

مقدمه مترجم

آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور ما در سال ۱۳۸۵ نشان می‌دهد که حدود ۷/۳٪ از جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و مسن‌تر تشکیل می‌دهند. این در حالی است که سرشماری سال ۱۳۷۵ جمعیت سالمندان را ۶/۶٪ اعلام کرده بود. مقایسه این دو رقم نشان‌دهنده افزایش چشمگیر نسبت جمعیت سالمندان کشور است که در قیاس با افزایش جمعیت عمومی رشد بیشتری را نشان می‌دهد. ادامه این روند سبب خواهد شد که روز به روز بر تعداد سالمندان ایرانی افزوده شود.

پدیده سالمند شدن جمعیت، واقعیتی جهانی و دستاورد رشد و توسعه جوامع است که مانند تمامی دگرگونی‌های همبسته با توسعه، علاوه بر پیامدهای مثبت ممکن است مشکلاتی را نیز در پی داشته باشد. اگر به این بیندیشیم که سالمندان قشری با نیازهای ویژه‌اند که برای خدمت‌رسانی به آنان باید پیشاپیش ابزارهای لازم را فراهم ساخت، لزوم کاربرد مدیریت آینده‌نگر در امور سالمندی بیش از پیش روشن می‌شود. به رغم آن که در سالهای اخیر، گاه به گاه، بارقه‌هایی از توجه به مسائل سالمندی در جامعه ما مشاهده شده است ولی متأسفانه این گونه توجه‌ها عمری کوتاه داشته و به اقدامی اساسی منجر نشده است.

یکی از کمبودهای اساسی در این زمینه، فقدان نیروی انسانی کارآزموده و آماده برای پاسخگویی به نیازهای سلامت سالمندان در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، و معنوی است. در حفظ سلامت سالمندان، در درجه اول پیشگیری و در مرحله بعد تشخیص و درمان زودرس بیماری‌ها از اصول پایه به شمار می‌آیند. بیماری‌های شایع سالمندان با سایر گروه‌های سنی متفاوت است. همان‌گونه که متفاوت بودن نیمرخ همه‌گیر شناختی بیماری‌های کودکان سبب راهاندازی شاخه طب کودکان در رشته پزشکی شده است، متفاوت بودن نوع و فراوانی بیماری‌ها در سالمندان نیز سبب شد که از اواسط قرن بیستم شاخه طب سالمندی، نخست در اروپا و سپس در امریکای شمالی، ایجاد شود. اغلب بیماری‌های شایع این دوره ماهیتی مزمن و پیشرونده دارند، و در واقع، مونس فرد در چندین دهه از عمر او می‌شوند. از این رو، اصول درمان و مداوای آنها متفاوت بوده و توانبخشی در آن نقشی برجسته دارد. بیماری‌ها و اختلالات دوره سالمندی تحت کنترل در نمی‌آیند، مگر آن که تیم مراقبت مرکب از اعضای رشته‌های پزشکی، پرستاری و توانبخشی با همکاری و ارتباط نزدیک با یکدیگر عمل کرده و مراقبتی همه جانبه و مستمر را به سالمند ارائه کنند.

مقوله ضرورت آموزش نیروی انسانی واجد ویژگی‌های لازم برای ارائه این گونه مراقبت‌ها در کشور ما اکنون بیش از یک دهه است که در عرصه آموزش پزشکی مورد بحث و تبادل نظر دست‌اندرکاران قرار دارد. خوشبختانه، این مباحثات در یکی دو سال اخیر نتایجی نیز به بار آورده است. که یکی از مهمترین آنها گنجاندن آموزش روانپزشکی سالمندی در برنامه درسی دستیاران روان‌پزشکی است. افزایش تصاعدی ابتلا به دمانس شامل بیماری آلزایمر و اختلالات همبسته، و نیز شیوع اختلالات افسردگی با منشاء عروقی و افسردگی‌های مزمن خفیف در سالمندی از مسائلی است که آموزش‌های ویژه را ایجاب می‌کند. گذشته از آن، سالمندی دوره‌ای است انباشته از استرس‌های گوناگون، اغلب با ماهیتی منفی، که انطباق با آنها کار چندان ساده‌ای نیست و از سر گذراندن آنها ممکن است به مهارت‌های ویژه‌ای نیاز داشته باشد. اقدام فوق‌نوید دهنده آن است که متخصصان روانپزشکی، از این پس، برای پاسخگویی به نیازهای سلامت روان سالمندان آمادگی و مهارت بیشتری خواهند داشت.

تصویب راه‌اندازی دوره‌های آموزشی بهداشت عمومی (Master of Public Health-MPH) با گرایش سالمندی در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه علوم بهزیستی و نیز دوره دکترای تخصصی (PHD) سالمندشناسی در همین دانشگاه و دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۸ از دیگر اقدامات سودمندی است که در این راستا انجام شده است.

کتاب حاضر امکان آشنایی پزشکان، روانپزشکان، دستیاران و دانشجویان رشته‌های فوق را با نیازهای روان‌شناختی و اختلالات روانی شایع در سالمندان فراهم ساخته و اطلاعات مفید و موجزی را در زمینه درمان دارویی و غیر دارویی این اختلالات به آنها ارائه می‌کند امید است که اختصار و تاکید آن بر جنبه‌های کاربردی، این عزیزان را در عرصه‌های عملی خدمت‌رسانی به سالمندان یاری دهد.

دکتر مهشید فروغان

عضو مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان و

گروه آموزشی سالمندشناسی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

پیشگفتار

افزایش نسبت سالمندان در جمعیت، گسترش دامنه دانش در حوزه سالمندی و معرفی روش‌های تشخیصی و درمانی تازه که امید می‌رود با تلاش جامعه پژوهشگران استوار و علاقمند این رشته هر روز دستاوردی تازه‌ای داشته باشد، رشد و بالندگی رشته نوپای روانپزشکی سالمندان را موجب شده است. اکثر افرادی که در روانپزشکی آموزش می‌بینند، بخشی از وقت خود را به کار در عرصه روانپزشکی سالمندی اختصاص می‌دهند. از سوی دیگر، همه پزشکان عمومی با معضلات درمانی خاصی رو به رو می‌شوند که نشأت گرفته از آسیب‌های روانی در بیماران سالمند است. تیم بهداشت روان جامعه گرا از تخصص‌های متنوع و متعددی بهره می‌گیرد که با این که هر یک درگیر بخش متفاوت و ویژه‌ای از مراقبت‌اند ولی همه در جهت دستیابی به هدفی واحد تلاش می‌کنند. این کتاب مروری موجز ولی جامع از مسائل روانپزشکی، پزشکی و عملی ممکن در حوزه روانپزشکی سالمندان را برای دست‌اندرکاران رشته‌های فوق فراهم می‌بیند.

در تالیف این کتاب، ما از اصول مراقبت جامع تبعیت نموده‌ایم. تأمین مراقبت بهینه برای بیماران مستلزم توجه به نیازهای فیزیکی و هیجانی آنها با در نظر گرفتن کلیت فرد است که دامن‌ان زندگی، محیط، خانواده و دوستان او را نیز شامل می‌شود و این هم چالش و هم مزیت درمان بیماران سالمند است.

تذکری در باب متن کتاب

در مواردی که ذکر برخی از اطلاعات (مانند جداول و مقیاس‌های ارزیابی) سبب گسستگی در ارائه مطالب فصل مربوطه می‌شد، این اطلاعات در قالب پیوست‌ها ارائه شده‌اند. هدف این کتاب آن بود که کتاب راهنمایی موجز و فشرده، و نه کتابی مرجع، در زمینه روانپزشکی سالمندان باشد، از این رو، در انتهای هر فصل به جای ارائه فهرست مفصلی از منابع به ذکر منابع مختصر مفیدی برای مطالعه بیشتر علاقمندان اکتفا شده است.

جوئی رادا
نایل بویسی
زوانا واکر

فهرست مطالب

۱۱	فصل اول / ارزیابی بیمار در روانپزشکی سالمندان
۱۲	آغاز ارزیابی
۲۶	ارزیابی شناخت در زمان محدود

۳۴	فصل دوم / دمانس
۳۶	تعریف و تشخیص دمانس
۳۹	نشانه‌های رفتاری و روانشناختی دمانس

۷۶	فصل سوم / افسردگی
۸۱	افسردگی عروقی
۸۷	درمان روانشناختی

۹۹	فصل چهارم / اختلال خلقی دو قطبی
۱۰۰	علائم و تشخیص بالینی
۱۰۸	مدیریت درمان مانیا و هیپومانیا حاد

۱۱۰	فصل پنجم / اختلالات اضطرابی و اختلال وسواس - اجبار
۱۱۶	اختلال پانیک
۱۲۲	واکنش‌های دیگر به استرس

۱۲۸	فصل ششم / روان پریشی‌ها
۱۳۵	تصویربرداری مغزی
۱۳۹	معیارهای تشخیصی

۱۴۲	فصل هفتم / اختلالات شخصیت
۱۴۵	تشخیص اختلال شخصیت در سالمندی
۱۴۸	درمان‌های روان‌شناختی

۱۵۱	فصل هشتم / الکل
۱۵۲	تعاریف
۱۶۱	سم زدایی و قطع الکل

۱۶۴	فصل نهم / بیخوابی
۱۶۴	الگوی خواب
۱۶۶	بیخوابی و پیامدهای آن در سالمندان

۱۷۱	فصل دهم / شناخت داروهای روان‌گرا
۱۷۳	عوامل مرتبط با بیماری
۱۷۸	کاربرد داروها در اختلال کبدی

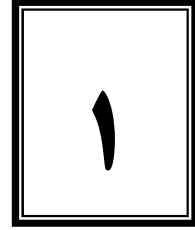
۲۳۹	فصل یازدهم / تشنج درمانی الکتریکی
۲۴۲	معاینات و آزمایشات فیزیکی پیش از ECT
۲۴۵	پیشگیری از عود

۲۴۷.....	فصل دوازدهم / درمان‌های روان‌شناختی
۲۵۱.....	روان درمانی تحلیلی
۲۵۳.....	روان درمانی بین فردی

۲۵۶.....	فصل سیزدهم / مسائل عملی، حقوقی و اجتماعی
۲۵۹.....	بیمارستان های روزانه و مراکز روزانه
۲۶۲.....	ماده ۱۱۷ مراقبت های بعدی

۲۸۱.....	فصل چهاردهم / بیماری فیزیکی و روانپزشکی سالمندی
۲۸۲.....	دلیریوم
۲۹۴.....	بیماری عروقی

۳۲۷.....	پیوستها
----------	---------



ارزیابی روانپزشکی بیمار سالمند

۱۱	مقدمه
۱۲	مکان
۱۵	اخذ تاریخچه پزشکی از بیمار سالمند
۲۰	معاینه وضعیت روانی
۲۶	ارزیابی شناخت در زمان محدود
۲۸	ارزیابی کارکرد روزانه
۲۸	معاینه فیزیکی
۲۸	آزمایشات
۳۱	آزمون‌های عصب-روان شناختی و کلینیک حافظه
۳۱	ارزیابی مراقبان
۳۲	خلاصه
۳۳	برای مطالعه بیشتر

مقدمه

ارزیابی بیمار در روانپزشکی سالمندی از همان اصولی تبعیت می‌کند که ارزیابی بیمار در روانپزشکی عمومی، تفاوت آن‌ها صرفاً در ریزه‌کاری‌های عملی و توصیه‌های مؤکد است. همکاری چند رشته‌ای در این فرآیند نقش محوری دارد. در بسیاری از موارد، چندین متخصص در ارزیابی مشارکت دارند و این کار را، نه در یک جلسه بلکه، طی یک دوره زمانی به انجام می‌رسانند.

ارجاع

در کل، بیمار به تیم بهداشت روان جامعه‌گرا ارجاع شده و گفت‌وگو درباره اقدامات مناسب در جلسه‌ای مرکب از متخصصان رشته‌های ذیربط صورت می‌گیرد. ارزیابی اولیه، با توجه به ماهیت ارجاع، ممکن

است توسط یک یا چند نفر از اعضای تیم و نیز، در صورت لزوم، مشارکت متخصصان دیگر انجام شود.

آغاز ارزیابی

در بدو ارزیابی، رعایت چند نکته که ممکن است در نگاه اول کاملاً بدیهی بنماید، بسیار مهم است و سبب می‌شود که کار با روندی نرم پیش برود:

- خود را معرفی و نقش خود را برای بیمار روشن کنید-----برخی از بیماران ممکن است از ارجاع خود به روانپزشک آگاه نباشند.
- برای راحتی بیمار تمام سعی‌تان را به کار بگیرید (به سطور فوق رجوع کنید).
- بیمار را به همان نامی بنامید که خودش ترجیح می‌دهد (در صورتی که مطمئن نیستید، کاربرد واژه خانم یا آقا معمولاً بهتر است)
- یقین حاصل کنید که نام همراهان بیمار، نسبت و نقش آن‌ها را به درستی می‌دانید.
- از بیمار بپرسید که آیا می‌خواهد چند دقیقه‌ای را تنها، بدون حضور خویشاوندان/ مراقبان، با شما صحبت کند (مطرح کردن این پرسش در پایان جلسه یا در حین معاینه فیزیکی بیمار آسان‌تر است).

مکان

ارزیابی معمولاً در خانه بیمار یا در درمانگاه صورت می‌گیرد، هر چندگاه ارزیابی بیمار در بیمارستان نیز لازم می‌شود.

معاینه بیمار در خانه

خانه بیمار محل ایده‌آل برای ارزیابی اوست و این امکان را فراهم می‌کند که بینش دقیق‌تری نسبت به وضعیت اجتماعی و سطح کارکردی او فراهم آید، برای مثال:

- آیا خانه تمیز و مرتب است؟
- آیا غذای تازه در یخچال وجود دارد؟
- آیا سالمند می‌تواند فنجان چای آماده کند؟
- آیا می‌تواند اشخاصی را که تصویر آنان بر روی دیوار نصب شده تشخیص دهد؟
- آیا محل زندگی او امن/ مناسب است؟ (برای مثال، وضعیت گرمایش، آب گرم، پله‌ها، حمام و موانع موجود).

- آیا بطری‌های خالی نوشیدنی‌های الکلی در اطراف خانه دیده می‌شوند؟
- آیا جعبه‌های داروهای مصرف نشده وجود دارند؟
- حمایتی که همسایه‌ها می‌کنند، چقدر است؟

فایده دیگر معاینه بیمار در منزل آن است که اعضای خانواده و دوستانی که در مراقبت از بیمار مشارکت دارند بیشتر می‌توانند در زمان معاینه حضور یافته و اطلاعات جانبی ارزشمند خود را ارائه دهند. این حسن معایب زمان از دست رفته برای رسیدن به مقصد، مشکلات اجرایی معاینه جسمی و پیامدهای احتمالی مرتبط با حفظ ایمنی کارکنان را جبران می‌کند. هرچند بیمار ممکن است خطری برای کارکنان به شمار نیاید، محیط زندگی و افراد خانه او می‌تواند خطرناک باشند. خانه ۱-۱ برخی از نکات مهم عملی و ایمنی را به‌طور خلاصه ارائه کرده است.

خانه ۱-۱ نکات مهم عملی و ایمنی در معاینه بیماران در منزل

- به بیمار و خانواده/ مراقبان او زمان ورودتان را از قبل اطلاع دهید.
- مسیرتان را از قبل مشخص کرده و با خود نقشه بردارید.
- درباره خطرات احتمالی تا می‌توانید اطلاعات جمع آوری کنید.
- جزئیات محل و زمان معاینه و ساعت بازگشت خود را به فردی مورد اعتماد بگویید
- با خود تلفن همراه بردارید.
- اگر احساس خطر کردید بلافاصله محل را ترک کنید.

درمانگاه سرپایی

از دید کارکنان حرفه‌های پزشکی، مناسب‌ترین محل برای ارزیابی بیمار درمانگاه سرپایی است، هرچند که این مکان معایبی نیز دارد:

- ممکن است پیدا کردن محل درمانگاه برای بیمار گیج‌کننده بوده و سبب شود که از وضعیت روانی و کارکرد شناختی او تصویر نادرستی در ذهن ارزیابی‌کننده ترسیم شود.
- دوستان و خویشاوندان کمتر می‌توانند در موقع معاینه حضور داشته باشند.
- اغلب بیماران وسیله رفت‌وآمد در اختیار ندارند.

بخش روانپزشکی

در برخی از موارد ممکن است برای ارزیابی بیمار پذیرش او در بخش روانپزشکی لازم شود:

- خطر آسیب رساندن به خود، غفلت از خود یا آسیب رساندن به دیگران برای بیمار مطرح باشد.
- به ارزیابی طولانی‌تری از آنچه طی مصاحبه ای کوتاه در منزل یا درمانگاه انجام می‌شود نیاز باشد.
- خانواده/ مراقبان توانایی مدیریت/کنار آمدن با بیمار را نداشته باشند.
- عیب این نوع ارزیابی آن است که چون بیمار خارج از محیط خانه خود قرار دارد، ارزیابی ممکن است منعکس کننده سطح کارکردی واقعی او نباشد. علاوه بر آن، ممکن است برخی از مهارت‌ها و اعتماد به نفس‌اش را نیز از دست داده باشد.

بخش‌های بیمارستان عمومی

بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی دچار مشکلات حاد روانی ممکن است برای مشاوره ارجاع شوند. قبل از ارزیابی، برگه ارجاع را کاملاً مطالعه کنید و در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، شامل آزمایشات در دست انجام، با ارجاع کننده تماس بگیرید. واریسی کنید که آیا بیمار در سرویس‌های روانپزشکی سابقه دارد، و اگر سابقه داشت، آن را پی‌گیری کنید. این کار به زحماتش می‌ارزد.

برخی از اقدامات به تسهیل ارزیابی مشاوره‌ای کمک می‌کنند:

- تا می‌توانید در مورد بیمار از پرستاران بخش اطلاعات جمع‌آوری کنید.
 - کوشش کنید که در موقع ارزیابی یکی از خویشاوندان یا مراقب بیمار حضور داشته باشد.
 - بخش‌ها معمولاً پر سروصدا هستند. گوشه خلوتی پیدا کنید تا فرآیند ارزیابی گسسته نشود.
 - در مواردی که لزوم آن را احساس می‌کنید، آماده باشید که شخصاً از بیمار معاینه فیزیکی به عمل آورید.
 - از بیمار اجازه بگیرید که در صورت لزوم برای کسب اطلاعات بیشتر با خویشاوندانش تلفنی صحبت کنید.
 - برای انجام بیش از یک جلسه ارزیابی خود را آماده کنید.
- در مواقعی که هدف از ارزیابی بیمار مشاوره است، کار روانپزشک صرفاً راهنمایی تیم در زمینه انتخاب مناسب‌ترین روش مداوای بیمار از دیدگاه روانپزشکی است. اما باید به یاد داشت که انتخاب این روش در حیطه مسولیت‌های تیمی است که مراقبت از بیمار را به عهده دارد، نه روانپزشک مشاور.

اخذ تاریخچه روانپزشکی از بیماران سالمند

اخذ تاریخچه در روانپزشکی سالمندی تابع همان ترتیبی است که در روانپزشکی عمومی اعمال می‌شود. البته، لازم است که بر نکاتی خاص، مانند تاریخچه اجتماعی و معاینه شناختی، بیشتر تاکید شود. علاوه بر آن، بخش اعظم تاریخچه از خویشاوندان یا مراقبان بیمار گرفته می‌شود. خانه ۱-۲ نکات مهم آن را نشان می‌دهد:

تاریخچه شکایات فعلی

همان‌طور که برای شروع مصاحبه روانپزشکی توصیه شده، بد نیست با این سوال شروع کنیم که: می‌توانید به من بگویید که اخیراً چه پیش آمده؟" برای هدایت فرآیند اخذ تاریخچه و روشن کردن نکات زیر می‌توان از سوالات متمرکزتر استفاده کرد:

- ماهیت مشکل
- سرعت شروع
- مدت
- عوامل آشکار کننده احتمالی (مانند رویدادهای زندگی، بیماری‌های جسمی، تغییر دارو)
- تأثیر بر روی زندگی بیمار (مانند از دست دادن توانایی خروج از منزل)
- برداشت بیمار از مشکل
- آیا دیگران نیز معتقدند مشکلی هست
- خطرات (جدول ۱-۱)

خانه ۱-۲ مروری بر تاریخچه روانپزشکی

منبع ارجاع و دلایل ارجاع

شکایات فعلی

شرح حال شکایت فصلی

---- ماهیت، شروع، مدت، عوامل آشکار کننده، تأثیر، خطرات

تاریخچه شخصی

---- تولد و مراحل رشد، کودکی، تحصیلات، اشتغال، روابط

تاریخچه خانوادگی

تاریخچه بیماری‌های روانی

خانه ۱-۲ مروری بر تاریخچه روانپزشکی (ادامه)

تاریخچه اجتماعی

----- مسکن، وضعیت مالی، فعالیت‌های روزمره، سطح برخورداری از حمایت

تاریخچه بیماری‌های طبی

داروها و حساسیت‌ها

----- تعاملات دارویی احتمالی و عوارض جانبی داروها را ذکر کنید.

استعمال الکل و داروها

تاریخچه حقوقی

شخصیت پیش از بیماری

تاریخچه اخذ شده از منابع جانبی

جدول ۱-۱ حوزه‌های خطر آفرین نیازمند بررسی در زمان اخذ تاریخچه روانپزشکی

خطر برای خود	خطر برای دیگران
پرسه زدن	پرخاشگری
قضاوت ضعیف	رفتار مهارگسسته
باز گذاشتن شیر آب/گاز	بد راندگی کردن
بد راندگی کردن	باز گذاشتن شیر گاز
غفلت از خود	
آسیب پذیری در برابر سوءرفتار/ استثماری	
آسیب به خود/ افکار خودکشی	

استفاده از رویدادهای مهمی چون روز تولد، کریسمس یا تعطیلات دیگر برای تعیین زمان شروع یا تغییر نشانه‌ها مفید خواهد بود.

هرچند باید به بیمار امکان داد که شرح مشکلش را به زبان خود بگوید، مختصاتی وجود دارند که لازم است با پرس و جوی دقیق‌تر از وجود آن‌ها آگاهی یافت. ماهیت و گستره نشانه‌هایی که بیماران مسن‌تر تجربه می‌کنند با بیماران جوان‌تر تفاوت دارد.

تاریخچه شخصی

○ تولد و مراحل رشد

- تربیت و تجارب دوران کودکی
- مدرسه، تحصیلات عالی و دستاوردهای شغلی
- به ترسیم تصویری کلی از زندگی بیمار کمک می‌کند
- سطح قبلی کارکرد بیمار را تا حدودی روشن می‌کند
- روابط، ازدواج و فرزندان
- رویدادهای زندگی
- شبکه اجتماعی

بسیاری از اعضای نسل کنونی سالمندان از جنگ جهانی دوم آسیب دیده و مصائب فراوانی را تحمل کرده‌اند. جدایی از مراقبان، گسستگی تحصیلات، از دست دادن والدین یا همسر و خدمت در میدان نبرد همراه با جراحات و آسیب‌های روانی ناشی از آن، همه، مسائلی هستند که ممکن است بر نحوه بروز بیماری روانی تأثیر بگذارند.

بررسی تأثیر رویدادهای زندگی در متن آن اهمیت بسیار دارد، به‌طور مثال داشتن فرزند بدون همسر در انگلستان کنونی از لحاظ اجتماعی، در کل، امری پذیرفته شده است، ولی در گذشته پیامدهای ویران کننده‌ای داشت.

تاریخچه خانوادگی

بیماران دچار نقص شناختی ممکن است در مورد نام صحیح یا نسبت اعضای خانواده با خود سردرگم باشند، و این به‌خودی خود آگاهاننده است. به‌دست آوردن اطلاعات دقیق درباره وجود مشکلات طبی یا روانی در خانواده از بیمار یا مراقب مفید خواهد بود.

تاریخچه بیماری‌های روانی

بیماران اغلب از اصطلاحاتی مانند "ضعف اعصاب" برای اشاره به وجود دوره‌هایی از بیماری روانی در گذشته استفاده می‌کنند. آن‌ها ممکن است تشخیص‌هایی مانند اسکیزوفرنی را نیز مطرح کنند که جای تردید دارد. بهترین کار آن است که درباره ماهیت دقیق بیماری و درمان‌هایی که منجر به تخفیف آن شده سوالاتی را مطرح کنیم.

تاریخچه اجتماعی

مداخلاتی که هدف آن‌ها بهینه سازی وضعیت اجتماعی بیمار است، اغلب بسیار مؤثر بوده و از سوی بیمار و خانواده‌اش با استقبال روبه‌رو می‌شوند. حوزه‌های مهم در تاریخچه اجتماعی عبارتند از:

مسکن

- نوع (مستقل، سرپرستی شده، سرا، آسایشگاه)
- خانه یا آپارتمان؟
- مالک یا مستاجر؟ (اگر اجاره‌ای است، خصوصی است یا دولتی و آیا مالک در نگهداری خانه همکاری کافی دارد یا ندارد؟)
- آیا اتاق خواب/ دستشویی در طبقه پایین است یا بالا؟
- گرمایش (شومینه، بخاری گازی)

امور مالی

- آیا بیمار نگرانی مالی دارد یا احتمال استثمار مالی او می‌رود؟
- آیا بیمار از مزایای دولتی استفاده می‌کند، مانند کمک هزینه پرستاری یا کمک هزینه امرار معاش معلولان در انگلستان؟
- آیا بیمار به وضعیت مالی خود اشراف کافی دارد؟
- چه کسی اختیار امور مالی را در دست دارد و آیا ترتیبات داده شده رسمی است (وکالت رسمی)؟

فعالیت های روزمره

- آیا بیمار به یاری نیاز دارد؟ چقدر؟
- بهداشت فردی
- لباس پوشیدن
- غذا پختن
- خوردن/آشامیدن
- خرید کردن
- استفاده از وسائط نقلیه
- سرگرمی‌ها و علایق (گذشته و حال)

سطح کنونی برخورداری از حمایت

- حمایت ممکن است از سوی خانواده، دوستان، همسایه‌ها یا مراقبان مزد بگیر (خدمات اجتماعی یا خصوصی) ارائه شود. این افراد چند بار نزد بیمار می‌آیند و هر بار چه مدت نزد او می‌مانند؟ چه کار می‌کنند؟

- عرضه غذا درب منزل
- مرکز روزانه
- مراقبت فرجه‌ای

تاریخچه بیماری‌های طبی

درباره وجود هر نوع بیماری یا جراحی، عارضه‌های کنونی و مزمن و عوامل خطر ساز قلبی-عروقی پرس‌وجو کنید. این اطلاعات می‌تواند به تشخیص کمک کند یا عوامل تشدید کننده مشکل فعلی را روشن سازد.

داروها

- اگر بیمار فهرست داروهای خود را همراه نداشت با پزشک خانواده او تماس بگیرید.
- سالمندان در برابر عوارض جانبی داروها آسیب پذیرترند (به فصل ۱۰ رجوع کنید)
- حالت گیجی، اضطراب، اختلال عاطفی، نشانه‌های روان پریشی و افتادن ممکن است بر اثر داروها ایجاد یا تشدید شوند.

درباره میزان تبعیت بیمار از دستورات پزشکی سوال کنید و ببینید که آیا بیمار برای یادآوری دوز دارو جعبه دارو دارد یا کسی هست که به او مصرف دارو را یادآور شود.

داروها و الکل

درباره استعمال قبلی یا کنونی الکل و دخانیات پرس و جو کنید. تغییراتی که به تازگی در الگوی استعمال پیش آمده ممکن است نشانه وضعیت روانی زمینه ساز باشد. سوء مصرف مواد ممکن است در سالمندان مشکل عمده‌ای شمرده نشود ولی پرسش درباره آن ارزشمند است.

تاریخچه حقوقی

درباره هرگونه برخورد بیمار با دستگاه قضایی پرس‌وجو کنید. دستگیری، محکومیت و هشدارهایی که بیمار اخیراً دریافت کرده ممکن است شواهد مهمی در تأیید شروع یک بیماری روانی تازه یا عود بیماری اسکیزوفرنی یا مانیای قبلی باشد.

شخصیت پیش از بیماری

بررسی شخصیت پیش از بیماری اغلب نادیده گرفته می‌شود هرچند ممکن است اهمیتی ویژه داشته باشد، برای مثال در مواردی که مهارگسستگی ناشی از دمانس فرونتوتامپورال مطرح است.

اخذ تاریخچه از منابع جانبی

قانون به ما اجازه می‌دهد از هرکسی که مایل است دربارهٔ بیمار اطلاعاتی ارائه کند، کسب اطلاع کنیم ولی باید به یاد داشته باشیم که بهترین کار در همهٔ موارد آن است که قبلاً از بیمار اجازه بگیریم. در مواقعی که قصد دارید دربارهٔ جزئیات بیماری به خویشاوندان بیمار توضیحاتی ارائه کنید لازم است مستقیماً از او کسب اجازه کنید. اگر بیمار صلاحیت لازم برای اعلام موافقت را ندارد، در صورتی که در جهت حفظ منافع بیمار باشد، می‌توان این اطلاعات را به خویشاوندان/مراقبان او ارائه کرد. اگر از این موضوع اطمینان کامل نداشتید، بهترین کار گفت و گو و مشاوره با یکی از همکاران با تجربه‌تر است. ایده‌آل آن است که بتوانید تاریخچهٔ جانبی را در حضور بیمار کسب کنید، به‌طوری که فرآیند آن کاملاً شفاف باشد. اما اغلب ملاقات خصوصی با خویشاوند بیمار نیز می‌تواند مفید باشد. مانند مواقعی که خویشاوند می‌خواهد دربارهٔ رفتاری صحبت کند که سبب شرمساری یا ناراحتی بیمار می‌شود.

معاینهٔ وضعیت روانی

تاریخچهٔ روانپزشکی نشانه‌های بیماری را از زمان شروع آن ثبت می‌کند، در حالی که معاینهٔ وضعیت روانی تصویری مقطعی را از علائم و نشانه‌های بیماری در زمان مصاحبه ارائه می‌کند. در عمل، بین این دو همپوشانی قابل ملاحظه‌ای دیده می‌شود. خانهٔ ۱-۳ چارچوبی را برای معاینهٔ وضعیت روانی ارائه می‌کند و در ذیل آن شرح مبسوط‌تری داده می‌شود.

خانهٔ ۱-۳ معاینهٔ وضعیت روانی

- وضعیت ظاهری و رفتار
- گفتار
- خلق
- تفکر
- ادراک
- شناخت
- بینش

وضعیت ظاهری و رفتار

هشیاری

- کاهش سطح هشیاری ممکن است بازتاب آثار بیماری جسمی یا داروها باشد.
- نوسانات سریع در سطح هشیاری احتمال کنفوزیون حاد را مطرح می‌کند.
- تغییرات سطح هشیاری در دمانس نوع لویی بادی نیز دیده می‌شود.
- سطح هشیاری بر عملکرد فرد در آزمون‌های شناختی تأثیر می‌گذارد.

وضع ظاهر

- بهداشت فردی: ظاهر نامرتب و بهداشت فردی نا کافی به معنی غفلت فرد از خود است، هرچند در برخی از موارد نیز ظاهر آراسته فرد صرفاً نتیجه رسیدگی‌های مراقب است، نه نتیجه مراقبت بیمار از خود.
- پوشش: طرز لباس پوشیدن فرد ممکن است احتمال وجود مانیا، مهارگسستگی یا کنش پریشی را مطرح کند.
- محیط زندگی: در شرایطی که معاینه در منزل انجام می‌شود، محیط زندگی بیمار نیز ممکن است در مورد شرایط او سرنخ‌هایی به دست دهد (نظافت، نظم و ترتیب، وجود بطری‌های خالی، و مانند آن).

رفتار

- تماس چشمی
- حالت چهره
- توانایی برقراری ارتباط
- اضطراب / هیجان زدگی / پرخاشگری
- کندی عمومی حرکات / کندی روانی حرکتی / طرز قرارگیری بدن می‌تواند بیانگر وجود افسردگی باشد، ممکن است در دمانس نیز دیده شود.
- - ممکن است افسردگی را مطرح کند، و در دمانس نیز می‌تواند رخ دهد.
- زود آشنایی افراطی و مهارگسستگی
- - ممکن است نشانه‌ای از مانیا یا وجود مشکل در لب فرونتال باشد.
- پاسخ‌های روشن به توهامات
- تیک، ادا و اطوار و رفتارهای قالبی، برای مثال:

- به مثابه علامتی از اسکیزوفرنی
- خوردن افراطی و رفتارهای تکراری ممکن است در دمانس فرونتوتامپورال یا سایر دمانس‌ها دیده شوند.

گفتار

- سرعت و کمیت گفتار، برای مثال:
 - ↓ در افسردگی می‌تواند تا درجه‌ای پیشرفت کند که به نظر برسد بیمار دچار دیسفازی است.
 - ↑ در مانیا، هرچند در بیماران سالمند این علامت عمومیت ندارد.
 - ↓ ممکن است نتیجه دیسفازی باشد (به ذیل توجه کنید).
 - فشار گفتار و فقر گفتار می‌توانند به ترتیب بیانگر وجود مانیا و افسردگی باشند.
- تن صدا: ممکن است طبیعی یا یکنواخت (مثلا در افسردگی، بیماری پارکینسون) باشد.
- بلندی صدا، برای مثال:
 - ↑ در کم شنوایی، مهارگسستگی و مانیا
 - ↓ در اضطراب، افسردگی
- مشکل در واژه‌یابی
 - دیسفازی (نقص زبانی: دقت کنید که با دیس آرتری که نقص در تلفظ گفتار است و بر اثر ناهماهنگی عضلات ایجاد می‌شود تفاوت دارد).
 - نقائص زبانی به فراوانی، در بسیاری از انواع دمانس، دیده می‌شود (برای مثال، دمانس معنایی).
 - دیسفازی اسمی (اشکال در یافتن واژه صحیح) در اوایل بیماری آلزایمر ظاهر می‌شود.

خلق

افسردگی

برای نسل کنونی سالمندان توصیف وضعیت خلقیشان می‌تواند دشوار باشد. از این‌رو، ممکن است علائم زیست‌شناختی و جسمی‌سازی در آنان از علائم روان‌شناختی افسردگی بارزتر باشند. ارزیابی خلق از طریق ارزیابی رفتار نیز امکان‌پذیر است و برای این کار هم باید توضیحات بیمار (ذهنی) و هم پزشک (عینی) ثبت شوند. جدول ۱-۲ فهرستی از علائم افسردگی را که ضروری است وجود یا عدم آن‌ها بررسی شود نشان می‌دهد. مقیاس ۱۵ سوالی افسردگی سالمندان^۱ (پیوست ۱) را که مقیاسی کوتاه برای ارزیابی افسردگی است می‌توان در درمانگاه تکمیل نمود.

افتراق افسردگی از دمانس یا داغ‌دیدگی ممکن است دشوار باشد؛ برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به فصول بعدی دربارهٔ دمانس و اختلالات خلقی رجوع کنید.

اگر در مورد وجود خلق افسرده کمترین ظنی وجود داشت، پرسش دربارهٔ افکار خودکشی ضرورت دارد. مردان سالمند یکی از جمعیت‌هایی به شمار می‌آیند که خطر خودکشی کامل در آنها بسیار بالاست.

جدول ۱-۲ علایم افسردگی که در معاینهٔ وضعیت روانی بررسی آنها لازم است

علایم روان شناختی	علایم زیست شناختی
خلق پایین	اختلال خواب
کاهش تمرکز	اختلال اشتها (کاهش وزن)
فقدان احساس لذت	کاهش انرژی
درماندگی و نومیدی	کاهش میل جنسی
سیاه بینی آینده	شکایت از وجود بیماری‌های جسمی
احساس گناه	تغییرات خلقی روزانه
افکار خودکشی	
تحریک پذیری	
هیجان زدگی	

مانیا

مانیا در سالمندان ممکن است با حالت سرخوشی همراه باشد، گر چه اغلب در قالب عواطف آمیخته، هیجان زدگی، تحریک پذیری و/یا پرخاشگری تجلی می‌یابد.

اضطراب

- علایم اضطراب ممکن است مستقلا در بیمار دیده شود یا علامتی از سایر اختلالات روانی باشد.
- اضطراب در دمانس، خصوصا در اوایل دورهٔ بیماری، نادر نیست.
- دربارهٔ موارد زیر سوال کنید:
 - اضطراب زمینه‌ای
 - حمله‌های پانیک
 - عوامل تشدید کننده و راهبردهای کنار آمدن

تفکر شکل فکر

درجاماندگی

پاسخ مناسبی که به محرک نخست داده شده، به طرز نامناسبی به محرک های بعدی داده می شود. برای مثال:

" نام شما چیست؟"

" پیتر."

" چند سال دارید؟"

" پیتر."

و امثال آن.

- کم و بیش علامت شاخص وجود بیماری عضوی مغز است.
- علامتی است از ضایعه لب فرونتال.

حاشیه پردازی

- بیمار با طی مسیری پیچ در پیچ سرانجام مقصودش را بیان می کند.
- در دمانس به فراوانی دیده می شود.

پرش افکار

- پریدن از یک موضوع به موضوع نامربوطی که با موضوع اولی ارتباطی سطحی دارد.
- یکی از ویژگی های مانیا
- در بیماران سالمند ممکن است با گفتار سریع همراه نباشد و به همین دلیل تشخیص داده نشود.

سستی تداعی ها

- در روان پریشی و برخی از اختلالات دیگر مانند مانیا دیده می شود.
- ارتباط منطقی بین موضوعات وجود ندارد و این بی ارتباطی ممکن است از تفکر مماسی تا " سالاد کلمات" تغییر کند.