



پرسشنامه وان - مرجع پرسشنامه ایران

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

افسردگی اساسی

(۱) آیا در طول هفته گذشته تاکنون احساس غمگینی، افسردگی و ناامیدی داشته اید؟

☐ ۲- خیر

☐ ۱- بلی

در صورت پاسخ خیر به سؤال ۱۶ مراجعه شود

(۲) در صورت بلی، چه مدت این ناراحتی را داشته است؟

☐ ۳- ۶ ماه تا ۲ سال

☐ ۲- یک هفته تا ۶ ماه

☐ ۱- کمتر از یک هفته

☐ ۵- بیش از دو سال

☐ ۴- دو سال

(۳) شدت علائم و ناراحتی چقدر بوده است؟

☐ ۳- شدید

☐ ۲- متوسط

☐ ۱- خفیف

- در صورت بلی کدام یک از موارد زیر وجود داشته است؟

خیر

بلی

☐

☐

(۴) خلق افسرده

☐

☐

(۵) اختلال خواب

☐

☐

(۶) افزایش و یا کاهش اشتها

☐

☐

(۷) افکار خودکشی

☐

☐

(۸) کاهش علاقه

☐

☐

(۹) کاهش یا افزایش وزن

☐

☐

(۱۰) احساس بی ارزشی

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

خیر

بلی

☐☐

(۱۱) خستگی

☐☐

(۱۲) اختلال تمرکز

☐☐

(۱۳) پایین بودن اعتماد به نفس

☐☐

(۱۴) احساس درماندگی

☐☐

(۱۵) احساس گناه

دوره مانیا

(۱۶) آیا در طول هفته گذشته تاکنون احساس شادی و خوشحالی بیش از حد داشته اید؟

☐ ۲- خیر

☐ ۱- بلی

در صورت پاسخ خیر به سؤال ۲۶ مراجعه شود

(۱۷) در صورت بلی، چه مدت این ناراحتی را داشته است؟

☐ ۱- کمتر از یک هفته ☐ ۲- یک هفته تا ۶ ماه ☐ ۳- ۶ ماه تا ۲ سال

☐ ۴- دو سال ☐ ۵- بیش از دو سال

(۱۸) شدت علائم و ناراحتی چقدر بوده است؟

☐ ۱- خفیف ☐ ۲- متوسط ☐ ۳- شدید

- در صورت بلی کدام یک از موارد زیر وجود داشته است؟

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

خیر	بلی	
☐	☐	(۱۹) اعتماد به نفس بالا
☐	☐	(۲۰) پرحرفی
☐	☐	(۲۱) پرش افکار
☐	☐	(۲۲) فعالیت حرکتی زیاد
☐	☐	(۲۳) ولخرجی
☐	☐	(۲۴) هذیان
☐	☐	(۲۵) توهم

اختلال اضطراب

(۲۶) آیا در طول هفته گذشته تاکنون احساس دلواپسی، نگرانی مداوم و اضطراب داشته اید؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر

در صورت پاسخ خیر به سؤال ۴۲ مراجعه شود

(۲۷) در صورت بلی، چه مدت این ناراحتی را داشته است؟

☐ ۱- کمتر از یک هفته ☐ ۲- یک هفته تا ۶ ماه ☐ ۳- ۶ ماه تا ۲ سال ☐

☐ ۴- دو سال ☐ ۵- بیش از دو سال

(۲۸) شدت علائم و ناراحتی چقدر بوده است؟

☐ ۱- خفیف ☐ ۲- متوسط ☐ ۳- شدید

- در صورت بلی کدام یک از موارد زیر وجود داشته است؟

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

خیر	بلی	
☐	☐	(۲۹) بی قراری
☐	☐	(۳۰) خستگی پذیری
☐	☐	(۳۱) اشکال در خواب رفتن و تداوم خواب
☐	☐	(۳۲) دلهره و دلشوره
☐	☐	(۳۳) تپش قلب
☐	☐	(۳۴) تعریق
☐	☐	(۳۵) خشکی دهان
☐	☐	(۳۶) لرزش اندام
☐	☐	(۳۷) احساس سرگیجه
☐	☐	(۳۸) احساس تنگی نفس
☐	☐	(۳۹) احساس فشار در گلو
☐	☐	(۴۰) احساس گزگز شدن دست و پا
☐	☐	(۴۱) تنش عضلانی

اختلال وحشت زدگی

(۴۲) آیا در طول ماه گذشته هیچ وقت بوده در موقعیت های که بیشتر مردم نمی ترسند ناگهان حالت وحشت پیدا کنید، شدیداً بترسید، مضطرب بشوید یا احساس ناراحتی داشته باشید؟

☐ ۲- خیر

☐ ۱- بلی

اختلال وسواس (افکار و اعمال وسواسی)

(۴۳) آیا در طول ماه گذشته هیچ وقت فکرهای مزاحمی داشته اید که مرتباً به سراغتان بیایند

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

و شما نتوانید از دست آنها خلاص شوید؟ یا کاری را پشت سر هم تکرار کنید و نتوانید جلوی تکرار آن را بگیرید؟

☐ ۲- خیر

☐ ۱- بلی

اختلال فوبیا

(۴۴) آیا در طول ماه گذشته هیچ وقت بوده که از اشیاء یا موقعیت خاصی بترسید؟

☐ ۲- خیر

☐ ۱- بلی

در صورت پاسخ خیر به سؤال ۵۲ مراجعه شود

(۴۵) در صورت بلی، چه مدت این ناراحتی را داشته است؟

☐ ۱- کمتر از یک هفته ☐ ۲- یک هفته تا ۶ ماه ☐ ۳- ۶ ماه تا ۲ سال

☐ ۴- دو سال ☐ ۵- بیش از دو سال

(۴۶) شدت علائم و ناراحتی چقدر بوده است؟

☐ ۱- خفیف ☐ ۲- متوسط ☐ ۳- شدید

- در صورت بلی کدام یک از موارد زیر وجود داشته است؟

بلی ☐ خیر ☐

(۴۷) ترس از بلندی یا ارتفاع

☐ ☐

(۴۸) ترس از حضور جمع

☐ ☐

(۴۹) ترس از وقوع اتفاق ناگوار

☐ ☐

(۵۰) ترس از بیرون رفتن از منزل به تنهایی

☐ ☐

(۵۱) ترس از فضای بسته

☐ ☐

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

اختلالات سایکوتیک

(۵۲) آیا در طول هفته گذشته هیچ وقت بوده که صدایی به گوشتان بیاید که دیگران نتوانند بشنوند؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر

(۵۳) آیا در طول هفته گذشته هیچ وقت بوده که چیزهایی ببینید که دیگران قادر به دیدن آنها نیستند؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر

(۵۴) آیا در طول هفته گذشته هیچ وقت بوده فکرها و یا عقایدی داشته باشید که بعداً متوجه شوید درست نبودند. از قبیل این فکر که مردم شما را تعقیب می کنند یا پشت سر شما صحبت می کنند؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر

(۵۵) در صورت بلی به سه سؤال فوق، چه مدت این ناراحتی را داشته است؟

☐ ۱- کمتر از یک هفته ☐ ۲- یک هفته تا ۶ ماه ☐ ۳- ۶ ماه تا کمتر از ۲ سال ☐

☐ ۴- دو سال ☐ ۵- بیش از دو سال

(۵۶) شدت علائم و ناراحتی چقدر بوده است؟

☐ ۱- خفیف ☐ ۲- متوسط ☐ ۳- شدید

(۵۷) با توجه به پاسخ های فوق آیا شواهدی دال بر علائم سایکوز در فرد وجود دارد؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر

در صورت پاسخ خیر، به سؤال ۹۲ مراجعه شود

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

- در صورت پاسخ بلی، کدامیک از موارد زیر وجود داشته است؟

اختلال جریان فکر

خیر

بلی

☐
☐

(۵۸) حاشیه پردازی

☐
☐

(۵۹) تفکر مماسی

☐
☐

(۶۰) فشار تکلم

☐
☐

(۶۱) شل شدن تداعی ها

☐
☐

(۶۲) بی ربطی کلامی

☐
☐

(۶۳) واژه سازی

☐
☐

(۶۴) تداعی صوتی

اختلال محتوی فکر

☐
☐

(۶۵) هذیان گزند و آسیب

☐
☐

(۶۶) هذیان بزرگ منشی

☐
☐

(۶۷) هذیان جسمی

☐
☐

(۶۸) بدبینی

☐
☐

(۶۹) افکار هیپوکندریایی

☐
☐

(۷۰) افکار جادویی و سحرآمیز

☐
☐

(۷۱) افکار و عقاید انتساب به خود

☐
☐

(۷۲) هذیان خیانت به همسر

☐
☐

(۷۳) هذیان های عجیب و غریب

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

اختلال درک

- | خیر | بلی | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| ☐ | ☐ | ۷۴) توهم شنوایی |
| ☐ | ☐ | ۷۵) توهم بینایی |
| ☐ | ☐ | ۷۶) توهم چشایی |
| ☐ | ☐ | ۷۷) توهم بویایی |
| ☐ | ☐ | ۷۸) توهم لامسه |
| ☐ | ☐ | ۷۹) توهم تجارب درکی غیر عادی |

اختلال عاطفه

- | خیر | بلی | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| ☐ | ☐ | ۸۰) هذیان گزند و آسیب |
| ☐ | ☐ | ۸۱) هذیان بزرگ منشی |
| ☐ | ☐ | ۸۲) هذیان جسمی |

اختلال سایکوموتور

- | خیر | بلی | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ☐ | ☐ | ۸۳) رفتارهای عجیب و غریب |
| ☐ | ☐ | ۸۴) رفتار تکراری و کلیشه ای |
| ☐ | ☐ | ۸۵) تیک |
| ☐ | ☐ | ۸۶) حرکات کره ای |

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

اختلال در عملکرد

خیر	بلی	
☐	☐	۸۷) اختلال در عملکرد فردی
☐	☐	۸۸) اختلال در عملکرد خانوادگی
☐	☐	۸۹) اختلال در عملکرد اجتماعی
☐	☐	۹۰) اختلال در عملکرد شغلی
☐	☐	۹۱) اختلال در عملکرد تحصیلی

علائم صرع

۹۲) آیا در طول یک ماه گذشته دچار حمله غش شده اید؟ (در بیداری یا خواب)

☐ (۱) بلی ☐ (۲) خیر

در صورت پاسخ خیر به سؤال ۹۸ مراجعه شود

- در صورت بلی، کدام یک از موارد زیر وجود داشته است؟

خیر	بلی	
☐	☐	۹۳) بیهوشی
☐	☐	۹۴) کف آمدن از دهان
☐	☐	۹۵) حملات تونیک و کلونیک
☐	☐	۹۶) عدم کنترل ادرار
☐	☐	۹۷) علائم صرع کوچک

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

علائم اختلالات ارگانیک مغز

۹۸) آیا در طول ماه گذشته در شناسایی اسم اطرافیان، بازگشتن به خانه و شناخت زمان

مشکل داشته اید؟

☐ ۲- خیر

☐ ۱- بلی

در صورت پاسخ خیر به سؤال ۱۱۰ مراجعه شود

۹۹) در صورت بلی، چه مدت این نازاحتی را داشته است؟

☐ ۱- کمتر از یک هفته ☐ ۲- یک هفته تا ۶ ماه ☐ ۳- ۶ ماه تا ۲ سال ☐

☐ ۴- دو سال ☐ ۵- بیش از دو سال ☐

۱۰۰) شدت علائم و نازاحتی چقدر بوده است؟

☐ ۱- خفیف ☐ ۲- متوسط ☐ ۳- شدید ☐

- در صورت بلی، کدام یک از موارد زیر وجود داشته است؟

خیر

بلی

☐
☐

۱۰۱) کاهش سطح هوشیاری

☐
☐

۱۰۲) اختلال جهت یابی

☐
☐

۱۰۳) اختلال حافظه

☐
☐

۱۰۴) اختلال تکلم

☐
☐

۱۰۵) اختلال قضاوت

☐
☐

۱۰۶) آشفتگی تکلم

☐
☐

۱۰۷) تغییر شخصیت

☐
☐

۱۰۸) آفازی

☐
☐

۱۰۹) آپراکسی

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

عقب ماندگی ذهنی

(۱۱۰) آیا پاسخگو از نظر رشد نسبت به همسالان خود کندی داشته است؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر

(۱۱۱) آیا در طول دوران تحصیل، کندی داشته و مردود شده است؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر

(۱۱۲) آیا توانسته شغلی را انتخاب کند و ادامه تحصیل دهد؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر

اختلال جسمی سازی

(۱۱۳) آیا پاسخگو از دردها و شکایات جسمی متعددی در خود شکایت دارد که ناشی از

بیماری شناخته شده جسمی نباشد؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر

در صورت پاسخ خیر، به سؤال ۱۳۱ مراجعه شود

- در صورت بلی، کدام یک از موارد زیر وجود داشته است؟

خیر	بلی	
☐	☐	(۱۱۴) سردرد
☐	☐	(۱۱۵) درد اندام
☐	☐	(۱۱۶) درد پشت
☐	☐	(۱۱۷) دل درد
☐	☐	(۱۱۸) تهوع
☐	☐	(۱۱۹) استفراغ

چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM- IV

خیر	بلی	
☐	☐	(۱۲۰) اسهال
☐	☐	(۱۲۱) درد معده
☐	☐	(۱۲۲) تنگی نفس
☐	☐	(۱۲۳) تپش قلب
☐	☐	(۱۲۴) فلج عضلانی
☐	☐	(۱۲۵) تکرر ادرار
☐	☐	(۱۲۶) ناتوانی دفع
☐	☐	(۱۲۷) اختلال در عملکرد جنسی
☐	☐	(۱۲۸) فراموشی
		(۱۲۹) احساس سرگیجه
		(۱۳۰) مدت علائم:

- ☐ ۱- کمتر از یک هفته ☐ ۲- یک هفته تا ۶ ماه ☐ ۳- ۶ ماه تا ۲ سال
- ☐ ۴- دو سال ☐ ۵- بیش از دو سال

تشخیص بر اساس طبقه بندی DSM-IV

مدت مصاحبه:

نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده: