احسن انجام می‌دهی برایم توضیح بده». یا «بزرگ‌ترین امتیاز و نقطه قوت تو کدام است؟» یک سؤال باز پاسخ‌تر نظیر «در مورد خودت برایم صحبت کن» ممکن است اطلاعاتی را آشکار کند که بسته به برخی عوامل از جمله خلق بیمار و خودانگاره او، بیشتر متمرکز بر روی نقاط قوت یا نواقص است.

**ایمنی و راحتی.** هم بیمار و هم مصاحبه‌گر باید احساس امنیت کنند و این امنیت جسمی را هم شامل می‌شود. گاهی به‌خصوص در بیمارستان یا بخش‌های فوریت یا اورژانس ممکن است برای تأمین امنیت لازم باشد سایر کارکنان در اتاق حضور داشته باشند یا درب اتاقی که مصاحبه در آن انجام می‌شود نیمه باز بماند. در بخش‌های اورژانس معمولاً بهتر است مصاحبه‌کننده مسیر خروجی واضح و بدون مانعی داشته باشد. بیماران به‌خصوص اگر روان‌پزشک یا سردرگم باشند ممکن است احساس تهدیدکننده و لازم باشد که به آنها اطمینان داده شود که امنیت دارند و کارکنان هر کار لازم را برای تأمین امنیت آنها انجام می‌دهند. گاهی بهتر است با صراحت این مطلب گفته شود که کارکنان کافی حضور دارند تا نگذارند موقعیت از کنترل خارج شود و یا این امر نشان داده شود. برای برخی (اغلب بیماران روان‌پریشی که نسبت به از دست دادن کنترل می‌ترسند) این می‌تواند اطمینان‌بخش باشد. اگر بیمار سراسیمه شد و حالت تهدید به‌خود گرفت مصاحبه باید تا حد امکان کوتاه شده یا سریعاً خاتمه یابد. وقتی مسائل مربوط به

اگر بیمار از سوی دادگاه، وکیل یا سایر نهادهای غیر درمانی مانند شرکت‌های بیمه ارجاع شده است، اهداف مصاحبه ممکن است متفاوت از تشخیص و توصیه‌های درمانی باشد. این اهداف ممکن است شامل موارد زیر باشد تعیین از کار افتادگی، تعیین کفایت یا صلاحیت و در صورت امکان تعیین علت یا عوامل بیماری روان‌پزشکی. در این شرایط ویژه، بیمار و بالینگر وارد یک رابطه درمانی نمی‌شوند و اغلب قواعد معمول رازداری رعایت نمی‌شود. این محدودیت رازداری بایستی به‌روشنی با بیمار در میان گذاشته شود و مشخص شود که چه کسی اطلاعات حاصل از مصاحبه را دریافت خواهد کرد.

**اتاق انتظار.** وقتی بیمار برای ویزیت اول در مطب حضور پیدا می‌کند برگه‌هایی به او داده می‌شود تا آنها را پر کند. این برگه‌ها عموماً شامل اطلاعات بیمه و جمعیت‌شناختی است. به‌علاوه بیماران اطلاعاتی در مورد روش کار (از جمله اطلاعات تماس برای شب‌ها و آخر هفته‌ها) و اطلاعات اجباری HIPAA دریافت می‌کنند که بایستی خوانده شده امضا شوند. در بسیاری از روش‌ها سؤالاتی در مورد فهرست داروها و نام و آدرس پزشک مراقبت اولیه و مشکل طبی عمده و آلرژی پرسیده می‌شود. گاهی از بیمار خواسته می‌شود دلیل اصلی مراجعه به مطب را ذکر کند. برخی روان‌پزشکان به‌نحو فزاینده‌ای از بیمار می‌خواهند یک پرسش‌نامه یا مقیاس درجه‌بندی را تکمیل کند که علائم اصلی را پوشش می‌دهد. این مقیاس‌ها شامل موارد زیرند: پرسش‌نامه سلامت بیمار<sup>۱</sup> (PHQ-9)، پرسش‌نامه سریع خودسنجی علامت‌شناسی افسردگی<sup>۲</sup> (QIDS-SR) که اینها مقیاس‌های علائم افسردگی و مبتنی بر کتابچه تشخیصی و آماري بیماری‌های روانی هستند (DSM).

**اتاق مصاحبه.** اتاق مصاحبه بایستی نسبتاً ضد صدا باشد. دکوراسیون اتاق باید مطبوع بوده و حواس بیمار را پرت نکند. در صورت امکان بهتر است به بیمار امکان انتخاب مبل یا صندلی را داد. گاهی انتخاب صندلی یا نحوه انتخاب آن ویژگی‌های بیمار را آشکار می‌سازد. بسیاری روان‌پزشکان پیشنهاد می‌کنند صندلی بیمار و مصاحبه‌گر ارتفاع نسبتاً برابری داشته باشد تا مصاحبه‌کننده یک سرگردن بالاتر از بیمار قرار

پاسخ‌گو باید نام و شماره تلفن تماس‌گیرنده را اخذ کند و اگر تماس‌گیرنده مایل بود پیشنهاد کند که خودش تماس با هات‌لاین را برقرار نماید.

اکثر تماس‌های تلفنی ماهیتی چنین اضطراری ندارند. متصدی پذیرش یا فردی که پاسخ تلفن را می‌دهد باید اطلاعاتی را که برای تماس اول مناسب و مرتبط به‌نظر می‌رسد اخذ کند. هر چند اطلاعات درخواستی تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارند عموماً شامل موارد زیرند: نام، سن، آدرس و شماره تلفن بیمار، منبع ارجاع، دلیل ارجاع و اطلاعات بیمه. به بیمار اطلاعاتی در مورد مطب داده می‌شود از جمله مدت زمان جلسه اولیه، حق‌الزحمه و شماره تلفنی که در صورت پرسش‌های دیگر بتواند با آن تماس بگیرد. در بسیاری از مطب‌ها، روان‌پزشک به بیمار زنگ می‌زند و دلیل ویزیت را جویا می‌شود و مشخص می‌کند آیا واقعاً جلسه ملاقات ضرورت دارد یا خیر. زمان‌بندی ملاقات بایستی بازتاب فوریت ظاهری مشکل باشد. یک کار مفید این است که از بیمار بخواهیم اطلاعات مربوط به درمان‌های روان‌پزشکی و طبی قبلی و فهرست داروها و ترجیحاً خود داروهای مصرفی را با خود بیاورد. غالباً بیمار به روان‌پزشک یا مرکز روان‌پزشکی ارجاع می‌شود. در صورت امکان مرور پرونده قبل از ملاقات با بیمار می‌تواند کاملاً مفید باشد. برخی روان‌پزشکان ترجیح می‌دهند قبل از مصاحبه اولیه پرونده را نخوانند تا دیدگاه اولیه آنها در مورد مشکلات بیمار بی‌جهت تحت تأثیر ارزیابی‌های پیشین قرار نگیرد. چه پرونده قبلی مطالعه شود و چه نشود مهم این است که تا حد امکان دلیل ارجاع به‌روشنی درک شود. این به‌خصوص در ارزیابی‌های پزشکی قانونی مهم است زیرا در این موارد دلیل ارجاع و پرسش مطرح شده می‌تواند به شکل‌گیری ارزیابی کمک کند. غالباً، به‌خصوص در محیط‌های سرپایی، بیمار به‌وسیله یک پزشک مراقبت‌های اولیه یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های پزشکی ارجاع شده است. ارتباط با متخصص ارجاع‌دهنده پیش از ارزیابی می‌تواند بسیار مفید باشد هر چند همیشه این کار امکان‌پذیر نیست. آیا بیمار فقط برای ارزیابی ارجاع شده و قرار است درمان او توسط پزشک مراقبت‌های اولیه یا ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روان (مددکار اجتماعی) ارائه شود یا بیمار برای ارزیابی و درمان به‌وسیله روان‌پزشک ارجاع شده است؟ این نکته بسیار مهمی است که باید مشخص شود.

1. Patient Health Questionnaire 9

2. Depression Symptomatology Self Report

کند که برای این مصاحبه چقدر وقت دارند. بیمار ممکن است در مورد اینکه چه اتفاقی در این زمان می‌افتد و همچنین در مورد رازداری و این مسائل سؤالاتی داشته باشد و این سؤالات باید مستقیماً پاسخ داده شوند. روان‌پزشک سپس می‌تواند با یک پرسش باز - پاسخ ادامه دهد: «برای شروع به من بگویید چه چیزی باعث شد به اینجا مراجعه کنید؟» یا به‌طور ساده «چه چیزی سبب شد به اینجا مراجعه کنید؟» اغلب پاسخ به این سؤال مشخص می‌کند که بیمار ارجاع شده است یا خیر. در صورت ارجاع مهم است که برداشت بیمار در مورد علت ارجاعش را جویا شویم. در مواردی که چندان هم ناشایع نیست بیمار ممکن است در مورد دلیل ارجاع ابهام داشته باشد و یا حتی ممکن است از ارجاع‌دهنده که اغلب یک پزشک مراقبت‌های اولیه است خشمگین باشد.

**سؤالات - باز پاسخ.** همچنان که بیمار به این پرسش‌های اولیه پاسخ می‌دهد نکته بسیار مهم این است که روان‌پزشک به شوه‌ای ارتباط برقرار کند که به بیمار امکان بدهد داستانش را تعریف کند. این هدف اصلی بخش گردآوری داده‌های مصاحبه است، یعنی استخراج روایت بیمار از سلامت و بیماری‌اش. برای دستیابی به این هدف پرسش‌های باز - پاسخ ضروری هستند. پرسش‌های باز - پاسخ حوزه‌ای را مشخص می‌کنند اما کمترین ساختار را برای نحوه پاسخ‌گویی ارائه می‌کنند. یک پرسش معمول باز - پاسخ عبارت است از «در مورد دردتان برای من بگویید». این در مقابل پرسش‌های بسته - پاسخی است که ساختار مشخص‌تری دارد و میدان انتخاب پاسخ را محدود می‌سازد. «یا درد شما تیز است؟» پرسش‌های بسیار بسته‌پاسخ به پاسخ‌های بله یا خیر ختم می‌شوند. در بخش ابتدایی مصاحبه سؤالات عمدتاً باید باز - پاسخ باشند. همراه با پاسخ‌گویی بیمار، روان‌پزشک تداوم پاسخ‌گویی را با تکان دادن سر یا مداخلات حمایتی دیگر تقویت می‌کند. همچنان که بیمار روایت خود در مورد جنبه‌هایی از سلامت و بیماری‌اش را تعریف می‌کند روان‌پزشک می‌تواند سؤالات بسته‌پاسخ‌تری را برای درک برخی ویژگی‌های تاریخچه بپرسد. سپس وقتی این حوزه درک شد روان‌پزشک می‌تواند مجدداً با سؤالات باز - پاسخ به حوزه دیگری گذار کند و نهایتاً از سؤالات بسته - پاسخ استفاده کند تا اینکه آن حوزه هم به‌طور کامل توصیف شود. بنابراین مصاحبه نباید به‌شکل قیف منفردی باشد که ابتدا سؤالات باز - پاسخ و در انتها سؤالات بسته - پاسخ پرسیده شود بلکه مصاحبه

نگیرد (یا بالعکس). عموماً روی این نکته توافق شده است که بیمار و روان‌پزشک باید فاصله‌ای حدود ۴ تا ۶ (معادل با ۱۲۰ تا ۱۸۰ سانتی‌متر) پا از همدیگر داشته باشند. روان‌پزشک نباید پشت میز بنشیند. روان‌پزشک باید لباس حرفه‌ای بپوشد و آراستگی خوبی داشته باشد. باید عوامل حواس‌پرتی را به حداقل رساند. به جز در موارد اضطراری نباید تلفن یا پیجر روند مصاحبه را مختل کند. بیمار باید احساس کند که این زمان برای او کنار گذاشته شده است و در این زمان مشخص، او قانون انحصاری توجه روان‌پزشک است.

**شروع مصاحبه.** روان‌پزشک در اتاق انتظار به بیمار خوش‌آمد می‌گوید و با چهره‌ای دوستانه خودش را معرفی می‌کند، دستش را دراز می‌کند و اگر بیمار هم همین کار را کرد با او محکم دست می‌دهد. اگر بیمار دستش را دراز نکرد احتمالاً بهتر است که در این مرحله چیزی نگوییم اما با گرمی و مهربانی راه اتاق مصاحبه را نشان دهیم. امتناع از دست دادن احتمالاً مسئله مهمی است و اگر این موضوع بعداً به‌وسیله بیمار مطرح نشد روان‌پزشک باید به‌خاطر داشته باشد تا در مورد آن پرسش کند. پس از ورود به اتاق مصاحبه اگر بیمار کتی بر تن دارد روان‌پزشک می‌تواند پیشنهاد کند که آن را بگیرد و آویزان کند. سپس روان‌پزشک نشان می‌دهد که بیمار کجا می‌تواند بنشیند. مکث کوتاهی در ابتدا می‌تواند مفید باشد زیرا گاهی بیمار بلافاصله می‌خواهد چیزی بگوید. اگر بیمار چیزی نگفت روان‌پزشک می‌تواند بپرسد آیا بیمار ترجیح می‌دهد با نام خانوادگی صدایش کند یا با اسم کوچک. اگر این سؤال پرسیده نشود بهتر است که بیمار را با اسم خانوادگی صدا کنیم زیرا برای برخی بیماران صدا کردن به اسم کوچک می‌تواند به معنای گستاخی تلقی شود. به‌خصوص اگر مصاحبه‌کننده بسیار جوان‌تر باشد. این چند دقیقه اول مواجهه حتی پیش از شروع رسمی مصاحبه می‌تواند در موفقیت مصاحبه و برقراری رابطه مفید پزشک - بیمار، نقش حیاتی داشته باشد. بیمار که اغلب مضطرب است برداشت اولیه‌ای از روان‌پزشک دارد و کم‌کم در مورد این که تا چه حد می‌تواند مطالبش را با این دکتر در میان بگذارد تصمیم‌گیری می‌کند. روان‌پزشکان اغلب با نشان دادن چهره دوستانه گرم و سایر ارتباط‌های غیر کلامی نظیر خم شدن به جلو در صندلی علاقه و حمایت خود را نشان می‌دهند. یک اقدام مفید این است که روان‌پزشک خاطرنشان

جدول ۱-۱



بخش‌های مصاحبه روان‌پزشکی اولیه

- I. داده‌های شناسایی
- II. منابع و قابلیت اعتماد
- III. شکایت اصلی
- IV. بیماری فعلی
- V. تاریخچه روان‌پزشکی قبلی
- IV. سوء مصرف / مصرف مواد
- VII. سابقه طبی
- VIII. سابقه خانوادگی
- IX. سابقه رشدی و اجتماعی
- X. مرور دستگاه‌ها
- XI. معاینه وضعیت روانی
- XII. معاینه جسمی
- XIII. صورت‌بندی
- XIV. تشخیص DSM-5
- XV. طرح درمانی

**II. منبع و قابلیت اعتماد.** باید مشخص شود که اطلاعات از چه کسی دریافت شده است به‌خصوص اگر سایر افراد اطلاعاتی ارائه کرده‌اند یا پرونده‌ها مرور شده است و ارزیابی مصاحبه‌گر از میزان قابل اعتماد بودن داده‌ها مهم است.

**III. شکایت اصلی.** در این قسمت باید شکایت اصلی بیمار ترجیحاً با کلام خود او ثبت شود. مثال‌ها عبارت‌اند از: «من افسرده‌ام» یا «من خیلی اضطراب دارم».

مرد ۶۴ ساله‌ای با شکایت اصلی زیر به بخش فوریت روان‌پزشکی مراجعه کرد: «من دارم مثل یک گلوله برف آب می‌شوم. او در طول ۳ ماه گذشته به‌نحو فزاینده‌ای افسرده شده بود. او ۴ ماه پیش از آن به دیدار پزشک مراقبت اولیه رفته بود و پزشک مزبور دوز داروی ضد افسردگی (ایمی‌پرامین) را از ۲۵ به ۷۵ میلی‌گرم افزایش داده بود و همچنین به‌دلیل پرفشاری خفیف خون و تورم خفیف پاها هیدروکلرتیازید را (۵۰ میلی‌گرم) به رژیم دارویی افزوده بود. در طول ۴ هفته بعد وضعیت بیمار بدتر شده بود. در اتاق فوریت‌ها خلق افسرده، نومیدی، ضعف، کاهش بارز وزن و کندی روانی حرکتی مشهود بود و به نظر می‌آمد تحلیل رفته است. او هم‌چنین کم آب به‌نظر می‌رسید و آزمایش خون نشان‌دهنده کاهش پتاسیم خون بود. بررسی داروها نشان داد که شیشه‌های دارو برجسب اشتباه خورده است؛ او ۲۵ میلی‌گرم

شامل رشته‌ای از قیف‌هاست که هر یک از آنها با سؤالات باز - پاسخ شروع می‌شود.

عناصر مصاحبه روان‌پزشکی اولیه

تا اینجا مصاحبه به مرحله بیماری فعلی رسیده است. در **جدول ۱-۱** فهرستی از بخش‌های مصاحبه روان‌پزشکی اولیه ارائه شده است. هر چند این بخش‌ها در طول مصاحبه لزوماً دقیقاً بر اساس این ترتیب اخذ نمی‌شوند اما طبقاتی هستند که به‌صورت متعارف برای سازماندهی و ثبت عناصر ارزیابی از آنها استفاده می‌شود.

دو عنصر فراگیر مصاحبه روان‌پزشکی عبارت‌اند از تاریخچه بیمار و معاینه وضعیت روانی. تاریخچه بیمار مبتنی بر گزارش ذهنی بیمار و در برخی موارد گزارش افراد جانبی از جمله سایر ارائه‌دهنده‌های مراقبت بهداشتی، خانواده و سایر مراقبین است. از سوی دیگر معاینه وضعیت روانی ابزار عینی مصاحبه‌گر محسوب می‌شود و مشابه معاینه جسمانی در سایر حوزه‌های پزشکی است. هر چند معاینه جسمانی بخشی از خود مصاحبه نیست اما به‌دلیل ارتباط بالقوه آن با تشخیص روان‌پزشکی و نیز به‌دلیل اینکه معمولاً به‌عنوان بخشی از ارزیابی روان‌پزشکی به‌خصوص در بیماران بستری انجام می‌شود در اینجا لحاظ خواهد شد (به‌علاوه، هنگام انجام معاینه جسمی، پزشک می‌تواند بسیاری اطلاعات مرتبط دیگر را اخذ کند). به همین ترتیب صورت‌بندی، تشخیص و طرح درمانی به این دلیل لحاظ شده‌اند که محصول مصاحبه هستند و به شکلی پویا بر سیر مصاحبه تأثیر می‌گذارند، زیرا مصاحبه در بررسی اینکه آیا ملاک‌های تشخیصی خاصی برآورده می‌شود و آیا عناصر بالقوه‌ای از طرح درمانی واقع‌بینانه هستند یا خیر حرکتی هذلولی دارد. جزئیات مصاحبه روان‌پزشکی در ادامه مطلب تشریح خواهد شد.

**I. داده‌های شناسایی (مشخصات کلی).** این بخش بخشی کوتاه شامل یک یا دو جمله و معمولاً شامل موارد زیر است: نام بیمار، سن، جنس، وضعیت تاهل (یا سایر روابط مهم)، نژاد یا قومیت و اشتغال. اغلب منبع ارجاع نیز ذکر می‌شود.

هرگونه نشانه سوء رفتار به وسیله درمانگران پیشین هشیار باشد زیرا این تجربه در صورتی که به آن پرداخته نشود می تواند مانع بزرگی برای برقراری اتحاد درمانی سالم و مفید باشد.

اغلب اضافه کردن مرور روان پزشکی دستگاهها در کنار تاریخچه بیماری فعلی برای تأیید یا رد تشخیص های روان پزشکی بر اساس یافته های مثبت و منفی مفید است. این کار می تواند به شناسایی اختلالات همراه و نیز شناسایی اختلالاتی کمک کند که در واقع بیمار را بیشتر آزار می دهند اما به دلایل مختلف در ابتدا شناسایی نشده اند. این مرور را می توان به ۴ طبقه عمده خلق، اضطراب، روان پریشی و سایر تقسیم بندی کرد (جدول ۱-۲). بالینگر در مصاحبه روان پزشکی جامع باید مطمئن شود که این حوزه ها پوشش داده شده است.

**۷. تاریخچه بیماری روان پزشکی قبلی.** در تاریخچه روان پزشکی قبلی بالینگر باید اطلاعات مربوط به همه بیماری های روان پزشکی و سیر آنها در طول زندگی بیمار از جمله علائم و درمان را اخذ کند. از آنجا که هم ابتلایی یک قانون است نه یک استثناء، روان پزشک علاوه بر دوره های قبلی همین بیماری (مثلاً دوره های قبلی افسردگی در فردی که دچار اختلال افسردگی اساسی است) باید نسبت به وجود نشانه ها و علائم سایر اختلالات روان پزشکی هشیار باشد. توصیف علائم قبلی باید شامل زمان بروز، مدت تداوم آنها و بسامد و شدت دوره ها باشد.

دوره های درمانی گذشته باید به تفصیل بررسی شوند. اینها شامل موارد زیراند: درمان سرپایی مانند روان درمانی (انفرادی، گروهی، زوج یا خانوادگی)، درمان درمانگاه روزانه یا نیمه بستری، درمان بستری شامل بستری اجباری یا اختیاری و عوامل ایجادکننده لزوم سطح بالای مراقبت، گروه های حمایتی یا سایر انواع درمان نظیر کاردرمانی. داروها و سایر روش های درمانی نظیر درمان با الکترو شوک (ECT)، نوردرمانی یا درمان های جایگزین باید به دقت مرور شوند. بالینگر باید به دقت این مسئله را واریسی کند که چه چیزی تجویز شده (ممکن است ناچار باشد فهرستی از اسامی را به بیمار ارائه کند)، به چه میزان و با چه دوزهایی این داروها مورد استفاده قرار گرفته اند (برای تعیین اینکه دوره های کافی درمان های دارویی امتحان شده یا خیر) و دلیل توقف درمان ها چه بوده است. پاسخ به درمان دارویی یا سایر روش های درمانی و عوارض جانبی آنها

ایمی پرامین (عموماً یک دوز غیر درمانی) و ۱۵۰ میلی گرم هیدروکلر تیازید دریافت می کرد. او واقعاً داشت «مثل یک گلوله برف ذوب می شد». جایگزینی پتاسیم و مایعات و دوز درمانی ضد افسردگی منجر به بهبودی چشمگیری شد.

**IV. تاریخچه بیماری فعلی.** بخش بیماری فعلی شامل توصیف زمانی پیدایش علائم دوره اخیر است. به علاوه این بخش باید شامل هر تغییری باشد که در خلال این دوره در زمینه علائق بیمار، روابط بین فردی، رفتارها و عادات شخصی و سلامت جسمی بیمار روی داده است. همچنان که در بالا اشاره شد بیمار ممکن است بخش اعظم اطلاعات ضروری این بخش را در پاسخ به پرسش های باز - پاسخ ارائه کند نظیر «لطفاً با کلمات خودتان به من بگویید چه چیزی باعث شد امروز به اینجا مراجعه کنید؟» در برخی مواقع بالینگر ممکن است ناچار شود بیمار را در مورد بخش های مشکل موجود هدایت کند. جزئیاتی که باید گردآوری شود عبارتند از: مدت زمان علائم فعلی و اینکه آیا نوسانی در ماهیت یا شدت این علائم در طول زمان وجود داشته یا خیر. («من به مدت دو هفته اخیر افسرده بوده ام» در مقابل: «من همه عمر افسردگی داشته ام.») باید وجود یا فقدان عوامل استرس زا مشخص شود و این عوامل می توانند شامل موقعیت هایی در خانه، محل کار، مدرسه، مسائل قانونی، هم ابتلایی های طبیی و مشکلات بین فردی باشند. عواملی که سبب تشدید یا تخفیف علائم می شوند نیز مهم اند نظیر داروها، حمایت، مهارت های مقابله یا زمان های روز. سؤالات ضروری که باید در بخش تاریخچه بیماری فعلی پاسخ داده شوند عبارتند از چه چیزی (علائم) به چه میزان (شدت)، چه مدت و عوامل مرتبط، شناسایی علت اینکه چرا بیمار الان مراجعه کرده است و نیز علائم آغازگر مهم است («من امروز به این دلیل اینجا آمده ام که دوست دخترم به من گفت اگر برای این عصبانیت ام دنبال کمک نروم مرا ترک خواهد کرد.») شناسایی محیطی که در آن بیماری شروع شده می تواند در درک علت یا عوامل مهم اختلال کمک کننده باشد. اگر بیمار در دوره فعلی هر نوع درمانی دریافت کرده این درمان ها باید کاملاً مشخص شود؛ به این شکل که بیمار به چه کسی مراجعه کرده، چند بار مراجعه کرده، چه کاری برایش انجام شده (روان درمانی یا دارودرمانی) و مشخصات روش درمانی مورد استفاده چه بوده است. و همچنین آیا درمان مزبور ادامه دارد و اگر ادامه پیدا نکرده چرا؟ روان پزشک باید نسبت به