

References

1. World Health Organization. WHO fact sheet. Geneva : World Health Organization, 1996.
2. Wilkinson, G., Kendrick, T., eds. A carrier's guide to schizophrenia. New York : RSM Press, 1996.
3. The Association of the British Pharmaceutical. Target schizophrenia. London : The Association of the British Pharmaceutical, 1997.
4. William, T. C., and Robert, W. B. Schizophrenia: introduction and overview. In H. I. Kaplan, and B. J. Sadock (eds.), Comprehensive textbook of psychiatry. 6th. ed. pp. 889 - 902. Philadelphia : William & Wilkins, 1995.
5. ดวงใจ กสานติกุล, เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, และ จำนรรจา บำเน็จพันธ์. ประเภทของโรคทางจิตในผู้ป่วยใน ในช่วง10ปี. ใน การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 26 จิตเวชกับเศรษฐกิจ. หน้า 22. 16 -17 พฤศจิกายน 2541 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี จังหวัดกรุงเทพมหานคร.
6. Picker, D. Prospects for pharmacotherapy of schizophrenia. Lancet 37 (1995) : 345.
7. William, R., and Dickson, R. A. Economic of schizophrenia. Can. J. Psychiatry 7suppl2 (September 1995) : s60 - s67.
8. Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. Pocket handbook of clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990.
9. Davison, G. C., and Neale, J. M. Abnormal psychology. New York : John Wiley & Sons, 1996.
10. Stoudemire, A. Clinical psychiatry for medical students. 2nd. ed. pp. 166 -169. Pennsylvania : J.B. Lippincott, 1994.
11. Jeste, D. V., and Wyatt, R. J. Understanding and treatment tardive dyskinesia. New York : Guilford Press, 1982.
12. Citrome, L. New antipsychotic medications: what advantage do they offer?. Post Grad. Med. 101 (1997) : 207 - 214.

13. Lieberman, J. A. Atypical antipsychotic drugs as a first-line treatment of schizophrenia: a rational and hypothesis. J. Clin. Psychiatry 57 (1996) : 68 -71.
14. Fulton, B., and Goa, K. L. Olanzapine: a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in the management of schizophrenia and related psychoses. Drugs 53 (1997) : 281 - 298.
15. Allan, E. R., Sison, C. E., Alpert, M., Connolly, B., and Crichton, J. The relationship between negative symptoms of schizophrenia and extrapyramidal side effects with haloperidol and olanzapine. Psychopharmacology Bull. 34 (1998) : 71 - 74.
16. Fink, M., and Sackeim, H. A. Convulsive therapy in schizophrenia?. Schizophrenia Bull. 22 (1996) : 27 - 33.
17. Thompson, J. W., and Blaine J. D. Use of ECT in the united states in 1975 and 1980. Am. J. Psychiatry 144 (1987) : 557 - 562.
18. Latey, R. H., and Fahy, T. J. Some influences on regional variation in frequency of prescription of electroconvulsive therapy. Br. J. Psychiatry 152 (1988) : 196 - 200.
19. Malla, A. An epidemiological study of electroconvulsive therapy: rate and diagnosis. Can. J. Psychiatry 31 (1986) : 824 - 830.
20. Smith, K., Surphlis, W. R., Gynther, M. D., and Shimkunas, A. M. ECT and chlorpromazine and chlorpromazine compared in the treatment of schizophrenia. J. Nerv. Mental. Dis. 144 (1967) : 284 - 290.
21. Brier, A., Buchanan, R. W., Kirkpatrick, B., Davis, O. R., Irish, D., Summerfelt, A., et al. Effect of clozapine on positive and negative symptoms in outpatients with schizophrenia. Am. J. Psychiatry 151 (1994) : 20 - 26.
22. Cardwell, B. A., and Nakai, B. Seizure activity in combination clozapine and ECT: a retrospective view. Convulsive Therapy 11 (June 1995) : 110 - 113.
23. Overall, J. E., and Gorham, D. R. The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports 76 (1987) : 81 - 94.

24. Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepsherd, R., et al. Measure the QOL of cancer patients: a concise QL-Index for use by physician. J. Chron. Dis. 34 (1981) : 585 - 597.
25. Lingjaerde, O., and Sykehus, G. The UKU side effects rating scale : scale for the registration of unwanted effects of psychotropics. Acta Psychiatrica Scandinavica 76 (1987) : 81 - 94.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders ; DSM-IV. 4th. ed. Washington DC. : American Psychiatric Association, 1994.
27. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., and Grebb, J. A. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry. 7th. ed. pp. 457 - 459. Hong Kong : Williams & Wilkins, 1994.
28. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., and Grebb, J. A. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry. 7th. ed. pp. 458, 461-463. Hong Kong : Williams & Wilkins, 1994.
29. Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., et al. Toward a theory of schizophrenia. Behav. Sci. 1 (1956) : 251 - 264.
30. Leff, J., Vaughn, C. The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: A two-year follow-up. Br. J. Psychiatry 139 (1981) : 102-104.
31. Brown, G. W., and Birley, J. L. Crises and life changes and the onset of schizophrenia. J. Health Soc. Behav. 9 (1968) : 203 - 214.
32. Philip, T., and Rosalind, M. Schizophrenia and other psychotic disorders. In A. Stoudemire (eds.), Clinical psychiatry for medical students. 2nd. ed. pp. 147-150. Pennsylvania : J.B. Lippincott, 1994.
33. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., and Grebb, J. A. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry. 7th. ed. pp. 475 -476. Hong Kong : Williams & Wilkins, 1994.
34. Andreason, N. C., Comprehensive assessment of symptoms and history. Department of Psychiatry, University of Iowa college of Medicine, 1987.

35. Philip, T., and Rosalind, M. Schizophrenia and other psychotic disorders. In A. Stoudemire (eds.), Clinical psychiatry for medical students. 2nd. ed. pp. 147-150. Pennsylvania : J.B. Lippincott, 1994.
36. Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. Pocket Handbook of clinical psychiatry. pp. 60, 65 - 69. New York : Williams & Wilkins, 1990.
37. Casey, D. E. Motor and mental aspects of extrapyramidal syndromes. Int. Clin. Psychopharmacol. 10 (1995) : 105 - 114.
38. William, T., and Carpenter, Jr. Maintenance therapy of persons with schizophrenia J. Clin. Psychiatry 57 (1996) : 10 - 18.
39. Richelson, E. Preclinical pharmacology of neuroleptics: focus on new generation compounds. J. Clin. Psychiatry 57 (1996) : 4 - 11.
40. Long, P. W. www.mentalhealth.com. United States : Internet Mental Health, 1995 - 1999.
41. Dubovsky, S. L. Electroconvulsive therapy. In H. I. Kaplan, and B. J. Sadock (eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. 6th. ed. pp.2129. Philadelphia : William & Wilkins, 1995.
42. Dubovsky, S. L. Electroconvulsive therapy. In H. I. Kaplan, and B. J. Sadock (eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. 6th. ed. pp.2130. Philadelphia : William & Wilkins, 1995.
43. Bernstein, J. G. Handbook of drug therapy in psychiatry. 3rd. ed. pp. 183 - 184. Missouri : Mosby Year Book, 1995.
44. APA (Task Force on ECT) The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training and privileging. pp.6. Washington DC. : American Psychiatric Association, 1990.
45. Dubovsky, S. L. Electroconvulsive therapy. In H. I. Kaplan, and B. J. Sadock (eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. 6th. ed. pp.2139. Philadelphia : William & Wilkins, 1995.
46. APA (Task Force on ECT) The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training and privileging. pp.9. Washington DC. : American Psychiatric Association, 1990.

47. Dubovsky, S. L. Electroconvulsive therapy. In H. I. Kaplan, and B. J. Sadock (eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. 6th. ed. pp.2132 - 2134. Philadelphia : William & Wilkins, 1995.
48. Tollefson, G. D., Beasley, C. M. Jr., Tran, P. V., Street, J. S., Krueger, J. A., Tamura, R. N., et al. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and schizoaffective and schizophreniform disorders: results of an international collaborative trial. Am. J. Psychiatry 154 (1997) : 457 - 465.
49. Gallhofer, B., Bauer, U., Lis, S., Krieger, S., and Gruppe, H. Cognitive dysfunction in schizophrenia: comparison of treatment with atypical antipsychotic agents and convention neuroleptic drugs. Eur. Neuropsychopharmacol. 6suppl2 (1996) : s13 - s20.
50. Franz, M., Liz, S., Pluddemann, K., and Gallhofer, B. Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients. Br. J. Psychiatry 170 (1997) : 422 - 425.
51. Beasley, C. M. Jr., Sanger, T., Satterlee, W., Tollefson, G., Tran, P., Hamilton, S. Olanzapine versus placebo: results of double-blind, fixed-dose olanzapine trial. Psychopharmacology 124 (1996) : 159 - 167.
52. Tollefson, G. D., Beasley, C. M. Jr., Tamura, R. N., Tran, P. V., and Potvin, J. H. Blind, controlled, long-term study of the comparative incidence of treatment emergent tardive dyskinesia with olanzapine or haloperidol. Am. J. Psychiatry 154 (1997) : 1248 - 1254.
53. Hamilton, S. H., Revicki, D. A., Genduso, L. A., and Beasley, C. M. Jr. Olanzapine versus placebo and haloperidol: quality of life and efficacy results of north american double-blind trial. Neuropsychopharmacol 18 (1998) : 41 - 49.
54. Fink, M. Convulsive therapy: theory and practice. New York : Raven Press, 1979.
55. Baker, A. A., Bird, G., Lavin, N. I., and Thorpe, J. G. ECT in schizophrenia. J. Ment. Sci. 106 (1960) : 1506 - 1511.

56. Devanand, D. P., Verma, A. K., Tirunualasetti, F., and Sackeim, H. A. Absence of cognitive impairment after more than 100 lifetime ECT treatments. Am. J. Psychiatry 148 (1991) : 929 - 932.
57. Aoba, A., Kakita, Y., Yamaguchi, N., et al. Electroconvulsive therapy (ECT) increases plasma and red blood cell haloperidol neuroleptic activities. Life Sciences 33 (1983) : 1797 - 1803.
58. Abraham, K. R., and Kulhara, P. The efficacy of electroconvulsive therapy in the treatment of schizophrenia: a comparative study. Br. J. Psychiatry 151 (1987) : 152 - 155.
59. Robertson, G. S., and Fibiger, H. C. Effects of olanzapine on regional c-fos expression in rat forebrain. Neuropsychopharmacol 14 (1996) : 105 -110.
60. เต็มศรี ชานิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์ พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
61. เยาวลักษณ์ ประเสริฐสุข. การเปรียบเทียบการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งโดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาต้านโรคจิต และการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างเดียวในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
62. Wong, K. E., Chong, S. A., Ngui, F., Winslow, M., Devan, G. S., Leong, O. K., et al. Initial experience with clozapine in Woodvridge hospital. Singapore Med. J 38 (1997) : 336 - 338.
63. Chanpattana, W. Continuation electroconvulsive therapy in schizophrenia: a pilot study. J. Med. Assoc. Thai 8 (1997) : 311 - 317.
64. เอม อินทกรณ์. การรักษาด้วยไฟฟ้าชนิด Modified ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2532 ; 32 : 58-62.
65. Safferman, A. Z., and Munne, R. Combining clozapine with ECT. Convulsive Therapy 8 (1992) : 141 - 143.
66. Hafner, R. J., and Holme, G. Electroconvulsive therapy in a psychiatric intensive care unit. Australia & New Zealand J. of Psychiatry 28 (1994) : 269 - 273.

67. Awad, A. G., Lapierre, Y. D., Angus, C., and Rylander, A. Quality of life and response of negative symptoms in schizophrenia to haloperidol and the atypical antipsychotic remoxipride: The Canadian Remoxipride Group. J. of Psych. & Neuroscience 22 (1997) : 244 - 248.
68. Beasley, C. M. Jr., Tollefson, G. D., and Tran, P. V. Safety of olanzapine. J. of Clin. Psychiatry 58 (1997) : 13 - 17.

Appendix

Appendix I

List of Content Experts

1. Em Intakorn, M.D.
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University

2. Nipatt Karnjanathanalers, M.D.
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University

3. Siriluck Suppapittiporn, M.D.
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University

Appendix II

Table 1 : General Information of Schizophrenic Patients in ECT & Atypical Neuroleptics
Group

No.	Age	Sex	Status	Employment	Duration	# of admission
1	33	F	single	unemployed	12	4
2	43	M	single	unemployed	7	2
3	39	M	single	unemployed	8	3
4	27	M	single	unemployed	6	1
5	36	M	single	unemployed	10	3
6	24	F	single	unemployed	5	3
7	43	F	single	employed	21	3
8	23	F	single	unemployed	6	3
9	19	F	single	unemployed	3	3
10	34	M	single	unemployed	21	5
11	29	F	single	unemployed	12	4

F - female

M - male

Table 2 : General Information of Schizophrenic Patient in Atypical Neuroleptics Group

No.	Age	Sex	Status	Employment	Duration	# of admission
1	33	F	single	unemployed	7	2
2	42	M	single	unemployed	24	3
3	45	M	married	unemployed	23	3
4	43	M	single	unemployed	20	2
5	37	F	single	unemployed	17	4
6	31	M	single	employed	6	3
7	45	F	married	unemployed	22	6
8	27	F	single	unemployed	8	3
9	24	M	single	unemployed	6	2
10	25	M	single	employed	4	2
11	30	F	single	unemployed	14	5

F - female

M - male

Table 3 : Raw Score of BPRS in ECT & Atypical Neuroleptics Group

No.	week						
	0	1	2	3	4	5	6
1	42	29	20	18	17	16	16
2	38	21	16	15	14	14	14
3	55	31	20	18	17	17	16
4	38	24	22	22	20	18	17
5	33	20	17	16	16	15	15
6	36	30	28	25	24	22	22
7	34	23	20	18	17	16	16
8	34	21	18	17	17	16	15
9	53	32	20	19	18	18	17
10	46	34	21	20	19	18	18
11	37	29	27	24	23	21	20

Table 4 : Raw Score of BPRS in Atypical Neuroleptics Group

No.	week						
	0	1	2	3	4	5	6
1	33	26	24	22	20	19	18
2	36	30	27	26	25	23	19
3	36	31	28	26	23	21	18
4	52	44	38	33	27	21	19
5	40	34	27	22	19	17	16
6	38	31	27	25	22	18	16
7	54	44	36	34	28	22	18
8	36	30	26	26	24	22	19
9	44	32	25	20	18	16	16
10	48	39	33	28	22	16	15
11	39	30	29	27	25	23	19

Appendix III

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

โรคจิตเภท นั้นเป็นโรคทางจิตที่มีความผิดปกติด้านความคิด, การรับรู้, อารมณ์, พฤติกรรม, และการเคลื่อนไหว อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานของผู้ป่วยอีกด้วย เนื่องจากผู้ป่วยจะแยกตัวและไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง มีอาการประสาทหลอน หูแว่ว และหลงผิด โรคจิตเภทสามารถแบ่งได้เป็นกลุ่มย่อยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ขึ้นอยู่กับอาการเด่นของผู้ป่วย สาเหตุของการเกิดโรคมีอยู่หลายปัจจัย ทั้งทางสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย, พันธุกรรม, และความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง เป็นต้น ซึ่งโรคนี้อาจเป็นโรคเรื้อรัง ที่ใช้เวลารักษานาน และมักกลับเป็นซ้ำอีก ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยอยู่อย่างแพร่หลายทั่วโลก การรักษาโรคจิตเภทสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การรับประทานยาต้านโรคจิต, การรักษาด้วยไฟฟ้า, การทำกลุ่มบำบัด ฯลฯ ซึ่งสามารถทำการรักษาหลายวิธีควบคู่กันไป แต่จุดที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ความเข้าใจที่แท้จริงจากบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะญาติพี่น้องของผู้ป่วยเอง

คำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านจะได้รับยา Olanzapine ซึ่งเป็นยาต้านโรคจิต รับประทานทางปากเป็นเวลา 6 อาทิตย์ และผู้ป่วยบางท่านจะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย ในการรักษาต่างๆ ย่อมมีผลข้างเคียง และการรักษาด้วยยา Olanzapine หรือ การรักษาด้วยไฟฟ้าก็มิได้ แตกต่างจากการรักษาเหล่านั้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยบางท่านมีอาการข้างเคียง เช่น มึนงง, ปวดศีรษะ, ปากแห้ง เป็นต้น แต่อาการต่างๆของผู้ป่วย จะอยู่ในความดูแลของแพทย์ และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เทียบเท่ากับผู้ป่วยรายอื่น อีกทั้งผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปกติ ซึ่งในช่วงระยะเวลา 6 อาทิตย์ของการวิจัยนั้น ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุก 7 วัน โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที ในการพูดคุยเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้ป่วยสามารถคงการรักษาเดิม หรือเปลี่ยนวิธีการรักษา ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลรวมทั้งความคิดเห็นของแพทย์ผู้รักษา

ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย

- ผู้ป่วยได้มีโอกาสค้นหาวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับตน เพื่อให้มีอาการดีขึ้นกว่าเดิม
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแล และประเมินอาการอย่างละเอียด
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน เป็นระยะเวลา 6 อาทิตย์
- ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการค้นคว้าทางวิชาการ อันเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์ทั่วโลก

คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ในการรักษาด้วย Olanzapine จะนำมาศึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในส่วนชองยา Olanzapine ระหว่างทำการวิจัย นอกจากนี้
 นั้นผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยยังมีสิทธิที่จะรับการดูแลจากแพทย์ได้ตามปกติ

คำยินยอมของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจในข้อความทั้งหมด ของใบยินยอมครบถ้วนดีแล้ว ทั้งนี้ข้าพเจ้า
 ยินยอมด้วยความสมัครใจที่จะรักษาด้วยยา Olanzapine และอาจรับการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย โดยไม่มีการ
 บังคับหรืออามิสสินจ้างใดๆ

วันที่ _____

ชื่อผู้ป่วย _____ HN _____

บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม _____

ชื่อพยาน _____

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

(inclusion form)

ชื่อ _____ นามสกุล _____

เพศ _____ อายุ _____ สถานภาพสมรส _____

การศึกษา _____ อาชีพ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล _____ วันที่ออกจากโรงพยาบาล _____

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล _____

วินิจฉัยโรคทางจิต _____

วินิจฉัยโรคทางกาย _____

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ _____

ประวัติการแพ้ยา _____

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต _____

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน _____

ใบยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ ร.พ.จุฬาลงกรณ์

ชื่อ-นามสกุล (แพทย์) : _____

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ป่วย) : _____

แพทย์ที่ทำการรักษาข้าพเจ้าได้แนะนำให้ข้าพเจ้าทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy : ECT) ตามธรรมชาติของการรักษานี้ ข้าพเจ้าอาจได้รับทั้งคุณและโทษ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว และข้าพเจ้ายินยอมที่จะรับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อช่วยให้สภาพความเจ็บป่วยทางจิตของข้าพเจ้าดีขึ้น ข้าพเจ้าเข้าใจว่ายังมีการรักษานิตอื่นสำหรับความเจ็บป่วยของข้าพเจ้า อย่างเช่น การรักษาด้วยยา และการทำจิตบำบัด ซึ่งประวัติการรักษาและธรรมชาติของโรคทางจิตของข้าพเจ้า จะเป็นตัวชี้แนะในการเลือกวิธีการรักษา ระหว่าง การรักษาด้วยไฟฟ้า, ด้วยยา, และด้วยการทำจิตบำบัด ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายถึงเหตุผลที่การรักษาด้วยไฟฟ้าเหมาะสำหรับข้าพเจ้าแล้ว

การรักษาด้วยไฟฟ้านิยมทำเป็นชุด ในการรักษาแต่ละครั้ง ข้าพเจ้าจะถูกนำเข้าสู่ห้องที่มีอุปกรณ์การรักษามากมาย ส่วนใหญ่แล้วการรักษาจะทำในตอนเช้าก่อนอาหาร เนื่องจากการรักษานี้ต้องมีการให้นอนหลับ ฉะนั้นข้าพเจ้าจึงไม่สามารถดื่มน้ำหรือบริโภคทางปากได้เลย เป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนรับการรักษาแต่ละครั้ง หลังจากที่ข้าพเจ้าได้เข้าไปยังห้องรักษาแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับยาทางเส้นโลหิตดำ ซึ่งจะเป็ยยานอนหลับที่จะทำให้ข้าพเจ้าหลับไปอย่างรวดเร็ว และยาตัวที่สองจะเป็นยาช่วยคลายกล้ามเนื้อของข้าพเจ้า เนื่องจากข้าพเจ้าได้หลับไปแล้ว ข้าพเจ้าจึงไม่สามารถรู้สึกถึงความเจ็บปวด หรือกระแสไฟฟ้าที่ได้รับ และเมื่อข้าพเจ้าตื่นขึ้นมา ข้าพเจ้าจะไม่สามารถจำการรักษาได้

ในการเตรียมการรักษา จะมีเครื่องวัดติดไว้ที่ศีรษะของข้าพเจ้า และตามส่วนต่างๆของร่างกาย รวมทั้งที่วัดความดันโลหิตซึ่งจะติดไว้ที่แขนข้างใดข้างหนึ่งของข้าพเจ้า เครื่องวัดเหล่านี้จะทำการวัดคลื่นสมอง คลื่นหัวใจ และความดันโลหิตของข้าพเจ้า ในการติดอุปกรณ์เหล่านี้จะไม่ได้รับความเจ็บปวดใดๆ เมื่อข้าพเจ้าได้หลับไปแล้ว กระแสไฟฟ้าจากการควบคุมของเครื่อง จะเดินทางผ่านสุ่มแผ่นเหล็กที่ติดอยู่ตรงศีรษะของข้าพเจ้าทั้ง 2 ข้าง ในขณะที่กระแสไฟผ่านเข้าตัวข้าพเจ้าจะทำให้เกิดอาการชัก แต่เนื่องจากข้าพเจ้าได้รับยาคลายกล้ามเนื้อก่อน ทำให้อาการชักปรากฏให้เห็นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เป็นเวลาประมาณ 1 นาที และในเวลาไม่กี่นาทีหลังจากนั้น ยาสลบก็จะหมดฤทธิ์ ทำให้ข้าพเจ้าตื่นขึ้นมา ในขั้นตอนของการรักษานั้น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระบบอื่นๆของข้าพเจ้า จะถูกวัดอยู่ตลอดเวลา ข้าพเจ้าจะได้สูดออกซิเจนทางหน้ากากขณะรับการรักษา ระหว่างที่ข้าพเจ้ากำลังนอนพักฟื้น จะมีพยาบาลคอยดูแลตลอด จนกว่าข้าพเจ้าพร้อมที่จะลุกจากเตียง จำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่สามารถบอกได้ล่วงหน้า เพราะขึ้นอยู่กับสภาพความเจ็บป่วยทางจิตของข้าพเจ้า การตอบ

รับต่อการรักษา และวิจารณ์คุณภาพของจิตแพทย์ผู้รักษาซ้ำๆ โดยปกติจะประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ผู้ป่วยบางรายมีการตอบสนองต่อการรักษาซ้ำ ทำให้อาจได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้ามากกว่าปกติ

ผลที่ซ้ำๆ จะได้จากการรักษาด้วยไฟฟ้านั้นคือ โอกาสที่ความเจ็บป่วยทางจิตของซ้ำๆ จะดีขึ้น เนื่องจากการรักษาด้วยไฟฟ้านั้นได้แสดงให้เห็นว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ต่อความเจ็บป่วยทางจิตหลายประเภท แต่มีได้หมายความว่าผู้ป่วยทุกรายจะตอบสนองอย่างดีกับการรักษานี้เสมอไป เช่นเดียวกับการรักษาอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีอาการดีขึ้นทันที บางรายดีขึ้นเพื่อที่จะกลับมาป่วยอีกครั้ง และในบางรายอาการอาจจะไม่ดีขึ้นเลย

ในการรักษาต่างๆ ย่อมมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย และการรักษาด้วยไฟฟ้าก็มิได้แตกต่างไปจากการรักษาชนิดอื่น เพราะเมื่อซ้ำๆ ขึ้นขึ้นจากการรักษาแต่ละครั้ง ซ้ำๆ อาจจะมีอาการกลับสน ซึ่งอาการนี้จะหายไปภายในไม่กี่ชั่วโมง และซ้ำๆ อาจจะมีรู้สึกปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือรู้สึกคลื่นไส้ได้ ผลข้างเคียงที่ร้ายแรงสำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าพบได้น้อยมาก เนื่องจากเครื่องมือที่ถูกพัฒนาอย่างทันสมัย

เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียง ซ้ำๆ จะได้รับการตรวจประเมินทางร่างกายก่อนจะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า แต่หากซ้ำๆ ได้ประสบต่อผลข้างเคียงของการรักษา ซ้ำๆ ก็จะได้รับ การรักษาช่วยเหลือจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ด้วยเครื่องมือที่เตรียมไว้สำหรับเหตุฉุกเฉิน

ผลข้างเคียงที่พบบ่อยในการรักษาด้วยไฟฟ้าก็คือการสูญเสียความจำ ซึ่งความร้ายแรงนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่ทำการรักษา ความจำส่วนหนึ่งจะสูญเสียไปทันทีหลังการรักษา และเมื่อเวลาผ่านไปความจำก็จะดีขึ้น การสูญเสียความทรงจำส่วนใหญ่จะกลับคืนมาภายในเวลาไม่กี่เดือนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า และบางครั้งซ้ำๆ อาจมีความลำบากที่จะเรียนรู้หรือจดจำสิ่งใหม่ๆ ซึ่งอาการนี้จะหายไปภายในไม่กี่สัปดาห์หลังการรักษาด้วยไฟฟ้า

การที่จะประสบกับผลข้างเคียงต่างๆ เช่น อาการกลับสนและปัญหาด้านความจำนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละคน แต่เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตทำให้มีความบกพร่องในการเรียนรู้และในความทรงจำอยู่แล้วนั้น ผู้ป่วยบางรายเมื่อเปรียบเทียบกับอาการเดิม มีการเรียนรู้และความจำที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และมีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่สุดสูญเสียความทรงจำเป็นเดือนหรือเป็นปี ซึ่งยังไม่มียาเสพติดที่แน่ชัด

เนื่องจากอาการกลับสน และ/หรือ สูญเสียความทรงจำที่อาจเกิดกับซ้ำๆ หลังทำการรักษา ทำให้ซ้ำๆ มีความกังวลที่ตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่างๆ ในขณะที่รับการรักษาหรือทันทีหลังจากได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า จึงควรเลื่อนการตัดสินใจในเรื่องสำคัญไปก่อน ซ้ำๆ สามารถที่จะถามคำถามเกี่ยวกับการรักษาได้กับแพทย์ และทีมงานที่ให้การรักษาได้ทุกเมื่อ ซ้ำๆ เข้าใจว่าการตัดสินใจรับการรักษาด้วยไฟฟ้า เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจของซ้ำๆ เอง

ผู้ป่วย : _____
ลายเซ็น _____ วันที่ _____

บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม _____
ลายเซ็น _____ วันที่ _____

พยาน : _____
ลายเซ็น _____ วันที่ _____

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

ผู้ป่วย..... ผู้ประเมิน..... วันที่.....

Rating Key 0 = ไม่มีอาการ 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 2 = มีอาการเล็กน้อย 3 = อาการปานกลาง

4 = อาการค่อนข้างรุนแรง 5 = อาการรุนแรง 6 = อาการรุนแรงมาก

	0	1	2	3	4	5	6
1. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย หรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (Rate ตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย) - ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4. Conceptual disorganization (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5. Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกตำหนิตนเอง เป็นคนไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6. Tension (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - อาการเกร็ง หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7. Mannerism & posturing (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - พฤติกรรมแปลกๆ ที่ดูผิดไปจากคนปกติ							
8. Grandiosity (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำทีเหมือนยิ่งใหญ่ ขีดความเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น							
9. Depressive mood (Rate ตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกเศร้า เสียใจ หลงๆ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10. Hostility (Rate ตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยและท่าทีของผู้ป่วยต่อผู้อื่น) - ความรู้สึกและท่าทีไม่เป็นมิตร ดูถูกผู้อื่น							
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกระแวง, กลัวว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							

	0	1	2	3	4	5	6
12. Hallucination (Rate ตามกำาบอกล่าวของผู้ป่วย) -อาการูแ่วว (ภายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)							
13. Motor retardation (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) -การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า							
14. Uncooperativeness (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) -ทำาที่ต่อต้าน ระเบิดระว่างตัว ไม่เป็นมิตร ต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) -ความกิดแปลกๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) -สีหน้าไม่ล่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) -ทำาที่รุกรีมุกถน นั้ปฏิกริษาได้ลอบเร็ว							
18. Disorientation (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) -สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

Activity (กิจกรรมระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วย)

- ทำงานหรือศึกษาเต็มเวลา หรือเกือบจะเต็มเวลา ทำงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ
ทำงานบ้าน หรือทำกิจกรรมอาสาสมัคร ที่ไม่ได้รับจ้าง.....2
- ทำงานหรืออาชีพที่เคยทำเป็นประจำ ทำงานบ้าน หรือทำกิจกรรมอาสาสมัครที่ไม่
ได้ค่าจ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือ หรือลดเวลาการทำงานลง หรือหยุดพักบางวัน.....1
- ไม่ได้ทำงานหรือประกอบกิจกรรมใดๆ.....0

Daily living (ชีวิตประจำวัน ระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ช่วยตัวเองได้ในการรับประทานอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัวได้เอง
ใช้บริการรถประจำทางได้.....2
- ต้องการความช่วยเหลือ (อาจจะเป็นผู้คนหรือเครื่องมือพิเศษ) ในการดำเนิน
ชีวิตประจำวัน แต่สามารถทำกิจกรรมที่ง่ายได้.....1
- ไม่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้เอง หรือแม้แต่กิจกรรมที่ง่ายได้.....0

Health (สุขภาพ ระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- รู้สึกสบายดีเป็นส่วนใหญ่.....2
- มีบางครั้งที่รู้สึกไม่สบาย ไม่มีแรง.....1
- รู้สึกไม่สบายอย่างมาก เหนื่อยอ่อน.....0

Support (สิ่งสนับสนุน ระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นและได้รับการช่วยเหลืออย่างดี อย่างน้อยที่สุดจาก
สมาชิกในครอบครัว 1 คน หรือจากเพื่อน.....2
- ได้รับการสนับสนุนปานกลางจากครอบครัว/จากเพื่อน หรือเมื่ออาการไม่ปกติ.....1
- ได้รับการสนับสนุนเล็กน้อยเป็นครั้งคราวจากครอบครัว/เพื่อน หรือได้รับ
การสนับสนุนก็ต่อเมื่อจำเป็นที่สุดหรือผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้หาย.....0

Outlook (ลักษณะโดยทั่วไป ระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- มีลักษณะทั่วไปสงบและเป็นไปในทางบวก และควบคุมตัวเองได้
รวมทั้งสิ่งแวดล้อม.....2
- มีปัญหาและไม่สามารถควบคุมตัวเองได้.....1
- สับสนมาก รู้สึกกลัวอย่างมาก หรืออยู่ในภาวะที่มีความวิตก เคร่งเครียด
หรือไม่รู้สึกรู้หายบ่อยครั้ง.....0

The UKU Side Effect Rating Scale

- 1 Concentration Difficulties (ไม่มีสมาธิ, ไม่สามารถรวบรวมความคิดของตนได้)
 - 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
 - 1 ต้องพยายามมากกว่าปกติ แต่ไม่รบกวนต่อชีวิตประจำวัน
 - 2 รวบรวมความคิดได้ยากมาก มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
 - 3 มีสมาธิเสียชัดเจน ขณะที่สัมภาษณ์
- 2 Lassitude/Asthenia/Increased Fatigability (เหนื่อยง่าย, อ่อนเพลีย)
 - 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
 - 1 เหนื่อยง่ายกว่าปกติ แต่ไม่ถึงกับต้องพักในระหว่างวัน
 - 2 ต้องพักบ้าง เป็นช่วงๆในระหว่างวัน
 - 3 พักเกือบตลอดทั้งวัน
- 3 Sleepiness/Sedation (ง่วงนอน)
 - 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
 - 1 ง่วงนิดหน่อย (สลึมสลือ) จนเห็นได้จากสีหน้าและการพูดคุย
 - 2 เห็นได้ชัดเจนขึ้น หาวและจะหลับเวลาที่มีการหยุดพูดคุย
 - 3 ต้องคอยปลุก
- 4 Failing Memory (หลงลืม)
 - 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
 - 1 หลงลืมบ้าง แต่ไม่รบกวนกิจวัตรประจำ
 - 2 ลืมเล็กน้อย แต่พอจะตรวจพบได้ในขณะสัมภาษณ์
 - 3 ลืมมากจนเห็นได้ชัดระหว่างสัมภาษณ์
- 5 Depression (เศร้า, เป็นทุกข์) ดูจากคำพูดท่าทาง
 - 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
 - 1 เศร้ากว่าปกติ แต่ก็คิดว่าชีวิตมีค่าที่จะอยู่ต่อ
 - 2 อารมณ์และท่าทางเศร้าอย่างเห็นได้ชัด มีการอยากตายแต่ไม่ได้วางแผน
 - 3 อารมณ์และท่าทางเศร้าอย่างเห็นได้ชัด มีการวางแผน ที่จะฆ่าตัวตาย
- 6 Tension/inability to relax/nervous restlessness (ตึงเครียด หงุดหงิด)
 - 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
 - 1 รู้สึกตึงเครียด หงุดหงิด แต่ไม่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
 - 2 ตึงเครียดมากจนบางครั้งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
 - 3 มีผลกระทบต่อตนเองอย่างเห็นได้ชัดเจน
- 7 Increase duration of sleep (เปรียบเทียบเวลานอนใน 3 คืนที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับก่อนป่วย)
 - 0 นอนเท่าเดิม
 - 1 นอนมากกว่าเดิม 2 ชม.

- 2 นอนมากกว่าเดิม 2-3 ชม.
- 3 นอนมากกว่าเดิม 3 ชม. ขึ้นไป
- 8 Reduced duration of sleep (ประเมินการนอนใน 3 คืนที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับเมื่อก่อนป่วย)
- 0 นอนเท่าเดิม
- 1 นอนน้อยกว่าเดิม 2 ชม.
- 2 นอนน้อยกว่าเดิม 2-3 ชม.
- 3 นอนน้อยกว่าเดิม 3 ชม. ขึ้นไป
- 9 Increase dream activity (ฝันมากกว่าเดิม) (ประเมินการฝันเฉลี่ย 3 คืนที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับก่อนป่วย)
- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 ฝันมากกว่าเดิม แต่ไม่รบกวนการหลับ
- 2 ฝันเพิ่มขึ้นมาก
- 3 ฝันมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
- 10 Emotional indifference (เฉยเมย)
- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีการลดลงของการแสดงอารมณ์
- 2 เฉยเมย อย่างเห็นได้ชัด
- 3 เฉยเมย กับทุกสิ่งทุกอย่างรอบตัว
- 11 Dystonia (การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อบางส่วน เช่น ลิ้น ปาก คอ)
- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกเล็กน้อยและเป็นเวลาสั้นๆ เช่น ที่กราม ขากรรไกร
- 2 มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกมากและเป็นเวลานาน กับอวัยวะหลายส่วนของร่างกายด้วยกัน
- 3 มีมากจนถึงกับเกร็งทั้งตัว จนหลังแอ่นหรือตาเหลือก
- 12 Rigidity (อาการเกร็งแข็งของตัวโดยเฉพาะที่ ข้อศอก แขน ไหล่ และ ขา)
- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีอาการเกร็งตัวเล็กน้อย การเคลื่อนไหวผิด มีอาการต่อต้านเมื่อพยายามโยกข้อศอก
- 2 มีอาการเกร็งตัวปานกลาง เห็นได้ชัด และต่อต้านมากขึ้นเมื่อโยกข้อศอก
- 3 มีอาการเกร็งตัวมาก เห็นอย่างชัดเจน เป็นในหลายส่วนของร่างกาย
- 13 Hypokinesia / akinesia (เคลื่อนไหวช้า ดูจากไม่กว้างแขนเวลาเดิน ไม่เคลื่อนไหว)
- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 เล็กน้อย กว้างแขนน้อยลงขณะเดิน การแสดงออกของใบหน้าน้อยลง
- 2 เห็นได้ชัด จากการเดินช้ากว่าปกติ
- 3 ชัดเจนยิ่งขึ้น เดินก้าวเท้าแคบๆ จนถึงขนาดไม่เคลื่อนไหว
- 14 Hyperkinesia (ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว เช่น นิ้ว แขน ขา - tardive)
- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ

- 1 นิดหน่อย เป็นครั้งคราว
- 2 ปานกลาง มีอาการเกือบตลอดเวลา
- 3 รุนแรง มีอาการบ่อยเกือบตลอดเวลา เช่น ลื่นปาก เคี้ยวอาหารไม่เข้าปาก อ้าปาก อาจมีหรือไม่มี การเคี้ยวอาหารของแขนขาด้วย

15 Tremor (อาการสั่นทุกรูปแบบ)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 นิดหน่อย ไม่เดือดร้อนผู้ป่วย
- 2 เห็นได้ชัดจน รบกวนผู้ป่วย (ช่วงกว้างการสั่นของนิ้วมีน้อยกว่า 3 ซม.)
- 3 เห็นชัดมาก ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ (ช่วงกว้างการสั่นของนิ้วมีมากกว่า 3 ซม.)

16 Akathisia (ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ มักเป็นที่ขา ขากที่จะนั่ง)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 สังเกตเห็นได้ชัด แต่ผู้ป่วยควบคุมได้
- 2 สังเกตเห็นได้ชัด ผู้ป่วยควบคุมได้แต่ต้องพยายามมากขึ้น
- 3 ต้องหยุดทุกฝัคนั่งตลอด

17 Epileptic seizure (อาการชัก ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

- 0 ไม่มี
- 1 มีอาการชัก 1 ครั้ง
- 2 มีอาการชัก 2-3 ครั้ง
- 3 มีอาการชัก 3 ครั้งขึ้นไป

18 Paraesthesia (ความรู้สึกแปลกที่ผิว เช่น เหมือนมีอะไรมา คลาน ทิ่มแทง รุ่มร้อน ตามผิวหนัง)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีบ้างเล็กน้อย ไม่รบกวนผู้ป่วย
- 2 มีปานกลาง รบกวนนิดหน่อย
- 3 มีมาก รบกวนมาก

19 Accomodation disturbance (สายตาสั้น)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 อ่านหนังสือพิมพ์และหนังสือได้ แต่สายตาสั้นอ่อนล้ากว่าปกติ
- 2 อ่านหนังสือพิมพ์ไม่ได้ แต่อ่านหนังสืออย่างอื่นที่ตัวหนังสือใหญ่กว่าได้
- 3 อ่านตัวหนังสือใหญ่ๆได้ และต้องใช้แว่นขยายช่วย

20 Increased salivation (น้ำลายมากโดยไม่มีภาวะกระตุ้น)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีมากขึ้น แต่ไม่รบกวนผู้ป่วย
- 2 มีมาก บ้วนน้ำลายบ่อย/กลืนบ่อย บางครั้งไหลออกมา
- 3 ไหลออกมาตลอด มีผลต่อการพูดคุย

21 Reduced salivation (น้ำลายน้อยลงกว่าเดิม)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 ปาก คอแห้งนิดหน่อย แต่ไม่รบกวนผู้ป่วย
- 2 ปานกลาง รบกวนผู้ป่วยนิดหน่อย
- 3 มาก รบกวนผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

22 Nausea/vomiting (คลื่นไส้ อาเจียน) (ภายใน 3 วันที่ผ่านมา)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 คลื่นไส้เล็กน้อย
- 2 คลื่นไส้มาก แต่ไม่มีอาเจียน
- 3 คลื่นไส้ และอาเจียนด้วย

23 Diarrhea (ท้องเสีย)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีถ่ายเหลว แต่ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน
- 2 มีถ่ายเหลว หลายครั้งต่อวัน
- 3 มีถ่ายเหลวบ่อยมาก จนรบกวนชีวิตประจำวัน

24 Constipation (ท้องผูก)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 ท้องผูก นิดหน่อย ทนได้
- 2 ทอสมควรร รบกวนผู้ป่วย
- 3 มาก จนเป็นปัญหาต่อผู้ป่วย

25 Micturition disturbance (ปัสสาวะขัด)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีบ้าง แต่ผู้ป่วยทนได้
- 2 ปัสสาวะออกน้อย ใช้เวลาปัสสาวะนาน และรู้สึกเหมือนมีปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะ
- 3 มีปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะมาก หรือปัสสาวะไม่ออก

26 Polyuria/polydipsia (ปัสสาวะมาก/ ทานน้ำมาก)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มี แต่ไม่เดือดร้อน ปัสสาวะกลางดึก 1 ครั้ง
- 2 ปานกลาง รับประทานอาหารปอวย ปัสสาวะ กลางดึก 2-3 ครั้ง หรือปัสสาวะบ่อยทุก 2 ชั่วโมง
- 3 เดือดร้อนมาก รับประทานอาหารตลอดเวลา ปัสสาวะ กลางดึก อย่าง น้อย 4 ครั้ง หรือปัสสาวะทุกชั่วโมง

27 Orthostatic dizziness (มีนงงคล้ายจะเป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่า เช่น นั่ง ลุก ยืน)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มี ไม่มาก
- 2 มี แต่ช่วยได้ โดยการเปลี่ยนท่าช้าๆ
- 3 เป็นมาก จนถึงขนาดจะเป็นลมหรือหมดสติ แม้ว่าจะพยายามเปลี่ยนท่าช้าๆก็ยังมีอาการ

28 Palpitation/tachycardia (ใจเต้นเร็ว ใจสั่น)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีแต่ไม่มาก
- 2 มีหัวใจเต้นเร็ว และกังวลจนรบกวนต่อการนอนหลับ
- 3 มีใจเต้นเร็ว และมีอาการอื่นร่วม เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรงจนถึงกับต้องนอนพัก หายใจเร็ว จะเป็นลม

29 Increased tendency to sweat (เหงื่อออกมากกว่าเดิม)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีเหงื่อออกนิดหน่อย แต่หลังทำกิจกรรม
- 2 มีเหงื่อออกจนต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังทำกิจกรรม เช่น เดินขึ้นบันได
- 3 มีเหงื่อออกมากขณะมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย จนต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าหลายครั้ง แม้กระทั่งตอนกลางคืน

30 Rash (ผื่นขึ้นตามผิวหนัง)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีผื่นขึ้นเป็นที่ๆ น้อยกว่า 5% ของพื้นที่ผิวหนัง เช่น ฝ่ามือ
- 2 มีผื่นขึ้นกระจายทั่วผิวหนัง แต่ครอบคลุมน้อยกว่า 1/3 ของพื้นที่ผิวหนังทั้งหมด
- 3 มีผื่นขึ้นทั่วไป และครอบคลุมมากกว่า 1/3 ของพื้นที่ผิวหนังทั้งหมด

31 Pruritus (อาการคัน)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีอาการคันนิดหน่อย
- 2 มีอาการคันอย่างชัดเจน และเป็นการรบกวนผู้ป่วย มีรอยเกาที่ผิวหนัง
- 3 มีอาการคันมาก มีร่องรอยการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังชัดเจนเนื่องจากการเกา

32 Photosensitivity (อาการไวต่อแสง สู้แสงไม่ได้)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีนิดหน่อย แต่ไม่เป็นการรบกวน
- 2 มีมาก และรบกวนผู้ป่วย
- 3 มีอาการมาก จนการหยุดยานั้นจำเป็นอย่างยิ่ง

33 Increase pigmentation (มีเม็ดสีผิวมากขึ้น)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีเม็ดสีผิวมากขึ้นนิดหน่อย
- 2 มีเม็ดสีผิวมากขึ้นเฉพาะที่ จนเป็นที่กังวลของผู้ป่วย แต่ไม่เป็นที่รับรู้ของผู้อื่น
- 3 มีเม็ดสีผิวมาก จนเป็นที่เห็นได้ชัดโดยผู้อื่น

34 Weight gain (น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม ในช่วงเวลา 1 เดือน)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1-2 กก.
- 2 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 3-4 กก.
- 3 มีน้ำหนักเพิ่ม 4 กก. ขึ้นไป

35 Weight loss (น้ำหนักลดลงจากเดิม ในช่วงเวลา 1 เดือน)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีน้ำหนักลดลง 1-2 กก.
- 2 มีน้ำหนักลดลง 3-4 กก.
- 3 มีน้ำหนักลดลงมากกว่า 4กก. ขึ้นไป

36 Menorrhagia (ประจำเดือนมามากกว่าเดิม ในช่วงเวลา 3 เดือน)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 ประจำเดือนมานานกว่าเดิม แต่ความถี่ยังคงเดิม
- 2 ประจำเดือนมาถี่กว่าเดิม และปริมาณมากกว่าเดิม
- 3 ประจำเดือนมาผิดปกติ ไม่แน่นอน และปริมาณการเสียเลือดมีมากกว่าปกติที่เคยมีอยู่

37 Amenorrhoea (ประจำเดือนมาน้อยกว่าเดิม ในช่วงเวลา 3 เดือน)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 ประจำเดือนมาน้อยวันกว่าเดิม
- 2 ประจำเดือนมาน้อยและห่างกว่าเดิม
- 3 ประจำเดือนไม่มาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน

38 Galactorrhoea (มีน้ำนมหลังออกมาเอง ในระยะที่มีได้ให้นม หรือหลังจากหย่านมแล้ว)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีการหลั่งของน้ำมนิดหน่อย
- 2 มีการหลั่งของน้ำนมปานกลาง ค่อนข้างรบกวนผู้ป่วยเล็กน้อย
- 3 มีการหลั่งของน้ำนมมาก จนเป็นที่รบกวนต่อผู้ป่วยมาก

39 Gynaecomastia (การขยายตัวของเต้านมในเพศชาย)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีการขยายตัวของเต้านมมากกว่าเดิมเล็กน้อย
- 2 มีการขยายตัวของเต้านมอย่างเห็นได้ชัดเมื่อไม่ใส่เสื้อ
- 3 มีการขยายตัวของเต้านมอย่างเห็นได้ชัด แม้ในขณะใส่เสื้อ

40 Increase sexual desire (มีอารมณ์ทางเพศมากขึ้น)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีอารมณ์ทางเพศมากขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย
- 2 มีอารมณ์ทางเพศมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากก่อน
- 3 มีอารมณ์ทางเพศมากขึ้นจนเป็นการรบกวนวิถีชีวิตของผู้ป่วยกับก่อน

41 Diminished sexual desire (มีอารมณ์ทางเพศลดลง)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 มีอารมณ์ทางเพศลดลงนิดหน่อย
- 2 มีอารมณ์ทางเพศลดลง จนเป็นปัญหาต่อผู้ป่วย
- 3 มีอารมณ์ทางเพศลดลง จนการมีเพศสัมพันธ์กับก่อนมีน้อยมากหรือไม่มีเลย

42 Erectile dysfunction (การแข็งตัวของอวัยวะเพศชายผิดปกติ)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 ต้องใช้เวลานานกว่าเดิมในการแข็งตัว หรือแข็งตัวในระยะเวลาสั้นกว่าเดิมเล็กน้อย
- 2 ต้องใช้เวลานานมากในการแข็งตัว หรือ แข็งตัวในระยะเวลาสั้นกว่าเดิมมาก
- 3 การแข็งตัวของอวัยวะเพศเกิดขึ้นน้อยมาก หรือไม่เกิด ขึ้นเลย

43 Ejaculatory Dysfunction (ไม่สามารถควบคุมการหลั่งของน้ำอสุจิ ทั้งอาการหลั่งเร็วหรือไม่หลั่งของน้ำอสุจิ)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 ยากในการควบคุมการหลั่งของน้ำอสุจิ แต่ไม่เป็นปัญหาต่อผู้ป่วย
- 2 ยากในการควบคุมการหลั่งของน้ำอสุจิ จนเป็นปัญหาต่อผู้ป่วย
- 3 ยากในการควบคุมการหลั่งของน้ำอสุจิ จนเป็นปัญหาใหญ่ต่อผู้ป่วย มีผลกระทบต่อความรู้สึกสุดยอด

44 Orgastic dysfunction (มีความผิดปกติในการถึงจุดสุดยอดทางเพศ)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 การถึงจุดสุดยอดทางเพศมีได้ยากกว่าเดิมเล็กน้อย
- 2 การถึงจุดสุดยอดทางเพศมีน้อยอย่างเห็นได้ชัด จนเป็นปัญหาต่อผู้ป่วย
- 3 ยากในการถึงจุดสุดยอดทางเพศมีน้อยลงกว่าเดิมมากจนบางครั้งไม่สามารถถึงจุดสุดยอดทางเพศได้

45 Dry vagina (ช่องคลอดแห้ง)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 ช่องคลอดแห้งเล็กน้อย เมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศ
- 2 ช่องคลอดแห้งปานกลาง เมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศ
- 3 ช่องคลอดแห้งมาก จนเป็นปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ (ต้องใช้สารหล่อลื่น)

46 Headache (ปวดศีรษะ)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 ปวดศีรษะชนิดน้อย
- 2 ปวดศีรษะปานกลาง รบกวนผู้ป่วยเล็กน้อย
- 3 ปวดศีรษะมาก จนเป็นการรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

47 Physical dependence (อาการติดยาทางกาย ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 เมื่อหยุดยา ผู้ป่วยมีอาการรบกวนทางกายบ้าง เช่น ใจเต้นเร็ว หรือ เหงื่อออกมาก
- 2 เมื่อหยุดยา ผู้ป่วยมีอาการทางกายอย่างเห็นได้ชัด มีความวิตกกังวล กระวนกระวาย
- 3 เมื่อหยุดยา ผู้ป่วยมีอาการทางกายรุนแรง วิตกกังวล หงุดหงิด และ/หรือ ชัก

48 Psychic dependence (อาการติดยาทางจิตอยากใช้ยาต่อ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา)

- 0 ไม่มี, ไม่แน่ใจ
- 1 เมื่อหยุดยา ผู้ป่วยมีอาการอยากใช้ยาต่อ แต่ไม่รุนแรง
- 2 เมื่อหยุดยา ผู้ป่วยมีอาการอยากใช้ยาต่ออย่างเห็นได้ชัด แต่ไม่มีผลกระทบต่อร่างกายและด้านสังคม
- 3 เมื่อหยุดยา ผู้ป่วยมีอาการใช้ยาต่อเนื่อง ถึงขนาดทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้ใช้ยา แม้ว่าจะมีผลกระทบต่อร่างกายและต่อด้านสังคมก็ตาม

developed by David Lukoff,
with H. Nuechterlein, and
Joseph Ventura

The following guidelines are designed for use with an outpatient psychiatric population. This manual contains an interview schedule, symptom definitions, and specific anchor points for rating symptoms. The ratings for items 1-10 and 19-22 are based on the patient's answers to the interviewer's questions. The time frame for these items is the past 2 weeks. Items 11-18, 23, and 24 are based on the patient's behavior during the interview and the time frame covered is the interview period only. When psychotic symptoms (e.g., hallucinations and unusual thought content) have had a period of exacerbation lasting at least 1 day, the rating should reflect mainly the peak

period. When the anchor point definitions contain an "or," the patient is assigned the *highest* rating that applies, e.g., if a patient has hallucinations persistently throughout the day (a rating of 7) but the hallucinations only interfere with functioning to a limited extent (a rating of 5), a rating of 7 is given. An additional guideline which is often helpful involves the distinction between pathological and nonpathological intensities of symptoms. Ratings of 2-3 indicate a nonpathological intensity of a symptom whereas ratings of 4-7 indicate a pathological intensity of that symptom.

rate items 1-10 on the basis of patient's self-report

Somatic concern: Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have realistic bases or not

2-3	Mild	Occasional complaint or expression of concern
4-5	Moderate	Frequent expressions of concern or exaggerations of existing ills. Some preoccupation. Not delusional
6-7	Severe	Preoccupied with physical complaints or somatic delusions

Have you been concerned about your physical health?
Have you had any physical illness or seen a medical doctor?

Anxiety: Reported apprehension, tension, fear, panic or worry. Rate *only* patient's statements—not observed anxiety which is rated under tension.

2	Very mild	Reports feeling worried more than usual or some discomfort due to worry
3	Mild	Worried frequently but can turn attention to other things
4	Moderate	Worried most of the time and cannot turn attention to other things easily but no impairment in functioning or occasional anxiety with automatic accompaniment but no impairment in functioning
5	Moderately severe	Frequent periods of anxiety with autonomic accompaniment or some areas of functioning are disrupted by anxiety or constant worry
6	Severe	Anxiety with autonomic accompaniment most of the time or many areas of functioning are disrupted by anxiety or constant worry
7	Extremely severe	Constantly anxious with autonomic accompaniment or most areas of functioning are disrupted by anxiety or constant worry

Have you felt worried or anxious?
Do unpleasant thoughts constantly go round and round in your mind?

Did your heart beat fast (or sweating, trembling, choking)?
Has it interfered with your ability to perform your usual activities/work?

Depression: Include *mood*—sadness, unhappiness, anhedonia; and *cognitions*—preoccupation with depressing (can't switch attention to TV, conversations), hopelessness, loss of self-esteem (dissatisfied or disgusted with self). Do not include vegetative symptoms, e.g., motor retardation, early waking

Very mild	Reports feeling sad/unhappy/depressed more than usual
Mild	Same as 2, but can't snap out of it easily
Moderate	Frequent periods of feeling very sad, unhappy, moderately depressed, but able to function with extra effort
Moderately severe	Frequent periods of deep depression or some areas of functioning are disrupted by depression
Severe	Deeply depressed most of the time or many areas of functioning are disrupted by depression
Extremely severe	Constantly deeply depressed or most areas of functioning are disrupted by delusional thinking

How often have you felt unhappy or depressed?

How much of the time?

Are you able to switch your attention to more pleasant topics when you want to?

Have your interests in work, hobbies, social or recreational activities changed?

Has depression interfered with your ability to perform your usual activities/work?

Guilt: Overconcern or remorse for past behavior. Rate *only* patient's statements—do not infer guilt feelings from depression, anxiety, or neurotic defenses

Mild	Worries about having failed someone or at something. Wishes to have done things differently
Moderate	Preoccupied about having done wrong or injured others by doing or failing to do something
Severe	Delusional guilt or obviously unreasonable self-reproach

Have you been thinking about past problems?

Do you tend to blame yourself for things that have happened?

Are you done anything you're still ashamed of?

Hostility: Animosity, contempt, belligerence, threats, arguments, tantrums, property destruction, fights, and any expression of hostile attitudes or actions. Do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, or somatic complaints. Do not include isolated appropriate anger

Very mild	Irritable, grumpy
Mild	Argumentative, sarcastic, or feels angry
Moderate	Overtly angry on several occasions or yelled at others
Moderately severe	Has threatened, slammed about or thrown things
Severe	Has assaulted others but with no harm likely, e.g., slapped, pushed, or destroyed property (knocked over furniture, broken windows)
Extremely severe	Has attacked others with definite possibility of harming them or with actual harm, e.g., assault with hammer or weapon

How often have you been getting along with people (family, board-and-care residents, co-workers)?

Have you been irritable or grumpy lately?

Have you been involved in any arguments or fights?

Paranoia: Expressed or apparent belief that other persons have acted maliciously or with discriminatory intent. Include persecution by supernatural or other nonhuman agencies (e.g., the devil)

3	Mild	Seems on guard. Unresponsive to "personal" questions. Describes incidents where other persons have harmed or wanted to harm him/her that sound plausible. Patient feels as if others are laughing at or criticizing him/her in public
5	Moderate	Says other persons are talking about him/her maliciously or says others intend to harm him/her. Beyond likelihood of plausibility but not delusional
7	Severe	Delusional. Speaks of Mafia plots, the FBI, or others poisoning food

Do you ever feel uncomfortable as if people are watching you?

Has anyone ever tried to harm or interfere with you in any way?

Are you ever concerned about anybody's intentions toward you?

Have you ever felt that any people are out to get you?

Unusual thought content: Unusual, odd, strange, or bizarre thought content. Rate the degree of unusualness, not the degree of disorganization of speech. Delusions are patently absurd, clearly false, or bizarre ideas verbally expressed. Include thought insertion, withdrawal, and broadcasting. Include grandiose, somatic, and persecutory delusions even if rated elsewhere

2	Very mild	Ideas of reference (people stare/laugh at him/her). Ideas of persecution (people mistreat him/her). Unusual beliefs in psychic powers, spirits, UFO's. Not strongly held. Some doubt
3	Mild	Same as 2 with full conviction but not delusional
4	Moderate	Delusion present but not strongly held—functioning not disrupted: or encapsulated delusion with full conviction—functioning not disrupted
5	Moderately severe	Full delusion(s) present with some preoccupational or some areas of functioning disrupted by delusional thinking
6	Severe	Full delusion(s) present with much preoccupation or many areas of functioning disrupted by delusional thinking
7	Extremely severe	Full delusion(s) present with almost total preoccupation or most areas of functioning disrupted by delusional thinking

Have things or events had special meanings for you?
 Did you see any references to yourself on TV or in the newspapers?
 Do you have a special relationship with God?
 How do you explain the things that have been happening (specify)?
 Have you felt that you were under the control of another person or force?

Grandiosity: Exaggerated self-opinion, self-enhancing conviction of special abilities, powers, or identity as someone rich or famous. Rate only patient's statements about self, not demeanor

2	Very mild	Feels great and denies obvious problems
3	Mild	Exaggerated self-opinion beyond abilities and training
4	Moderate	Inappropriate boastfulness, claims to be "brilliant," understands how everything works
5	Moderately severe	Claims to be great musician who will soon make recordings or will soon make patentable inventions—but not delusional
6	Severe	Delusional—claims to have special powers like ESP, to have millions of dollars, made movies, invented new machines, worked at jobs when it is known that he was never employed in these capacities
7	Extremely severe	Delusional—claims to have been appointed by God to run the world, controls the future of the world, is Jesus Christ, or President of the U.S.

Is there a special purpose or mission to your life?
 Do you have any special powers or abilities?
 Have you thought that you might be somebody rich or famous?

Hallucinations: Reports of perceptual experiences in the absence of external stimuli. When rating degree to which functioning is disrupted by hallucinations, do not include preoccupation with the content of the hallucinations. Consider only disruption due to the hallucinatory experience. Include thoughts aloud—*gedankenlautwerten*

2	Very mild	While resting or going to sleep, sees visions, hears voices, sounds, or whispers in absence of external stimulation, but no impairment in functioning
3	Mild	While in a clear state of consciousness, hears nonverbal auditory hallucinations (e.g., sounds or whispers) or sees illusions (e.g., faces in shadows) on no more than two occasions and with no impairment in functioning
4	Moderate	Occasional verbal, visual, olfactory, tactile, or gustatory hallucinations (1-3 times) but no impairment in functioning or frequent nonverbal hallucinations/visual illusions
5	Moderately severe	Daily or some areas of functioning are disrupted by hallucinations
6	Severe	Several times a day or many areas of functioning are disrupted by hallucinations
7	Extremely severe	Persistent throughout the day or most areas of functioning are disrupted by hallucinations

Have you heard any sounds or people talking to you or about you when there has been nobody around?
 Have you seen any visions or smelled any smells others don't seem to notice?
 Have these experiences interfered with your ability to perform your usual activities/work?

10. Disorientation: Does not comprehend situations or communications. Confusion regarding person, place, or time

2-3	Mild	Occasionally seems muddled, bewildered, or mildly confused
4-5	Moderate	Seems confused regarding person, place, or time. Has difficulty remembering facts—e.g., where born—or recognizing people. Mildly disoriented as to time or place
6-7	Severe	Grossly disoriented as to person, place, or time

May I ask you one or two standard questions we ask everybody?

How old are you?

What is the date?

What is this place called?

Rate items 11-18 on the basis of observed behavior and speech

11. Conceptual disorganization: Degree to which speech is confused, disconnected, or disorganized. Rate tangentiality, circumstantiality, sudden topic shifts, incoherence, derailment, blocking, neologisms, and other speech disorders. Do not rate content of speech. Consider the first 15 minutes of the interview

2	Very mild	Peculiar use of words, rambling but speech is comprehensible
3	Mild	Speech a bit hard to understand or make sense of due to tangentiality, circumstantiality, or sudden topic shifts
4	Moderate	Speech difficult to understand due to tangentiality, circumstantiality, or topic shifts on many occasions or 1-2 instances of severe impairment, e.g., incoherence, derailment, neologisms, blocking
5	Moderately severe	Speech difficult to understand due to circumstantiality, tangentiality, or topic shifts most of the time or 3-5 instances of severe impairment
6	Severe	Speech is incomprehensible due to severe impairments most of the time
7	Extremely severe	Speech is incomprehensible throughout interview

12. Excitement: Heightened emotional tone, increased reactivity, impulsivity

2-3	Mild	Increased emotionality. Seems keyed up, alert
4-5	Moderate	Reacts to most stimuli whether relevant or not with considerable intensity. Short attention span. Pressured speech
6-7	Severe	Marked overreaction to all stimuli with inappropriate intensity, restlessness, impulsiveness. Cannot settle down or stay on task

13. Motor retardation: Reduction in energy level evidenced in slowed movements and speech, reduced body tone, decreased number of spontaneous body movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only. Do not rate on the basis of patient's subjective impression of his/her own energy level. Rate regardless of medication effects

2-3	Mild	Noticeably slowed or reduced movements or speech compared to most people
4	Moderate	Large reduction or slowness in movements or speech
5	Moderately severe	Seldom moves or speaks spontaneously or very mechanical stiff movements
6	Severe	Does not move or speak unless prodded or urged
7	Extremely severe	Frozen, catatonic

14. Blunted affect: Restricted range in emotional expressiveness of face, voice, and gestures. Marked indifference or flatness even when discussing distressing topics

2-3	Mild	Some loss of normal emotional responsiveness
4	Moderate	Emotional expression very diminished, e.g., doesn't laugh, smile, or react with emotion to distressing topics except on 2 or 3 occasions during interview
5	Moderately severe	Emotional expression extremely diminished, e.g., doesn't laugh, smile, or react with emotions to distressing topics except for a maximum of 1 time during interview
6	Severe	Mechanical in speech, gestures, and expression
7	Extremely severe	Frozen expression and flat speech. Shows no feeling

15. Tension: Observable physical and motor manifestations of tension, nervousness, and agitation. Self-reported experiences of tension should be rated under the item on anxiety
- | | | |
|-----|----------|---|
| 2-3 | Mild | Seems tense. Tense posture, nervous mannerisms some of the time |
| 4-5 | Moderate | Seems anxious. Fearful expression, trembling, restless |
| 6-7 | Severe | Continually agitated, pacing, hand wringing |
16. Mannerisms and posturing: Unusual and bizarre behavior, stylized movements, or acts, or any postures which are clearly uncomfortable or inappropriate. Exclude obvious manifestations of medication side effects
- | | | |
|-----|----------|---|
| 2-3 | Mild | Eccentric or odd mannerisms or activity that ordinary persons would have difficulty explaining, e.g., grimacing, picking |
| 4-5 | Moderate | Mannerisms or posturing maintained for 5 seconds or more that would make the patient stand out in a crowd as weird or crazy |
| 6-7 | Severe | Posturing, smearing, intense rocking, fetal positioning, strange rituals that dominate patient's attention and behavior |
17. Uncooperativeness: Resistance, unfriendliness, resentment, or lack of willingness to cooperate with the interview. Rate only uncooperative behavior observed during interview, not uncooperativeness with relatives
- | | | |
|-----|----------|--|
| 2-3 | Mild | Gripes or tries to avoid complying but goes ahead without argument |
| 4-5 | Moderate | Verbally resists, or negativistic but eventually complies. Some information withheld |
| 6-7 | Severe | Refuses to cooperate. Physically resistant |
18. Emotional withdrawal: Deficiency in patient's ability to relate emotionally during interview situation. Use your own feeling as to the presence of an "invisible barrier" between patient and interviewer
- | | | |
|-----|----------|--|
| 2-3 | Mild | Tends not to show emotional involvement with interviewer but responds when approached |
| 4-5 | Moderate | Emotional contact not present most of the interview. Responds only with minimal affect |
| 6-7 | Severe | Actively avoids emotional participation. Unresponsive or yes/no answers. May leave when spoken to or just not respond at all |
19. Suicidality: Expressed desire, intent, or actual actions to harm or kill self
- | | | |
|---|-------------------|---|
| 2 | Very mild | Occasional feelings of being tired of living. No overt suicidal thoughts |
| 3 | Mild | Occasional suicidal thoughts without intent or specific plan. Or feels he would be better off dead |
| 4 | Moderate | Suicidal thoughts frequent, without intent or plan |
| 5 | Moderately severe | Many fantasies of suicide by various methods. May seriously consider making specific attempt with specific time or worked out plan. Or impulsive suicide attempt using nonlethal method or in full view of potential saviors. |
| 6 | Severe | Wants to kill self. Searches for appropriate means and time. Or potentially medically serious suicide attempt with patient knowledge of possible rescue |
| 7 | Extremely severe | Specific suicidal plan and intent (e.g., "as soon as _____, I will do it by doing X"). Or suicide attempt characterized by plan patient thought was lethal or attempt in secluded environment |

Have you felt that life wasn't worth living?
 Have you thought about harming or killing yourself?
 Do you have a specific plan?

Self-neglect: Hygiene, appearance, or eating behavior below usual expectations, below socially acceptable standards, or life threatening.

2	Very mild	Hygiene/appearance somewhat below usual standards, e.g., shirt out of pants, buttons unbuttoned
3	Mild	Hygiene/appearance much below usual standards, e.g., clothing disheveled and stained, hair uncombed
4	Moderate	Hygiene/appearance below socially acceptable standards, e.g., large holes in clothing, bad breath, hair uncombed, oily, eating irregular and poor
5	Moderately severe	Hygiene highly erratic and poor, e.g., extreme body odor, eating very irregular and poor, e.g., eating only potato chips
6	Severe	Hygiene and eating potentially life threatening, e.g., eats and/or bathes only when prompted
7	Extremely severe	Hygiene and eating life threatening, e.g., does not eat or engage in hygiene

How often do you take showers; change your clothes?

Has anyone (parents/staff) complained about your grooming or dress?

Do you eat regular meals?

Bizarre behavior: Reports of behaviors that are odd, unusual, or psychotically criminal. Not limited to interview period. Exclude mannerisms and posturing, verbalizations with bizarre content

2	Very mild	Slightly odd behavior, e.g., hoarding food in private, wears gloves indoors
3	Mild	Peculiar behavior, e.g., talking loudly in public, fails to make appropriate eye contact when talking with others
4	Moderate	Moderately unusual, e.g., bizarre dress or makeup, "preaching" to strangers, fixated staring into space while in public, collecting garbage
5	Moderately severe	Highly unusual, e.g., wandering streets aimlessly, eating nonfoods, fixated staring in a socially disruptive way
6	Severe	Unusual petty crimes, e.g., directing traffic, public nudity, contacting authorities about imaginary crimes
7	Extremely severe	Unusual serious crimes, e.g., setting fires, asocial theft, kidnapping committed in a bizarre fashion or for bizarre reasons

Have you done anything that has attracted the attention of others?

Have you done anything that could have gotten you into trouble with the police?

Have you done anything that seemed unusual or disturbing to others?

Elevated mood: A pervasive, sustained, and exaggerated feeling of well-being, cheerfulness, euphoria (implying a pathological mood), optimism that is out of proportion to the circumstances. Do not infer elation from increased activity or from grandiose statements alone

2	Very mild	Seems to be unusually happy, cheerful without much reason
3	Mild	Some unaccountable feelings of well-being
4	Moderate	Reports excessive or unrealistic feelings of well-being, cheerfulness, confidence, or optimism <i>inappropriate to circumstances</i> , some of the time. May frequently joke, smile, be giddy, or overly enthusiastic or few instances of marked elevated mood with euphoria

5	Moderately severe	Reports excessive or unrealistic feelings of well-being, confidence or optimism <i>inappropriate to circumstances</i> much of the time. May describe feeling "on top of the world," "like everything is falling in place," or "better than ever before," or several instances of marked elevated mood with euphoria
6	Severe	Mood definitely elevated almost constantly throughout interview and inappropriate to content, or many instances of marked elevated mood with euphoria
7	Extremely severe	Seems almost intoxicated, laughing, joking, giggling, constantly euphoric, feeling invulnerable, all inappropriate to immediate circumstances

Have you been feeling cheerful and on top of the world without any reason?

How long does that last?

Have you felt so good or high that other people make comments to you about it?

3. Motor hyperactivity: Increase in energy level evidenced in more frequent movement and/or rapid speech. (Note: In making this rating, consider the 15-minute period of most severe symptomatology)

2	Very mild	Some restlessness, difficulty sitting still, lively facial expressions, or somewhat talkative
3	Mild	Occasionally very restless, definite increase in motor activity, lively gestures, 1-3 brief instances of pressured speech
4	Moderate	Very restless, fidgety, excessive facial expressions, or nonproductive and repetitious motor movements. Much pressured speech, up to one-third of interview
5	Moderately severe	Frequently restless, fidgety. Many instances of excessive nonproductive and repetitious motor movements. On the move most of the time. Frequent pressured speech, difficult to interrupt. Rises on 1-2 occasions to pace
6	Severe	Excessive motor activity, restlessness, fidgety, loud tapping, noisy, etc., throughout most of the interview. Constant pressured speech with only few pauses. Speech can only be interrupted with much effort. Rises on 3-4 occasions to pace
7	Extremely severe	Constant excessive motor activity throughout entire interview, e.g., constant pacing, constant pressured speech with no pauses, interviewee can only be interrupted briefly and only small amounts of relevant information can be obtained

24. Distractibility: Degree to which observed sequences of speech and actions are interrupted by minimal external stimuli. Include distractibility due to intrusions of visual or auditory hallucinations. Interviewee's attention may be drawn to noise in adjoining room, books on a shelf, interviewer's clothing, etc. Do not include preoccupation due to delusions or other thoughts.

2	Very mild	Generally can focus on interviewer's questions with only 1 distraction or inappropriate shift of attention of brief duration due to minimal external stimuli
3	Mild	Same as above but occurs 2 times
4	Moderate	Responsive to irrelevant stimuli in the room or in the environment much of the time
5	Moderately severe	Same as above, but now interferes with comprehensibility of speech
6	Severe	Extremely difficult to conduct interview or pursue a subject due to preoccupation with unimportant and irrelevant stimuli or almost totally incomprehensible because attention shifts rapidly between various irrelevant external stimuli and interviewer's questions
7	Extremely severe	Impossible to conduct interview due to preoccupation with unimportant and irrelevant external stimuli

Scandinavian Society of Psychopharmacology
Committee of Clinical Investigations (UKU)

The UKU side effects rating scale

Scale for the registration of unwanted effects
of psychotropics

Manual

English version, October 1986

le can be
n English,
1 Interna-
DK-3400

give some
be used in
and present
sults from

Present members of the UKU:

Odd Lingjærde, Gaustad Sykehus, N-0320 Oslo 3, Norway
Ulf Goran Ahlfors, Hesperia Sjukhus, SF-00260 Helsinki, Finland
Per Bech, Psyk. afd. P, Centralsygehuset, DK-3400 Hillerød, Denmark
Sven Jonas Dencker, Klinik II, Lillhagens Sjukhus, Box 3005, S-422 03 Hisings Backa 3, Sweden*
Kjell Elgen, H. Lundbeck A/S, Drammensveien 342, N-1324 Lysaker, Norway.

The UKU Side Effect Rating Scale, in its various languages, can be obtained from Symposion International, Karleboj
Karlebovej 91, DK-3400 Hillerød, Denmark.

* Retired from UKU in March 1987; replaced by Börje Wistedt, Psyk. klin., Danderyds sjukhus, 18288 Danderyd, Sweden.

General Remarks	85
1. Psychic Side Effects	
1.1. Concentration Difficulties	86
1.2. Asthenia/Lassitude/Increased Fatiguability	86
1.3. Sleepiness/Sedation	86
1.4. Failing Memory	86
1.5. Depression	86
1.6. Tension/Inner Unrest	86
1.7. Increased Duration of Sleep	86
1.8. Reduced Duration of Sleep	87
1.9. Increased Dream Activity	87
1.10. Emotional Indifference	87
2. Neurological Side Effects	
2.1. Dystonia	87
2.2. Rigidity	87
2.3. Hypokinesia/Akinesia	87
2.4. Hyperkinesia	87
2.5. Tremor	88
2.6. Akathisia	88
2.7. Epileptic Seizures	88
2.8. Paraesthesias	88
3. Autonomic Side Effects	
3.1. Accommodation Disturbances	88
3.2. Increased Salivation	88
3.3. Reduced Salivation (Dryness of Mouth)	88
3.4. Nausea/Vomiting	88
3.5. Diarrhoea	89
3.6. Constipation	89
3.7. Micturition Disturbances	89
3.8. Polyuria/Polydipsia	89
3.9. Orthostatic Dizziness	89
3.10. Palpitations/Tachycardia	89
3.11. Increased Tendency to Sweating	89

4. Other Side Effects	
4.1. Rash	90
4.2. Pruritus	90
4.3. Photosensitivity	90
4.4. Increased Pigmentation	90
4.5. Weight Gain	90
4.6. Weight Loss	90
4.7. Menorrhagia	90
4.8. Amenorrhoea	90
4.9. Galactorrhoea	91
4.10. Gynaecomastia	91
4.11. Increased Sexual Desire	91
4.12. Diminished Sexual Desire	91
4.13. Erectile Dysfunction	91
4.14. Ejaculatory Dysfunction	91
4.15. Orgastic Dysfunction	91
4.16. Dry Vagina	91
4.17. Headache	92
4.18. Physical Dependence	92
4.19. Psychic Dependence	92

General remarks

Assessment of the individual symptoms is best accomplished by a semistructured interview with the patient during which the scale is gone through point by point (but not necessarily in the order given in the form). The interview should be supplemented by clinical observation and information obtained from the ward staff and case records.

As appears from the manual, most of the symptoms call for a "here and now assessment", but it is often appropriate to assess the patient's condition during the preceding three days. For some symptoms the basis of assessment will be a longer period than 72 hours, as specified in the manual (for instance changes in weight, menstrual disturbances, convulsions, physical and psychic dependence).

Particularly in the case of items belonging to the group of psychic side effects there may be discrepancies between the patient's complaints and clinical signs or findings during the interview. As a general rule the clinical observations should be given precedence.

If for some reason a symptom cannot be assessed, this should be indicated by placing a cross in the proper column (Not Assessed).

It is important that the rating should be independent of the question whether or not the symptom is regarded as being drug-induced. The probability of correlation with the treatment administered should be indicated in a separate column.

Each item is defined by means of a 4-point-scale (0-1-2-3). In general, Degree 0 means "not or doubtfully present". As a general rule Degree 0 refers to the "normal" (the average of healthy people) and not to the usual condition of the patient. Exceptions to this rule are made for some items where it is clinically more meaningful to refer to the usual condition, i.e. the condition

before the patient got ill. This applies to sleep (Items 1.7. and 1.8.), dream activity (Item 1.9), weight (Items 4.5. and 4.6.), menstrual disturbances (Items 4.7. and 4.8.), and also to symptoms of sexual disorders (Items 4.11-4.16.).

In general Degrees 1, 2, and 3 indicate that a symptom is present to a mild, moderate or severe degree, respectively. The examples given for some items as illustrations of the scale points in question are to be regarded as guidelines and not as obligatory components of the operational definition of the items.

The assessment of possible relation to the administered drug must be made on the basis of previous knowledge of the patient and clinical judgement. It is important that this assessment should be made for all symptoms that are rated 1, 2, or 3.

It should be noted that after each main group (psychic, neurologic, autonomic, others) space has been provided for additional side effects to be recorded.

In the global assessment of side effects an independent assessment by both the patient and the interviewer should, if possible, be carried out. The global assessment should be made on the basis of the degree to which the side effects interfere with the patient's daily performance.

At the bottom of the form the interviewer should record what measures have been taken on the basis of the information recorded about side effects, using the following scale: 0 = no action, 1 = more frequent assessment of the patient, but no reduction of dose, and/or occasional drug treatment of side effects, 2 = reduction of dose and/or continuous drug treatment of side effects, 3 = discontinuation of drug or change to another preparation.

1. Psychic Side Effects

1.1. Concentration Difficulties

Difficulties in ability to concentrate, to collect one's thoughts, or to sustain one's attention.

0: No or doubtful difficulties in concentrating.

1: The patient must try harder than usual to collect his thoughts, but not to the degree that it hampers the patient in his everyday life.

2: The difficulties in concentrating are pronounced enough to hamper the patient in his everyday life.

3: The patient's difficulties in concentrating are obvious to the interviewer during the interview.

1.2. Asthenia/Lassitude/Increased Fatiguability

The patient's experience of lassitude and lack of endurance. The assessment is based upon the patient's reported statements.

0: No or doubtful lassitude.

1: The patient tires more easily than usual; however, this does not mean that the patient needs to rest more than usual during the day.

2: Must rest now and then during the day because of lassitude.

3: Must rest most of the day because of lassitude.

1.3. Sleepiness/Sedation

Diminished ability to stay awake during the day. The assessment is based on clinical signs during the interview.

0: No or doubtful sleepiness.

1: Slightly sleepy/drowsy as regards facial expression and speech.

2: More markedly sleepy/drowsy. The patient yawns and tends to fall asleep when there is a pause in the conversation.

3: Difficult to keep the patient awake and to wake the patient, respectively.

1.4. Failing Memory

Impaired memory. Assessment should be independent of any concentration difficulties.

0: No or doubtful disturbances of memory.

1: Slight, subjective feeling of reduced memory compared with the patient's usual condition; however, not interfering with functioning.

2: The failing memory hampers the patient and/or slight signs of this are observed during the interview.

3: The patient shows clear signs of failing memory during the interview.

1.5. Depression

Includes both the verbal and the non-verbal expressions of the patient's experience of sadness, depression, melancholy, hopelessness, helplessness, perhaps with suicidal impulses.

0: Neutral or elated mood.

1: The patient's mood is somewhat more depressed and sad than usual; however, the patient still finds life worth living.

2: The patient's mood is clearly depressed, perhaps including non-verbal expressions of hopelessness and/or wishes of dying, but the patient has no direct plans to commit suicide.

3: The patient's verbal and non-verbal expressions of hopelessness and sadness are great and/or it is considered highly likely that he plans to commit suicide.

1.6. Tension/Inner Unrest

Inability to relax, nervous restlessness. This item is to be assessed on the basis of the patient's experience and must be distinguished from motor akathisia (Item 2.6.).

0: No or doubtful tension/nervous restlessness.

1: The patient states that he is slightly tense and restless; however, this does not interfere with his functioning.

2: Considerable tension and inner unrest; however, without this being so intense or constant that the patient's daily life is influenced to any marked degree.

3: The patient feels tension or restlessness that is so marked that his daily life is clearly affected.

1.7. Increased Duration of Sleep

This should be assessed on the basis of the average of sleep over the three preceding nights. The assessment is to be made in relation to the patient's usual pre-illness state.

0: No or doubtful increase of the duration of sleep.

1: Sleeps up to 2 hours longer than usual.

- 2: Sleeps 2 or 3 hours longer than usual.
3: Sleeps more than 3 hours longer than usual.

- 3: Marked forms of for instance oculogyric crises or opisthotonus.

1.8. Reduced Duration of Sleep

Should be assessed on the basis of the average of sleep over the three preceding nights. The assessment is to be made in relation to the patient's usual pre-illness state.

- 0: No or doubtful reduction of the duration of sleep.
1: Sleeps up to 2 hours less than usual.
2: Sleeps 2 or 3 hours less than usual.
3: Sleeps more than 3 hours less than usual.

2.2 Rigidity

Increased muscle tone of a uniform and general nature, observed on the basis of a uniform, steady resistance to passive movements of the limbs. Special importance is attached to the muscles around the elbow joints and shoulders.

- 0: No or doubtful rigidity.
1: Slight rigidity in neck, shoulder, and extremities. It must be possible to observe the rigidity on the basis of resistance to passive movements of the elbow joints.
2: Medium rigidity assessed on the basis of resistance to passive movements of for instance the elbow joints.
3: Very marked rigidity.

1.9. Increased Dream Activity

Should be assessed independently of dream content and based on the average of sleep over the three preceding nights in relation to the usual pre-illness dream activity.

- 0: No or doubtful change in the dream activity.
1: Slightly increased dream activity, which does not disturb the night's sleep, however.
2: More pronounced increase of dream activity.
3: Very pronounced increase of dream activity.

2.3. Hypokinesia/Akinesia

Slow movements (bradykinesia), reduced facial expression, reduced arm swinging, reduced length of stride, perhaps leading to cessation of movement (akinesia).

- 0: No or doubtful hypokinesia
1: Slightly reduced movement, for instance slightly reduced swinging of an arm when walking or slightly reduced facial expressions.
2: More clear reduction of mobility, for instance slow walking.
3: Very marked reduction of mobility, bordering on and including akinesia, e.g. Parkinsonian mask and/or very short length of stride.

1.10. Emotional Indifference

A diminution of the patient's empathy, leading to apathy.

- 0: No or doubtful emotional indifference.
1: Slight subduing of the patient's empathy.
2: Obvious emotional indifference.
3: Pronounced indifference so that the patient behaves apathetically in relation to his surroundings.

2.4. Hyperkinesia

Involuntary movements, most frequently affecting the oro-facial region in the form of the so-called bucco-linguo-masticatory syndrome. However, it is often also seen in the extremities, especially the fingers, more rarely in the musculature of the body and the respiratory system. Both initial and tardive hyperkinesias are included.

- 0: No or doubtful hyperkinesia.
1: Slight hyperkinesia, only present intermittently.
2: Moderate hyperkinesia, present most of the time.
3: Severe hyperkinesia, present most of the time,

2. Neurological Side Effects

2.1 Dystonia

Acute forms of dystonia in the form of tonic muscular contractions localized to one or several muscle groups, particularly in the mouth, tongue, and/or neck. The assessment is to be made on the basis of the last three days preceding the examination.

- 0: No or doubtful dystonia.
1: Very slight or short spasms, for instance in the musculature of the jaws or the neck.
2: More pronounced contractions of a longer duration and/or of a wider localization.

with for instance marked tongue protrusion, opening of the mouth, facial hyperkinesia, with or without involvement of the extremities.

2.5. Tremor

This item comprises all forms of tremor.

0: No or doubtful tremor.

- 1: Very slight tremor that does not hamper the patient.
- 2: Clear tremor hampering the patient, the amplitude of finger tremor being less than 3 cm.
- 3: Clear tremor with an amplitude of more than 3 cm and which cannot be controlled by the patient.

2.6. Akathisia

A subjective feeling and objective signs of muscle unrest, particularly in the lower extremities, so that it may be difficult for the patient to remain seated. Assessment of this item is based on clinical signs observed during the interview, as well as on the patient's report.

0: No or doubtful akathisia.

- 1: Slight akathisia; however, the patient can keep still without effort.
- 2: Moderate akathisia; however, the patient can, with an effort, remain sitting during the interview.
- 3: When the patient has to rise to his feet several times during the interview because of akathisia.

2.7. Epileptic Seizures

Only generalised tonic-clonic seizures are to be recorded here.

0: No seizures within the last 6 months.

- 1: One single seizure within the last 6 months.
- 2: 2 or 3 seizures within the last 6 months.
- 3: More than 3 seizures within the last 6 months.

2.8. Paraesthesias

Pricking, creeping, or burning sensations in the skin.

0: No or doubtful paraesthesias.

- 1: Mild paraesthesias, scarcely bothering the patient.
- 2: Moderate paraesthesias, clearly bothering the patient.

- 3: Severe paraesthesias, markedly bothering the patient.

3. Autonomic Side Effects

3.1. Accommodation Disturbances

Difficulty in seeing clearly or distinctly at close quarters (with or without glasses), whereas the patient sees clearly at a long distance. If the patient uses bifocal glasses, the condition must be assessed on the basis of the use of the distance glasses.

- 0: No difficulty in reading an ordinary newspaper text.
- 1: Newspaper text can be read, but the patient's eyes tire rapidly and/or he must hold the paper further away.
- 2: The patient cannot read an ordinary newspaper text, but still manages to read texts printed in larger types.
- 3: The patient can read large type, such as a headline, only with aid, such as a magnifying glass.

3.2. Increased Salivation

Increased, non-stimulated salivation.

0: No or doubtful increase of salivation.

- 1: Salivation clearly increased, but not bothersome.
- 2: Disturbing increase of salivation; need for spitting or frequent swallowing of saliva; only exceptional dribbling.
- 3: Frequent or constant dribbling, perhaps concomitant speech disturbances.

3.3. Reduced Salivation (Dryness of Mouth)

Dryness of mouth because of diminished salivation. May result in increased consumption of liquids, but must be distinguished from thirst.

0: No or doubtful dryness of mouth.

- 1: Slight dryness of mouth, not disturbing to the patient.
- 2: Moderate and slightly disturbing dryness of mouth.
- 3: Marked dryness of mouth which clearly disturbs the patient's daily life.

3.4. Nausea/Vomiting

To be recorded on the basis of the last 3 days.

bothering the

- 0: No or doubtful nausea.
 1: Slight nausea.
 2: Disturbing nausea, but without vomiting.
 3: Nausea with vomiting.

ffects

ices

tinctly at close
, whereas the
istance. If the
condition must
of the distance

ordinary news-

ut the patient's
must hold the

ordinary news-

to read texts

ype, such as a
is a magnifying

ion.

diviation.

out not bother-

ation; need for
of saliva; only

g, perhaps con-

ness of Mouth)

diminished sali-
consumption of

ed from thirst.
outh.

disturbing to the

bing dryness of

hich clearly dis-

the last 3 days.

3.5. Diarrhoea

Increased frequency and/or thinner consistency of faeces.

- 0: No or doubtful diarrhoea.
 1: Clearly present, but does not disturb work or other performance.
 2: Disturbing, with need for several daily, inconvenient stools.
 3: Marked, imperative need for defaecation, threatening or actual incontinence, results in frequent interruptions of work.

3.6. Constipation

Reduced frequency of defaecation and/or thicker consistency of faeces.

- 0: No or doubtful constipation.
 1: Slight constipation, but bearable.
 2: More marked constipation which hamper the patient.
 3: Very pronounced constipation.

3.7. Micturition Disturbances

Feeling of difficulty in starting and of resistance to micturition, weaker stream and/or increased time of micturition. Should be assessed on the basis of the last 3 days.

- 0: No or doubtful micturition disturbances.
 1: Clearly present, but bearable.
 2: Poor stream, considerably increased time of micturition, feeling of incomplete emptying of bladder.
 3: Retention of urine with high volume residual urine and/or threatened or actual acute retention.

3.8. Polyuria/Polydipsia

Increased urine production resulting in increased frequency of micturition and discharge of an abundant quantity of urine at each micturition: secondarily increased consumption of fluid.

- 0: No or doubtful.
 1: Clearly present, but not hampering. Nocturia: At most once a night (in young people).

- 2: Moderately hampering because of frequent thirst, nocturia two or three times a night, or micturition more frequent than every two hours.

- 3: Very hampering, almost constant thirst, nocturia at least four times a night, or micturition at least every hour.

3.9. Orthostatic Dizziness

Feeling of weakness, everything going black, buzzing in the ears, increasing tendency to faint when changing from supine or sitting position to upright position.

- 0: No or doubtful.
 1: Clearly present, but requires no special countermeasures.
 2: Hampering, but can be neutralized by slow and/or stagewise change to upright position.
 3: Threatening fainting or real episodes of fainting despite careful change of position, with a tendency to this type of dizziness as long as the patient is in an upright position.

3.10. Palpitations/Tachycardia

Palpitation, feeling of rapid, strong and/or irregular heartbeats.

- 0: No or doubtful.
 1: Clearly present, but not hampering, only short occasional attacks or more constant, but not marked palpitation.
 2: Hampering frequent or constant palpitation that worries the patient or disturbs his night's sleep; however, without concomitant symptoms.
 3: Suspicion of real tachycardia, for instance because of concomitant feeling of weakness and need to lie down, dyspnoea, tendency to fainting, or precordial pain.

3.11. Increased Tendency to Sweating

Localized to the whole body, not only palms and soles of the foot.

- 0: No or doubtful.
 1: Clearly present, but mild, for example a profuse outburst of sweat only after considerable effort.
 2: Hampering, requires frequent change of clothes, profuse sweating after moderate activity, for instance walking up stairs.

- 3: Profuse outbursts of sweat after slight activity or when resting, the patient is constantly wet, must change clothes several times a day and must also change night clothes and/or bedclothes.

4. Other Side Effects

4.1. Rash

On the scoring sheet the type of rash is classified as a) morbilliform, b) petechial, c) urticarial, d) psoriatic, and e) cannot be classified. The following grading is used:

- 0: No or doubtful rash.
 1: Localized to less than 5 per cent of the skin surface, for instance to the palms.
 2: Scattered all over the skin, but covers less than 1/3 of the skin surface.
 3: Universal, i.e. covers more than 1/3 of the skin surface.

4.2. Pruritus

- 0: No or doubtful.
 1: Slight pruritus.
 2: Pronounced pruritus, so that the patient is being hampered. There may be scratch marks.
 3: Severe pruritus that markedly hampers the patient. There are distinct skin changes because of scratching.

4.3. Photosensitivity

Increased sensitivity to sunlight.

- 0: No or doubtful.
 1: Slight, but not hampering.
 2: More pronounced and hampering to the patient.
 3: So pronounced that drug withdrawal is clearly necessary.

4.4. Increased Pigmentation

Increased skin pigmentation of brown or other colour, often localized to parts of the skin exposed to light.

- 0: No or doubtful increase of pigmentation.
 1: Slightly increased pigmentation.
 2: Such marked pigmentation, generally or localized, that it worries the patient but is not conspicuous to others.
 3: So pronounced that the pigmentation can easily be observed by other people.

4.5. Weight Gain

The rating is to be made on the basis of the preceding month.

- 0: No or doubtful weight gain during the preceding month.
 1: Weight gain amounting to 1-2 kg during the preceding month.
 2: Weight gain amounting to 3-4 kg during the preceding month.
 3: Weight gain amounting to more than 4 kg during the preceding month.

4.6. Weight Loss

- 0: No or doubtful weight loss.
 1: Weight loss amounting to 1-2 kg during the preceding month.
 2: Weight loss amounting to 3-4 kg during the preceding month.
 3: Weight loss amounting to more than 4 kg during the preceding month.

4.7. Menorrhagia

Hypermenorrhoea, polymenorrhoea, or metrorrhagia during the last 3 months.

- 0: No or doubtful increase in frequency or intensity of menstrual flow.
 1: Hypermenorrhoea, i.e. the menstrual flow is more intense than usual, the intervals being normal.
 2: Polymenorrhoea, i.e. the menstrual flow occurs more frequently and is more intense than normal.
 3: Metrorrhagia, i.e. irregular intervals and intensity, the blood loss being more frequent and intense compared with the usual pattern.

4.8. Amenorrhoea

Hypomenorrhoea, oligomenorrhoea, or amenorrhoea during the last 3 months.

- 0: No or doubtful reduction in frequency or intensity of menstrual flow.
 1: Hypomenorrhoea, i.e. uterine bleeding of less than the normal amount, but occurring at normal intervals.
 2: Oligomenorrhoea, i.e. prolonged intervals compared with the usual condition; the intensity may also be lower than usual.
 3: Amenorrhoea, i.e. menstruation has been absent for more than 3 months.

4.9. Galactorrhoea

Increased secretion of milk outside periods of breast feeding.

- 0: No galactorrhoea.
- 1: Galactorrhoea present, but to a very slight degree.
- 2: Galactorrhoea is present to a moderate degree and is felt to be somewhat disturbing.
- 3: Galactorrhoea is very pronounced and clearly disturbing.

4.10. Gynaecomastia

Excessive development of the male mammary glands.

- 0: No gynaecomastia.
- 1: Gynaecomastia present to a very slight degree compared with the usual state.
- 2: Gynaecomastia clearly present; however, only hampering when the patient is undressed.
- 3: Gynaecomastia present to such a severe degree that it affects the patient cosmetically, as it can be observed even if he is dressed.

4.11. Increased Sexual Desire

Increased desire for sexual activity.

- 0: No or doubtful.
- 1: Slight increase, which is, however, still felt as natural by the partner.
- 2: Clear increase that has given rise to comments and discussions with the partner.
- 3: When the usual desire has increased to such a severe extent that the patient's life with his partner is considerably disturbed.

4.12. Diminished Sexual Desire

Reduced desire for sexual activity.

- 0: No or doubtful.
- 1: The desire for sexual activity is slightly diminished, but without hampering the patient.
- 2: A distinct reduction of the patient's desire for and interest in sexual activities so that it becomes a problem for the patient.
- 3: Desire and interest have diminished to such an extent that sexual intercourse occurs extremely seldom or has stopped.

4.13. Erectile Dysfunction

Difficulty in attaining or maintaining an erection.

0: No or doubtful.

- 1: Slightly diminished ability to attain or maintain an erection.
- 2: A distinct change in the patient's ability to attain or maintain an erection.
- 3: The patient only rarely (or never) can attain or maintain an erection.

4.14. Ejaculatory Dysfunction

Dysfunction of the patient's ability to control ejaculation. Includes a) premature or b) delayed ejaculation. On the scoring sheet it should be indicated whether a) or b) is present.

0: No or doubtful.

- 1: It is somewhat more difficult than usual for the patient to control ejaculation, but it does not trouble him.
- 2: A distinct change in the patient's ability to control ejaculation, so that it becomes a problem for him.
- 3: The patient's ability to control ejaculation is influenced to such an extent that it has become a dominating problem in his sexual intercourse and thus to a great extent influences his experience of orgasm.

4.15. Orgastic Dysfunction

Difficulty in obtaining and experiencing satisfactory orgasm.

0: No or doubtful.

- 1: It is more difficult for the patient than usual to obtain orgasm and/or the experience of orgasm is slightly influenced.
- 2: The patient states that there is a clear change in the ability to obtain orgasm and/or in the experience of orgasm. This change has reached such a degree that it troubles the patient.
- 3: When the patient rarely or never can obtain orgasm and/or the experience of orgasm is markedly reduced.

4.16. Dry Vagina

Dryness of vagina with sexual stimulation.

0: No or doubtful.

- 1: Slight dryness of vagina with sexual stimulation.
- 2: Moderately disturbing dryness of vagina with sexual stimulation.

- 3: Severely disturbing, marked dryness of vagina making coitus difficult (or necessitating the use of lubricants).

4.17 Headache

On the scoring sheet headache is classified as: a) tension headache, b) migraine, c) other forms of headache.

- 0: No or doubtful headache.
1: Slight headache.
2: Moderate, hampering headache which does not interfere with the patient's daily life.
3: Pronounced headache interfering with the patient's daily life.

4.18. Physical Dependence

Appearance of vegetative and/or other somatic symptoms after discontinuation of the drug in question, based on the condition during the last 3 months. Can be assessed only when an attempt has been made to discontinue the drug (indicate the responsible drug on the form).

- 0: Nothing suggests physical dependence.
1: After discontinuation there were slight vegetative symptoms like tachycardia or an increased tendency to sweating.

- 2: After discontinuation there were moderate to marked vegetative symptoms and anxiety or restlessness.

- 3: After discontinuation there were severe vegetative symptoms, anxiety, restlessness and/or convulsions.

4.19. Psychic Dependence

Psychic dependence is defined as a strong wish to continue taking the drug because of its psychic effects (or the effects which the patient thinks it has) when these effects are regarded by the doctor as being unwanted or at least unnecessary. Rating should be based on the condition during the last 3 months.

- 0: No or doubtful psychic dependence.
1: Slight, but not serious psychic dependence.
2: Clear psychic dependence, but without medical or social complications.
3: Pronounced psychic dependence with an almost compulsory wish to continue taking the drug at any price. The use of the drug in question may have caused medical or social complications.

Biography

Miss Soontri Chavananikul was born on September 24 1974 in Bangkok Thailand. She graduated on bachelor of Nursing Science at Assumption University in 1996. In 1997, she continued her education in master program on Mental Health at Department of Psychiatry; Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

