

تظاهرات روان‌شناختی بیماری‌های جسمانی

وقتی مشکلات روان‌شناختی

اختلالات جسمانی را می‌پوشانند

فهرست مطالب

۱۱	..... سخن مترجم
۱۲	..... مقدمه
۱۴	..... تعاریف
۱۵	..... استفاده از این کتاب
۱۷	..... بخش ۱: بررسی علایم
۱۸	..... ارزیابی
۲۲	..... معاینه وضعیت روانی
۲۳	..... ظاهر و رفتار
۳۷	..... خلق (عاطفه)
۴۱	..... گفتار
۴۳	..... محتوای تفکر
۴۷	..... هوشیاری و شناخت
۵۰	..... بینش و قضاوت
۵۱	..... تغییر شخصیت
۵۲	..... اصول تشخیصی
۵۵	..... بخش ۲: ۶۶ بیماری
۵۶	..... نارسایی غده آدرنال
۵۹	..... ایدز
۶۳	..... ارتفاع زدگی
۶۶	..... اسکروز جانبی آمیوتروفیک ALS

۶۸	افزایش آنتی دیورتیک هورمون (هورمون ضد ادراری).....
۷۱	آبسه مغز.....
۷۳	تومور مغز.....
۷۶	سرطان.....
۸۰	سندروم کارسینوئید.....
۸۲	آریتمی قلبی.....
۸۵	بیماری سلیاک.....
۸۷	بیماری انسدادی مزمن ریه.....
۹۰	نارسایی احتقانی قلب.....
۹۳	کریپتوکوکوزیس.....
۹۴	سندروم کوشینگ.....
۹۶	دیابت ملیتوس.....
۱۰۰	صرع.....
۱۰۳	فیبرومیالژی.....
۱۰۶	مسمومیت با فلز سنگین.....
۱۰۹	انسفالیت هرپسی.....
۱۱۱	هموسیستینوری.....
۱۱۳	بیماری هانتینگتون.....
۱۱۶	پرکاری پاراتیروئید.....
۱۱۸	انسفالوپاتی هایپرتنسیو.....
۱۲۱	پرکاری تیروئید.....
۱۲۳	کم کاری پاراتیروئید.....
۱۲۶	کم کاری تیروئید.....
۱۲۹	نارسایی کلیه.....
۱۳۲	سندروم کلاین فیلتر.....
۱۳۵	نارسایی کبد.....
۱۴۱	سندروم منیر.....
۱۴۳	یائسگی.....
۱۴۶	لوکودیستروپی متاکروماتیک.....
۱۴۸	میگرن.....

۱۵۱	..... پرولاپس دریچۀ میترال
۱۵۳	..... مالتیپل اسکلروزیس
۱۵۷	..... میاستنی گراویس
۱۵۹	..... اختلالات نور کوتانئوس (عصبی - پوستی)
۱۶۱	..... هیدروسفالی با فشار طبیعی
۱۶۴	..... انگل زیستی
۱۶۷	..... بیماری پارکینسون
۱۷۰	..... بیماری پلاگر
۱۷۲	..... کم خونی پرنیشیوز (بدخیم)
۱۷۴	..... فئوکروموسایتوم
۱۷۶	..... ذات الریه (پنومونی)
۱۷۸	..... سندرم تخمدان پلی کیستیک
۱۸۰	..... پورفیری
۱۸۲	..... دلیریوم بعد از عمل جراحی
۱۸۴	..... سندروم پیش از قاعدگی
۱۸۷	..... بیماری پریون
۱۸۹	..... فلج فوق هسته‌ای پیشرونده
۱۹۲	..... سوء تغذیه پروتئین - انرژی
۱۹۵	..... ترومبوسیتوپنی
۱۹۷	..... آرتريت روماتوئید (روماتیسم مفصلی)
۲۰۱	..... نقص حسی
۲۰۳	..... بیماری سلول داسی (کم خونی داسی شکل)
۲۰۶	..... آپنه خواب
۲۰۸	..... سکته مغزی (حوادث عروق مغزی)
۲۱۲	..... مسمومیت و ترک مواد
۲۱۵	..... سیفلیس
۲۱۹	..... عفونت سیستمیک
۲۲۳	..... لوپوس اریتماتوز سیستمیک
۲۲۵	..... کمبود تیامین (ویتامین B1)

۲۲۹	..... آسیب مغزی تروماتیک (ضربه‌ای)
۲۳۴	..... بیماری ویلسون
۲۳۷	..... بخش ۳: خلاصهٔ علایم
۲۶۱	..... پیشنهاداتی برای مطالعه
۲۶۷	..... واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی
۲۶۷	..... واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی

تقریباً همیشه بیماری جسمی نوعی اثر هیجانی دارد. و منطقی است که داشتن یک بیماری جدی، باعث اضطراب یا افسردگی شود. با این حال از هزاران بیماری پزشکی (جسمی) تنها برخی از آنها مستقیماً باعث ایجاد علایم روان‌شناختی می‌شوند. این اختلالات، موضوع این کتاب را تشکیل می‌دهند.

این مشکلات تشخیصی که به آن پرداخته‌ام، می‌تواند در موقعیت‌های مختلفی ایجاد شود:

- موقعیتی که شما به عنوان پزشک یا روان‌شناس، باید تشخیص دهید که آیا علایم افسردگی ناشی از یک اختلال جسمی است یا یک اختلال افسردگی اولیه؟ همچنین در مورد علایم اضطراب یا روان‌پریشی
- در سناریوی شایع دیگر، شما باید بدانید که آیا بیماری جسمانی ثابت شده کنونی بیمار، می‌تواند مجموعه‌ای از علایم روان‌شناختی را ایجاد کند یا خیر.
- تشخیص اختلال جسمانی‌سازی (یا همان اختلال نشانه‌بدنی در DSM-5، گرچه اصطلاح قبلی را ترجیح می‌دهم) و سایر شرایط مشابه، سال‌هاست که جزء اصلی تشخیص‌های افتراقی سلامت روان هستند. متأسفانه در این حوضه برخی از پزشکان، چه در زمینه پزشکی و چه در زمینه سلامت روان، آموزش و تجربه کافی را ندارند.
- هنگامی که طی یک دوره چند روزه یا چند هفته و یا حتی بیشتر، متوجه تغییر رفتار بیمار خود می‌شوید. آیا این تغییر ناشی از بروز تدریجی یک اختلال خلقی اولیه است یا ناشی از یک بیماری جسمی؟
- تغییر ظاهر که ممکن است کاملاً بیرونی باشد مانند تغییراتی در وضعیت پوست بیمار یا داخلی باشد مانند سستی و بی‌حالی و لرزش، که می‌تواند نشانه یک بیماری جسمی یا روان‌شناختی باشد. چگونه می‌توان تشخیص داد که کدام تفسیر صحیح است؟
- بیمار شما برای علایم اختصاصی یک اختلال افسردگی، اضطرابی تحت درمان است اما خوب نمی‌شود. آیا علت این علایم ممکن است یک بیماری جسمی باشد؟
- یکی دیگر از اهداف این کتاب تشویق متخصصان سلامت روان، به تفکر در خارج از محدوده سلامت روان و در نظر گرفتن سایر تشخیص‌ها (خصوصاً بیماری‌های جسمانی) به‌ویژه در مورد بیمارانی که درمان اختلال روان‌شناختی آنها مدت‌ها طول کشیده ولی نتیجه‌ای مطلوب حاصل نشده است، می‌باشد.

در هریک از موقعیت‌های فوق، آگاهی از بیماری و فرآیند تشخیص می‌تواند برای بیمار بسیار مهم باشد. گاهی به دلیل بی‌دقتی و در نظر نگرفتن تمام جوانب در زمان تشخیص‌گذاری، ممکن است تشخیص نادرست تا زمانی که ناتوانی رخ دهد، محفوظ بماند. شاید بیمار با تشخیص زودتر بیماری درمان می‌شد و یا از برخی ناتوانی‌ها پیشگیری می‌شد.

من قصد ندارم در این کتاب در مورد بیماری‌هایی مانند *آسم بدون عارضه* که ممکن است با استرس بدتر شوند اما خود، علایم روان‌شناختی ایجاد نمی‌کنند، صحبت کنم. همچنین بیماری‌های دستگاه ادراری - تناسلی که علایم هیجانی آنها در درجه اول جنسی است را نیز حذف کرده‌ام. البته آنها مهم هستند، اما این مشکلات جنسی برای بیشتر متخصصان سلامت روان، کمی تخصصی است. اگرچه برای صحبت در مورد داروها و سموم دیگر باید به کتاب‌های کامل‌تری مراجعه کرد، اما اهمیت آنها برای بیماران ما و برای فرآیند تشخیص باعث شد تا درباره آنها نیز صحبت کنم.

تعاریف

من سعی کرده‌ام اصطلاحات پزشکی تخصصی را تعریف کنم. و گاهی در بخش‌های مختلف بارها تکرار کردم. بابت حذفیات و برخی صحبت‌های غیرضروری عذرخواهی می‌کنم.

چند اصطلاح مستلزم توضیح اضافی هستند. «SYMPTOM» چیزی است که بیمار از آن شکایت دارد مانند کمردرد، ورم مفاصل، حمله اضطرابی، شنیدن صداها. «SIGN» چیزی است که بیننده در بیمار می‌بیند مانند قرمزی پوست، ورم مفاصل، حالت نگران صورت، مشت‌های گره شده. در این کتاب، من از SYMPTOM استفاده کردم. به نظر می‌رسد کاملاً قابل درک و کمی ملموس‌تر است. تا اواخر قرن نوزدهم، این دو اصطلاح کم‌وبیش به جای یکدیگر استفاده می‌شدند. حتی امروز هم، این تمایز خیلی شفاف و واضح نیست. مثلاً «مفصل متورم» هم به عنوان SIGN و هم به عنوان SYMPTOM در نظر گرفته می‌شود!

اصطلاح «سندروم» را در مفهوم سنتی استفاده کرده‌ام؛ مجموعه‌ای از علائم که معمولاً باهم ظاهر می‌شوند. این کلمه ریشه یونانی دارد و به معنی «دویدن باهم» است. توجه داشته باشید اکثر بیمارانی که سندروم خاصی دارند، معمولاً برخی از علائم آن سندروم را تجربه می‌کنند و همه علائم را با هم ندارند.

در تعیین درجه نادر بودن بیماری‌هایی که در قسمت دوم توضیح داده شده است، من به اعمال نظر شخصی اعتراف می‌کنم. زیرا اپیدمیولوژی هنوز به یک علم دقیق تبدیل نشده است و در مورد بسیاری از این بیماری‌ها، داده‌ها کمیاب و متناقض هستند و یا حتی وجود ندارند. اغلب، اعداد باید برآورد شوند. با این وجود خوب یا بد، من سعی کرده‌ام همه این بیماری‌ها را به شرح زیر طبقه بندی کنم.

شایع: اکثر بزرگسالان حداقل یک دوست یا آشنایی دارند که بیماری مورد نظر را دارد یا خواهد داشت. شیوع این بیماری از ۱ تا ۲۰۰ نفر متغیر است.

مکرر: یک یا چند نفر از افراد مبتلا، در یک شهر کوچک زندگی می‌کنند. شیوع آن از ۱ در ۲۰۰ تا ۱ در ۱۰۰۰۰ متغیر است.

ناشایع: حداقل یک بیمار در یک شهر بزرگ وجود دارد. شیوع این بیماری ۱ در ۵۰۰۰۰۰ است. هنگامی که یکی شناسایی می‌شود، اغلب باعث ارائه کنفرانسی بزرگ در بیمارستان یا دانشکده پزشکی می‌شود.

نادر: کمتر از ۱ در میلیون. هنگام مواجهه با چنین بیماری، احتمالاً مقاله‌ای در مجله پزشکی نوشته می‌شود.

به خاطر داشته باشید که فراوانی‌های گفته شده مربوط به خود بیماری‌های جسمی است و به‌طور کلی عوارض روان‌شناختی، ممکن است تنها در اقلیتی از موارد رخ دهد. همچنین توجه داشته باشید که اکثر فراوانی‌ها از نظر شیوع در طول عمر ارائه شده‌اند - احتمال اینکه فرد در مدت زندگی و قبل از مرگ به بیماری مبتلا شود.

در بحث ارزیابی، سعی کرده‌ام تنها به یک یا دو آزمون که ساده‌ترین، مفیدترین یا رایج‌ترین هستند بسنده کنم. بدیهی است که گاهی ممکن است برای تشخیص دقیق بیماری به آزمایشات و روش‌های بسیار بیشتری نیاز باشد که در این کتاب جای صحبت درباره آنها نبود.

استفاده از این کتاب

شما می‌توانید از بخش‌های مختلف این کتاب استفاده کنید:

۱. بخش اول به عنوان راهنمایی است که نشان می‌دهد چگونه متوجه شوید که یک اختلال روان‌شناختی، ناشی از یک بیماری جسمی است یا نه. من اینها را در چارچوب معاینه وضعیت روانی MSE^۱، که برای هر متخصص سلامت روان شناخته شده است، تنظیم کرده‌ام. توضیحاتی که در اینجا داده می‌شود راه را برای تشخیص برخی بیماری‌هایی که بعداً در کتاب مورد بحث قرار گرفته‌اند، هموار می‌کند.
۲. بخش دوم در مورد ۶۶ بیماری بحث می‌کند که می‌توانند تأثیرات مهمی در سلامت روان بیماران داشته باشند. همچنین در مورد مشخصه‌های جسمانی و روان‌شناختی بیمارانی که این اختلالات را دارند، می‌آموزید. البته این بیماری‌ها، علاوه بر علایمی که در این قسمت توضیح داده‌ام، می‌توانند علایم بیشتری نیز داشته باشند. این بخش فقط علایم مهم، رایج یا برجسته را ذکر می‌کند.
۳. در بخش سوم، علایم روان‌شناختی و جسمانی هر اختلالی که در بخش دوم مورد بحث قرار داده‌ام را به صورت یک جدول متقاطع آورده‌ام. در یک نگاه، می‌توانید مثلاً علایم عصب‌شناختی کم‌کاری و پرکاری غده پاراتیروئید را باهم مقایسه کنید.
۴. همچنین می‌توانید از بخش سوم به عنوان فهرست راهنما که در آن می‌توانید علایم مهم‌تر و رایج بیماری‌ها را بیابید، استفاده کنید. اما به این نکته توجه کنید که در پزشکی تقریباً هر چیزی

امکان‌پذیر است و هرگونه جمع‌آوری علائم، نه جامع، نه کامل و نه انحصاری است.
۵. تمام اختلالات و بیماری‌های جسمی (پزشکی) که در بخش یک تنها از آنها نام برده می‌شود، در بخش دوم به‌طور کامل و به تفصیل به آنها می‌پردازم.

امیدوارم زمانی که این کتاب را به پایان می‌رسانید:

- آگاهی بیشتری از علائم روان‌شناختی که طی بیماری‌های جسمی رخ می‌دهند، داشته باشید.
- نسبت به علائم جسمی که ممکن است به مداخله پزشکی نیاز داشته باشند، هوشیارتر باشید.
- به‌طور روزافزون در مورد بیماری‌هایی فراتر از علایق معمول متخصص سلامت روان، کنجکاوتر شوید.

بررسی علایم

ملیسا بلوک ۴۲ ساله، درمانگر خود را نگران کرد. او تا ۹ ماه قبل کاملاً سالم بود. به تدریج دچار اضطراب، تهوع و استفراغ دوره‌ای شد. کم‌کم از افسردگی شکایت کرد و به نظر می‌رسید به‌طور وسواسی، نگران سلامتی خود و خانواده‌اش است. درد شکمی، کاهش وزن و بی‌حالی خفیف باعث شد که چندین بار مورد ارزیابی پزشکی قرار گیرد. معاینه جسمی و آزمایش‌ها همه طبیعی بودند. بنابراین پزشکش او را برای روان‌درمانی ارجاع داد. در اولین قرار ملاقات، او گریه می‌کرد و با نگرانی و حالتی عصبی در اتاق قدم می‌زد و از افسردگی و مشکل خواب شبانه شکایت می‌کرد.

بعد از ۲ ماه روان‌درمانی و استفاده از داروی ضدافسردگی، هیچ بهبودی حاصل نشد. افسردگی ملیسا همچنان ادامه داشت و حقیقتاً با توجه به درد مداوم شکمی او، بیش از حد به نظر نمی‌رسید. مشکلات خانوادگی اخیر - شوهرش به رابطه طولانی مدت خود با زنی که قبلاً مشاور املاک آنها بود اعتراف کرده بود - بیانگر وجود یک مؤلفه عاطفی برای علایم وی بود.

با توجه به اینکه ملیسا سابقه علایم مانیا و سابقه خانوادگی اختلال خلقی نداشت و از طرفی بهبود کمی در درمان حاصل شده بود، پزشک معالجش نگران شد. به نظر نمی‌رسید که یک اختلال خلقی اولیه وجود داشته باشد. بنابراین برای او آزمایش‌های بیشتری درخواست کرد.

بازهم معاینه جسمی و آزمایش خون طبیعی بود. اما تکرار رادیولوژی قبلی، موردی را کشف کرد. بررسی دستگاه گوارش فوقانی، این بار کوچک شدن پوشش داخلی روده کوچک را نشان داد. و در نهایت لاپاروتومی اکتشافی^۱ یک سرطان لوزالمعده که به روده کوچک ملیسا حمله کرده بود را نشان داد.

خوشبختانه بسیاری از بیماری‌هایی که می‌توانند علایم روان‌شناختی ایجاد کنند، مانند سرطان پانکراس خطرناک نیستند (ملیسا تنها چند ماه پس از تشخیص فوت کرد). در کل پژوهش‌ها هنوز

۱. laparotomy: به معنای ایجاد برش‌های کوچک در دیواره شکم و ورود به حفره شکم به منظور اکتشاف، تشخیص و درمان احتمالی است. لاپاراتومی اکتشافی در صورتی انجام می‌شود که جراح نتواند با روش‌های دیگر به تشخیص قطعی درمورد وضعیت بیمار دست یابد.

مشخص نکرده‌اند که چند درصد از بیماران دارای علائم روان‌شناختی، در واقع به یک بیماری جسمی مبتلا هستند یا اینکه چقدر احتمال دارد بیماری جسمی، علائم روان‌شناختی را تشدید کند. اما می‌توان مطمئن بود که هر متخصص سلامت روان، با چنین بیمارانی روبرو خواهد شد. شیوع طول عمر اختلالات پزشکی آورده شده در این کتاب، به حدی است که اکثر ما ممکن است در طول زندگی، حداقل به یکی از آنها مبتلا شویم. هرچند همان‌طور که قبلاً گفته شد، این بیماری‌های جسمی در همه موارد علائم روان‌شناختی ایجاد نمی‌کنند.

ارزیابی

اگر بیمار تشنج^۱ یا سرفه خون‌آلود^۲ داشته باشد، فوراً متوجه می‌شوید که مشکلی وجود دارد. اما بسیاری از علائم بیماری‌های جسمی کاملاً واضح و روشن نیستند. حتی علائم تهدیدکننده زندگی اگر به تدریج ظاهر شوند، ممکن است نگران‌کننده به نظر نرسند.

در اوایل بیماری، ممکن است بیمار حتی علائم جسمی هم نداشته باشد. تظاهرات اولیه ممکن است کاملاً هیجانی یا رفتاری باشند مانند ملیسا بلوک. یا ممکن است قبلاً مورد بررسی قرار گرفته و به عنوان علائم بی‌اهمیت کنار گذاشته شده باشند. برای رهایی از سردرگمی و برای تعیین اینکه آیا علائم، نیاز به توجه و بررسی بیشتری دارند یا نه، می‌توانید از چندین اصل استفاده کنید:

- علائم جدید: زمان ایده‌آل برای تشخیص یک بیماری جدید، تشخیص با اولین علامت بیمار است. اما مشکل این است که اولین باری که یک علامت ظاهر می‌شود، ممکن است نسبتاً خفیف باشد و بنابراین مورد توجه قرار نگیرد.
- علائم هم‌زمان: این اصل کاملاً واضح است. شما ممکن است به علامت سرفه توجهی نداشته باشید. اما وقتی که با درد قفسه سینه و تب همراه باشد، توجه بیشتری به آن سرفه خواهید داشت. به همین ترتیب شکایت از خلق پایین ممکن است به خودی خود معنی چندانی نداشته باشد، اما وقتی که با بی‌خوابی، کاهش وزن، تمرکز ضعیف و نشخوار فکری همراه شود، دلیلی برای نگرانی خواهد بود.
- علائم بدتر: این اصل نیز تقریباً خود گویاست. شما بیشتر از درد قفسه سینه با احساس فشار بر روی استخوان جناغ نگران می‌شوید یا از سوزش خفیف سر دل؟ از حمله پانیک واضح نگران می‌شوید یا از احساس اضطراب گاه به گاه؟
- علائم پابرجا: تقریباً همه افراد گاهی احساس افسردگی می‌کنند. اما این احساس معمولاً فقط

1. convulsion
2. coughing up blood

چند ساعت و حداکثر یک یا دو روز طول می‌کشد. این افسردگی حتی زمانی که خیلی شدید باشد، بازم معمولاً اهمیت بالینی ندارد. اما افسردگی حتی با شدت کمتر، اگر روزها ادامه یابد، می‌تواند بر تعاملات فرد با همسر و دوستانش و توانایی‌های او در مدرسه یا محیط کارش تأثیر نامطلوب بگذارد.

- **علائم هشد/ردهنده:** برخی از علائم ذاتاً نشان‌دهنده یک بیماری جدی هستند. بزرگ شدن یک لکه تیره روی پوست می‌تواند ملانوم^۱ باشد. خلط خونی ممکن است نشان‌دهنده سبل باشد. افکار خودکشی نشان‌دهنده افسردگی بالینی است. علائم جدی، پرچم قرمزی است که نیاز به بررسی فوری دارد.

- **علامت‌های الگویی:** علائمی که معمولاً باهم اتفاق می‌افتند (سندروم) نشان‌دهنده یک اختلال با علت مشترک هستند، که ممکن است یک درمان خاص برای همه آن علائم مؤثر باشد. به عنوان مثال، یکی از سندروم‌های مورد بحث در این کتاب هیدروسفالی با فشار طبیعی است که الگوی علائم آن شامل دمانس، مشکل در راه رفتن و بی‌اختیاری ادرار است.

همانطور که اصول فوق گواهی می‌دهند، کشف اختلالات جسمی یا روان‌شناختی به این بستگی دارد که چقدر سریع و راحت می‌توانید تغییرات در ظاهر، رفتار، وضعیت جسمی و وضعیت هیجانی بیمار را تشخیص دهید. گاهی اوقات این کار آسان است، مثلاً وقتی که تغییرات آن‌قدر چشمگیر هستند که هرکسی متوجه آنها می‌شود یا زمانی که بیمار/یکی از بستگان آن را گزارش می‌دهند. اما کشف تغییرات ظریف سخت است و ممکن است در اولین مصاحبه اصلاً متوجه آنها نشوید. در این زمان است که گفتگو با بستگان، دوستان یا سایر افرادی که بیمار شما را به خوبی می‌شناسند می‌تواند بسیار ارزشمند باشد. غالباً مشاهدات آنها می‌تواند اطلاعاتی در مورد رفتار بیمار ارائه دهد که شما از هیچ منبع دیگری به دست نمی‌آورد. برای سهولت، برخی از این سرنخ‌های تشخیصی جدید را در جدول ۱ فهرست کرده‌ام.

بیشتر اوقات، علائم روان‌شناختی ناشی از بیماری‌های پزشکی نیست و این واقعیت برای پزشکان مشکل ایجاد می‌کند. زیرا ممکن است به‌خاطر سپردن بیماری‌های جسمی که غالباً هم رخ نمی‌دهند، مشکل باشد. با این وجود، بیماران روان‌شناختی ممکن است و می‌توانند بیماری‌های جسمی داشته باشند و منتظر تشخیص درمانگر بالینی که ذهن آماده‌ای دارد، هستند.

این کتاب با ارائه مطالبی در مورد بیماری‌ها و همچنین فرآیند جمع‌آوری اطلاعات از طریق مشاهده، به شما کمک می‌کند تا اختلالات پزشکی (جسمی) را تشخیص دهید. بقیه بخش اول را به جزئیات این فرآیند اختصاص می‌دهم.

۱. melanoma: ملانوما به تومور با منشأ سلول‌های ملانین‌دار گویند. این تومور بدخیم اصولاً یک تومور پوستی است. این نوع سرطان به سرعت می‌تواند در بدن گسترش پیدا کند.

جدول ۱: سرنخ‌هایی که تشخیص جدید یا متفاوتی را ایجاب می‌کند

رفتارهای جدید
تغییر در هیجانات
علائم جسمی جدید
علائم که با تشخیص فعلی سازگار نیست.
علائمی که علی‌رغم درمان ظاهراً مناسب، برطرف نمی‌شوند.

انجام ارزیابی

منابع معتبری در زمینه ارزیابی بیماران، چه در سلامت روان و چه در پزشکی عمومی وجود دارد. البته آشنایی با بسیاری از بیماری‌ها الزامی است و این بدان معنا است که باید از علائم بی‌شماری که در طیف بیماری‌های انسانی یافت می‌شود، آگاه باشید. اما چگونه پزشکان از اطلاعات خود برای رسیدن به تشخیص درست استفاده می‌کنند؟

اگرچه تاکنون پاسخ‌های گوناگونی به این سوال داده شده است، اما در واقع هیچ پاسخ ساده‌ای برای این سؤال وجود ندارد. دهه‌ها است که پزشکان از انواع دستگاه‌های مکانیکی (مداد و کاغذی یا رایانه‌ای) برای کمک به تصمیم‌گیری استفاده می‌کنند. برجسته‌ترین آنها معیارهای بالینی جزء-به-جزء مشخص شده (مانند کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، چاپ پنجم DSM-5) و درخت تصمیم‌گیری است. با این حال به نظر می‌رسد هیچ‌کدام از این‌ها یا هیچ‌کدام از وسایلی که ابداع شده‌اند، جایگزین مناسبی برای قضاوت یک پزشک متخصص/درمانگر مجرب نیست.

بخشی از مشکل ممکن است این باشد که این روش‌ها با فرآیندی که افراد مجرب برای رسیدن به تشخیص استفاده می‌کنند، همسان نیستند. برای اکثر پزشکان و درمانگران، حتی پزشکان بسیار خوب، توصیف و توضیح مراحل ذهنی که برای رسیدن به تشخیص استفاده می‌کنند، سخت است. درحالی‌که قبول دارم که این فرآیند به اندازه کافی مورد مطالعه قرار نگرفته است، با این حال به نظر نمی‌رسد که پزشکان و درمانگران باتجربه از مجموعه داده‌ها و معاینات، به طریقی نظام‌مند و با قاعده‌ای مشخص، به تصمیم‌گیری برسند. یعنی همان روش‌هایی که در ماشین‌ها و رایانه‌ها و یا افرادی که از درخت تصمیم‌گیری پیروی می‌کنند، استفاده می‌شود.

۱. اولین کاری که یک پزشک متخصص/درمانگر مجرب برای رسیدن به تشخیص انجام می‌دهد این است که به یک فرمول اولیه برسد. این فرمول اولیه معمولاً در حین مصاحبه تشخیصی، بسیار سریع و اغلب در یکی دو دقیقه اول حاصل می‌شود که ممکن است بر اساس یک

جدول ۲: منابع داده‌های تشخیصی بیشتر

- اطلاعات قبلی از معاینات، بررسی‌ها و پرونده بیمار/ بیمارستان
- مصاحبه با خانواده و دوستان بیمار
- مصاحبه بعدی با بیمار برای جمع‌آوری داده‌های احیاناً مورد غفلت قرار گرفته
- بررسی‌های آزمایشگاهی
- بررسی‌های تصویربرداری (رادیوگرافی Xray، توموگرافی کامپیوتری CT، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی MRI)
- آزمایش روان‌شناختی
- گذر زمان^۱

مشاهده کلیدی یا الگوی علایم باشد. البته، هرگونه حدسی به این سرعت، منطقاً ممکن است تشخیصی ضعیف و غیرقابل قبول و بر اساس داده‌های ناکافی باشد. اما حداقل حوضه کلی را مشخص می‌کند (در مورد بیمار مبتلا به سلامت روان به عنوان مثال، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، روان‌پریشی) که باید بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

۲. سپس داده‌های اضافی (جدول ۲ را ببینید) که فرضیه را تأیید یا رد می‌کنند، توسط پزشکی که همیشه نسبت به احتمال تشخیص‌های دیگر هشیار است، جمع‌آوری می‌شود.
۳. سپس با داده‌های جمع‌آوری شده کافی، می‌توان فرضیه نهایی را انتخاب کرد. مطالعات نشان داده است که اگر پزشکان تشخیص صحیح را در لیست تشخیص/افتراقی اولیه خود قرار دادند، احتمالاً در نهایت تشخیص صحیح را انتخاب می‌کنند.

منابع خطا

پزشکان و درمانگران ممکن است با خطاهایی در فرآیند تشخیص، خود و بیماران‌شان را دچار مشکل کنند. برخی از این اشتباهات، تمام‌عیار و علنی و غیرقابل قبول هستند. برخی دیگر به علت کاربرد بسیار جدی اصولی که گویی وحی منزلند، ایجاد می‌شود. در اینجا تنها تعدادی از آنها ذکر شده است:

- تمرکز تنها بر روی چیزی که پزشک/درمانگر بهتر می‌داند: ضرب‌المثلی می‌گوید: «اگر تنها ابزار شما چکش باشد، همه چیز شبیه میخ است». دانش وسیع و پذیرش مشاهدات جدید، کمک می‌کند تا تشخیص دقیق‌تری داشته باشید.
- به دنبال یک تشخیص راحت: بعضی از تشخیص‌ها راحت‌تر از بقیه هستند. درمان آنها آسان‌تر

۱. گذشت زمان می‌تواند ابزاری قدرتمند برای آشکارسازی یا تأیید تشخیص‌ها باشد. البته خطر آن این است؛ تا زمانی که تشخیص قطعی شود ممکن است برای کمک به بیمار بسیار دیر شده باشد.