

تشخیص افتراقی بر اساس DSM-5-TR

تألیف

دکتر مایکل ب. فرست

ترجمه

دکتر فرزین رضاعی

دانشیار روان پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر علی اکبر فروغی

دکتر ابوذر گلورز

فهرست

پیشگفتار.....	۵
فصل ۱: تشخیص افتراقی گام به گام.....	۹
گام ۱: رد تمارض و اختلال ساختگی.....	۹
گام ۲: رد سبب‌شناسی مواد (شامل سوء مصرف مواد، داروها).....	۱۰
گام ۳: رد اختلال ناشی از بیماری طبی دیگر.....	۱۶
گام ۴: تعیین اختلال(های) روانی خاص مستقل.....	۱۹
گام ۵: متمایز کردن اختلال‌های سازگاری از سایر اختلال‌های روانی معین یا نامعین باقیمانده.....	۱۹
گام ۶: ایجاد مرز با وضعیت فقدان اختلال روانی.....	۲۱
تشخیص افتراقی و هم‌ابتلائی.....	۲۲
نحوه استفاده از این کتاب: نمونه موردی (CASE).....	۲۴
فصل ۲: تشخیص افتراقی به وسیله درخت‌های تصمیم‌گیری.....	۳۱
فصل ۳: تشخیص افتراقی به وسیله جداول.....	۲۰۷
اختلال‌های عصبی‌رشدی.....	۲۱۴
طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های روان‌پریشی.....	۲۳۰
اختلال دوقطبی و اختلال‌های مرتبط.....	۲۴۱
اختلال‌های افسردگی.....	۲۵۱
اختلال‌های اضطرابی.....	۲۶۴
اختلال وسواسی-جبری و اختلال‌های مرتبط.....	۲۸۵
اختلال‌های مربوط به سانحه و عوامل استرس‌زا.....	۲۹۹
اختلال‌های تجزیه‌ای (گسستی).....	۳۰۸
اختلال علامت جسمی و اختلال‌های مرتبط.....	۳۱۵

۳۲۹	اختلال‌های تغذیه و خوردن
۳۴۰	اختلال‌های خواب- بیداری
۳۴۸	اختلال‌های عملکرد جنسی (کژکاری‌های جنسی)
۳۵۰	نارضایتی جنسیتی
۳۵۲	اختلال‌های ایدایی، کنترل تکانه و سلوک
۳۶۰	اختلال‌های اعتیادی و مرتبط با مواد
۳۶۳	اختلال‌های عصبی‌شناختی
۳۶۹	اختلال‌های شخصیت
۳۸۸	اختلال‌های انحرافات جنسی (اختلال‌های پارافیلیک)
۳۹۱	ضمیمه: طبقه‌بندی DSM-5-TR
۴۵۵	نمایه الفبایی درخت‌های تصمیم‌گیری
۴۵۶	نمایه جدول‌های تشخیص افتراقی

پیشگفتار

تشخیص افتراقی مهم‌ترین تکلیف ما در جایگاه متخصص بالینی است. اغلب بیمارانی که به کلینیک مراجعه می‌کنند، نمی‌گویند که «من اختلال افسردگی اساسی دارم ... به من ضد افسردگی دهید» (هرچند که برخی از آنها این کار را می‌کنند!). معمولاً بیمارانی که با ما مشورت می‌کنند به دنبال تسکین یافتن از علائم خاصی از قبیل خلق افسرده و خستگی هستند (به زبان پزشکی «شکایت‌های اصلی») که منبع آشفتگی یا اختلال قابل ملاحظه از نظر بالینی هستند. در هنگام مواجهه با این علائم وظیفه ما این است که از میان همه اختلال‌هایی که در DSM-5-TR لحاظ شده‌اند، مواردی را که می‌توانند مسئول این علائم باشند از صافی خود رد کنیم (برای مثال، برای خستگی و خلق افسرده احتمال اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی پایدار [افسرده‌خویی]، اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر، اختلال افسردگی ناشی از دارو/ مواد، اختلال‌های سازگاری و... وجود دارد). زمانی که فهرستی از این اختلال‌های انتخاب‌شده را مشخص کردیم، کار بعدی جمع‌آوری اطلاعات بیشتر است - این اطلاعات از تاریخچه شخصی، افراد آشنا با بیمار، سوابق درمانی، معاینه وضعیت روانی و بررسی‌های آزمایشگاهی به دست می‌آیند - این کار به ما اجازه می‌دهد که فهرست تشخیص‌های افتراقی را به محتمل‌ترین گزینه کاهش دهیم، که به تشخیص اولیه تبدیل می‌شود و این تشخیص به طرح درمان اولیه می‌انجامد. با این حال، ما باید همواره انعطاف‌پذیر باشیم زیرا این امکان وجود دارد که اطلاعات تکمیلی که پس از سنجش اولیه به دست می‌آیند تشخیص ما و به دنبال آن احتمالاً طرح درمان را تغییر دهند. به عنوان مثال، تشخیص اولیه اختلال افسردگی اساسی راجعه ممکن است با درخواستی از کپی پرونده پزشکی بستری شدن‌های قبلی به اختلال دوقطبی I تغییر یابد زیرا پرونده بیمار نشان می‌دهد که آنچه به وسیله او به عنوان یک دوره افسردگی اساسی در گذشته گزارش شده است در واقع یک دوره مانیا با ویژگی‌های مختلط بوده است.

کتاب حاضر باید مهارت شما را در فرمول‌بندی یک تشخیص افتراقی جامع با ارائه مشکل از دیدگاه‌های متفاوت بهبود ببخشد. در فصل اول کتاب «تشخیص افتراقی گام به گام»، مسائل مربوط به تشخیص افتراقی را که باید در مورد هر بیمار ارزیابی شود، بررسی کرده‌ایم، این امر در یک چارچوب تشخیصی شش مرحله‌ای صورت می‌پذیرد. در فصل دوم «تشخیص افتراقی به وسیله درخت‌های

تصمیم‌گیری»، رویکرد ما به تشخیص افتراقی پایین به بالا است- به عبارت دیگر، از نقطه آغاز که با علامت(های) ارائه‌شده از سوی بیمار، نظیر خلق افسرده، هذیان‌ها و بی‌خوابی، شروع می‌شود. هر یک از این ۳۰ درخت تصمیم‌گیری نشان می‌دهد که کدام یک از تشخیص‌های DSM-5-TR باید در تشخیص افتراقی این علامت خاص مورد بررسی قرار گیرند، همچنین نقاط تصمیم‌گیری^۱ را پیشنهاد می‌کند که فرایند تفکر درگیر در انتخاب از میان تشخیص‌های احتمالی رقیب را منعکس می‌کند. در فصل سوم «تشخیص افتراقی به وسیله جداول» از نقطه پایانی فرایند سنجش تشخیصی به مسئله تشخیص افتراقی نگریسته شده است- به عبارت دیگر زمانی که به یک تشخیص شهودی دست یافتید و بخواهید مطمئن شوید که به تمام گزینه‌های معقول توجه کافی کرده‌اید. این فصل شامل ۶۷ جدول تشخیص افتراقی است که هر کدام مربوط به یکی از مهم‌ترین اختلال‌های DSM-5-TR است. به منظور تسهیل پیوستگی بین درخت‌های تصمیم‌گیری فصل ۲ و جداول تشخیص افتراقی در فصل ۳، در درخت‌های تصمیم‌گیری برای هر یک از اختلال‌ها شاخه‌های پایانی در نظر گرفته شده است که جدول تشخیص افتراقی مربوطه را نشان می‌دهد. علاوه بر این، طبقه‌بندی DSM-5-TR در ضمیمه کتاب آمده است که فرایند کدگذاری را تسهیل می‌کند و مروری بر تمام تشخیص‌های DSM-5-TR را ارائه می‌دهد که باید در فرمول‌بندی یک تشخیص افتراقی در نظر گرفته شود. همچنین نمایه‌های الفبایی درخت‌های تصمیم‌گیری و جداول تشخیص افتراقی درج شده‌اند که روش دیگری را برای مشخص کردن یک درخت تصمیم‌گیری خاص یا جدول تشخیص افتراقی فراهم می‌کنند که ممکن است جالب توجه باشد.

اطلاعاتی که در بخش درخت‌های تصمیم‌گیری و جداول تشخیص افتراقی آمده‌اند تا حدودی همپوشی دارند اما هر کدام از این چارچوب‌ها توانمندی‌های خاص خود را دارند و ممکن است بسته به موقعیت کم‌وبیش سودمند باشند. درخت‌های تصمیم‌گیری بر قواعد الگوریتمی کلی تأکید دارند که تعیین‌کننده طبقه‌بندی یک علامت خاص هستند. جداول تشخیص افتراقی برای اغلب اختلال‌های DSM-5-TR ارائه شده‌اند. این جداول اختلال‌هایی را نشان می‌دهند که ویژگی‌های مهم مشترکی دارند و بنابراین باید در نظر گرفته شوند و کنار گذاشته شوند. جداول تشخیص افتراقی این مزیت را دارند که مقایسه‌ای شانه‌به‌شانه^۲ از هر اختلال را با نزدیک‌ترین اختلال به آن فراهم می‌کنند، همچنین جنبه‌های مشترک و متمایز هر یک را برجسته می‌کنند. خوانندگان این کتاب اهداف و روش‌های مختلفی برای استفاده از آن دارند. برخی از افراد علاقه‌مند به مرور کلی فرایند تشخیص‌گذاری اختلال‌های DSM-5-TR هستند و مرور همه کتاب را کمک‌کننده می‌یابند. بعضی دیگر از این کتاب به عنوان یک راهنمای ارجاعی که در تشخیص افتراقی یک بیمار خاص سودمند است، استفاده می‌کنند. با توجه به این واقعیت که انسان‌ها پیچیده‌تر از قواعد موجود در درخت‌های تصمیم‌گیری یا

1. decision points
2. head to head

جداول هستند، هنر و علم تشخیص روان‌پزشکی هم مورد نفرت و هم ستایش است. از یک سو، بالینگران می‌بایست بر وسوسه استفاده از ملاک‌های DSM-5-TR یا درخت‌های تصمیم‌گیری و جداول تشخیص افتراقی این کتاب به‌شیوه‌ای تکراری و همانند کتاب آشپزی غلبه کنند. هدف رویکردهایی که در اینجا مطرح شده‌اند تقویت نقش محوری قضاوت بالینی و خرد تجمیعی حاصل از تجربه است نه جایگزین کردن این موارد. از سوی دیگر، بالینگرانی که از رهنمودهای تشخیص افتراقی درج‌شده در DSM-5-TR آگاهی ندارند، ممکن است در عادات‌های تشخیصی خود فقط بر نظر شخصی تکیه کنند و یکی از کارکردهای اصلی DSM-5-TR را که تسهیل تبادل اطلاعات تشخیصی در میان بالینگران، و بالینگران با بیماران و اعضای خانواده بیماران است تضعیف کنند. اطلاع از دقت حاصل از دنبال کردن قواعد DSM-5-TR و بهره بردن از آن سودمند خواهد بود، اما خودتان را صرفاً به آنها محدود نکنید.

تشخیص افتراقی گام به گام

فرایند تشخیص افتراقی در DSM-5-TR را می‌توان به شش گام اساسی تقسیم کرد که عبارت‌اند از: (۱) رد تمارض و اختلال ساختگی؛ (۲) رد سبب‌شناسی مواد؛ (۳) رد سبب‌شناسی بیماری طبی؛ (۴) مشخص کردن اختلال(های) روانی مستقل خاص (یعنی اختلال روانی ناشی از مصرف مواد و ناشی از بیماری طبی دیگر نباشد)؛ (۵) متمایز کردن اختلال‌های سازگاری از سایر بیماری‌های معین و نامعین باقیمانده؛ و (۶) ایجاد مرز با فقدان اختلال روانی. مرور جامع این فصل چارچوب سودمندی برای درک و به‌کارگیری درخت‌های تصمیم‌گیری فصل بعد فراهم می‌کند.

گام ۱: رد تمارض و اختلال ساختگی

نخستین گام کنار گذاشتن تمارض و اختلال ساختگی است (که شامل جعل عمدی علائم جسمی یا روان‌شناختی دروغین یا به‌شدت اغراق‌آمیز است)، زیرا اگر بیمار در مورد ماهیت و شدت علائم خود صادق نباشد، علی‌رغم توانایی بالینگر در دستیابی به یک تشخیص روان‌پزشکی دقیق، تمام تلاش‌های او بی‌نتیجه خواهد بود. بخش زیادی از کار روان‌پزشکی مبتنی بر اعتقاد به تلاش مشترک بین بالینگر و بیمار به‌منظور کشف ماهیت و علت علائم گزارش شده است. هرچند، مواقعی وجود دارد که همه چیز آن‌گونه که به نظر می‌آید نیست. برخی از بیماران ممکن است تصمیم بگیرند که به‌وسیله ایجاد یا جعل علائم بالینگران را فریب دهند. در DSM-5-TR دو بیماری وجود دارد که به‌وسیله جعل کردن علائم مشخص می‌شوند: تمارض و اختلال ساختگی. این دو بر اساس انگیزه‌های فریب دادن از هم متمایز می‌شوند. زمانی که انگیزه جعل علائم دستیابی به هدفی باشد که به‌وضوح قابل تشخیص است به‌عنوان تمارض در نظر گرفته می‌شود (مثل گرفتن غرامت از بیمه، اجتناب از مسئولیت‌های نظامی یا قانونی، دریافت دارو). زمانی که رفتار فریب دادن حتی در غیاب پاداش‌های بیرونی آشکار

وجود داشته باشد، تشخیص اختلال ساختگی داده می‌شود. اگرچه انگیزه بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال ساختگی دریافت نقش بیمار است، در DSM-5 به دلیل مشکلات ذاتی در مشخص کردن انگیزه زیربنایی افراد از رفتار مشاهده‌شده آنها این ملاک کنار گذاشته شده است.

مطمئناً ما از این قضیه طرفداری نمی‌کنیم که با هر بیمار به‌عنوان یک شاهد متخصص رفتار شود و بالینگر به وکیل بدگمانی تبدیل شود. هرچند، میزان سوء ظن بالینگر در موارد زیر باید افزایش یابد: (۱) زمانی که مشوق‌های بیرونی آشکاری برای بیماری که تشخیص یک اختلال روان‌پزشکی دریافت کرده است وجود دارد (برای مثال، تعیین از کارافتادگی، ارزیابی‌های قانونی در موردهای جنایی یا شهری و محیط‌های زندان)، (۲) زمانی که بیماران با دسته‌ای از علائم روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند که به‌جای یک کلیت بالینی مشخص، بیشتر با یک ادراک فریبده از بیماری روانی مطابقت دارند، (۳) زمانی که ماهیت علائم از یک موقعیت ارزیابی بالینی نسبت به موقعیت دیگر به‌طور چشمگیر تغییر می‌کند، (۴) زمانی که بیمار تابلوی بالینی‌ای را نشان می‌دهد که از فرد خاصی آن را تقلید می‌کند (مانند بیمار دیگری در همان واحد بیمارستانی، بیماری روانی یکی از اعضای نزدیک خانواده) و (۵) زمانی که بیمار مشخصاً دست‌کاری‌کننده یا تلقین‌پذیر است. و در پایان، برای بالینگران سودمند خواهد بود که از تمایل خود برای شکاکیت افراطی یا اعتماد افراطی آگاه باشند.

گام ۲: رد سبب‌شناسی مواد (شامل سوء مصرف مواد، داروها)

نخستین سؤالی که اغلب باید در تشخیص افتراقی بررسی شود این است که آیا علائم گزارش‌شده ناشی از یک ماده است که بر دستگاه عصبی مرکزی (CNS) تأثیر مستقیم گذاشته است. در حقیقت هر نوع تابلوی علائم روان‌پزشکی که در موقعیت‌های سلامت روان با آنها مواجه می‌شویم، می‌تواند در اثر مصرف مواد به‌وجود آید. نادیده گرفتن سبب‌شناسی مواد ممکن است رایج‌ترین خطای تشخیصی باشد که در کار بالینی صورت می‌گیرد. این امر پدیده نگران‌کننده‌ای است زیرا تشخیص درست تلویحات درمانی فوری را نیز به دنبال دارد. به‌عنوان مثال، اگر بالینگر علائم روان‌پریشی (سایکوتیک) را ناشی از مسمومیت با کوکائین بداند، منطقی نیست که بیمار بلافاصله مصرف داروهای ضد روان‌پریشی را شروع کند. این کار تنها زمانی صورت می‌گیرد که علائم روان‌پریشی ناشی از مسمومیت مواد برای خود فرد (یا دیگران) خطرات فوری ایجاد کنند. اگرچه مصرف مواد به‌اندازه کافی شایع است و طیف گسترده‌ای از علائم مختلف می‌توانند به‌خاطر آن پدید آیند، مشخص کردن اینکه آیا آسیب‌شناسی روانی به دلیل مصرف مواد است، اغلب می‌تواند دشوار باشد. این حقیقت که مصرف مواد و آسیب‌شناسی روانی با هم روی می‌دهند لزوماً دلالت بر رابطه علت و معلولی نیست.

بدیهی است که نخستین تکلیف ما مشخص کردن این است که آیا شخص از مواد استفاده می‌کرده است. این کار مستلزم گرفتن تاریخچه دقیق و معاینه جسمی برای نشانه‌های مسمومیت یا

ترک مواد است. با توجه به اینکه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در دست کم گرفتن مصرفشان بدنام هستند، معمولاً منطقی است که با اعضای خانواده مصاحبه شود و بررسی‌های آزمایشگاهی بر روی مایعات بدن برای اثبات مصرف اخیر مواد خاص انجام شود. باید به خاطر داشت بیمارانی که با هر ماده‌ای (نه فقط داروها/ مواد مورد سوء مصرف) مواجه می‌شوند یا از آنها استفاده می‌کنند، می‌توانند با علائم روان‌پزشکی مراجعه کنند و اغلب نیز این اتفاق رخ می‌دهد. آسیب‌شناسی روانی ناشی از دارو به‌خصوص با افزایش سن جمعیت رایج است و اغلب نادیده گرفته می‌شود، به‌علاوه بسیاری از افراد از چندین دارو استفاده می‌کنند. به‌ویژه در مشاغلی که افراد با سموم در تماس هستند، مواجهه با سموم باید در نظر گرفته شود؛ اگرچه شیوع کمتری دارد.

بعد از اینکه مصرف مواد تأیید شد، گام بعدی مشخص کردن این است که آیا بین مصرف مواد و علامت‌شناسی روان‌پزشکی ارتباطی وجود دارد. این کار مستلزم تمایز میان سه رابطه احتمالی بین مصرف مواد و آسیب‌شناسی روانی است: (۱) علائم روان‌پزشکی نتیجه تأثیر مستقیم مواد بر دستگاه عصبی مرکزی هستند (که به تشخیص اختلال‌های روانی ناشی از مواد/ دارو در DSM-5-TR منجر می‌شود؛ مانند اختلال روان‌پریشی ناشی از کوکائین، اختلال افسردگی ناشی از ریسپریدون)؛ (۲) مصرف مواد پیامد (یا ویژگی همراه) ابتلا به یک اختلال روان‌پزشکی اولیه است (مثل خوددرمانی)؛ و (۳) علائم روان‌پزشکی و مصرف مواد مستقل از هم هستند. در مورد هر یک از این روابط در زیر بحث می‌شود.

۱. در تشخیص‌گذاری یک اختلال روانی ناشی از مواد/ دارو، برای مشخص کردن اینکه آیا بین مصرف مواد و علامت‌شناسی روان‌پزشکی رابطه وجود دارد، سه جنبه را باید در نظر گرفت. نخست، باید مشخص کنید که آیا بین مصرف مواد یا دارو و علائم روان‌پزشکی ارتباط زمانی نزدیکی وجود دارد. سپس باید این احتمال را بررسی کنید که آیا الگوی خاصی از مصرف مواد/ دارو می‌تواند به علائم روان‌پزشکی منجر شود. نهایتاً، باید بررسی کنید که آیا تبیین جایگزین بهتری (عواملی غیر از مواد یا دارو) برای این الگوی بالینی وجود دارد.

- بررسی کنید که آیا بین مصرف مواد/ دارو و شروع یا تداوم آسیب‌شناسی روانی رابطه زمانی وجود دارد.

احتمالاً بهترین راه برای ارزیابی رابطه سبب‌شناختی بین مصرف دارو/ مواد و علائم روان‌پزشکی مشخص کردن این است که قبلاً در یک دوره زمانی خاصی علائم روان‌پزشکی در خارج از بافت مصرف مواد/ دارو وجود داشته‌اند (اگرچه همچنان احتمال خطا وجود دارد). در حالت‌های شدید این قاعده نسبتاً سر راست است. اگر شروع آسیب‌شناسی روانی آشکارا بر شروع مصرف مواد/ دارو مقدم باشد، این احتمال وجود دارد که بیماری اولیه یک بیماری روان‌پزشکی بدون ارتباط با مواد یا دارو باشد و مصرف مواد/ دارو بیماری ثانویه

(به عنوان شکلی از خوددرمانی) باشد یا اینکه با هم ارتباطی نداشته باشند. برعکس، اگر شروع مصرف مواد/ دارو آشکارا با فاصله زمانی کوتاه مقدم بر آسیب شناسی روانی باشد، احتمال بیشتری برای اختلال روانی ناشی از مواد/ دارو وجود دارد. متأسفانه در عمل این تفکیک به ظاهر ساده ممکن است دشوار باشد، زیرا شروع مصرف مواد/ دارو و آسیب شناسی روانی ممکن است کم و بیش هم زمان باشد، یا اینکه بازسازی گذشته نگرائه آنها غیر ممکن باشد. در چنین موقعیت هایی لازم است بر سیر علائم روان پزشکی در زمانی که فرد دیگر دارو یا مواد مصرف نمی کند تکیه کنید.

علائم روان پزشکی که در بافت مسمومیت یا ترک مواد و مصرف دارو یا بلافاصله پس از آن روی می دهند در نتیجه تأثیر مواد یا دارو بر سیستم های انتقال دهنده عصبی (عصب رسانی) به وجود می آیند. زمانی که این تأثیرات حذف شوند (در دوره پاک بعد از مرحله ترک)، علائم باید خود به خود محو شوند. استمرار علامت شناسی روان پزشکی در یک دوره زمانی قابل ملاحظه پس از ترک حاد یا مسمومیت شدید یا بعد از قطع مصرف دارو نشان می دهد که آسیب شناسی روانی اولیه است و ناشی از مصرف مواد/ دارو نیست. استثنای برای این قاعده، نوع پایدار اختلال عصبی شناختی عمده یا خفیف ناشی از مواد/ دارو است که پس از قطع مصرف ماده توهمزا یک یا چند علامت ادراکی را که فرد در اثر مسمومیت با مواد توهمزا تجربه کرده (مانند توهم های هندسی، جرقه های رنگی، زنجیره تصاویر اشیای متحرک، هاله پیرامون اشیا) دوباره تجربه می شوند.

ملاک های DSM-5-TR برای تظاهرات اختلال روانی ناشی از مواد/ دارو بیان می کنند که اگر علائم روان پزشکی در طول یک ماه پس از قطع مصرف حاد، ترک یا مسمومیت حاد کاهش یابند، این علائم باید به مصرف مواد نسبت داده شوند. هرچند، باید متذکر شد که نیاز به انتظار در یک دوره زمانی ۱ ماه کامل برای تشخیص یک اختلال روان پزشکی مستقل رهنمودی است که تنها باید همراه با قضاوت بالینی به کار رود؛ بسته به موقعیت و بر اساس دغدغه شما برای اجتناب از مثبت های کاذب در برابر منفی های کاذب، با توجه به تشخیص یک نمای اختلال روانی ناشی از مواد/ دارو استفاده از دوره های زمانی طولانی تر یا کوتاه تر منطقی به نظر می رسد. از یک سو، برخی از بالینگران به خصوص کسانی که در مراکز درمانی مصرف مواد کار می کنند در مورد احتمال تشخیص اشتباه تظاهر اختلال روانی ناشی از مواد/ دارو به عنوان یک اختلال روانی مستقل که ناشی از مصرف مواد نیست، نگران هستند و ترجیح می دهند قبل از تشخیص اختلال روانی مستقل، یک دوره ۸-۶ هفته ای پاک را در نظر بگیرند. از سوی دیگر، بالینگرانی که عمدتاً در مراکز روان پزشکی کار می کنند از این نگران اند که با توجه به مصرف گسترده مواد در بین بیماران مراکز بالینی، ممکن است چنین دوره انتظار

طولانی مدتی غیر عملی باشد و به تشخیص بیشتر اختلال‌های روانی ناشی از مواد/ دارو و تشخیص کمتر اختلال‌های روانی مستقل منجر گردد. علاوه بر این، باید به خاطر داشت که یک چارچوب زمانی ۱ ماهه واحد در مورد طیف گسترده‌ای از مواد و داروها با ویژگی‌های داروجنبش‌شناسی (فارماکوکینتیک)^۱ بسیار متفاوت و طیف گسترده‌ای از آسیب‌شناسی‌های روانی مختلف ناشی از آنها به کار می‌رود. بنابراین، چارچوب زمانی باید به طور انعطاف‌پذیری بکار رود و گستردگی، طول مدت و ماهیت مصرف مواد/ دارو باید در نظر گرفته شود.

بعضی مواقع مشخص کردن اینکه آیا علائم روان‌پزشکی قبلاً در یک دوره زمانی خارج از دوره‌های مصرف مواد/ دارو روی داده‌اند، به سادگی امکان‌پذیر نیست. این امر ممکن است در مواجهه با موقعیتی روی دهد که بیمار چنان گزارشگر ضعیفی است که امکان تعیین دقیق روابط زمانی گذشته را ندارد. علاوه بر این، مصرف مواد و علائم روان‌پزشکی می‌توانند در محدوده زمانی یکسانی شروع شوند (اغلب در نوجوانی) و هر دو می‌توانند کم‌وبیش مزمّن و مداوم شوند. در چنین موقعیت‌هایی ممکن است لازم باشد بیمار را در طول دوره فعلی پاکی از مصرف مواد بسنجیم یا، در موارد مشکوک به اختلال روان‌پزشکی ناشی از دارو، داروهایی را که احتمالاً باعث علائم روان‌پزشکی می‌شوند، قطع کنیم. اگر علائم روان‌پزشکی در غیاب مصرف مواد/ دارو ادامه یابند پس اختلال روان‌پزشکی را می‌توان مستقل در نظر گرفت و اگر علائم در طول دوره‌های پاکی کاهش یابند، مصرف مواد احتمالاً اولیه است. درک این مطلب مهم است که این قضاوت تنها پس از انتظار برای سپری شدن زمانی کافی صورت می‌گیرد، به طوری که اطمینان حاصل شود که علائم روان‌پزشکی پیامد ترک مواد نیستند. به طور ایدئال، بهترین مکان برای ایجاد این تمایز بیمارستان است، جایی که دسترسی بیمار به مواد را می‌توان کنترل کرد و علامت‌شناسی روان‌پزشکی بیمار را می‌توان به طور دوره‌ای ارزیابی نمود. البته اغلب غیرممکن است که بیمار را برای ۴ هفته در یک محیط تقریباً کنترل‌شده مشاهده کرد. بنابراین، این قضاوت‌ها باید بر مبنای مشاهداتی با کنترل کمتر باشد و در مورد اطمینان بالینگر به صحت تشخیص باید بیشتر احتیاط کرد.

- برای تعیین احتمال اینکه الگوی مصرف مواد/ دارو می‌تواند مسئول علائم باشد، بالینگران همچنین باید بررسی کنند که آیا ماهیت، میزان و طول مدت مصرف مواد/ دارو با ایجاد علائم روان‌پزشکی مشاهده‌شده همخوانی دارد.

مشخص شده که تنها مواد و داروهای خاصی به لحاظ علت و معلولی با علائم روان‌پزشکی خاصی مرتبط هستند. علاوه بر این، میزان مصرف مواد یا دارو و طول مدت مصرف آن باید

بیش از آستانه خاصی باشد تا به عنوان علت علائم روان پزشکی در نظر گرفته شود. به عنوان مثال، خلق افسرده شدید و پایدار به دنبال مصرف کوکائین به مقدار کم در یک دوره مجزا احتمالاً نباید به مصرف کوکائین نسبت داده شود، حتی اگر خلق افسرده گاهی اوقات با ترک کوکائین همراه بوده باشد. در افرادی که مصرف کننده منظم مواد هستند یک تغییر چشمگیر در مقدار ماده مصرفی (افزایش یا کاهش عمده در مقدار مصرف که برای راه اندازی علائم ترک کافی باشد) ممکن است در برخی موارد باعث ایجاد علائم روان پزشکی گردد.

• سایر عوامل تابلوی بالینی را در نظر بگیرید که حاکی از علل دیگری به جز مواد یا داروها هستند.

این عوامل عبارتند از تاریخچه بسیاری از دوره های مشابهی که با مصرف مواد/ دارو مرتبط نیستند، تاریخچه خانوادگی قوی در مورد اختلال روانی مستقل خاص یا وجود معاینات جسمانی یا یافته های آزمایشگاهی که نشان می دهند یک بیماری طبی غیر روان پزشکی ممکن است در ایجاد اختلال نقش داشته باشد. بررسی عوامل دیگری غیر از مصرف مواد/ دارو به عنوان علت تظاهر علائم روان پزشکی نیازمند قضاوت بالینی مناسب (و اغلب منتظر ماندن و مشاهده کردن) برای وزن دادن به احتمال های نسبی در این موقعیت ها است. به عنوان مثال، فردی ممکن است سابقه خانوادگی قابل ملاحظه ای برای اختلال های اضطرابی داشته باشد و در عین حال یک حمله وحشت زدگی ناشی از کوکائین را نیز تجربه کند که لزوماً گواهی بر وجود یک اختلال وحشت زدگی مستقل نیست.

۲. در برخی موارد، مصرف مواد می تواند (به جای علت) یک پیامد یا ویژگی همراه با علامت شناسی روان پزشکی باشد. در نظر گرفتن مصرف مواد به عنوان شکلی از خود درمانی برای بیماری روان پزشکی غیر عادی نیست. به عنوان مثال، فردی که یک اختلال اضطرابی مستقل دارد ممکن است به دلیل تأثیرات آرام بخش و ضد اضطرابی الکل، به طور افراطی از آن استفاده کند. یکی از تلوینحات جالب مصرف مواد به منظور خود درمانی این است که افرادی که اختلال های روان پزشکی خاصی دارند اغلب طبقات معینی از مواد را انتخاب می کنند. به عنوان مثال، بیمارانی که علائم منفی اسکیزوفرنی را دارند اغلب داروهای محرک، و بیمارانی که اختلال اضطرابی دارند اغلب داروهای کاهنده فعالیت دستگاه عصبی مرکزی را ترجیح می دهند. شاه علامت یک اختلال روان پزشکی مستقل با مصرف مواد ثانویه این است که اختلال روان پزشکی مستقل زودتر روی می دهد و/ یا در دوره هایی از زندگی فرد وجود داشته که وی هیچ گونه موادی مصرف نمی کرده است. در متداول ترین موقعیت، دوره همبودی علائم روان پزشکی و مصرف مواد بلافاصله به دنبال دوره ای همراه با علائم روان پزشکی اما در غیاب مصرف مواد روی می دهد. برای مثال، فردی که

اخيراً ۵ ماه مصرف سنگین الكل و علائم افسردگی داشته، ممکن است شروع مصرف الكل را در اواسط دوره افسردگی اساسی گزارش کند، که احتمالاً به عنوان راهی برای مقابله با بی خوابی از آن استفاده کرده است. واضح است که اعتبار این قضاوت بر صحت گزارش های گذشته نگر بیمار مبتنی است. با توجه به اینکه چنین اطلاعاتی گاهی اوقات مورد تردید هستند، کسب اطلاعات از دیگر منابع اطلاعاتی (مثل اعضای خانواده) یا مرور مستندات گذشته که وقوع علائم روان پزشکی را در غیاب مصرف مواد ثبت کرده اند، ممکن است سودمند باشد.

۳. در موارد دیگر، هم اختلال روان پزشکی و هم مصرف مواد می توانند در ابتدا بی ارتباط با یکدیگر و نسبتاً مستقل از هم باشند. شیوع بالای اختلال های روان پزشکی و اختلال های مصرف مواد به این معنا است که صرفاً به صورت تصادفی، انتظار می رود که برخی از بیماران دو بیماری به ظاهر مستقل از همدیگر داشته باشند (گرچه ممکن است برخی عوامل زیربنایی مشترک زمینه ساز هر دو اختلال مصرف مواد و اختلال روان پزشکی باشند). هرچند، حتی اگر این اختلال ها مستقل از هم شروع شده باشند، هر دو اختلال ممکن است در تعامل با هم، یکدیگر را تشدید کنند و درمان کلی را پیچیده کنند. این ارتباط مستقل ضرورتاً با در نظر گرفتن ملاک های خروج تشخیص داده می شود. در هنگام مواجهه با بیماری که هم علائم روان پزشکی و هم مصرف مواد را دارد، باید نخست اختلالی را که باعث دیگری شده است کنار گذاشت. فقدان رابطه علی در هر یک از دو جهت زمانی محتمل تر است که دوره هایی وجود دارند که علائم روان پزشکی در غیاب مصرف مواد رخ می دهند و همچنین هنگامی که مصرف مواد در اوقاتی بی ارتباط با علائم روان پزشکی اتفاق می افتد.

زمانی که تابلوی روان پزشکی را ناشی از تأثیر مستقیم مواد یا دارو می دانید، باید مشخص کنید که کدام یک از اختلال های روانی ناشی از مواد/ دارو در DSM-5-TR این تابلوی بالینی را بهتر توصیف می کند. DSM-5-TR تعدادی از اختلال های روانی ناشی از مواد/ دارو را که با مسمومیت و ترک مواد همراه هستند لحاظ کرده است. برای نمایی از گام های دخیل در این تمایز لطفأ به درخت تصمیم گیری ۲.۲۸ برای مصرف افراطی یا مشکل ساز مواد در فصل دوم، «تشخیص افتراقی به وسیله درخت های تصمیم گیری»، مراجعه کنید. همچنین برای اختلال های روانی ناشی از مواد/ دارو بر اساس طبقه ماده، طبقه بندی DSM-5-TR، بخش «اختلال های اعتیادی و مرتبط با مواد» در پیوست این کتاب را ببینید.

گام ۳: رد اختلال ناشی از بیماری طبی دیگر

پس از رد سبب‌شناسی ناشی از مواد/ دارو، در گام بعدی بالینگر باید مشخص کند آیا علائم روان‌پزشکی ناشی از آثار مستقیم یک بیماری طبی غیر روان‌پزشکی هستند. این گام و گام قبلی در تشخیص افتراقی به لحاظ سنتی در روان‌پزشکی با عنوان «رد علل ارگانیک» در نظر گرفته می‌شدند و از بالینگران خواسته می‌شد که ابتدا علل «جسمی» علامت‌شناسی روان‌پزشکی را بررسی و رد کنند. با وجود اینکه DSM به منظور اجتناب از دوگانه‌نگری منسوخ ذهن- بدن در کلماتی مانند/ ارگانیک یا جسمی دیگر از این واژه‌ها استفاده نمی‌کند، نیاز به رد مصرف مواد و بیماری‌های طبی غیر روان‌پزشکی به عنوان علل اختصاصی علامت‌شناسی روان‌پزشکی همچنان به ضرورت خود باقی مانده است. به همین ترتیب، در DSM از کاربرد اصطلاح «ناشی از بیماری طبی» اجتناب می‌شود زیرا معنای تلویحی آن این است که علامت‌شناسی روان‌پزشکی و اختلال‌های روانی از مفهوم «بیماری طبی» جدا و متمایز هستند. در واقع، از دیدگاه طبقه‌بندی بیماری، اختلال‌های روان‌پزشکی تنها یک فصل از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) را تشکیل می‌دهند، همان‌طور که بیماری‌های عفونی، بیماری‌های نورولوژیکی و سایر بیماری‌ها هر یک بخشی از این کتاب را تشکیل می‌دهند. بنابراین، زمانی که از اصطلاح «ناشی از یک بیماری طبی دیگر» در عناوین اختلال‌های DSM-5-TR استفاده می‌شود معنای واقعی آن این است که این علائم ناشی از یک بیماری طبی هستند که در خارج از فصل اختلال‌های روانی ICD طبقه‌بندی شده‌اند؛ به عبارت دیگر، یک بیماری طبی غیر روان‌پزشکی. در متن DSM-5-TR صفاتی از قبیل یک ... دیگر، دیگر یا عمومی به اصطلاح «بیماری طبی» افزوده شده است؛ این کار به منظور مشخص کردن این موضع است که بیماری مسبب، مانند یک اختلال روانی، اختلالی طبی است اما به واسطه غیر روان‌پزشکی بودن، از بیماری‌های طبی غیر روان‌پزشکی متمایز می‌شود.

از لحاظ تشخیص افتراقی، رد عامل مسبب طبی غیر روان‌پزشکی یکی از مهم‌ترین و دشوارترین تمایزها در تشخیص روان‌پزشکی است. این اهمیت بالا به این خاطر است که بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های طبی غیر روان‌پزشکی، علائم روان‌پزشکی را نیز دارند که از این بیماری نشئت گرفته و بیماری طبی آنها را پیچیده‌تر می‌کند. همچنین بسیاری از افراد دارای علائم روان‌پزشکی به یک بیماری طبی زیربنایی نیز مبتلا هستند. تلویحات درمانی این گام تشخیص افتراقی نیز زیاد است. شناسایی و درمان مناسب بیماری طبی غیر روان‌پزشکی زیربنایی به دلیل اجتناب از پیچیدگی‌های پزشکی و کاهش علائم روان‌پزشکی از اهمیت بالایی برخوردار است.

این تشخیص افتراقی بنا به چهار دلیل می‌تواند دشوار باشد: (۱) علائم برخی از بیماری‌های روان‌پزشکی و بسیاری از بیماری‌های طبی غیر روان‌پزشکی می‌توانند مشابه باشند (برای مثال، علائم

کاهش وزن و خستگی می‌توانند قابل انتساب به افسردگی، اختلال اضطرابی و یا یک بیماری طبی غیر روان‌پزشکی باشند؛ (۲) گاهی علائم اولیه یک بیماری طبی ماهیت روان‌پزشکی دارند (مثلاً، افسردگی پیش از دیگر علائم در سرطان لوزالمعده یا تومور مغز)؛ (۳) رابطه بین بیماری طبی غیر روان‌پزشکی و علائم روان‌پزشکی ممکن است پیچیده باشد (برای مثال، افسردگی یا اضطراب به‌عنوان واکنش روان‌شناختی به ابتلا به بیماری طبی در برابر بیماری طبی که از طریق تأثیر فیزیولوژیکی مستقیم بر دستگاه عصبی مرکزی به افسردگی و اضطراب منجر شده است)؛ و (۴) بیماران روان‌پزشکی اغلب در مراکزی دیده می‌شوند که به‌طور عمده برای شناسایی و درمان اختلال‌های روانی آمادگی دارند و از متخصصان این مراکز کمتر انتظار می‌رود بیماری‌های طبی را تشخیص دهند و با تشخیص این بیماری‌ها آشنایی داشته باشند.

در واقع، هر نوع تابلوی روان‌پزشکی می‌تواند به‌وسیله تأثیرات فیزیولوژیکی مستقیم یک بیماری طبی غیر روان‌پزشکی به‌وجود آید و در DSM-5-TR این موارد به‌عنوان یکی از اختلال‌های روانی ناشی از یک بیماری طبی دیگر شناخته می‌شوند (برای مثال، اختلال افسردگی ناشی از کم‌کاری تیروئید). اگر بیمار در بیمارستان عمومی یا مراکز مراقبتی اولیه باشد نقش احتمالی سبب‌شناسی یک بیماری طبی غیر روان‌پزشکی چندان مورد تردید نیست. چالش تشخیصی واقعی در مراکز سلامت روان روی می‌دهد که نرخ پایه بیماری‌های طبی غیر روان‌پزشکی بسیار پایین است اما در عین حال از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به اینکه انجام تست غربالگری بر روی هر بیمار ممکن (و مقرون‌به‌صرفه) نیست؛ متخصص بالینی باید به کسب تاریخچه، معاینات جسمی و تست‌های آزمایشگاهی در جهت تشخیص بیماری‌های طبی غیر روان‌پزشکی‌ای اقدام کند که بیشتر با آنها مواجه می‌شود و احتمال بیشتری می‌رود که مسئول علائم روان‌پزشکی باشند (مثلاً تست‌های کارکرد تیروئید برای افسردگی، تصویربرداری مغزی برای علائم روان‌پریشی دیرآغاز).

زمانی که وجود بیماری طبی غیر روان‌پزشکی تصدیق شد، گام بعدی مشخص کردن رابطه سبب‌شناسی آن با علائم روان‌پزشکی است. این ارتباط ممکن است به ۵ شکل باشد: (۱) بیماری طبی غیر روان‌پزشکی از طریق تأثیر فیزیولوژیکی مستقیم بر مغز باعث علائم روان‌پزشکی می‌شود؛ (۲) بیماری طبی غیر روان‌پزشکی از طریق یک مکانیسم روان‌شناختی باعث علائم روان‌پزشکی می‌شود (برای مثال، علائم افسردگی در واکنش به تشخیص سرطان که به‌صورت اختلال افسردگی اساسی یا اختلال سازگاری تشخیص داده می‌شود)؛ (۳) مصرف دارو برای بیماری طبی غیر روان‌پزشکی، باعث علائم روان‌پزشکی شده است که در این صورت تشخیص مناسب یک اختلال روانی ناشی از دارو است (به «گام ۲: رد سبب‌شناسی مواد» در همین فصل مراجعه کنید)؛ (۴) علائم روان‌پزشکی باعث بیماری طبی غیر روان‌پزشکی شده یا موجب وخیم‌تر شدن آن می‌شوند (در چنین موردی تشخیص عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر بیماری طبی دیگر ممکن است لازم باشد)؛ و (۵)