

دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) تلاشی است از سوی انجمن روانپزشکان آمریکا برای یک‌دست کردن نظام تشخیصی بالینگران حوزه بهداشت روان و تا بحال پنج ویرایش آن منتشر شده است. DSM در طول ویرایش‌های پیاپی در تلاش بوده که تعریفی عملیاتی و مستقل از نظرات فرد ارزیاب ارائه نماید. هر چند انتقاداتی به این نظام طبقه‌بندی وارد شده است، اما رشته روانپزشکی و روانشناسی بالینی بدون تعریفی عملیاتی از موضوعات مورد مطالعه این حوزه، در دنیای امروز به سرعت جایگاه خود را از دست خواهد داد و انجام پژوهش‌های نظام‌دار در زمینه اثربخشی داروها و مداخلات درمانی دیگر غیرممکن خواهد شد. البته DSM به تدریج حجیم و حجیم‌تر شده و صرف‌نظر از موجه بودن این فریبگی، تعدد تشخیص‌ها و ملاک‌های تشخیصی گوناگون می‌تواند به هدف اولیه تدوین این دستنامه طبقه‌بندی آسیب وارد کند و بالینگران، خود را در میان جنگلی از ملاک‌ها سرگردان ببینند و این سردرگمی به فراوانی تشخیص‌های نامعین و کاستن از دقت بالینی بیانجامد. نویسنده این کتاب که خود از تدوین‌گران DSM-IV بوده است برای حل این معضل از ابتکار جالبی استفاده کرده است و آن بازگویی سرنمون (prototype) یا کلیشه‌ای از هر اختلال است که در طول ۴۰ سال کار بالینی و آموزش و پژوهش بدست آورده است. واقعیت این است که یادگیری هر موضوعی ابتدا با شکل‌گیری کلیشه‌ای در مورد آن موضوع صورت می‌گیرد. مثال روشن این امر، یادگیری زبان مادری است که کودک ابتدا کلیشه‌های کاربرد هر واژه را می‌آموزد. آشنایی با کلیشه هر بیماری برای بالینگران مبتدی امری حیاتی است هر چند بتدریج و با افزایش تجربه، فرد از کلیشه فاصله می‌گیرد اما این مسیر از ابتدا با شکل‌گیری طرحواره‌های ساده‌ای شروع می‌شود که معرف سرنمون بیماری موردنظر باشند. به این ترتیب است که مؤلف به لطف تجربیاتش ما را یاری می‌دهد که در جنگل اختلالات روانی، درخت‌ها مانع دیدن کلیت جنگل نشود!

ویژگی مهم دیگر این کتاب توجه به موضوع تورم تشخیصی است و تشخیص‌های مُد روز که موضوع بسیار مهمی است و این نکته را به ما گوشزد می‌کند که تکیه صرف و کورکورانه روی ملاک‌های تشخیصی می‌تواند به تشخیص‌های نابجا و نهایتاً آسیب به افراد جامعه بیانجامد. مؤلف، دغدغه‌های خود در این موارد را در قالب کادرهای خاصی بیان کرده که توجه به آنها مانع از تشخیص‌گذاری‌های بی‌مورد خواهد شد.

مطالعه این کتاب بخصوص با توجه به ترجمه شیوا و روان همکار عزیزم جناب آقای دکتر منصوری‌راد، برای کلیه افرادی که قصد ورود به وادی سهل و ممتنع تشخیص‌گذاری و درمان اختلالات روانی دارند ضروری است و به صیقل خوردن مهارت‌های بالینی کمک شایانی می‌کند. هنگام مطالعه کتاب، حضور روانپزشکی مجرب و هوشمند را احساس خواهید کرد که در تمامی تشخیص‌گذاری‌ها کنارتان هست و شما را در این مسیر یاری می‌رساند.

دکتر فرزین رضاعی

دانشیار روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی کردستان

## درباره نویسنده

دکتر آلن فرانسس، بالینگر، مدرس، پژوهشگر، و از مراجع برتر در زمینه تشخیص روان‌پزشکی است. او رئیس گروه ضربت DSM-IV و عضو گروه ضربت تدوین‌کننده DSM-III-R بود، و نسخه نهایی بخش اختلالات شخصیت در DSM-III را نیز نوشته است. دکتر فرانسس که نویسنده صدها مقاله و بیش از ده‌ها کتاب (و از جمله کتاب‌هایی با عناوین «نجات افراد طبیعی: شورش یک فرد خودی بر علیه تشخیص‌های روان‌پزشکی بی‌رویه»، «DSM-5»، «فارمای بزرگ»، و «طبی‌سازی زندگی عادی» که به‌تازگی انتشار یافته‌اند) به‌شمار می‌رود، پروفیسور سابق (و افتخاری کنونی) و رئیس سابق دپارتمان روان‌پزشکی و علوم رفتاری در دانشگاه دوک بوده است.

## تقدیر و تشکر

من سپاس فراوان خود را به ماری اسپری‌پری و باربارا واتکینز از انتشارات گیلفورد تقدیم می‌کنم که ویراست کتاب حاضر را به بهترین شکل ممکن انجام داده‌اند. هرگونه خطا در نوشتار یا در کُدگذاری، از سوی اینجانب بوده، ولی انتظار من آن است که تعداد این خطاها به لطف تلاش و مهارت این دو بزرگوار عرصهٔ دقت و شفافیت، اندک باشد.

# فهرست

## فصل ۱

- ۹ ..... نحوه استفاده از این کتاب
- ۹ ..... مخاطبان
- ۱۰ ..... سازمان‌دهی کتاب
- ۱۳ ..... گنجاندن «تورم تشخیصی» و پیشگیری از تشخیص‌های مُد روز
- ۱۳ ..... مشکلات DSM-5
- ۱۵ ..... مصاحبه تشخیصی
- ۲۱ ..... تشخیص مرحله‌به‌مرحله
- ۲۳ ..... یک دوچین نکته کلی

## فصل ۲

- ۲۶ ..... اختلالاتی که معمولاً ابتدا در دوران کودکی و نوجوانی تشخیص داده می‌شوند
- ۲۶ ..... اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی
- ۳۰ ..... اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه
- ۳۹ ..... اختلال رشد هوشی
- ۴۱ ..... اختلال یادگیری اختصاصی
- ۴۲ ..... اختلالات تغذیه
- ۴۳ ..... اختلالات دفعی

## فصل ۳

- ۴۵ ..... اختلالات افسردگی
- ۴۵ ..... اختلال افسردگی اساسی
- ۵۳ ..... اختلال افسردگی ناشی از [مصرف] مواد
- ۵۴ ..... اختلال افسردگی ناشی از بیماری طبی دیگر (بیماری طبی مورد نظر را ذکر کنید)

## فصل ۴

- ۵۷ ..... اختلالات دوقطبی
- ۶۶ ..... اختلال دوقطبی ناشی از [مصرف] مواد
- ۶۷ ..... اختلال دوقطبی ناشی از بیماری طبی دیگر (بیماری طبی مورد نظر را ذکر کنید)

## فصل ۵

- ۶۹ ..... اختلالات اضطرابی
- ۶۹ ..... اختلال پانیک (وحشت‌زدگی)
- ۷۶ ..... هراس اختصاصی
- ۸۰ ..... اختلال اضطراب ناشی از [مصرف] مواد

## فصل ۶

- اختلال وسواس - جبری و اختلالات مرتبط با آن ..... ۸۲  
اختلالات تیک ..... ۹۰

## فصل ۷

- اختلالات ناشی از سانحه و عوامل استرس‌زا ..... ۹۳  
اختلال سازگاری ..... ۹۶

## فصل ۸

- طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی ..... ۹۸  
اختلال اسکیزوافکتیو ..... ۱۰۴  
اختلال روان‌پریشی ناشی از [مصرف] مواد ..... ۱۰۹  
اختلال روان‌پریشی ناشی از بیماری طبی دیگر (بیماری طبی مورد نظر را ذکر کنید) ..... ۱۱۰

## فصل ۹

- اختلالات ناشی از [مصرف] مواد و اعتیادهای رفتاری ..... ۱۱۳  
وابستگی به مواد ..... ۱۱۴  
سوء مصرف مواد ..... ۱۱۶  
مسمومیت با مواد ..... ۱۱۸  
قطع مصرف (ترک) مواد ..... ۱۱۹  
اختلالات روانی ناشی از [مصرف] مواد ..... ۱۲۰

## فصل ۱۰

- اختلالات عصبی - شناختی ..... ۱۲۳  
دلیریوم (روان‌آشفته‌گی) ..... ۱۲۳  
اختلال عصبی - شناختی اساسی (دمانس) ..... ۱۲۶  
اختلال عصبی - شناختی خفیف ..... ۱۳۰

## فصل ۱۱

- اختلالات شخصیت ..... ۱۳۲

## فصل ۱۲

- اختلالات کنترل تکانه ..... ۱۳۹

## فصل ۱۳

- اختلالات خوردن ..... ۱۴۴

## فصل ۱۴

- ۱۴۸ ..... ■ اختلالات خواب - بیداری
- ۱۵۰ ..... اختلال چرخه شبانه‌روزی خواب- بیداری
- ۱۵۳ ..... اختلال بیدار شدن بدون حرکات سریع چشم
- ۱۵۵ ..... اختلال خواب- بیداری ناشی از [مصرف] مواد

## فصل ۱۵

- ۱۵۷ ..... ■ مسائل جنسی و جنسیتی
- ۱۵۸ ..... نارضایتی جنسی
- ۱۵۸ ..... کژکاری‌های جنسی
- ۱۶۷ ..... انحرافات جنسی

## فصل ۱۶

- ۱۷۱ ..... ■ اختلالات مرتبط با علایم جسمی
- ۱۷۳ ..... اختلال تبدیلی (اختلال علامت جسمی عصبی عملکردی)

## فصل ۱۷

- ۱۷۷ ..... ■ اختلالات تجزیه‌ای

## فصل ۱۸

- ۱۸۲ ..... ■ گدهای مربوط به بیماری‌هایی که ممکن است کانون توجه بالینی بوده، ولی اختلال روانی به‌شمار نمی‌روند
- ۱۸۲ ..... استمداد: لطفاً از گدهای زیر بیشتر استفاده کنید
- ۱۸۳ ..... مشکلات ارتباطی
- ۱۸۳ ..... مشکلات ناشی از سوء استفاده یا مسامحه
- ۱۸۳ ..... مشکلات حرکتی ناشی از [مصرف] دارو
- ۱۸۳ ..... مشکلات دیگر

- ۱۸۵ ..... ■ ضمیمه

- ۲۰۶ ..... ■ نمایه

- ۲۰۹ ..... ■ منابع مربوط به گدها

- ۲۱۰ ..... ■ واژه‌نامه

# فصل ۱

## نحوه استفاده از این کتاب

این کتاب، راهنمایی فشرده و راحت را برای تشخیص و کُدگذاری دقیق‌تر فراهم آورده، و شامل موارد زیر است:

- یک یا چند پرسش غربالگری برای هر اختلال. (توجه داشته باشید که تمامی اختلالات روانی مندرج در DSM-5، در این کتاب گنجانده نشده‌اند؛ من برخی از اختلالاتی که مفید به نظر نمی‌رسند را حذف کرده‌ام.)
- توصیف‌هایی شفاف و سرنمون از این اختلالات روانی، به‌جای مجموعه معیارهایی پیچیده و ملال‌آور که اغلب نادیده انگاشته می‌شوند.
- مهم‌ترین تشخیص‌های افتراقی که باید برای هر اختلال رد شوند.
- نکات تشخیصی - تمامی آموخته‌های من در طول ۴۰ سال ویزیت بیماران؛ نظارت بر کارآموزان؛ و تدوین DSM-III، DSM-III-R، و DSM-IV.
- کدهای CM-9-ICD مروط به هر اختلال، و کدهای CM-10-ICD در صورت وجود.
- نکات احتیاطی جهت کاهش «تورم تشخیصی» و مقابله با اثرات ناشی از تشخیص‌های مُد روز.
- نکات احتیاطی درباره جنبه‌هایی از DSM-5 که مورد سؤال هستند.

## مخاطبان

کتاب «اصول تشخیص روان‌پزشکی» برای تمامی افرادی نگاشته شده است که به تشخیص روان‌پزشکی علاقمند هستند. پزشکان و کارشناسان تمامی رشته‌های سلامت روان با هر میزان تجربه، می‌توانند نکات ارزشمندی را در این کتاب بیابند که آنان را در دستیابی به تشخیص‌ها و کدهای صحیح یاری خواهند داد. این کتاب برای دانشجویان مبتدی و کارآموزان، کلیاتی مناسب ولی در عین حال کاملاً قابل فهم را بر مهم‌ترین نکاتی فراهم می‌آورد که باید درباره تشخیص روان‌پزشکی بدانند. شرکت‌کنندگان در آزمون و داوطلبان شرکت در امتحانات بورد نیز کتاب حاضر را راهنمایی ارزشمند برای مطالعه خواهند یافت. پزشکان پرمشغله مراقبت‌های اولیه (که ۸۰ درصد تجویز داروهای روان‌پزشکی را برعهده دارند)<sup>۱</sup>، به‌سمت تشخیص دقیق در همان مدت زمان محدودی که برای هر بیمار دراختیار دارند، هدایت

خواهند شد. بالینگران مجرب نیز ممکن است چنین بپندارند که همه مطالب مورد نیاز درباره تشخیص را می‌دانند، ولی تجربه من حکایت از آن دارد که اکثر آنان همه این مطالب را نمی‌دانند. من در هنگام تألیف این کتاب، مطالب فراوانی را آموختم، و یقین دارم بسیاری از کارشناسان عرصه سلامت روان نیز مطالب فراوانی را از مطالعه این کتاب فراخواهند گرفت. آخرین دسته از مخاطبان که مخاطبان مهمی قلمداد می‌شوند، بیماران و خانواده‌هایی هستند که درمی‌یابند کتاب حاضر، ابزار مهمی در تبدیل شدن به مصرف‌کنندگانی آگاه‌تر است. بیماران، همواره معلمان من بوده‌اند؛ داشتن فرصتی برای جبران محبت آنان، مایه سرافرازی من است. من از نوشتن این کتاب لذت بردم و امیدوارم تمامی خوانندگان آن نیز از مطالعه آن لذت ببرند.

لازم است در همین ابتدای امر، دو نکته را درباره کاربرد ضمائر یادآور شوم. نخست، اگرچه من در بخش عمده‌ای از ادامه کتاب، از ضمیر «شما» برای اشاره به «بالینگر» استفاده کرده‌ام، ولی نیت من همواره آن است که بیماران و خانواده‌های‌شان نیز در زمره مخاطبان من قرار گیرند. دوم، در هنگام اشاره به «بیمار»، در اغلب موارد تلاش کرده‌ام به‌تناوب از ضمائر مذکر و مؤنث استفاده کنم، البته به‌جز در مورد بیمارانی که تشخیص خاصی داشته و تقریباً تمامی آنان مذکر یا مؤنث هستند.

## ■ سازمان‌دهی کتاب

تمامی اختلالات روانی مندرج در DSM-5، در این کتاب گنجانده نشده‌اند؛ من اختلالات روانی معدودی که مفید به‌نظر نمی‌رسند را حذف کرده‌ام. به‌علاوه، من از اسامی‌ای که در نهایت در DSM-5 به برخی اختلالات معدود داده شد نیز استفاده نکرده‌ام. به‌علاوه، ترتیب اختلالات روانی ارائه شده در کتاب حاضر، تفاوتی بسیار با سازماندهی نه‌چندان سهل‌الوصول آنها در DSM-5 دارد. من آنها را تقریباً به‌ترتیب فراوانی ظهور آنها در طب بالینی و نیز به‌ترتیب علاقه‌ای که اغلب بالینگران و دانشجویان به مطالعه آنها خواهند داشت، مرتب کرده‌ام. این امر اولاً کمک خواهد کرد که بتوانیم توجه خود را بر مهم‌ترین درختان از جنگل متراکم و گسترده اختلالات روانی DSM متمرکز کنیم و ثانیاً بر موضوعاتی تأکید می‌ورزد که جالب‌تر بوده و در تشخیص افتراقی نقش مهمی دارند. مزیت جالب این ترتیب قرارگیری اختلالات آن است که سبب می‌شود کتاب حاضر از حالت یک مرجع خشک و خالی خارج شده و به‌مراتب مفیدتر و جذاب‌تر باشد، به‌نحوی که خوانندگان، علاقمند باشند از صفحه نخست تا صفحه آخر آن را مطالعه کنند. در فهرست کتاب، شماره صفحه مربوط به هر اختلال روانی به‌همراه کدهای ICD-CM آن درج شده است.

هر یک از اختلالات، داستان مخصوص به‌خود را دارند، و هر یک از آنها نیز بیانگر تنوع فراوان رفتار انسان در حین بیماری و در حین سلامت هستند. هر فصل، با فهرستی از اختلالات مندرج در آن آغاز می‌شود. در متن فصل‌های کتاب، کد ICD-9-CM (و در صورت وجود، کد ICD-10-CM) به‌همراه



مدخل اصلی هر اختلال ارائه شده است. کُد ICD-9-CM، با قلم توپر در سمت چپ علامت اسلش (/) و سپس کُد ICD-10-CM با قلم عادی ارائه شده است. طبق قرارداد بین‌المللی، تمامی کشورهای جهان از کدهای طبقه‌بندی [آماری] بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) استفاده می‌کنند. کشورهای بی‌غیر از ایالات متحده، مدتی است از نظام کدگذاری ICD-10-CM استفاده می‌کنند. در DSM-IV، کدهای «دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی» همان کدهای ICD-9-CM بودند، ولی در DSM-5، هم کدهای ICD-9-CM و هم کدهای ICD-10-CM ارائه شده‌اند. از آنجایی که نظام ICD-10-CM، به مراتب پیچیده‌تر از ICD-9-CM است، من تمامی کدهای ICD-10-CM مربوط به تمامی اختلالات را در فهرست یا متن این کتاب نیآورده‌ام، تا آن را به صورت یک کتاب خلاصه و راحت نگاه دارم. در بخش «گذری به کدهای ICD-10-CM»، کدهای ICD-10-CM بیشتری ارائه شده‌اند، و در بخش «منابع مربوط به کدها» نیز نشانی چندین پایگاه اینترنتی گذری/تبدیلی آمده است.

### سرنمون تشخیصی در مقایسه با معیارهای تشخیص

مدخل هر یک از اختلالات روانی با یک پرسش غربالگری و یک توصیف سرنمون کوتاه آغاز می‌شود. یکی از علل آنکه DSM-5، چنان کتاب عظیمی به نظر می‌رسد، آن است که شامل مجموعه‌هایی از معیارهای تشخیصی بسیار مفصلی است که هر تشخیص را تعریف می‌کنند. ابداع این روش در هنگام انتشار DSM-III در سال ۱۹۸۰، پیشرفت بزرگی در تاریخ روان‌پزشکی قلمداد می‌شد، زیرا استفاده دقیق از معیارها (به‌ویژه در عرصه‌های پژوهشی و پزشکی قانونی) می‌تواند به افزایش چشمگیر میزان پایایی منجر شود. بدون وجود معیار، انجام پژوهش روان‌پزشکی نیز ناممکن بوده، و رشته ما اعتبار خود را از دست خواهد داد؛ ولی در این میان نکته‌ای نهفته است: مجموعه معیارها به قدری دست و پاگیر هستند که اکثر بالینگران از آنها استفاده نمی‌کنند. بسیاری از آنان اظهار می‌دارند که مجموعه معیارها را به‌خاطر سپرده‌اند، ولی من می‌دانم که این امر غیرممکن است. برای چنان اختلالاتی که پرشماری، چنان معیارهای پرشماری وجود دارند که احتمالاً هیچ‌کس نمی‌تواند آنها را به‌خاطر سپارد. من متخصصان بسیار باتجربه و احتمالاً خبره پرشماری در عرصه تشخیص را از نظر فراخوانی گویه‌های اختصاصی مندرج در مجموعه معیارهای گوناگون، آزموده‌ام. آنان اغلب مردود می‌شوند، آن هم معمولاً با نمراتی بسیار پایین. با توجه به فراز و نشیب‌های حافظه، اقدام مناسب آن است که پیش از مطرح کردن یک تشخیص، نگاهی به بخش‌های DSM مربوطه انداخته شود، و یا آنکه از چک‌لیست DSM استفاده شود؛ ولی بسیاری از بالینگران پرمشغله، هیچ‌یک از این دو اقدام را انجام نمی‌دهند.

لذا من در این کتاب، رویکرد دیگری را در پیش گرفته‌ام. من به جای ارائه معیارهایی تشخیصی که افراد، آنها را به‌خاطر نخواهند سپرد، یک سرنمون توصیفی از هر تشخیص را ارائه خواهم داد که نکات مهم آن را بیان می‌کند، با این امید که به‌خاطر سپردن آن نیز آسان‌تر باشد. این «روش سرنمون»، مفید

و راحت است، و روشی است که تقریباً تمامی بالینگران به‌هر ترتیب از آن استفاده می‌کنند؛ ولی این روش، محدودیت‌های آشکاری نیز دارد. آنچه مسلم است، در موقعیت‌هایی که فرصت زمانی بیشتری وجود دارد و حصول پایایی نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است - برای مثال، در مطالعات پژوهشی، در اقدامات پزشکی قانونی، در تعیین معلولیت‌ها، در هنگامی که تشخیص کاملاً نامشخص است، یا هنگامی که درمان مبتنی بر تشخیص قبلی، با شکست مواجه شده - بهتر است تشخیص دقیق‌تری (با استفاده از معیارهای گسترده‌تر و شفاف، و احتمالاً با مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند) مطرح شود.<sup>۳</sup>

### تشخیص افتراقی و نکات تشخیصی

به‌دنبال هر توصیف سرمنون، تشخیص‌های افتراقی جامعی شامل فهرستی از بیماری‌هایی ارائه شده‌اند که باید رد شوند. نکات تشخیصی مختص هر تشخیص نیز ارائه شده‌اند. هرگاه تشخیص افتراقی دشوار باشد، بهتر است تشخیص‌های محتمل را مرور کنید تا ببینید بیمار شما در کدام گزینه بهتر جای می‌گیرد. چنانچه اطلاعات کافی وجود نداشته باشد تا بتوانید بین آنها انتخاب کنید، یا اگر هیچ‌یک از تشخیص‌ها واقعاً مناسب نباشد، می‌توانید با خیالی آسوده، احتیاط پیشه کرده و بهترین گزینه «نامعین» را برگزینید (ادامه مطلب را ببینید).

### گذری به کدهای ICD-10-CM و منابع مربوط به کدها

یک پیوست (گذری به کدهای ICD-10-CM)، مرجعی سریع برای تبدیل کدهای ICD-9-CM به ICD-10-CM را به‌همراه جزئیات اضافی مربوط به کدهای ICD-10-CM در صورت لزوم، فراهم آورده است. در بخش «منابع مربوط به کدها» نیز نشانی چندین پایگاه اینترنتی گذری / تبدیلی ارائه شده است. در پایگاه اینترنتی [www.guilford.com/frances\\_updates](http://www.guilford.com/frances_updates)، نسخه‌ای از بخش گذری به کدهای ICD-10-CM، نسخه دیگری که اختلالات را به‌ترتیب حروف الفبا مرتب کرده، مجموعه‌ای از منابع مربوط به کدها که به‌صورت دوره‌ای روزآمد می‌شود، و گزینه‌ای برای ثبت نام جهت آگاه شدن از این روزآمدها از طریق پست الکترونیک (ایمیل) ارائه شده است.

### نمایه اختلالات برحسب علایم

نمایه اختلالات برحسب علایم، به شما اجازه می‌دهد تا تعیین کنید برای هر یک از علایمی که بیمار با آنها مراجعه می‌کند، کدام اختلالات روانی را باید مدنظر قرار دهید. بررسی این نمایه، روش مفیدی است که با به‌کارگیری آن می‌توانید اطمینان حاصل کنید که هیچ‌یک از تشخیص‌های احتمالی را از قلم نیانداخته‌اید.

## ■ گنجاندن «تورم تشخیصی» و پیشگیری از تشخیص‌های مُد روز

طبق گزارش‌های مربوط به مطالعات همه‌گیری‌شناسی گذشته‌نگر، ۲۰ درصد جمعیت عمومی دارای معیارهای لازم برای مطرح شدن یک تشخیص روان‌پزشکی در حال حاضر بوده، و ۵۰ درصد آنان دارای معیارهای لازم برای مطرح شدن یک تشخیص روان‌پزشکی در کل دوران زندگی هستند.<sup>۴</sup> در مطالعات همه‌گیری‌شناسی آینده‌نگر، این میزان‌ها دو برابر بوده و حکایت از آن دارند که اختلال روانی، عملاً در حال فراگیر شدن است.<sup>۵</sup> در طول ۲۰ سال گذشته، ما سه دوره پیش‌بینی‌نشده تشخیص‌های مُد روز را تجربه کرده‌ایم که تا حدی در اثر DSM-IV تشدید شده بودند: افزایش ۲۰ برابری اختلال طیف درخودماندگی<sup>۶</sup>، سه برابر شدن اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی (ADHD)<sup>۷</sup>، و دو برابر شدن اختلالات دوقطبی<sup>۸</sup>. خطرناک‌ترین حالت تشخیص مُد روز، افزایش ۴۰ برابری اختلالات دوقطبی دوران کودکی است<sup>۹</sup>، که نه تنها در اثر DSM-IV، بلکه در اثر بازاریابی‌های بی‌مهابا و گمراه‌کننده شرکت‌های دارویی است.<sup>۱۰</sup> ۲۰ درصد جمعیت ایالات متحده<sup>۱۱</sup>، در حال مصرف نوعی داروی روان‌گردان هستند؛ ۷ درصد آنان، به یکی از این داروها معتاد هستند؛ و امروزه مسمومیت با داروهای مجاز، مراجعات اورژانسی بیشتری را در مقایسه با مسمومیت با داروهای غیرمجاز سبب می‌شوند.<sup>۱۲،۱۳</sup>

من فکر نمی‌کنم که ما در یک همه‌گیری واقعی افزایش اختلالات روانی قرار گرفته‌ایم؛ بلکه در یک همه‌گیری از تشخیص‌های بی‌دقت و عادت به تجویزهای سرسری قرار داریم. تغییرات بسیار اندک در تعریف ارائه شده برای اختلالات و در نحوه به‌کارگیری معیارهای تشخیصی، می‌تواند سبب ایجاد تغییراتی شگرف در میزان‌های گزارش شده از اختلالات و نیز در استفاده از داروها شوند. یکی از هدف‌های من در این کتاب، همانا کمک به اصلاح تورم تشخیصی و کاهش یا پیشگیری از تشخیص‌های مُد روز است. من هرچا لازم باشد، نکاتی احتیاطی و توصیه‌هایی را درباره روش پرهیز از انجام تشخیص‌های سرسری که سبب مطرح شدن تشخیص‌های بیش از حد می‌شوند، ارائه خواهم کرد. بالینگران خردمند، همواره محتاط بوده و به‌جای پیوستن به تشخیص‌های مُد روز، با آنها مقابله می‌کنند. اگر به‌ناگهان چنین به‌نظر برسد که همگان دارای یک تشخیص مد روز هستند، اکثر آنان احتمالاً فاقد چنین تشخیصی هستند.

## ■ مشکلات DSM-5

ایراد DSM-5 آن است که بلندپروازی غیرواقعی‌گرایانه را به‌گونه‌ای با روش‌شناسی سرهم‌بندی شده ادغام کرده است که چندان متناسب به نظر نمی‌رسد.<sup>۱۴</sup> DSM-5 خوش‌بین بود که بتواند پیشرفتی را در روان‌پزشکی پدید آورد که الگوها را جابجا کند؛ ولی نتیجه غم‌انگیزی که از آن حاصل شده، دستنامه‌ای است که هم مخاطره‌آمیز است و هم به‌لحاظ علمی نیز بی‌عیب و نقص نیست<sup>۱۵</sup>؛ (برای مثال، در آن

سه اختلال جدید معرفی شده که حد و مرز آنها با حالت طبیعی، مبهم است: اختلال پرخوری، اختلال عصبی-شناختی خفیف، و اختلال کژتنظیمی خلق ایدایی). اگر این تشخیص‌ها بدون رعایت محدودیت، مورد استفاده قرار گیرند، میلیون‌ها فرد که اصولاً افرادی طبیعی قلمداد می‌شوند، صاحب برچسب‌هایی نادرست خواهند شد و در معرض درمان‌های بالقوه زیان‌بار و انگ‌های بی‌مورد قرار خواهند گرفت. به‌علاوه، DSM-5 ضوابط مربوط به تشخیص دادن اختلالات موجود را نیز کاهش داده است. برای مثال، ۲ هفته سوگ طبیعی، به اختلال افسردگی اساسی تبدیل شده است. از شدت معیارهای مربوط به ADHD، کاسته شده است، و لذا این بیماری ممکن است به‌راحتی با حواس‌پرتی طبیعی به‌اشتباه گرفته شده و سوء استفاده غیرقانونی از داروهای محرک نسخه شده، تسهیل گردد و این داروها به‌منظور افزایش سطح عملکرد یا اهداف تفریحی مصرف شوند. در DSM-5، مراحل اولیه سوء استفاده از مواد و مراحل انتهایی وابستگی به مواد (اعتیاد) در یک دسته ادغام شده، و همین امر سبب شده است تا روندها و نیازهای درمانی بسیار متفاوت آنها با یکدیگر اشتباه شده و لذا انگ‌های بی‌مورد بر بیماران زده شود.<sup>۱۶</sup>

هیچ‌یک از این تغییرات، بر اساس یک پایه مستحکم علمی بنا نشده‌اند؛ هیچ‌یک از آنها به‌حد کافی مورد آزمایش قرار نگرفته‌اند؛ هیچ‌یک از آنها رابطه اثبات‌شده‌ای با درمان اثربخش ندارند؛ و تمامی آنها ممکن است مورد سوء استفاده‌های جدی قرار گیرند. برای مثال، اختلال کژتنظیمی خلق ایدایی به‌رغم آنکه تنها به‌مدت ۶ سال و تنها توسط یک گروه پژوهشی مورد مطالعه قرار گرفته بود، در DSM-5 گنجانده شده است. درخواست ۵۱ انجمن سلامت روان مبنی بر اینکه تغییرات DSM-5، توسط متخصصانی مستقل در عرصه پزشکی مبتنی بر شواهد مورد بازنگری قرار گیرد، بدون هیچ توجیهی رد شد.<sup>۱۷</sup> بدین ترتیب، DSM-5 مسیر تشدید تورم تشخیصی و استفاده بیش از حد از داروها را هموار ساخته است.

### کادرهای هشدار

توصیه من آن است که مراقب آن دسته از تغییرات ایجاد شده از سوی DSM-5 باشید که موجب افزایش تورم تشخیصی می‌شوند. من برای یاری دادن بالینگران در راستای پرهیز از تشدید این نوع تورم، اختلالات DSM-5 ددرساز را در کادرهای هشدار و در گفتارهای مربوطه مورد بحث قرار داده‌ام. من در این کادرها، توضیح داده‌ام که چرا معتقدم از این تشخیص‌های اختصاصی باید به‌ندرت استفاده کرد یا اصلاً از آنها استفاده نکرد. این کادرهای هشدار، پس از سرنمون‌های تشخیصی مربوط به آن دسته از اختلالات تثبیت‌شده نیز ارائه شده‌اند که در صورت استفاده از آستانه‌های کاهش‌یافته DSM-5، به‌احتمال بسیار ممکن است نادرست تشخیص داده شوند.

آگاه باشید که اولاً تمامی علائم و مشکلات زندگی، در اثر اختلالات روانی ایجاد نمی‌شوند، و ثانیاً زدن برچسب‌های نادرست می‌تواند برای افرادی که به آنان برچسب زده می‌شود، بسیار زیان‌بار باشد. در موقعیت‌هایی که لازم است قضاوتی صورت گیرد، مطرح کردن تشخیص کمتر از حد واقعی، همواره بی‌خطرتر و دقیق‌تر از مطرح کردن تشخیص بیش از حد واقعی است. افزودن به یک تشخیص در هنگامی که تجربه و فرصت زمانی، آن را ایجاب می‌کند، بسیار آسان است، ولی هنگامی که تشخیص نادرستی مطرح شود، کل زندگی فرد را دربرمی‌گیرد و برداشتن آن از روی فرد بسیار دشوار است. من در ادامه این فصل، دستورالعمل‌هایی عملی را برای رسیدن به تشخیص‌های صحیح، در اختیار بالینگران قرار خواهم داد.

## ■ مصاحبه تشخیصی

### برقراری ارتباط، در اولویت است

تشخیص صحیح، مدیون مشارکت بیمار بوده، و هم نتیجه چنین رابطه‌ی حسنه‌ای به‌شمار می‌رود و هم یکی از بهترین روش‌های بهبود این رابطه است. نخستین مصاحبه، لحظه‌ای چالش‌برانگیز است، و با وجود آنکه پرمخاطره قلمداد می‌شود، ولی بالقوه سحرآمیز هم هست. اگر رابطه‌ی مطلوبی برقرار شده و تشخیص صحیح نیز به‌عمل آید، اتفاقات بسیار خوبی ممکن است رخ دهند؛ ولی اگر شما از عهده‌ی نخستین جلسه‌ی ویزیت برنیاید، بیمار ممکن است دیگر حتی برای یک ثانیه هم به نزد شما بازنگردد؛ در ضمن، بیمار هم گاهی بدقلق است. این احتمال وجود دارد که شما در یکی از بدترین روزهای زندگی‌اش با او دیدار کنید. مردم اغلب آنقدر صبر می‌کنند تا رنج‌شان به‌حدی آنان را بی‌طاقت سازد که بتوانند سرانجام بر ترس، بی‌اعتمادی، یا شرمی که قبلاً مانع از جستجوی کمک می‌شد، غلبه کنند. برای شما، بیمار جدید ممکن است صرفاً هشتمین بیماری باشد که در یک روز کاری طولانی و پرمشغله ویزیت می‌کنید؛ ولی برای همین بیمار، این رویارویی اغلب سرشار از انتظاراتی است که در جهت مثبت یا منفی، حالت اغراق‌یافته‌ای دارند. تمامی بررسی‌های تشخیصی برای بیمار مهم بوده، و باید برای شما نیز مهم باشد. تمرکز اصلی باید همواره بر نیاز بیمار به شنیده شدن و درک شدن باشد؛ این مسئله باید بر تمامی موارد دیگر اولویت داشته باشد.

### تشخیص را به تلاشی گروهی تبدیل کنید

جستجو برای دستیابی به تشخیص صحیح را به پروژه‌ای مشترک تبدیل کنید که بیانگر همدلی شما باشد (و نه یک برخورد خشک که تهاجمی به‌نظر برسد) - و همواره اطلاعات و آموزش‌هایی را در اختیار بیماران قرار دهید. بیمار باید در حالی مطب شما را ترک گوید که احساس کند هم درک شده است و

هم اطلاعات کافی را دریافت کرده است. هیچ‌گاه فراموش نکنید که این بررسی می‌تواند یک نکته بسیار مهم باشد که آینده بیمار را به کل تغییر دهد.

### در لحظات نخست، اعتدال را حفظ کنید

در نخستین لحظات اولین مصاحبه، دو نوع خطر متضاد وجود دارد. بسیاری از بالینگران، بسیار عجولانه و بر اساس داده‌هایی بسیار محدود، به نتیجه‌گیری تشخیصی می‌رسند، و با نادیده انگاشتن حقایق متناقض بعدی، بر اظهارات اولیه و نادرست خود اصرار می‌ورزند. در منتهی‌الیه دیگر، بالینگرانی قرار می‌گیرند که بیش از حد آهسته تمرکز کرده، و اطلاعات بسیار غنی که بلافاصله در همان جلسه نخست دیدار با بیمار، فوراً می‌کند را از دست می‌دهند. بیمارانی که به شما مراجعه می‌کنند، آماده هستند تا به‌طور عمدی یا سهوی و از طریق گفتار و کردار خود، مطالب فراوانی را در اختیار شما قرار دهند. شما در این میان، اعتدال را رعایت کنید- در آن چند دقیقه نخست، فوق‌العاده هشیار باشید، ولی به‌سرعت به سراغ نتیجه‌گیری‌های تشخیصی نروید.

### اعتدال میان پرسش‌های تشریحی و پرسش‌های چکالیستی را حفظ کنید

تا زمان ارائه شدن DSM-III، استادان در هنگام آموزش دادن مهارت‌های مصاحبه، بر اهمیت این نکته تأکید می‌ورزیدند که باید بیشترین آزادی بیان ممکن به بیمار داده شود. البته این امر در استخراج منحصربه‌فردترین نکات هر مراجعه‌کننده، بسیار مفید بود، ولی فقدان ساختار و مطرح کردن پرسش‌های اختصاصی، موجب می‌شد که پایایی تشخیصی حاصله بسیار ضعیف باشد. بالینگران تنها در صورتی می‌توانند درباره تشخیص با یکدیگر به اتفاق نظر دست یابند که اطلاعاتی هم‌ارز را جمع‌آوری کرده و از پایگاه داده یکسانی استفاده کنند. میل به دستیابی به پایایی و کارایی، سبب شده است بالینگران برخی مراکز، در دو جهت کاملاً متضاد حرکت کنند: آنان به انجام مصاحبه‌هایی «فهرست‌وار» و با پاسخ کوتاه می‌پردازند که تنها بر پایه دریافت جواب بله یا خیر در پاسخ به پرسش‌هایی متمرکز هستند که صرفاً براساس معیارهای DSM استواراند. در منتهی‌الیه هر دوی این رویکردها، بیمار از دست می‌رود- در شیوه نخست، بیمار با حالت آزاد و فردویژه از دست می‌رود، و در شیوه دوم، با حالت تجزیه‌گرایی بسیار محدود. به بیماران تان اجازه دهید خودشان را به‌صورت خودبخود، ابراز کنند، ولی در عین حال مدیریت خود را به‌نحوی اعمال کنید که پرسش‌های مورد نیاز را نیز از آنان بپرسید.

### استفاده از پرسش‌های غربالگری جهت افزایش صحت تشخیص

مطمئن‌ترین روش جهت دستیابی به تشخیصی پایا، دقیق، و جامع، همانا مصاحبه‌ای نیمه‌ساختارمند است که در آن، ترکیبی از پرسش‌های تشریحی و با پاسخ کوتاه گنجانده شده باشند. مع‌هذا، انجام چنین

مصاحبه‌ای چندین ساعت به طول می‌انجامد، و تنها در مراکز بسیار تخصصی پژوهشی یا پزشکی قانونی قابل اجرا است که در آنها، زمان هیچ اهمیتی نداشته و مهم‌ترین نکته، پایایی است. مصاحبه بالینی روزمره الزاماً به استفاده از میان‌برهایی نیاز دارد؛ شما نمی‌توانید تمامی پرسش‌های مربوط به تمامی اختلالات را بپرسید. شما پس از گوش دادن دقیق به مشکلاتی که بیمار با آنها مراجعه کرده است، باید تصمیم بگیرید که ابتدا از کدام شاخهٔ درخت تشخیص بالا بروید. علایم را در بین مرتبط‌ترین دسته از دسته‌های گسترده (مانند اختلالات افسردگی، اختلالات دوقطبی، اختلالات اضطرابی، اختلال وسواس - جبری [OCD]، اختلالات روان‌پریشی، اختلالات مربوط به مواد، و غیره) قرار دهید. سپس پرسش‌های غربالگری (که برای هر یک از اختلالات، ارائه شده‌اند) را بپرسید تا به تدریج، گسترهٔ تشخیص‌ها را باریک‌تر کرده و به سرنمون تشخیصی خاصی برسید که بیش از همه با بیمار مورد نظر مطابقت دارد. پیش از اینکه خیال‌تان را از تشخیصی که مطرح کرده‌اید، راحت کنید، اطمینان حاصل کنید که به‌همراه بیمار، تشخیص‌های احتمالی جایگزین که در بخش تشخیص افتراقی همان اختلال ذکر شده‌اند را بررسی کرده‌اید. من نیز به برخی نکات تشخیصی اشاره خواهم کرد که در این مسیر شما را یاری خواهند داد. همواره نقش داروها، سایر مواد، و بیماری‌های طبی را در تمامی افرادی که بررسی می‌کنید، ارزیابی نمایید.

### *اهمیت معنی‌دار بودن به‌لحاظ بالینی را به‌یاد داشته باشید*

علایم روان‌پزشکی در بین جمعیت عمومی، کاملاً فراگیر هستند. اکثر افراد طبیعی، حداقل یک علامت، و بسیاری از آنان نیز چند علامت روان‌پزشکی را دارند. یک علامت واحد (یا حتی چند علامت انگشت‌شمار) چنانچه به‌تنهایی وجود داشته باشد، به‌خودی‌خود بیانگر بیماری روان‌پزشکی نیست. پیش از آنکه بتوان علایم را اختلال روانی دانست، دو شرط دیگر نیز باید وجود داشته باشد. **نخست**، این علایم باید به‌نحوی متمایزکننده، گردهم آمده باشند. علایم مجزای افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، مشکلات حافظه، مشکلات توجه، و غیره هیچ‌گاه به‌خودی‌خود برای توجیه یک تشخیص کافی نیستند. **دوم**، این علایم باید سبب بروز ناراحتی قابل ملاحظه‌ای به‌لحاظ بالینی و یا اختلال قابل ملاحظه‌ای به‌لحاظ بالینی در عملکردهای اجتماعی یا شغلی شوند. این هشدار به‌قدری مهم است که از جنبه‌های اساسی و محوری تشخیص افتراقی برای اکثر اختلالات روان‌پزشکی قلمداد می‌شود. همواره به‌خاطر داشته باشید که شناسایی علایم، هیچ‌گاه کافی نیست؛ این علایم باید سبب بروز مشکلات جدی و پایدار نیز شده باشند.

### *تحلیل خطر - منفعت را انجام دهید*

در موقعیت‌های دوپهلوی، نقاط مثبت و منفی مطرح کردن تشخیص مورد نظر را سبک و سنگین کنید. سؤال اصلی باید این باشد که «آیا مطرح شدن این تشخیص، بیشتر ممکن است به بیمار کمک کند یا

بیشتر ممکن است به او آسیب برساند؟» در چنین موارد مبهمی که باید یک تشخیص را مطرح کرد و تمامی مسائل از همه جهات یکسان هستند، بهتر است تشخیصی را مطرح کنید که دارای نوعی درمان توصیه شده بی‌خطر و اثربخش باشد- ولی اگر هیچ‌گونه درمان اثبات‌شده‌ای وجود ندارد یا آنکه درمان موجود، دارای عوارض جانبی بالقوه خطرناکی است، از مطرح کردن تشخیص مشکوک مربوطه خودداری کنید. تشخیص مرحله‌به‌مرحله (ادامه بحث را ببینید)، فرصت زمانی لازم را فراهم می‌آورد تا نمای بالینی، خود را آشکار سازد و شما نیز بتوانید به درک عمیق‌تری از آن دست یابید.

#### در مورد هم‌بیمارمندی دچار سوء تفاهم نشوید

DSM برای آنکه دستیابی به پایایی را تسهیل سازد، نوعی نظام تقسیمی (و نه نوعی نظام انباشتی) است؛ بدین مفهوم که کلوچه تشخیصی، به برش‌های پرشمار و بسیار کوچک تقسیم شده است. بسیاری از بیماران، با بیش از یک دسته‌های مراجعه کرده و لازم است بیش از یک تشخیص برای آنان مطرح شود. ذکر تمامی تشخیص‌های مرتبط، سبب افزایش دقت تشخیصی شده و دیدگاهی کلی‌تر را از آن فرد فراهم می‌آورد؛ ولی وجود بیش از یک اختلال، بدین مفهوم نیست که هر یک از آنها، مستقل از دیگری بوده یا آنکه به درمان‌های جداگانه‌ای نیاز دارند. اختلالات روانی DSM، مقوله‌هایی فراتر از سندرم‌های توصیفی نبوده، و الزاماً بیماری‌های متمایزی نیستند. تشخیص‌های متعدد مطرح شده، ممکن است بیانگر یک سبب‌شناسی زمینه‌ای بوده و ممکن است به یک درمان پاسخ دهند. برای مثال، اختلال پانیک و اختلال اضطراب منتشر ممکن است صرفاً دو روی گرایش یکسانی باشند که نسبت به مشکلاتی در زمینه اضطراب وجود دارند. در اختیار داشتن دسته‌هایی جداگانه برای هر یک از آنها، مفید است، زیرا برخی افراد تنها دچار علائم پانیک بوده، و برخی دیگر تنها دچار علائم اضطراب منتشر هستند. داشتن دسته‌هایی جداگانه، سبب افزایش میزان اطلاعات و دقت می‌شود، ولی نباید بیانگر وجود علل جداگانه یا نیاز به درمان‌های جداگانه باشد. چنانچه بالینگر بر این باور نادرست باشد که «هر اختلال روانی، الزاماً نیازمند درمانی منحصر به فرد است»، آنگاه سوء تفاهم درباره هم‌بیمارمندی‌ها می‌تواند به تجویز زیان‌بار داروهای متعدد منجر شود.

#### بردبار باشید

در مورد برخی افراد، مسائل چنان روشن هستند که تشخیص بیماری آنها ظرف مدت ۵ دقیقه مشخص می‌شود؛ ولی همین امر در مورد برخی بیماران ممکن است ۵ ساعت به طول انجامد؛ ضمن آنکه در مورد برخی بیماران دیگر ممکن است به ۵ ماه یا حتی ۵ سال زمان نیاز داشته باشد. مسائل تشخیصی، فرضیه‌های مفیدی هستند که می‌توان آنها را به بوتۀ آزمایش گذارد، و نباید آنها را چشم‌بندهایی قلمداد کرد که سبب می‌شوند شما اطلاعات جدیدتر یا تصویر بزرگ‌تر را نادیده انگارید. اگر شما با عجله یک