**فهرست**

عنوان صفحه

[فصل اول: تعریف اختلال روانی 2](#_Toc91749594)

[فصل دوم: معاينه باليني بيماران در روانپزشكي 3](#_Toc91749595)

[فصل سوم: علايم و نشانه ها در روانپزشكي 10](#_Toc91749596)

[فصل چهارم: طبقه‌بندی و تشخیص در روانپزشکی 11](#_Toc91749597)

[فصل پنجم: اختلالات عصبی- رشدی 20](#_Toc91749598)

[فصل ششم: طیف اسکیزوفرنی 35](#_Toc91749599)

[فصل هفتم: اختلالات خلقی 67](#_Toc91749600)

[فصل هشتم: اختلالات اضطرابی 93](#_Toc91749601)

[فصل نهم: وسواس فکری- عملی و اختلالات مرتبط 111](#_Toc91749602)

[فصل دهم: اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس زا 124](#_Toc91749603)

[فصل یازدهم: اختلالات تجزیه ای 135](#_Toc91749604)

[سوالات رواشناسی بالینی و اسیب شناسی 1400 143](#_Toc91749605)

[پاسخ نامه تشریحی سوالات روانشناسی بالینی و اسیب شناسی 1400 145](#_Toc91749606)

[منابع 147](#_Toc91749607)

[مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط 148](#_Toc91749608)

# فصل اول: تعریف اختلال روانی

اختلال روانی نشانگانی است که با اختلال بالینی قابل ملاحظه‌ای در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود؛ که کژکاری در فرآیندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی زیربنایی عملکرد روانی را منعکس می‌کند. اختلالات روانی معمولا با ناراحتی یا ناتوانی قابل ‌ملاحظه در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی یا فعالیت‌های مهم دیگر ارتباط دارد.

پاسخ به عامل استرس‌زای رایج یا فقدان، مانند مرگ عزیزان، که مورد انتظار و یا از لحاظ فرهنگی تأیید شده باشد، اختلال روانی نیست. رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی منحرف هستند (مثل انحرافات سیاسی، مذهبی یا جنسی) و تعارض‌هایی که عمدتا بین فرد و جامعه روی می‌دهند اختلال روانی نیستند، مگر اینکه این انحراف یا تعارض از کژکاری در فرد (که در فوق شرح داده شده)، ناشی شده باشد.

تشخیص اختلال روانی باید فایده بالینی داشته باشد: یعنی باید به متخصصان بالینی در تعیین کردن پیش‌آگهی، برنامه‌های درمان و نتایج بالقوه درمان برای بیماران کمک کند. با این حال تشخیص اختلال روانی با نیاز به درمان برابر نیست.

نیاز به درمان تصمیم بالینی پیچیده‌ای است که شدت نشانه، برجستگی نشانه (مثل وجود اندیشه پردازی خودکشی)، ناراحتی بیمار (عذاب روانی) مرتبط با نشانه‌ها، و ناتوانی مرتبط با نشانه‌های بیمار، در آن موثر است. ممکن است متخصصان بالینی با فردی مواجه شوند که نشانه‌های آنها ملاک‌های کامل را برای یک اختلال روانی برآورده نمی‌کند، ولی نیاز واضحی به درمان یا مراقبت دارد.

برای تأیید ملاک تشخیص اختلال روانی مجزا، شواهد زیر را در نظر می‌گیرند:

* **تأییدکننده‌های پیشایند:** شاخص‌های ژنتیکی مشابه، صفات خانوادگی، خلق و خو، مواجهه محیطی
* **تأیید کننده‌های همزمان:** مبانی عصبی مشترک، شاخص‌های زیستی، پردازش هیجانی و شناختی و شباهت نشانه
* **تأییدکننده‌های پیش‌بین:** روند بالینی مشابه، پاسخ به درمان

مهم‌ترین معیار برای ملاک‌های اختلال درDSM-5 فایده بالینی آنها برای ارزیابی روند بالینی، و پاسخ به درمان افرادی است که توسط مجموعه معینی از ملاک‌های تشخیصی دسته‌بندی شده‌اند. برای تعیین کردن آستانه‌های اختلال، از ملاک‌ تشخیص عمومی که نیازمند ناراحتی یا ناتوانی است استفاده شده که معمولا به صورت «این اختلال موجب ناراحتی یا اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد می‌شود» بیان می‌شود.

**ویژگی‌های اصلی اختلال روانی**

1. رنج فردی: ناراحتی و رنج فردی که مبتلا به اختلال روانی است. در اختلالات اضطرابی و افسردگی این رنج و ناراحتی کاملا مشاهده می‌شود، ولی ممکن است در اختلالی چون اختلال شخصیت ضداجتماعی اثری از ناراحتی در فرد نبینیم.
2. ناتوانی: نقص و ناتوانی در جنبه‌های مهم زندگی مانند کار یا روابط فردی.
3. شکستن هنجارهای اجتماعی: باید توجه داشت که این ویژگی وابسته به فرهنگ است.
4. ناکارآمدی و کژکاری: وقتی که مکانیسم‌های درونی فرد نتوانند عملکردهای طبیعی خود را انجام دهند.

در تعریف DSM از ناکارآمدی به ارتباط بین ناکارآمدی روانی، رفتاری و زیستی توجه شده است. این ناکارآمدی‌ها به هم وابسته هستند.

**چهار ویژگی اصلی اختلال روانی**

اختلال روانی

**شکستن هنجارهای اجتماعی**

**ناکارآمدی**

**و کژکاری**

**رنج و ناراحتی فردی**

**ناتوانی**

# فصل دوم: معاينه باليني بيماران در روان­پزشكي

مهمترین روش اخذ شرح حال روانپزشکی این است که به بیمار مجال داده شود تا شرح حال خود را به زبان خود و به همان ترتیبی که خود مناسب می داند بیان کند. مهم ترین رئوس شرح حال روانپزشکی بدین شرح است:

I: مشخصات کلی.

II: مشکل و شکایت اصلی.

III: تاریخچه بیماری فعلی (شروع، عوامل آشکار ساز).

IV: بیماری های قبلی (روانپزشکی، طبی، سابقه مصرف الکل و سایر مواد).

V: سابقه خانوادگی

VI: تاریخچه‌ی شخصی (شرح حال شخصی):

الف: پیش از تولد و حوالی تولد

ب: اوایل کودکی (تا سه سالگی)

ج: اواسط کودکی (3 تا 11 سالگی)

د: بزرگسالی: 1- تاریخچه شغلی 2- تاریخچه زناشویی و روابط 3- تاریخچه نظامی 4- تاریخچه آموزشی 5- مذهب 6- فعالیت اجتماعی 7- موقعیت زندگی فعلی 8- تاریخچه قانونی.

ه: تاریخچه جنسی

ی: تخیلات و رویاها

و: ارزش ها

**شکایت اصلی (Chief Complaint):** در این قسمت عین کلمات بیمار در مورد علت مراجعه یا آورده شدن او ذکر می شود (توضیحات سایر منابع اطلاعاتی در مورد رویدادهای فعلی باید در قسمت سابقه بیماری فعلی گنجانده شود).

**تاریخچه بیماری فعلی (Present illness):** این بخش از شرح حال روان پزشکی تصویر جامع و زمانبندی رویدادهایی را که به لحظه جاری در زندگی بیمار انجامیده است، بدست می دهد. این قسمت از شرح حال مفید ترین بخش برای تشخیص گذاری است. غالبا یک سوال نسبتا باز پاسخ نظیر: همه اینها چطور شروع شد؟ به روشن شدن کامل بیماری فعلی می انجامد.

**بیماری های قبلی (past illnesses):** این بخش از شرح حال روانپزشکی حلقه انتقالی بین تاریخچه بیماری فعلی و تاریخچه شخصی بیمار (که anamnesis نامیده می­شود) است. در این قسمت دوره های قبلی بیماریهای جسمی و روانی توصیف می­شود. همچنین شرح جامعی از زمینه روانشناختی و زیست شناختی داده شده و به علایم مهم و شواهد نقاط آسیب­پذیر در عملکرد بیمار اشاره می شود. اختلالات غدد درون ریز نظیر کم کاری تیروئید یا بیماری آدیسون ممکن است با افسردگی تظاهر کنند. تجویز کورتیکواستروئیدها ممکن است سبب بروز نشانه های سایکوتیک (روان پریشی) یا مانیا (شیدایی) شود. بیمار افسرده دچار ناهنجاری هدایتی قلب، نباید دست کم در ابتدا تحت درمان با ضد افسردگی های سه حلقه ای قرار گیرد، در بیماران دچار اختلال دو قطبی هم که بیماری کلیه دارند به جای لیتیوم یک داروی ضد تشنج تثبیت کننده خلق تجویز می شود. از بیمار درمورد مصرف الکل نیز باید سوال پرسیده شود و سوال باید به این طریق باشد: روزی چقدر الکل مصرف می کنید (با فرض مصرف الکل) به جای سوال: آیا الکل مصرف می کنید؟ (چون باعث ایجاد حالت دفاعی در بیمار می شود).

**تاریخچه خانوادگی:** در این بخش باید مختصری درباره بیماری روانی، بستری شدن و درمان بستگان درجه اول بیمار توضیح داده شود.

**تاریخچه شخصی (personal history = anamnesis):**

سابقه حوالی تولد و پیش از تولد: مشکل در حاملگی و زایمان مادر؟ نقص یا آسیب هنگام تولد؟ وضعیت روانی و جسمانی مادر هنگام تولد؟ مشکلات سلامتی مادر؟ مصرف الکل یا سایر مواد حین حاملگی مادر؟

اوایل کودکی (هنگام تولد تا سه سالگی): کیفیت تعامل مادر- کودک ضمن تغذیه و آموزش آداب توالت رفتن مهم است. عادات تغذیه ای، اوایل رشد کودکی (راه رفتن، حرف زدن، پایداری ادراک، رشد حرکتی، اضطراب بیگانه و جدایی، ...)، آموزش آداب توالت رفتن، علایم مشکلات رفتاری، و شخصیت در زمان کودکی از زمینه های مهمی هستند که باید در این قسمت بررسی شوند.

اواسط کودکی (3 تا 11سالگی): همانند سازی جنسی، تنبیهات به عمل آمده در منزل و افراد مسئول انضباط کودک و موثر در تکوین اولیه وجدان اولیه، تجارب اولیه کودک در مدرسه، دوستی های اولیه، سابقه ناتوانایی های یادگیری، وجود آتش افروزی، بیرحمی نسبت به حیوانات، وجود کابوس و هراس، بررسی میشود.

اواخر کودکی (بلوغ تا نوجوانی): روابط اجتماعی، تاریخچه تحصیلی، رشد شناختی و حرکتی، مشکلات هیجانی و جسمانی.

بزرگسالی: تارخچه شغلی، تاریخچه زناشویی و روابط عاطفی-جنسی، تاریخچه نظامی، تاریخچه تحصیلی، مذهب، فعالیت اجتماعی، شرایط موجود زندگی و تاریخچه قانونی جزو مهمترین مسائل در این بخش هستند.

**تاریخچه جنسی**: روانپزشک نباید فرض را بر این بگذارد که بیمار از وسیله جلوگیری از حاملگی استفاده می کند. مثلا اگر مصاحبه کننده از یک زن همجنس گرا در مورد نحوه جلوگیری از حاملگی سوال کند (با این پیش فرض که بیمار غیر هم جنس گرا است) بیمار ممکن است گمان کند که مصاحبه­گر گرایش جنسی او را نخواهد فهمید یا آن را قبول نخواهد کرد. سوال مفید تر این است که: آیا به وسیله­ای جهت جلوگیری از حاملگی نیاز دارید؟ یا: آیا پیشگیری از حاملگی و بارداری بخشی از تمایلات و روابط جنسی شما را تشکیل میدهد؟

**معاینه وضعیت روانی (MSE):**

معاینه وضعیت روانی بخشی از ارزیابی بالینی است که شامل وصف ظاهر، تکلم، اعمال و افکار بیمار در جریان مصاحبه است. رئوس کلی معاینه وضعیت روانی به شرح ذیل است:

1. **ظاهر:** توجه به حالت و وضعیت اندام ها، توازن، لباس و آراستگی بیمار.
2. **رفتار آشکار:** جنبه های کمی و کیفی رفتارمثل تیک ها، رفتار قالبی، بیش فعالی، سراسیمگی.
3. **طرز برخورد:** طرز برخورد بیمار با معاینه کننده. میزان برقراری تفاهم بین بیمار و معاینه کننده.
4. **تکلم:** خصوصیات فیزیکی کلام برحسب کمیت، سرعت و کیفیت توصیف می شود.
5. **خلق و عاطفه:** خلق به معنی حالت هیجانی مستمر و نافذی است که ادراک شخص را از دنیا تحت الشعاع قرار می دهد. توصیف خلق باید شامل اشاره به عمق، شدت، طول مدت و نوسانات باشد. عاطفه را می توان پاسخدهی هیجانی فعلی بیمار تعریف کرد که از روی حالت چهره و میزان و حدود رفتار بیانی فرد استنباط می شود. عاطفه ممکن است با خلق هماهنگ باشد یا نباشد.
6. **تفکر:** تفکر را می توان به دو بخش شکل/ فرآیند (نحوه کنار هم چیدن اندیشه ها و تداعی ها، که ممکن است منطقی و منسجم یا غیرمنطقی و غیرقابل فهم باشد) و محتوا (آنچه بیمار درمورد آن می اندیشد) تقسیم کرد.
7. **ادراک:** اختلالات ادراکی مثل توهم و خطای حسی ممکن است در ارتباط با خود شخص یا محیط باشد. شرایط وقوع تجربه توهمی حائز اهمیت است چون توهمات پیش خوابی **(**hypnagogic**)** و پس خوابی **(**hypnopampic**)** اهمیت کمتری نسبت به سایر توهمات دارند.احساس حرکتحشرات روی پوست یا زیر پوست (formication) در مصرف **کوکائین** دیده می شود.
8. **وضعیت شناختی:** هشیاری، موقعیت سنجی (وقوف به شخص، زمان، مکان)، تمرکز، حافظه (فوری، نزدیک، درازمدت)، محاسبه، معلومات عمومی، استدلال انتزاعی.
9. **بینش (insight):** بینشبه میزان آگاهی و درک بیمار از بیماری خود اطلاق می شود. سطوح بینش عبارتند از: 1) انکار کامل بیماری 2) آگاهی نسبی به بیماری اما گناه آن را به گردن دیگران، عوامل خارجی یا حتی عوامل عضوی بیاندازد 3) ممکن است ضمن تایید بیماری آن را به چیزی نامشخص یا مرموز منتسب کند 4) بینش عقلانی (intelectual insight): قبول بیمار بودن و اینکه نشانه ها یا ناتوانی در تطابق اجتماعی ناشی از آشفتگی ها یا احساسات غیر منطقی بیماراست. در این حالت بیمار قادر به تعمیم کاربرد این دانش در تجارب آتی نیست 6) بینش هیجانی (emotional insight): آگاهی هیجانی از انگیزه ها و احساسات خود و افراد مهم زندگی که میتواند موجب تغییرات اساسی در رفتار شود (یعنی از دانش خود یا بینش استفاده میشود).
10. **قضاوت (judgment):** آیا بیمار نتیجه احتمالی رفتار خود را می داند و آیا تحت تاثیر این آگاهی هست؟
11. **قابلیت اعتماد (reliability):** برداشت معاینه کننده در مورد قابلیت اعتماد و توانایی بیمار برای گزارش دقیق وضعیت خود است. گزارش وضعیت روانی با این مرحله خاتمه می یابد. مثلا اگر بیمار بیمار صراحتا به سوء مصرف فعال مواد اعتراف کند یا موقعیت هایی را که بازتاب خوبی ندارد مانند درگیری با قانون را بازگو کند، قابلیت اعتماد خوبی دارد.

**● اختلالات فرآیند (شکل) تفکر**

پرش افکار (flight of ideas): نوع شدید تفکر سریع.

شل شدن تداعی ها (loosening of associations): عقاید ابراز شده نامربوط به نظر میرسند و به گونه ای غیرعادی پیوند داده شده اند.

انسداد فکر (blocking): متوقف شدن ناگهانی رشته افکار قبل از تکمیل یک اندیشه.

حاشیه پردازی (circumstantiality): ذکر مفرط جزئیات بی اهمیت یا بی ربط که مانع از رسیدن به هدف صحبت می شود (جزئیات نامربوط و جملات معترضه زیاد). در واقع شخص توانایی برای تفکر هدفمند ندارد ولی بالاخره به موضوع اصلی باز میگردد.

تفکر مماسی (tangentiality): بیمار رشته کلام را گم می کند و افکار حاشیه ای را که تحت تاثیر محرک های درونی و بیرونی برانگیخته می شوند، تعقیب می نماید و هرگز به موضوع بر نمی گردد.

سالاد کلمات (word salad): روابط نا مفهوم و نامعمول افکار.

تداعی صوتی (clang association): تداعی با قافیه سازی.

جناس سازی (puning):تداعی با معنی دوگانه.

واژه سازی (neologisim): کلمات ابداعی بیمار که از طریق ترکیب یا تلخیص سایر کلمات ساخته می شوند.

خارج شدن از خط (derailmint) (مترادف شل شدن تداعی ها): نقصی است که در آن ارتباط منطقی بین اندیشه ها مختل شده است و هدف و مقصود از سخن معلوم نیست. واژها معنا دارند اما جمله ها فاقد معنی هستند.

درجاماندگی (perseveration):تکرار خارج از موضوع واژه ها، عبارات یا اندیشه ها.

**● اختلالات محتوای تفکر**

عقاید انتساب (ideas of reference): شامل باورهایی مبنی بر اینکه رادیو و تلویزیون با بیمار یا در مورد او صحبت می کنند.

عقاید نفوذ (ideas of influence): عبارتند از عقایدی در مورد کنترل شدن وجهی از رفتار شخص توسط یک نیروی خارجی یا شخص دیگر.

**● اختلالات هوشیاری**

تیرگی هوشیاری (clouding of consciousness): کاهش کلی اگاهی از محیط.

**● اختلالات حافظه**

افسانه سازی (confabulation):ساخت پاسخ های کاذب به طور ناخودآگاه، هنگامی که حافظه آسیب دیده است. این پدیده با اختلالات شناختی ارتباط نزدیکی دارد.

**تکنیک های مصاحبه با بیماران خاص**

**بیماران سایکوتیک:** سوال­های باز پاسخ و دوره های طولانی سکوت آشفته کننده است. در این موارد پاسخ گویی به سوالات کوتاه برای بیمار راحت تر از سوالات بلند است (ممکن است بیمار نتواند به سوالات نیازمند پاسخ انتزاعی و حدس فرضی پاسخ دهد).

**اختلالات تفکر:** از سوالاتی استفاده شود که پاسخ کوتاهی می طلبند. گاهی لازم است روانپزشک سوالات را تکرار کند و آنچه را قبلا گفته شده به یاد بیمار بیاورد (نوعی سازماندهی برای تفکر فراهم کند که بیمار خود قادر به فراهم کردن آن نیست).

**توهم ها:** مصاحبه کننده نباید آنها را به عنوان خیال های موهوم نادیده بگیرد. باید درمورد ثبات توهمات و سطح بینش بیمار سوالاتی پرسیده شود: «هیچگاه بنظرتان رسیده این صداها از افکار خودتان نشات می گیرند»؟ یا «به نظر شما عامل ایجادکننده این صداها چیست؟».

**هذیان ها:** نباید سعی شود با استدلال باور هذیانی را رد کرد، اما وارسی ملایمی لازم است تا میزان استحکام اعتقاد بیمار مشخص شود: آیا هیچوقت به ذهنتان رسیده که این افکار ممکن است درست نباشند؟

**بیماران شکاک:** پزشک باید سعی کند در برخورد با آنها رویکرد محترمانه، رسمی و با فاصله ای در پیش بگیرد، و حالت دفاعی نداشته باشد. اغلب ابراز صمیمیت، شکاکیت این بیماران را زیاد می کند.

**بیماران افسرده و بالقوه انتحاری:** درمانگر باید قوی تر برخورد کند و بیش از حد معمول، رهنمود ارائه نماید. هرچند نباید بیمار را زیر فشار قرار داد، ولی سکوت های طولانی مفید نیستند و در این موارد باید مصاحبه کننده سوالاتش را تکرار کند. از همه بیماران باید درمورد افکار خودکشی سوال شود و در بیماران افسرده ممکن است لازم باشد سوالات مفصل تری در این زمینه مطرح شود. برخی از بیماران آرزوی مرگ دارند اما خودشان عمدا کاری برای خاتمه زندگی خود نخواهند کرد. این میزان از مصمم بودن را افکار غیر فعال (پاسیو) خودکشی می نامند. خطر خودکشی در بیمارانی که معتقدند مرگ آنها نتیجه مطلوبی در پی دارد بیشتر است (مانند تصور «اتحاد مجدد» یعنی اعتقاد پیوستن به عزیز فوت شده).

**بیماران جسمانی ساز:** وظیفه اصلی روانپزشک این است که به رنج بیمار اذعان کند بدون انکه الزاما توضیحات بیمار درمورد نشانه ها را بپذیرد.

**بیماران سراسیمه و بالقوه خشن:** وظیفه مصاحبه کننده انجام ارزیابی و کنترل رفتار و کاهش احتمال آسیب است. نباید طوری رفتار شود که به نظر بیمار تهدیدکننده جلوه کند. اگر سراسیمگی بیمار رو به افزایش بود، شاید لازم باشد مصاحبه را خاتمه داد. پزشک باید حس آرامش یا ترس خود را ملاک عمل قرار دهد.

**بیماران اغواگر:** اغواگری شامل طیفی از پیشنهادهای غیرمستقیم تا صریح بیمار به روانپزشک است. روانپزشک باید این نکته را روشن کند که آنچه را پیشنهاد شده نمی پذیرد و این کار را به گونه ای انجام دهد که تفاهم با بیمار حفظ شود و تهاجم غیرضروری به عزت نفس بیمار روی ندهد.

**بیماران وابسته:** پزشک باید ضمن اطمینان بخشی به بیمار مبنی بر اینکه نیازهایش جدی گرفته می شوند و درمان تخصصی انجام خواهد شد، قاطعانه محدودیت هایی را اعمال کند.

**بیماران پرتوقع:** پزشک باید از همان ابتدا قاطعانه رفتار کند، و رفتارهای مقبول و نامقبول را مشخص کند. این بیماران را بایستی با احترام و دلسوزی درمان کرد، اما درعین حال باید آنها را با رفتارهای خود مواجه نمود.

**بیماران خودشیفته:** نیاز فوق العاده به کامل جلوه کردن و نگرش تحقیرآمیز نسبت به کسانی که آنها را ناکامل میداند از خصوصیات این بیماران است. در پس این ظاهر متکبر، احساس بیکفایتی، درماندگی و تهی بودن وجود دارد و این بیماران می ترسند دیگران درون آنها را ببینند.

**بیماران منزوی:** پزشک در برخورد با چنین بیمارانی باید حتی الامکان به خلوت و تنهایی آنها احترام بگذارد و انتظار نداشته باشد این بیماران نسبت به نگرانی های پزشک با ملاطفت پاسخ دهند.

**بیماران وسواسی:** پزشک باید تا حد امکان این بیماران را در مراقبت و درمان خود دخالت دهد. همچنین پزشک باید شرح مفصل اقدامات و طرح ریزی های درمانی را با آنها درمیان بگذارد و این امکان را فراهم کند که بیمار در میان گزینه های موجود دست به انتخاب بزند.

**بیمارانی که دروغ می گویند:** گاهی بیماران آگاهانه و به قصد فریب درمانگر دروغ می گویند. هدف آنها ممکن است نفع ثانویه باشد. این حالت **تمارض** نامیده می شود که در DSM-IV-TR منظور نشده است. اما در مواردی فرد به منظور اتخاذ نقش بیمار (و نه کسب نفع بیرونی آشکار) دروغ می گویند. در این حالت فرد مبتلا به **اختلال ساختگی** است که یکی از تشخیص های DSM-IV-TR است. بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی نظیر اختلال تبدیلی یا اختلال درد، از مبنای هیجانی شکایات جسمی خود اگاه نیستند، آنان در توصیف علایم جسمی خود در واقع واقعیتی روانی را بیان می کنند و در پی فریب مصاحبه کننده نیستند و دروغ نمی گویند. روانپزشکان ناچارند گزارش بیمار را به عنوان بیان صادقانه بپذیرند. با این همه، مصاحبه گر باتجربه می تواند تفاوت های ظریف، ناهماهنگی های درونی یا نشانه های غیرعادی مشکوک را شناسایی کند.

**بیمارانی که همکاری نمی کنند:** علل عدم همکاری عبارتند از: تظاهرات مشکل زمینه­ای بیمار، خشم از روانپزشک، احساس اجبار برای مراجعه برخلاف میل خود، و تظاهرات انتقال. نحوه واکنش روانپزشک بستگی به شرایط و بافتار موجود دارد. ارزیابی بیمار فاقد همکاری در شرایط اورژانس لزوما با شرایط غیراورژانس متفاوت است. در شرایط اورژانس گاهی تجویز داروهای رخوتزا یا مهار فیزیکی حتی برای تکمیل اولویت بندی درمان ضروری است. در این موارد دغدغه حیات بیمار و امنیت سایرین بر امتناع وی از همکاری غلبه می کند. در شرایط غیراورژانس (بیماری که مدتی تحت درمانی معنادار قرار گرفته و بعد عدم همکاری نشان می دهد) تغییر رفتار احتمالا تظاهر مقاومت دربرابر مطالب ناراحت­کننده­ای است که درجریان درمان ظاهر شده است. همچنین این رفتار ممکن است واکنشی به تعامل های واقعی بین پزشک و بیمار باشد.

**بیماران متفاوت از نظر فرهنگ و پیشینه:** برای روانپزشکی که با فرهنگ بیمار آشنا نیست ارزیابی علایم (که مقولاتی نسبی هستند) دشوار است. همچنین، واژگان به کار رفته برای توصیف ناراحتی هیجانی در فرهنگ های مختلف متفاوت است. وقتی زبان پزشک و بیمار متفاوت است ممکن است نیاز به مترجم باشد. در اینصورت بهتر است از فرد بیطرفی به عنوان مترجم استفاده کرد که بیمار او را نشناسد. مترجم باید آموزش داده شود که کلمه به کلمه حرفهای بیمار را ترجمه کند. اما با این حال نیز، انتقال اختلال تفکر صوری از طریق ترجمه ممکن است امکان پذیر نباشد. مشکل دیگر برقراری تفاهم است؛ بیماران متعلق به گروه های اقلیت ممکن است در صحبت با پزشکی که متعلق به گروه اکثریت است حالت دفاعی به خود بگیرد. روانپزشک باید با فروتنی و احترام برخورد کند.

**گوش دادن همدلانه:** در روانپزشکی گوش دادن مهارتی حیاتی است. اما گوش دادن چیزی فراتر از شنیدن ساده گفته های بیمار است. گوش دادن بایستی همدلانه باشد. مشخصه همدلی (empathy) این است که فرد خود را در جایگاه طرف مقابل قرار دهد. همدلی تفاوت مختصری با همدردی **(**sympathy**)** دارد. فردی که با همدلی گوش می کند می گوید: «میدانم چه احساسی دارید، اما من عین همان احساس را ندارم». اما گوش دهنده همدرد می گوید: «میدانم چه احساسی دارید، من نیز همین احساس را دارم». همدلی ویژگی اساسی درمانگر است. به نظر می رسد ناتوانی برای درک طبیعی احساسات دیگران، ویژگی محوری برخی اختلالات شخصیت مانند اختلال شخصیت خودشیفته و ضد اجتماعی باشد.

**معاینه جسمی در روان پزشکی**

در زمینه شکایات طبی بیماران در 75درصد موارد، با وجود بررسی های آزمایشگاهی، هیچ علتی برای نشانه ها یافت نمی شود (یعنی شکایات بیمار ذهنی است) و تصور می شود که 10درصد این موارد مبنای روانشناختی دارند.

**سابقه بیماری طبی**

در جریان ارزیابی روان پزشکی، اطلاعات زیر باید جمع آوری شود: 1) اختلالات یا بیماریهای شناخته شده جسمی. 2) بستری شدن ها و اعمال جراحی. 3) داروهایی که اخیرا مصرف شده یا می شوند. 4) عادات شخصی و تاریخچه شغلی. 5) سابقه خانوادگی بیماری ها. 6) شکایات جسمی خاص. اطلاعات درمورد دوره های قبلی بیماری ممکن است سرنخ های با ارزشی در مورد ماهیت اختلال فعلی بدست دهند. مثلا اگر اختلال موجود آشکارا هذیانی است و بیمار سابقه چندین دوره مشابه دارد که هر یک به درمان های مختلف پاسخ خوبی داده است، احتمال اختلال روانپریشی ناشی از مواد مخدر قویا مطرح می شود. افسردگی از عوارض جانبی چندین نوع داروی فشار خون است. همچنین، کم کاری تیروئید نیز می تواند علایم افسرگی را ایجاد کند. مواجهه با جیوه ممکن است علایم شبه سایکوز (روان پریشی)، و مواجهه با سرب می تواند اختلال شناختی ایجاد کند.

**مرور دستگاه ها**

بسیاری از بیماران سابقه سردرد دارند. در اینگونه موارد طول مدت، دفعات، کیفیت، محل و شدت سردرد باید بررسی شود. سردرد ممکن است ناشی از سوءمصرف الکل، نیکوتین یا کافئین باشد. سردردهای عروقی (میگرنی) براثر استرس برانگیخته می شوند. آرتریت تمپورال (التهاب شریان گیجگاهی) موجب سردردهای کوبنده یک طرفه شده و ممکن است منجر به کوری شود. سابقه ضربه به سر ممکن است با هماتوم ساب دورال مربوط باشد و در بوکسورها به زوال عقل پیش رونده با نشانه های خارج هرمی منجر می شود. سردرد ناشی از خونریزی ساب آراکنوئید شدید، ناگهانی و همراه با تغییر سطح هوشیاری است.

بیماری که از داروهای ضدروانپریشی استفاده می کند و از حرکات پیچشی اطراف دهان یا حرکات ناراحت کننده زبان شکایت دارد، ممکن است در مراحل ابتدایی و قابل برگشت اختلال حرکتی دیررس (تاردیودیسکینزی)قرار داشته باشد. دوره های گذرای دوبینی ممکن است پیش درآمد اسکلروز مولتیپل (MS) باشد. شکایات مبنی بر استشمام بوی بد ممکن است نشانه صرع لوب گیجگاهی باشد نه اسکیزوفرنی. اختلال بینایی ممکن است در نتیجه مقادیر بالای تیوریدازین بروز کند. اختلالات هذیانی در افراد دچار نقایص شنوایی نسبت به افراد با شنوایی طبیعی دارند بیشتر است. رویت هاله آبی رنگ در اطراف اشیا ممکن است در هنگام مصرف سیلدنافیل (ویاگرا) و سایر داروهای مشابه بروز کند.

گاهی اوقات دستگاه تنفسی بیمار دچار ناراحتی یا بیماری است. علایم هیپرونتیلاسیون: شروع در حالت استراحت، تنفس به شکل آه کشیدن، دلواپسی، اضطراب، مسخ شخصیت، تپش قلب، ناتوانی بلع، کرختی دست ها و پاها و اسپاسم کارپوپدال. در افسردگی ممکن است تنگی نفس بروز کند. در بیماری های ریوی و انسداد راه های هوایی معمولا علایم بالینی به صورت تدریجی شروع می شود، اما در افسردگی شروع اختلال ناگهانی است. در افسردگی تنگی نفس در حالت استراحت احساس می شود، با ورزش تغییر جزیی پیدا می کند، شروع تنگی نفس با شروع اختلال خلق همزمان بوده و اغلب با حملات گیجی، تعریق، تپش قلب و گزگز همراه است. در انسداد راههای هوایی بیمار فقط در مراحل پیشرفته نارسایی تنفسی، در حالت استراحت هم دچار تنگی نفس می شود. مهمترین و مفید ترین نکته در تشخیص افتراقی، تاکید بیمار افسرده بر اِشکال در هنگام دم و تاکید بیمار ریوی بر اِشکال هنگام بازدم است.

آسم برونشیال گاهی با سابقه وابستگی شدید به مادر در دوران کودکی ارتباط دارد. در بیماران مبتلا به برونکواسپاسم تجویز پروپرانولول (Inderal) به دلیل مهار اتساع برونش ناشی از کاتکولامین ها ممنوع است.

تاکی کاردی، تپش قلب و آریتمی قلبی از شایعترین علایم اضطراب هستند که ممکن است بیمار از آنها شکایت کند. فئوکروموسیتوم معمولا نشانه هایی ایجاد می کند که مقلد اختلالات اضطرابی هستند نظیر ضربان سریع قلب، لرزش و رنگ پریدگی. استرس روانشناختی حتی درصورت وجود شرائین نرمال کرونر ممکن است دردهای شبیه آنژین صدری ایجاد کند.

انواع سر گیجه: 1- دوار سر **(**vertigo**):** احساس اینکه فرد یا محیط افراد یا محیط اطرافش در حال حرکت است (نوعا حرکت چرخشی). حملات چند ثانیه تا چند روز طول می کشند. سر گیجه مداوم حداقل به مدت یک هفته در تمام اوقات یا بخش اعظم آن وجود دارد. 2- سیاهی رفتن چشم **(**presyncope**):** احساس سبکی سر، احساس از حال رفتن، انگار که فرد در شرف بیهوش شدن است. نوعاً چند ثانیه تا چند ساعت طول می کشد. 3- عدم تعادل:احساس عدم ثبات با خصوصیات زیر: الف) عمدتاً در اندام های تحتانی احساس می شود، ب) هنگام ایستادن یا راه رفتن بارزتر است ج) با نشستن و دراز کشیدن تسکین می یابد. 4- سایر انواع سرگیجه: احساس سر گیجه ای که در قالب تعاریف بالا نمی گنجد. ممکن است شامل احساس غوطه وری یا شناوری، سبکی مبهم سر یا احساس گسستگی باشد. معمولا تمام اوقات روز یا بخش اعظم اوقات روز یا هفته وجود دارد. گاهی سالها طول می کشد.

سابقه کاهش وزن در اختلالات افسردگی شایع است، اما افسردگی ممکن است با کاهش وزن ناشی از کولیت اولسراتیو، آنتریت رژیونال و سرطان همراه شود. افسردگی غیرمتعارف (آتیپیک) با پرخوری و افزایش وزن همراه است. بی اشتهایی عصبی با کاهش وزن شدید و اشتهای طبیعی همراه است. یبوست گاهی بر اثر وابستگی به مواد شبه افیونی و داروهای روان گردانِ دارای عوارض آنتی کولنیرژیک ایجاد می شود. سوء مصرف کوکائین یا آمفتامین موجب بی اشتهایی و کاهش وزن می شود.

در برخی موارد اولین علامت بالینی سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)، شروع تدریجی سردرگمی است که نهایتا به زوال عقل منجر می شود.

آمنوره از مشخصات بی اشتهایی عصبی است و در زنهای دچار استرس روانی هم دیده می شود. حاملگی کاذب **(**pseudocyesis**)** با قطع قاعدگی همراه است. تغییرات خلق حول و حوش یائسگی (مانند تحریک پذیری، افسردگی و ملال) باید مورد توجه قرار گیرند.

**مشاهده کلی**

هرچند بی توجهی به پاکیزگی لباس در اختلالات روانی به خصوص اختلالات افسردگی شایع است، اما علامت شاخص اختلالات شناختی محسوب می شود.

حرکات بدون هدف، سریع و فراوان مشخصه اختلالات اضطرابی هستند، اما به همان نسبت در بیماریهای کره هانتینگتون و پرکاری تیروئید هم دیده می شوند. کمی یا زیادی یک طرفه حرکات مانند تکان ندادن دست راست به هنگام راه رفتن، حاکی از بیماری موضعی مغز است.

صورت گرد، چاقی تنه و قوز بوفالویی از مشخصات بارز سندرم کوشینگ هستند. ظاهر پف کرده و باد کرده در کم کاری تیروئید دیده می شود.

گلگونی شدید صورت با مصرف فنوتیازین ها دیده می شود. تنگی مردمک چشم با مواد شبه افیونی، و اتساع مردمک با داروهای آنتی کولینرژیک و توهم زاها ایجاد می شود.

تكلم بسيار سريع نه تنها در مانيا و اختلالات اضطرابي، بلکه در پركاري تيروئيد هم مشاهده مي شود. ضعف و یکنواختی لحن صدا ممکن است در فردی که عمدتاً از افسردگی شکایت می کند، نشانه ای از بیماری پارکینسون باشد. صدای بم، آهسته و خشن احتمال کم کاری تیروئید را مطرح می سازد. صدای نرم یا لرزان، در اضطراب دیده می شود.

**معاینه جسمی**

احتمال بروز بیماری های همزمان، در اختلالات روانی بیش از سایر اختلالات است. 24 تا 60 درصد بیماران روانی شناخته شده دچار اختلالات جسمانی همراه هستند. مفهوم پالایش طبی (medical clearance) تلویحا به این معناست که هیچ اختلال طبی، اختلال بیمار را توجیه نمی کند.

در برخی مطالعات، تا 10 درصد بیمارانی که از افسردگی و خستگی همراه با آن شکایت داشته اند، دچار مراحل آغازین کم کاری تیروئید بوده اند. آزمون فرونشانی دگزامتازون (DST) برای تایید ظن تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بکار می رود. یک میلی گرم دگزامتازون ساعت 11 شب به بیمار داده می شود و کورتیزول پلاسما ساعت 8 صبح، 4 و 11 بعدازظهر روز بعد اندازه گیری می شود. سطح پلاسمایی کورتیزول بالاتر از 5 میلی گرم در دسی لیتر (كه حاكي از عدم فرونشانی است) غير طبيعي تلقي مي شود (یعنی مثبت است). فرونشاني كورتيزول حاكي از آن است که محور هیپوتالاموس- آدرنال- هیپوفیز به طرز متناسبی عمل می کند.

ملاتونین که از غده صنوبری ترشح می شود در اختلال عاطفی فصلی که در DSM-I-V-R "اختلال خلقی با الگوی فصلی" نامیده می شود، دخیل شناخته شده است.

تجویز داروهای آنتی سایکوتیک (ضدروانپریشی) می­تواند سبب افزایش سطح پرولاکتین شود كه ناشي از انسداد گيرنده­هاي دوپامين در هيپوفيز است. پرولاكتين ممکن است به طور مختصری بعد از تشنج افزایش یابد. به همین دلیل سنجش سطح سریع پرولاکتین پس از یک حمله مشکوک به تشنج می­تواند در افتراق تشنج از تشنج کاذب مفید باشد.

میزان متابولیت سروتونین، 5 هیدروکسی ایندول استیک اسید (5-HIAA)، در مایع مغزی- نخاعی برخی بیماران دچار افسردگی انتحاری پایین بوده و همچنین در مطالعات کالبد شکافی کسانی که خودکشی کرده اند (بخصوص به طرق وحشیانه) میزان آن پایین گزارش شده است. به طور کلی پایین بودن میزان (5-HIAA) در مایع مغزی- نخاعی با خشونت ارتباط دارد. برخی موارد اضطرابِ مزمن، میزان اپی نفرین و نوراپی نفرین خون بالا می­رود. در برخی از بیماران افسرده نسبت نوراپی نفرین به اپی نفرین در ادرار پایین است. در برخی بیماران دچار PTSD، سطوح اپی نفرین و نوراپی نفرین ادراری بالاست. میزان یکی از متابولیت های نوراپی نفرین به نام 3- متوکسی 4- هیدروکسی فنیل گلیکول (MHPG) در برخی بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی شدید، به خصوص بیمارانی که قصد خودکشی دارند کاهش می یابد.

آسیب یا بیماری کبدی ممکن است با علایم و نشانه های اختلال شناختی از جمله اختلال موقعیت سنجی و دلیریوم تظاهر کند. اختلال کار کبد ممکن است موجب افزایش نیمه عمر دفعی بنزودیازپین ها شود.

افزایش شدید غلظت گلوکز سرم با بروز دلیریوم ارتباط دارد. افت قند خون با سرآسیمگی و اضطراب همراه است.

سنجش منظم سطوح پلاسمایی برای لیتیوم یک امر اساسي است.

به استثنای کلوزاپین تمامی آنتی سایکوتیک ها سبب افزایش کوتاه مدت غلظت پرولاکتین سرم می شوند. غلظت طبیعی پرولاکتین اغلب نشان دهنده عدم رعایت دستورات دارویی و یا عدم جذب دارو است.

تا 72درصد بیماران مبتلا به اختلال هول (پانیک) در صورت تجویز وریدی **لاکتات سدیم** دچار حمله هول می شوند. بنابراین از این آزمون برای تائید تشخیص اختلال هول (پانیک) استفاده می شود. همچنین از این ماده میتوان برای برانگیختن پس­نگاه (flashback) در بیماران مبتلا به اختلال PTSD استفاده کرد. هیپرونتیلاسیون نیز از برانگیزنده­های حملات هول در بیماران مستعد است. استنشاق دی اکسید کربن (CO2) نیز سبب برانگیخته شدن حملات هول می شود. حملات هول ناشی از تجویز لاکتات را با آلپرازولام و ضدافسردگی هاي سه حلقه ای می توان مهار کرد.

مصاحبه با آموباربیتال (Amytal) هم از نظر تشخیصي کاربرد دارد و هم از نظر درمانی. از نظر تشخیصي این مصاحبه در افتراق اختلالات عضوی از غیر عضوی، به خصوص در بیماران با نشانه های کاتاتونیا، بهت و موتیسم مفید است. اختلالات عضوی معمولا با تجویز وریدی آموباربیتال بدتر می شوند، ولی اختلالات غیر عضوی یا روانزاد به دلیل رفع مهار، کاهش اضطراب یا افزایش آرمیدگی معمولا بهبود می یابند. از لحاظ درمانی مصاحبه با آموباربیتال در اختلالات واپس زدن و تجزیه ای (مثلا در بازگرداندن حافظه در فراموشی روانزاد و گریز روانزاد؛ بهبود کارکرد در اختلال تبدیلی؛ و تسهیل ابراز هیجان در اختلال استرس پس از سانحه) مفید است.

یادداشت های شخصی طبق تعریف عبارتند از: فرضیات طبیب، برداشت های غیر از تشخیص موقت یا واقعی، و نکات یادآوری. یادداشت های روان درمانی شامل جزئیات انتقال، خیال پردازی، رویاها، اطلاعات شخصی در مورد افرادی که بیمار با آنها ارتباط دارد و سایر جزئیات زندگی خصوصی بیمار است. همچنین در این یادداشتها نظرات روانپزشک در مورد انتقال متقابل و احساسات وی نسبت به بیمار. این یادداشت ها جدا از بقیه پرونده پزشکی بیمار نگهداری می شود.

اخیرا در مورد خطای پزشکی از اصطلاح never event استفاده می شود. به این مفهوم که خطای پزشکی رويدادي است که هرگز نباید روی می داد. اکثر خطاها در روان پزشکی مربوط به به دو زمینه‌ی تجویز دارو و خودکشی است. یکی از خطاهای دارویی، تجویز داروی اشتباه برای یک اختلال یا دوز نادرست داروست. اشتباه دیگر، تجویز داروهایی است که نباید با هم تجویز شوند. مانند ایمی پرامین و مپردین که تجویز این دو با هم می تواند کشنده باشد.

منظور از اصطلاح «رهنمود طبابت» مجموعه ای از راهبردهای مراقبت بیمار است که برای کمک به پزشکان در تصمیم گیری بالینی تدوین شده است.

# فصل سوم: علايم و نشانه ها در روانپزشكي

**نشانه ها** (signs)به یافته های عینی و مشاهدات بالينگر اطلاق می شود: مثل سراسیمگی بیمار.

**علایم بالینی** (symptoms) تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می کند: مانند خلق افسرده.

**سندرم** (syndrome) گروهی از علایم و نشانه ها است که مجموعاً یک بیماری قابل تشخیص گذاری را بوجود می­آورند.

در DSM-IV-TR تشخیص اختلال روانی عضوی حذف شده است تا نشان داده شود که تمامی اختلالات روانی ممکن است اساس زیستی داشته باشند. امروزه تشخیص اختلال روانی عضوی تحت عناوین «دلیریوم، زوال عقل، اختلالات نسیانی و سایر اختلالات شناختی» نامیده می شود. اما هنوز در ICD-10 طبقه تشخیصی اختلالات روانی عضوی حفظ شده است.

روان نژندی **(**neurosis**)** به اختلال غیرسایکوتیک راجعه یا مزمنی اطلاق میشود که خصوصیت عمده آن اضطراب است. در نوروز واقعیت سنجی کل فرد و سازمان شخصیت وی دست نخورده می ماند.

اصطلاح روانپریشی (psychosis) در مفهوم سنتی آن به معنای از بین رفتن واقعیت سنجی و تخریب کارکرد روانی است که به صورت هذیان ها، توهمات، اغتشاش شعور و اختلال حافظه تظاهر می کند. اصطلاح روان پریش در روانپزشکی بیشتر مترادف تخریب شدید کارکرد اجتماعی و شخصی به کار می رود که با انزوای اجتماعی و ناتوانی در انجام نقش های شغلی و خانوادگی تظاهر می کند. در مفاهیم روانکاوی، درجه پسرفت ایگو به عنوان ملاک بیماری روانپریشی مطرح می شود. بر طبق واژه نامه روانپزشکی امریکا اصطلاح روانپریش (سایکوتیک) به معنای اختلال آشکار واقعیت سنجی است.

اصطلاح روان پریش به تحریفات جزئی واقعیت که مربوط به مسایل قضاوت نسبی هستند، اطلاق نمی­شود. مثلا افراد افسرده که دستاوردهای خود را دست کم می گیرند روان پریش محسوب نمی شوند، اما کسانی که معتقدند سبب فاجعه های طبیعی می شوند روانپریش تلقی می شوند.

# فصل چهارم: طبقه‌بندی و تشخیص در روانپزشکی

اهداف نظام های طبقه­بندی تشخیصی در روانپزشکی عبارتند از: 1) افتراق اختلالات روانپزشکی از یکدیگر برای ارائه موثرترین درمان، 2) فراهم نمودن زبان مشترک بین متخصصان مراقبت بهداشتی، و 3) جستجوي علل بسیاری از اختلالات روانی که هنوز ناشناخته اند.

دو نظام طبقه بندی مهم روانپزشکی عبارتند از: **کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)** تالیف انجمن روانپزشکان امریکا، و **طبقه­بندی بین المللی بیماری­ها (ICD)** که سازمان بهداشت جهانی آن را تدوین نموده است.

سیستم رسمی طبقه‌بندی اختلالات روانی براساس «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» DSM است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا تدوین می‌شود. آخرین نسخه این راهنما DSM-5 است که در سال 2013 منتشر شده است. اولین DSM را انجمن روانپزشکی آمریکا در سال 1952 منتشر کرد و از آن زمان پنج‌بار در آن تجدیدنظر کرده است. DSM-IV در سال 1994 و نسخه تجدیدنظر شده آن DSM IV-TR در سال 2000 منتشر شده است. تمامی طبقات تشخیص DSM-IV-TR در ICD-10 موجود است اما همه طبقات ICD-10 در DSM-IV-TR وجود ندارد.

**ویژگی های اساسی DSM-IV-TR**

رویکرد توصیفی: DSM-IV-TR تظاهرات اختلالات روانی را به صورت قابل فهم توصیف می کند و ندرتاً درباره علت پیدایش اختلالات اشاره ای می کند.

ملاک هایی تشخیصی: برای هر اختلال روانی خاص، ملاک های تشخیصی معینی ارائه می شود. این ملاک ها شامل فهرست خصوصیاتی است که وجود آنها برای تشخیص اختلال ضروری است.

توصیف نظام مند: DSM-IV-TR همچنین هر اختلال را بطور نظام مند برحسب خصوصیات همراه آن (سن اختصاصی، خصوصیات فرهنگی و وابسته به جنس؛ میزان شیوع، میزان بروز و میزان خطر؛ سیر؛ عوارض؛ عوامل زمینه ساز؛ الگوی خانوادگی و تشخیص افتراقی) توصیف می کند.

در DSM-IV-TR، 365 اختلال در 17 بخش بیان شده است.

**DSM - 5**

تشخیص روانپزشکی و پزشکی

عوامل روانی اجتماعی و محیطی

ناتوانی

**DSM IV- TR**

اختلالات بالینی: I محور

اختلالات شخصیت: II محور (عقب‌ماندگی)

شرایط پزشکی عمومی: III محور

IV: محور

مشکلات روانی‌اجتماعی و محیطی

: V محور

ارزیابی عملکرد کلی

GAF

**چند نکته پیرامون مقایسه های کلی بین DSM-IV-TR و DSM-5:**

DSM IV-TR بر اساس طبقه‌بندی چندمحوری اختلالات بود، این نظام طبقه‌بندی چندمحوری در DSM-5 حذف شده است.

در DSM-5 به جای محور V (GAF) از فهرست ارزیابی ناتوانی (معلولیت) سازمان بهداشت جهانی ((WHO DAS استفاده می‌شود.

برای بهبود بخشیدن به سودمندی بالینی، DSM-5 براساس ملاحظات مربوط به رشد و طول عمر سازمان یافته است. DSM-5 با تشخیص‌هایی شروع می‌کند که تصور می‌رود فرآیندهای مربوط به رشد را منعکس می‌کنند که در اوایل زندگی آشکار می‌شوند (مثل اختلالات عصبی- رشدی).

به دنبال آن تشخیص‌هایی ارائه شده‌اند که عموما در نوجوانی و جوانی آشکار می‌شوند (مثل اختلالات دوقطبی، افسردگی و اضطرابی) و در نهایت تشخیص‌هایی می‌آیند که مربوط به بزرگسالی و اواخر عمر هستند (مثل اختلالات عصبی­شناختی).

DSM-5 با طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات ICD-11 هماهنگ شده است. این طبقه‌بندی را سازمان بهداشت جهانی WHO منتشر می‌کند.

DSM-5 علاوه بر استفاده از رویکرد طبقه‌ای، رویکرد ابعادی به تشخیص دارد، رویکرد قبلی DSM، هر تشخیص را به صورت طبقاتی مجزا درنظر داشت. محدودیت این طبقات تشخیصی سبب می‌شد تا بسیاری از اختلالات به صورت NOS (به گونه دیگری مشخص نشده) تشخیص داده شوند. رویکرد طبقه‌ای واقعیت بالینی، عدم‌تجانس نشانه در اختلالات و اهمیت مشترک بودن نشانه‌ها در اختلالات متعدد را بازتاب نمی‌داد.

در DSM-5 تشخیص‌های جدیدی وجود دارد که در نسخه قبلی موجود نیست.

در DSM-5 بعضی از تشخیص‌های نسخه قبلی با هم ترکیب شده و به صورت یک تشخیص واحد درآمده‌اند.

در DSM-5 به مسائل قومی و فرهنگی توجه بیشتری شده است. DSM-5سه مفهوم جدید را در این زمینه معرفی می‌کند.

* **نشانگان فرهنگی**: مجموعه‌ای از نشانه‌های همزمان و نسبتا نامتغیر هستند که در گروه فرهنگی، جامعه یا موقعیت خاصی یافت می‌شوند.
* **اصطلاح فرهنگی ناراحتی**: نوعی واژه، عبارت زبانی یا شیوه صحبت کردن درباره رنج کشیدن افراد یک گروه فرهنگی است (مثلا قومیت و مذهب مشابه که به مفاهیم مشترک آسیب و به شیوه‌های ایراد، انتقال یا نامیدن ناراحتی اشاره دارد.)
* **توجیه فرهنگی** یا علت تصور شده: نوعی برچسب، انتساب یا ویژگی الگوی توجیهی است که سبب‌شناسی یا علت تصور شده فرهنگی را برای نشانه‌ها، بیماری یا ناراحتی تأمین می‌کند.

**تفاوت‌های جنسیتی**: تفاوت‌های جنسی یا جنسیتی به صورتی که با علت‌ها و بروز بیماری‌های جسمانی ارتباط دارند برای تعدادی از اختلالات روانی خاص تعیین شده‌اند. در DSM-5 به تفاوت‌های بالقوه بین مردان و زنان در ابراز بیماری روانی توجه شده است.

**طبقه‌بندی در DSM-5 و DSM-IV-IR**

اختلالاتی که معمولا در نوزادی، کودکی یا بلوغ تشخیص داده می‌شوند

DSM-IV-TR

DSM-5

اختلالات عصبی رشدی

اختلالات دفع

سایر اختلالات مرتبط که براساس سن طبقه‌بندی نشده‌اند

DSM-5

DSM-IV-TR

دلیریوم، دمانس و دیگر اختلالات شناختی

اختلالات عصبی­شناختی

اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادآور

اختلالات مرتبط با مواد