



وزارت علوم تحقیقات و فناوری
دفتر مشاوره، سلامت و سبک زندگی

Mini

مصاحبه بالینی کوتاه

نسخه ۶,۰,۰

تابستان ۱۴۰۱

مشخصات فردی دانشجو

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	مقطع تحصیلی:
سال ورود به دانشگاه:	رشته تحصیلی:	دانشکده:
شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:	کد پیگیری:
محل سکونت/خوابگاه:		

پیشگفتار

کارنامه سلامت یکی از ابزارهای مهم غربالگری سلامت روان در دانشجویان شاغل به تحصیل و ورودی جدید می‌باشد. در سال تحصیلی جاری نیز همانند سال‌های گذشته علاوه بر غربالگری و شناسایی مشکلات روانی-اجتماعی دانشجویان، موضوع پیگیری و مداخله برای حل مشکلات در دستور کار قرار خواهد داشت.

فرم مصاحبه بالینی MINI از سال ۱۳۹۷ به عنوان یکی از مراحل پیگیری کارنامه سلامت روان برای تشخیص مشکلات روانشناختی در دانشجویان مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر اساس اولویت‌بندی پیگیری و مداخلات در سال تحصیلی جاری، مصاحبه تشخیصی در مرحله سوم پیگیری و برای دانشجویانی که در یکی از سه اولویت مداخله روانشناختی قرار می‌گیرند اجرا خواهد شد.

در مرحله مصاحبه MINI، مصاحبه باید از طریق افراد متخصصی انجام شود که دکتری روانپزشکی، روان‌شناسی یا مشاوره و دارای تجربه کافی در مداخله و درمان مشکلات روانشناختی بوده و به اجرای مصاحبه بالینی مسلط باشند. این مصاحبه به عنوان یک مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات روانپزشکی برمبنای طبقه‌بندی بین‌المللی CIDI و SCID-P طراحی شده است. پژوهش‌ها اعتبار و روایی آن را با DSM و ICD اعتبار و روایی قابل قبولی دانسته‌اند، البته اجرای این مصاحبه نسبت به ابزارهای مشابه، در زمان کوتاهتری (به طور متوسط ۱۵ دقیقه) انجام می‌شود.

در پایان از زحمات همه همکاران محترم که در ترجمه و بازبینی فرم‌های متعدد MINI، همچنین از تلاش ارزشمند روسا و کارشناسان مراکز مشاوره برای اجرای موفق، ارزیابی و مصاحبه‌ها سپاسگزاریم. بدیهی است دقت نظر در انجام صحیح این اقدام تخصصی، ارزشمندی فعالیت همکاران ما را منعکس خواهد کرد.

دکتر ابراهیم نعیمی

مدیرکل دفتر مشاوره، سلامت و سبک زندگی

تابستان ۱۴۰۱

معرفی

مصاحبه بالینی کوتاه (MINI) به عنوان یک مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات روانپزشکی بر مبنای طبقه بندی تشخیصی بین المللی DSM و ICD طراحی شده است. پژوهش‌ها اعتبار و روایی آن را با SCID-P و CIDI مقایسه کرده‌اند. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که MINI اعتبار و روایی قابل قبولی دارد؛ اما، نسبت به ابزارهای مشابه می‌توان آن را در زمان کوتاه‌تری (به طور متوسط ۱۵ دقیقه) اجرا کرد. متخصصان می‌توانند این ابزار را پس از یک جلسه آموزشی کوتاه‌مدت به کار ببرند. مصاحبه‌گران غیرمتخصص به آموزش بیشتری نیاز دارند.

مصاحبه

برای اینکه مصاحبه تا حد امکان مختصر و کوتاه باشد، به مراجع توضیح دهید که قصد دارید از او یک مصاحبه بالینی با ساختار به عمل آورید که شامل سوالات مشخصی در مورد مشکلات روان‌شناختی است و باید با بلی و خیر پاسخ دهد.

چهارچوب بندی کلی

مصاحبه بالینی کوتاه (MINI) شامل بخش‌هایی است که به وسیله حروف لاتین مشخص شده است و هر حرف تشخیص مجزایی را نشان می‌دهد.

* در شروع هر بخش تشخیصی، سوالات مربوط به ملاک‌های اصلی اختلال در کادر خاکستری ارائه شده‌اند.
* در پایان هر بخش، مصاحبه‌کننده با توجه به کادرهای تشخیصی می‌تواند دریابد آیا ملاک‌های تشخیصی برآورده شده است یا نه.

قواعد

جملاتی که با "فونت معمولی" نوشته شده است باید دقیقاً همان طور که نوشته شده برای مراجع قرائت شود تا ارزیابی ملاک تشخیصی به صورت استاندارد انجام شود.

جملاتی که با "فونت درشت و کج" نوشته شده‌اند نباید برای مراجع قرائت شوند. این جملات دستورالعمل‌هایی برای مصاحبه‌گران است تا در نمره‌گذاری‌های تشخیصی به آن‌ها کمک کند.

جملاتی که با "فونت درشت" نوشته شده‌اند دوره‌ی زمانی ارزیابی را نشان می‌دهند. هر چند بار که لازم است مصاحبه‌گر باید آن‌ها را بخواند و تنها نشانه‌هایی (Symptoms) که در آن دوره‌ی زمانی رخ می‌دهند باید در نمره‌گذاری تشخیصی در نظر گرفته شوند.

پاسخهایی که یک پیکان روی آن‌ها قرار دارد (←) نشان می‌دهند که یکی از ملاک‌های لازم برای تشخیص برآورده نشده است. در این صورت، مصاحبه‌گر باید به انتهای آن بخش برود و در همه کادرهای تشخیصی در قسمت خیر علامت بزند و سپس به بخش بعدی برود.

دستورالعمل نمره‌گذاری

همه سوالات باید نمره‌گذاری شوند. این نمره‌گذاری در سمت چپ هر سوال به وسیله علامت زدن در قسمت بلی یا خیر انجام می‌شود. قضاوت بالینی مصاحبه‌کننده باید در تعیین پاسخ‌ها به کار گرفته شود. مصاحبه‌کننده باید در صورت نیاز مثال‌هایی ارائه کند تا مطمئن شود کدگذاری دقیق است. مراجع باید تشویق شود تا برای روشن شدن سوالاتی که کاملاً واضح نیستند سوال بپرسد. مصاحبه‌کننده باید مطمئن شود تمام ابعاد سوالات به وسیله مراجع در نظر گرفته شده است (برای مثال، دوره‌ی زمانی، فراوانی، شدت)

بخش A. دوره افسردگی اساسی

علامت ← یعنی: به کادر تشخیصی بروید و در آنجا گزینه خیر را علامت بزنید و سپس به بخش بعدی بروید.

- A1. آیا در دو هفته گذشته خلق افسرده پایداری را در اکثر ساعات روز و تقریباً تمام روزها تجربه کرده‌اید؟ خیر بلی
- A2. آیا در دو هفته گذشته دچار کاهش علاقه یا لذت، در اغلب فعالیت‌هایی که سابقاً از آن‌ها لذت می‌بردید، شده‌اید؟ خیر بلی
- ←
- آیا پاسخ سوالات A1 یا A2 "بلی" بود؟ خیر (به بخش B مراجعه شود) بلی

A3. در طی دو هفته گذشته زمانی که احساس افسردگی یا بی‌علاقگی می‌کردید:

- a. آیا در اکثر این روزها دچار کاهش یا افزایش اشتها شدید؟ آیا دچار کاهش یا افزایش وزن شدید بدون این که رژیم غذایی گرفته باشید؟ (برای مثال ۵ درصد وزن بدن یا ۳/۵ کیلوگرم برای یک فرد ۷۰ کیلوگی در یک ماه) خیر بلی
- b. آیا تقریباً هرشب مشکل خواب داشتید (دشواری در به خواب رفتن، بیدار شدن در اواسط شب، بیدار شدن زود هنگام، یا خواب بیش از حد)؟ خیر بلی
- c. آیا تکلم یا حرکت شما کندتر از حد معمول شده بود یا تقریباً در همه روزها بیقراری داشتید؟ خیر بلی
- d. آیا در اکثر روزها احساس خستگی یا فقدان انرژی داشته‌اید؟ خیر بلی
- e. آیا در اکثر روزها احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه داشته‌اید؟ خیر بلی
- f. آیا اکثر اوقات روز کاهش تمرکز یا تردید در تصمیم‌گیری داشته‌اید؟ خیر بلی
- g. آیا افکار مکرر صدمه زدن به خود، افکار خودکشی، یا آرزوی مرگ داشته‌اید؟ خیر بلی


خیر (به بخش B بروید) بلی (به A4 بروید)

دوره افسردگی اساسی

آیا ۵ مورد یا بیشتر از ۵ مورد (از سوالات A1-A3) پاسخ "بلی" گرفته‌اند؟

A4

a. آیا تاکنون به غیر از این دوره‌ی افسردگی، دوره‌های افسردگی دیگری (هر یک به مدت دو هفته) داشته‌اید که همین نشانه‌ها را تجربه کرده باشید؟

خیر  بلی

b. در بین ۲ دوره افسردگی، آیا فاصله‌ای حداقل ۲ ماهه بوده است که هیچ گونه علایم افسردگی و بی‌لذتی را نداشته باشید؟

خیر بلی

دوره افسردگی اساسی بازگشتی

بخش B. افسرده‌خویی

علامت ← یعنی: به کادر تشخیصی بروید و در آنجا گزینه خیر را علامت بزنید و سپس به بخش بعدی بروید.

اگر مراجع تشخیص افسردگی اساسی گرفته است، این بخش نیاز به ارزیابی ندارد، به بخش C مراجعه کنید.

B1. آیا در طی دو سال گذشته در اکثر روزها احساس غم یا افسردگی داشته‌اید؟

خیر (به بخش C بروید) بلی



B2. آیا در این دوره دو ساله پیش آمده است که به مدت دو ماه یا بیشتر حالتان خوب باشد؟ خیر بلی

B3. در طی این دوره‌ی افسردگی در اکثر روزها:

- a. آیا اشتهایتان به صورت بارزی تغییر کرده بود؟ خیر بلی
- b. آیا خواب بیش از حد یا مشکل در به خواب رفتن داشته‌اید؟ خیر بلی
- c. آیا احساس خستگی و فقدان انرژی داشته‌اید؟ خیر بلی
- d. آیا اعتماد به نفس‌تان را از دست داده بودید؟ خیر بلی
- e. آیا در تمرکز کردن و تصمیم‌گیری دچار مشکلاتی شده بودید؟ خیر بلی
- f. آیا احساس ناامیدی داشته‌اید؟ خیر بلی

آیا ۲ مورد یا بیشتر از ۲ مورد از سوالات بخش B پاسخ بلی گرفته‌اند؟

خیر (به بخش C بروید) بلی



خیر بلی

افسرده‌خویی

B4. آیا این نشانه‌های افسردگی منجر به اختلال جدی در عملکرد شخصی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی شده‌اند؟

بخش C. تمایل به خودکشی

نمرات

در ماه گذشته:

C1. آیا در یک ماه گذشته واقعه‌ی ناگواری برایتان اتفاق افتاده است؟

0 خیر (به C2 بروید) بلی (به C1 a پاسخ دهید)

C1a. آیا در یک ماه گذشته به دنبال این اتفاق دلتان می‌خواست عمداً یا سهواً به خود صدمه بزنید؟

0 خیر (به C2 بروید) بلی (به C1 b پاسخ دهید)

C1b. آیا در یک ماه گذشته به خاطر این اتفاق دلتان می‌خواست بمیرید؟

0 خیر بلی

C2. آیا در یک ماه گذشته فکر می‌کردید اگر مرده بودید بهتر بود؟

۱ خیر بلی

C3. آیا در یک ماه گذشته قصد آسیب زدن به خودتان را داشته اید؟

۲ خیر بلی

C4. آیا در یک ماه گذشته به خودکشی فکر کرده اید؟

۶ خیر بلی

اگر پاسخ سوال C4 بلی است در مورد شدت و فراوانی فکر خودکشی پرسید:

شدت فکر خودکشی	فراوانی فکر خودکشی
<input type="checkbox"/> خفیف	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات
<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> غالباً
<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بارها و بارها

آیا می‌توانید در برابر این افکار مقاومت کنید و به خودتان بگویید "من این کار را نمی‌کنم"؟

۸ خیر بلی

فقط در این سوال است که به پاسخ خیر، ۸ نمره تعلق می‌گیرد. در بقیه سوالات، نمرات به پاسخ‌های بلی تعلق می‌گیرد.

C5. آیا در یک ماه گذشته نقشه‌ای برای خودکشی داشته اید؟

۸ خیر بلی

C6. آیا در یک ماه گذشته برای عملی کردن نقشه خودکشی، مقدمات آن را فراهم کرده اید؟

۹ خیر بلی

C7. آیا در یک ماه گذشته بدون این که قصد کشتن خود را داشته باشید عمداً به خودتان صدمه زده‌اید؟

خیر بلی ۴

C8. آیا در یک ماه گذشته اقدام به خودکشی کرده‌اید؟

خیر بلی ۱۰

دوست داشتید نجات پیدا کنید یا دوست داشتید بمیرید

در تمام طول عمرتان:

C9. آیا تا به حال اقدام به خودکشی کرده‌اید؟

خیر بلی ۴

آیا حداقل یکی از موارد بالا پاسخ بلی گرفته است (به جز C1)؟

اگر بلی، جمع نمرات را برای پاسخ‌های بلی (C1 تا C9)

محاسبه و سپس در کادر تشخیصی شدت آن را مشخص کنید:

خیر بلی

خطر خودکشی فعلی

۸-۱ امتیاز پایین

۱۶-۹ امتیاز متوسط

۱۷ \geq امتیاز بالا

نظر خود را در مورد ارزیابی خطر خودکشی فعلی و/یا آینده نزدیک مراجع در زیر بنویسید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

بخش D. دوره مانیا (هیپومانیا)

علامت ← یعنی: به کادر تشخیصی بروید و در آنجا گزینه **خیر** را علامت بزنید و سپس به بخش بعدی بروید.

D1

a. آیا تاکنون دوره‌ای بوده است که احساس کنید بیش از اندازه سرخوش، پرانرژی و با اعتماد به نفس هستید به گونه‌ای که به خاطر آن به دردسر بیفتید یا دیگران فکر کنند آن آدم همیشگی نیستید؟ (توجه: به شرط این که حالت‌های فوق ناشی از مصرف مواد و مشروب نباشد)

خیر (به سوال D1b نیز پاسخ خیر بدهید) بلی (سوال D1b را بپرسید)

اگر فرد متوجه منظور شما از سوال بالا نشد، این‌گونه توضیح دهید که: منظور از داشتن خلق بالا، افزایش انرژی، کاهش نیاز به خواب، افکار سریع و برق آسا، مملو از طرح و ایده بودن، و رفتار تکانشی است.

b. آیا شما در حال حاضر احساس سرخوشی یا با انرژی بودن می‌کنید؟ خیر بلی

D2

a. آیا تا به حال پیش آمده است که چندین روز دائماً تحریک‌پذیر و عصبی باشید به طوری که دعوای فیزیکی یا کلامی داشته باشید یا داد و بیداد کنید؟ آیا خودتان یا دیگران متوجه شده‌اید که حتی در موقعیت‌هایی که حق با شماست واکنش بسیار تند و عصبی نشان می‌دهید؟

خیر (به سوال D2b نیز پاسخ خیر بدهید) بلی (سوال D2b را بپرسید)

b. آیا شما در حال حاضر احساس تحریک‌پذیری می‌کنید؟ خیر بلی

آیا D1a یا D2a پاسخ بلی گرفتند؟ ← خیر بلی

D3. در طول زمان‌های سرخوشی، یا افزایش انرژی یا تحریک‌پذیری:

a. آیا احساس می‌کردید می‌توانید کارهایی انجام دهید که قبلاً نمی‌توانستید یا تصور می‌کردید که آدم مهمی شده‌اید؟ خیر بلی

اگر پاسخ بلی است، از وی بخواهید مثال‌هایی بزند.

خیر بلی آیا مثال‌ها نشان دهنده یک باور هذیانی است؟

b. آیا کمتر به خواب نیاز داشته‌اید؟ (برای مثال، پس از خواب کوتاه، احساس می‌کردید به اندازه کافی استراحت کرده‌اید). خیر بلی

c. آیا بدون وقفه حرف می‌زدید، یا آنقدر سریع صحبت می‌کردید که دیگران به سختی متوجه می‌شدند؟
بله خیر

d. آیا دچار هجوم افکار برق آسا و سریع می‌شدید؟
بله خیر

e. آیا به آسانی، با هر چیز بی‌اهمیتی حواستان پرت می‌شد؟
بله خیر

f. آیا آنقدر پرتحرک و بی‌قرار می‌شدید که اطرافیان نگران‌تان شوند؟
بله خیر

g. آیا دلتان می‌خواست دست به کارهای خطرناک بزنید؛ به طوری که، خطرهای عواقب آن را نادیده بگیرید؟ (برای مثال رانندگی بی احتیاط، ولخرجی بی حد و حصر، یا بی‌مبالاتی جنسی) خیر بله

D3 (جمع‌بندی): آیا ۳ مورد یا بیشتر از ۳ مورد از سوال D3 پاسخ بلی گرفته‌اند؟
بله خیر

D4. آیا این نشانه‌ها حداقل یک هفته طول کشیده است و منجر به مشکلات جدی در خانه، محل کار، اجتماع و محل تحصیل یا سبب بستری شدن در بیمارستان شده است؟

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
دوره هیپومانیا	

آیا پاسخ D4 خیر است؟

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
دوره مانیا	

آیا پاسخ D4 بله است؟

بخش E. اختلال وحشتزدگی (پانیک)

علامت ← یعنی: در سوالات E5، E6 و E7 گزینه خیر را علامت بزنید و سپس به F1 بروید.

E1 a. آیا تا به حال به طور ناگهانی بیش از یکبار، حتی در موقعیت‌هایی که بیشتر مردم چنین احساسی ندارند، دچار حملاتی شده‌اید که ناگهان احساس اضطراب، ترس و بیقراری کنید؟

خیر بلی

b. آیا این حملات پس از ده دقیقه از شروع آن به اوج خود می‌رسند؟

خیر بلی

E2. آیا این حملات هر بار به صورت غیرمنتظره و غیرقابل پیش بینی رخ داده است؟ خیر بلی

E3. آیا حداقل یک ماه یا بیشتر نگران آن بوده‌اید که بعد از حمله اول بازهم حمله دیگری رخ دهد یا به خاطر این حملات تغییراتی در زندگی‌تان به وجود آمده است؟ (برای مثال، رفتن به خرید با همراهی یک نفر، تمایل نداشتن به خروج از منزل، مراجعه مداوم به اورژانس یا پزشک) خیر بلی

E4. در طول بدترین حمله‌ای که به یاد دارید:

- a. آیا شما تپش قلب داشتید؟ خیر بلی
- b. آیا دستانتان عرق کرد؟ خیر بلی
- c. آیا دچار لرز شدید؟ خیر بلی
- d. آیا احساس تنگی نفس یا خفگی داشتید؟ خیر بلی
- e. آیا احساس گیر کردن چیزی در گلو داشتید؟ خیر بلی
- f. آیا درد، ناراحتی یا فشار در قفسه سینه داشتید؟ خیر بلی
- g. آیا احساس تهوع، مشکلات معده، یا اسهال ناگهانی داشتید؟ خیر بلی
- h. آیا احساس سرگیجه، عدم تعادل، یا غش کردن داشتید؟ خیر بلی
- i. آیا چیزهای اطرافتان عجیب و غریب، غیرواقعی و ناآشنا بودند؟ خیر بلی
- j. آیا می‌ترسیدید که کنترل‌تان را از دست بدهید و دیوانه شوید؟ خیر بلی
- k. آیا می‌ترسیدید نکند بمیرید؟ خیر بلی
- l. آیا احساس بی‌حسی یا سوزن سوزن شدن در قسمت‌هایی از بدن داشتید؟ خیر بلی
- m. آیا احساس سردی یا گرمی در بدن داشتید؟ خیر بلی

E5. آیا سوال E3 و 4 مورد یا بیشتر از 4 مورد از سوال E4 پاسخ بلی گرفته‌اند؟

<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (به E7 بروید)
اختلال وحشت‌زدگی در گذشته

E6. در صورتی که سوال E5 پاسخ خیر گرفته باشد، آیا هیچ یک از سوالات E4 پاسخ بلی گرفته‌اند؟

<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (به بخش F بروید)
حملات علامتی محدود در گذشته

E7. آیا در طی یک ماه گذشته، چنین حملاتی را 2 بار یا بیشتر از 2 بار به گونه‌ای تجربه کرده‌اید که بعد از آن‌ها نگران حمله بعدی باشید؟

<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
اختلال وحشت‌زدگی فعلی

بخش F. اختلال اضطراب اجتماعی

علامت ← یعنی: به کادر تشخیصی بروید و در آنجا گزینه خیر را علامت بزنید و سپس به بخش بعدی بروید.

F1. آیا در یک ماه گذشته، هنگامی که در معرض توجه دیگران بودید دچار ترس، خجالت‌زدگی یا احساس حقارت شده‌اید؟

(برای مثال: صحبت کردن در جمع، خوردن در جلوی دیگران، نوشتن مطلبی در حالی که کسی شما را نگاه می‌کند).

خیر بلی

F2. آیا این ترس اجتماعی، افراطی یا غیرمنطقی است؟

خیر بلی

F3. آیا شدت ترس شما از موقعیت‌های اجتماعی به قدری هست که منجر به آزار و اجتناب شما از آن شود؟

خیر بلی

F4. آیا این ترس‌های اجتماعی منجر به اختلال جدی در

عملکرد شغلی یا اجتماعی یا ناراحتی شما شده است؟

خیر بلی

اختلال اضطراب اجتماعی

بخش G. اختلال وسواسی – اجباری

علامت ← یعنی: به کادر تشخیصی بروید و در آنجا گزینه خیر را علامت بزنید و سپس به بخش بعدی بروید.

G1. آیا در یک ماه گذشته از افکار، امیال یا تصاویر ذهنی تکراری و دائمی که ناخواسته، ناخوشایند، مزاحم و آزاردهنده باشند رنج برده‌اید؟ (برای مثال، احساس کثیفی و آلودگی، یا ترس از آلوده کردن دیگران، یا ترس از آسیب ناخواسته رساندن به دیگران، یا ترس از انجام دادن برخی اعمال ناخواسته، یا ترس از این که شما مسئول اشتباهات دیگران هستید، یا افکار و تصورات جنسی، یا افکار احتکار و جمع کردن اشیاء یا وسواس‌های مذهبی).

خیر (به سوال G4 بروید) بلی

(نگرانی زیاد درباره مسایل واقعی زندگی را وسواس در نظر نگیرید زیرا فرد ممکن است از انجام آنها لذت ببرد و اگر هم بخواهد از آنها اجتناب کند به خاطر عواقب منفی آنها است. برای مثال: افکار مرتبط با اختلالات خوردن، انحرافات جنسی، قماربازی بیمارگونه، یا سوء مصرف مواد یا الکل)

G2. آیا این افکار، حتی زمانی که شما سعی می‌کنید آنها را نادیده بگیرید یا از شر آنها خلاص شوید، مجدداً به ذهن شما باز می‌گردند؟

خیر (به G4 بروید) بلی

G3. آیا اعتقاد دارید که این افکار وسواسی حاصل ذهن شما هستند و از بیرون به شما تحمیل نمی‌شوند؟

خیر بلی

وسواس‌های فکری

G4. آیا در یک ماه گذشته، کارهایی را مکرراً انجام داده‌اید که نتوانستید در مقابل انجام آنها مقاومت کنید. (برای مثال: شستشو، یا تمیزکاری افراطی، شمارش، یا چک کردن مکرر چیزها، یا تکرار، جمع آوری چیزهای بی‌ارزش و مرتب کردن چیزها)

خیر بلی

وسواس‌های عملی

آیا G3 یا G4 پاسخ بلی گرفتند؟

خیر بلی

G5. آیا خودتان می‌دانید که این افکار وسواسی یا اعمال وسواسی، افراطی یا غیرمنطقی بودند؟

خیر بلی

خیر بلی

اختلال وسواسی اجباری

G6. آیا این افکار وسواسی و/یا اعمال و رفتارهای اجباری منجر به مشکلات جدی در فعالیت‌های روزمره، شغلی، تحصیلی و اجتماعی یا روابطتان با دیگران شده است یا این که بیش از ۱ ساعت در روز وقت شما را گرفته است؟

بخش H. اختلال اضطراب فراگیر

علامت ← یعنی: به کادر تشخیصی بروید و در آنجا گزینه **خیر** را علامت بزنید و سپس به بخش بعدی بروید.

H1 a. آیا در ۶ ماه گذشته در مورد برخی از موضوعات دچار اضطراب و نگرانی شدید شده‌اید؟

خیر بلی

b. آیا این نگرانی‌ها در اکثر روزهای هفته وجود داشتند؟

خیر بلی

توجه: آیا اضطراب مراجع ناشی از یک اختلال روانی دیگر است یا با اختلال دیگری

بهتر تبیین می‌شود؟

خیر بلی

H2. آیا کنترل این نگرانی‌ها برای شما دشوار است یا توانایی شما را برای تمرکز در انجام کارها بهم می‌ریزد؟

خیر بلی

H3 توجه: اگر نشانه‌های زیر با اختلال دیگری به غیر از اختلال اضطراب فراگیر تبیین می‌شود در آن صورت گزینه **خیر** را برای آن مورد علامت بزنید.

زمانی که در طی ۶ ماه گذشته نگران بودید، آیا شما در اغلب روزها:

a. احساس بیقراری، ناآرامی یا بی‌صبری می‌کردید؟

خیر بلی

b. احساس گرفتگی و تنش عضلانی داشتید؟

خیر بلی

c. زود خسته می‌شدید یا احساس ضعف و ناتوانی می‌کردید؟

خیر بلی

d. مشکلات تمرکز داشتید و ذهنتان یکباره خالی می‌شد؟

خیر بلی

e. تحریک‌پذیر بودید و زود از کوره در می‌رفتید؟

خیر بلی

f. مشکل خواب داشتید (دشواری در به خواب رفتن، بیدار شدن در اواسط شب، صبح زود بیدار شدن

یا خواب بیش از حد)

خیر بلی

آیا ۳ مورد یا بیشتر از ۳ مورد از سوال H3

پاسخ "بلی" گرفته‌اند؟

خیر بلی

اختلال اضطراب فراگیر

فرم ارزیابی شدت ناتوانی یا اختلال در عملکرد

نشانه‌های هر یک از اختلالات عملکرد روانشناختی تا چه حد کارکردتان را در حوزه‌های زیر مختل کرده است. براساس مقیاس زیر شدت بدکارکردی را در هر حوزه نمره‌گذاری کنید.

وجود ندارد	خفیف			متوسط			شدید			بسیار شدید
①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

نمره	حوزه‌های سنجش ناتوانی یا اختلال در کارکرد	ردیف
	انجام وظایف تحصیلی و تکالیف درسی	۱
	انجام وظایف شغلی و فعالیت های حرفه ای	۲
	زندگی خانوادگی، زناشویی و مسئولیت های مربوط به خانه	۳
	زندگی اجتماعی و فعالیت های اوقات فراغت	۴
	زندگی معنوی و فعالیت های مذهبی	۵
	توانایی کنار آمدن با مردم (مانند هم اتاقی ها، هم کلاسی ها، اساتید)	۶
	توانایی درک دیگران و برقراری رابطه با آنها	۷
	پرخاشگری نسبت به دیگران و /یا آشوبگری اجتماعی	۸
	توانایی مراقبت از خود (فعالیت های خودیاری مانند لباس پوشیدن، منظم غذاخوردن)	۹
	توانایی جابجایی فیزیکی یا حرکت	۱۰
	به هم ریختگی شرایط اقتصادی شما (توانایی مدیریت پول خود)	۱۱
	میزان تأثیرگذاری شرایط شما روی افراد دیگر خانواده تان	۱۲

مشاهدات بالینی خاص و سایر نشانه‌ها (به ویژه نشانه‌های سایکوز) را یادداشت کنید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

جدول ۱. تشخیص (های) نهایی

دانشجو کدام یک از تشخیص (های) زیر را گرفته است. با علامت تیک در ستون بلی مشخص کنید.

بلی	خیر	تشخیص	کد اختلال
		دوره افسردگی اساسی	A
		دوره افسردگی اساسی بازگشتی	
		افسرده خویی	B
		تمایل به خودکشی	C
		نمره دریافتی	
		دوره هیپومانیا	D
		دوره مانیا	
		اختلال وحشت زدگی در گذشته	E
		اختلال وحشت زدگی فعلی	
		اختلال اضطراب اجتماعی	F
		اختلال وسواسی اجباری	G
		اختلال اضطراب فراگیر	H
		موارد ذکر شده در مشاهدات بالینی خاص	سایر

تاریخ

نام و محل امضا