

# به نام خدا

## مقدمه مؤلف

کتاب پیش رو ویرایش دوم کتاب آسیب‌شناسی روانی و کودکان استثنایی که در طی سال‌های اخیر به یکی از منابع اصلی این درس در کنکور کارشناسی ارشد و دکتری روانشناسی تبدیل شده است و بسیاری از رتبه‌های تک‌رقمی حتی با رشته‌های غیر مرتبط با مطالعه این کتاب به درصدهای خیلی خوبی در این درس دست یافته‌اند. در تدوین این کتاب از منابع معتبر آسیب‌شناسی روانی و کودکان استثنایی استفاده گردیده است و تلاش زیادی شده تا مطالب به ساده‌ترین شکل ممکن بیان گردند تا سرعت خواندن و مرور مطالب توسط داوطلبان ارشد و دکتری افزایش یابد. بر خلاف خیلی از کتاب‌های نکته و تست موجود در بازار که در واقع مطالب هایلایت شده منابع مختلف می‌باشند، که کنار هم چیده شده‌اند و ارتباط منطقی بین خیلی از جملات آنها وجود ندارد، این کتاب برای خود تشخیص مجزا دارد و با ادبیات خود نگارنده به ساده‌ترین شکل ممکن نگارش یافته است. در اکثر کتاب‌های نکته و تست که مطالب کتاب‌های مختلف را کنار هم چیده‌اند، بدلیل فقدان ارتباط منطقی و بکدست نبودن ادبیات کتاب عملاً بخاطر سپردن آن مطالب غیر مرتبط بسیار سخت می‌باشد و اغلب داوطلبان شاکی هستند که با صرف وقت زیاد مطلب خیلی کمی آموخته‌اند. ولی در این کتاب با بیان ساده موضوعات سعی شده تا داوطلبان متناسب با وقتب که صرف می‌کنند، بیاموزند و از آموختن لذت ببرند.

این کتاب بطور کامل تدوین شده و فرض نگارنده این بوده که داوطلب ارشد یا دکتری فقط این منبع را برای آزمون مطالعه می‌نمایند و با این فرض سعی شده تا داوطلب برای آزمون آماده گردد. چون کتاب ویژه آزمون ارشد و دکتری نگاشته شده است، فصولی که در آزمون وزن کمتری دارند به میزان کمتری بسط داده شده‌اند و فصولی که وزن بالاتری در آزمون دارند، مفصل‌تر توضیح داده شده‌اند. با وجود این تعداد سؤالات هر فصل گویای وزن هر فصل در آزمون می‌باشد و دانشجویان با مرور تعداد سؤالات هر فصل می‌توانند به اهمیت هر فصل در آزمون پی ببرند و با دید بازتری به مطالعه هر فصل بپردازند.

بخش اعظمی از کتاب پیش رو صرف بررسی سؤالات آزمون ارشد و دکتری شده است و برای سؤالات پاسخ‌های کاملاً تشریحی فراهم شده است تا دانشجویان از مراجعه‌های مکرر به متن کتاب بی‌نیاز گردند و پاسخ کاملاً تشریحی را در کنار هر سؤال بیابند.

اینجانب تجربه بیش از پانزده سال تدریس این درس را در نگارش این کتاب بکار برده‌ام. اینجانب بعد از سالها تدریس در مؤسسات آموزشی مختلف اکنون به صورت انحصاری در مؤسسه آموزشی خودم (مؤسسه مهستان) تدریس می‌نمایم. برای ارتباط با گروه آموزشی دکتر پیری و آگاهی از کلاس‌ها و خدمات آموزشی دیگر مؤسسه مهستان می‌توانید از طریق شماره‌های ۰۹۲۲۲۵۴۳۵۸۵ و ۰۹۲۰۲۵۴۳۵۸۵ اقدام نمایید.

همچنین لازم به ذکر است که به روزترین کتاب‌های اینجانب توسط انتشارات پوران پژوهش انتشار می‌یابد و جزوات و کتاب‌هایی که توسط مؤسسات دیگر انتشار می‌یابند، با توجه به قطع همکاری اینجانب با آن مؤسسات سال‌ها است که به روزرسانی نمی‌گردد و لذا به اندازه کتاب‌های انتشارات پوران پژوهش اثربخشی نخواهد داشت.

علاوه بر کتاب آسیب‌شناسی روانی و کودکان استثنایی، کتاب‌های روانشناسی فیزیولوژیک، نوروسایکولوژی و روانشناسی شخصیت از این نگارنده چاپ شده است و در آینده نزدیک کتاب روانشناسی رشد نیز با همین سیاست نگارش موضوعات به زبان ساده، انتشار خواهد یافت به این امید که گامی هر چند کوچک در ارتقاء سطح علمی جامعه روانشناسی برداشته شود. لازم به ذکر است که بیش از پنجاه ساعت تدریس بنده در دروس آسیب‌شناسی روانی، کودکان استثنایی، روانشناسی رشد، نوروسایکولوژی، روانشناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان و روانشناسی شخصیت در صفحه اینستاگرام دکتر پیری به آدرس [@haftchenar](https://t.me/haftchenar) به اشتراک گذاشته شده است و داوطلبان محترم می‌توانند از این تدریس‌ها بهره ببرند، تا درک مطالب کتاب‌ها راحت‌تر و عمیق‌تر صورت گیرد.

در پایان این اثر را به همسر مهربان و فداکارم و فرزندان دل‌بندم امیرمحمد و فاطمه تقدیم می‌نمایم. چرا که بدون حمایت‌های آنها تدوین این کتاب مقدور نبود.

#### مر تفضی پیری

کانال ویژه دکتری روانشناسی <https://t.me/PhDpiri>

کانال ویژه ارشد روانشناسی <https://t.me/Drpiri>

اینستاگرام دکتر پیری [@haftchenar](https://t.me/haftchenar)

# فهرست مطالب

فصل اول. تعریف اختلال روانی.....	۱
فصل دوم. اختلال عصبی - رشدی.....	۹۵
فصل سوم. طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک.....	۱۹۳
فصل چهارم. دوقطبی و اختلالات مرتبط.....	۲۴۷
فصل پنجم. اختلالات افسردگی.....	۲۶۱
فصل ششم. اختلالات اضطرابی.....	۳۱۱
فصل هفتم. وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط.....	۳۵۷
فصل هشتم. اختلالات ناشی از تروما و عوامل استرس‌زا.....	۳۸۷
فصل نهم. اختلالات تجزیه‌ای.....	۴۱۱
فصل دهم. اختلالات سوماتیک سمپتوم.....	۴۳۵
فصل یازدهم. اختلالات خوردن و تغذیه.....	۴۶۱
فصل دوازدهم. اختلالات دفع.....	۴۸۱
فصل سیزدهم. اختلالات خواب و بیداری.....	۴۸۷
فصل چهاردهم. اختلالات جنسی.....	۵۰۵
فصل پانزدهم. اختلالات اخلاک‌گرانه، کنترل تکانه و سلوک.....	۵۱۳
فصل شانزدهم. اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادآور.....	۵۳۹
فصل هفدهم. اختلالات عصبی - شناختی.....	۵۵۵
فصل هجدهم. اختلالات شخصیت.....	۵۷۵
فصل نوزدهم. مهمترین تغییرات رخ داده در DSM5.....	۶۱۵

## ویژگی‌های این کتاب

- بیان ساده موضوعات پیچیده آسیب‌شناسی روانی
- بیان ارتباط منطقی موضوعات برای جلوگیری از یادگیری سطحی و طوطی وار
- مرور و جمع‌بندی مباحث اساسی و سوال خیز
- ۸۰۰ سوال با جواب کاملاً تشریحی
- جلد اول بخش آسیب‌شناسی مناسب برای ارشد و دکتری روانشناسی
- جلد دوم کودکان استثنایی مناسب برای ارشد روانشناسی



## تعریف اختلال روانی

### فصل ۱

#### نکات فصل اول: مقدمه

#### تعریف اختلال روانی

اختلال روانی سندرمی است که باعث مختل شدن شناخت، هیجان یا رفتار می‌شود و منجر به رنج، نابسامانی و معلولیت می‌گردد.

#### فرق رفتار نابهنجار با اختلال روانی

اختلال روانی رفتار نابهنجاری است که تداوم دارد و عملکرد فرد را مختل می‌نماید. هیچ حالت گذرای اختلال روانی تلقی نمی‌گردد. به‌عنوان نمونه اگر فردی یک شب خوابش نبرد ما نمی‌گوییم که مبتلا به اختلال بی‌خوابی است ولی اگر این مشکل در به خواب رفتن یا بیدار شدن‌های مکرر هفته‌ای حداقل ۳ بار و به صورت مداوم به مدت ۳ ماه ادامه یابد گفته می‌شود که فرد مبتلا به اختلال بی‌خوابی است.

#### ملاک‌های نابهنجاری رفتار یا اختلال روانی

ملاک‌هایی که معیار نابهنجاری یا اختلال روانی در نظر گرفته می‌شوند باید ملاک‌هایی باشند که در اکثر اختلالات روانی صادق هستند به‌عنوان نمونه نمی‌توان معیار نقص هوشی را ملاک اختلال روانی در نظر گرفت، زیرا در چند اختلال محدود مثل عقب‌ماندگی ذهنی (ناتوانی عقلانی یا اختلال عقلانی رشدی) مشکل نقص هوشی وجود دارد و در صدها اختلال روانی نقص هوشی وجود ندارد.

ملاک‌های نابهنجاری رفتار یا اختلال روانی باید ملاک‌هایی باشند که در اکثر اختلالات روانی صادق هستند. این ملاک‌ها عبارت‌اند از:

## ۱- انحراف از هنجار آماری:

بر اساس این معیار افرادی که دو سر نمودار توزیع نرمال قرار دارند و از متوسط انحراف زیادی دارند نابهنجار تلقی می‌گردند.

مثلاً اگر خلق فرد به شدت پایین باشد و فرد دچار افسردگی باشد، می‌گویند اختلال روانی دارد و اگر خلق وی به شدت بالا باشد و در دوره مانیا باشد نیز دارای اختلال روانی است. یعنی خلق باید در حالت متوسط باشد.

به‌عنوان یک نمونه دیگر در تعریف کودکان استثنایی از تعریف آماری استفاده شده است و گفته شده که کودکانی که از متوسط انحراف زیادی دارند و برای اینکه رفتارشان سازگارانه یا انطباقی گردد، نیازمند آموزش ویژه هستند کودکان استثنایی تلقی می‌گردند. با این تعریف هم کودکان دارای ناتوانی عقلانی که ضریب هوشی زیر ۷۰ دارند و هم تیزهوشان که ضریب هوشی بالای ۱۳۰ دارند استثنایی تلقی می‌گردند.

باید توجه داشت که در تعریف کودکان استثنایی حتماً باید ذکر گردد که برای سازگار شدن رفتارشان نیازمند آموزش ویژه هستند تا کودکی به صرف انحراف زیاد از متوسط استثنایی تلقی نگردد. مثل یک کودک مو قرمز!

## ۲- انحراف از هنجار اجتماعی و فرهنگی

بر اساس این معیار افرادی که به گونه‌ای رفتار می‌نمایند که رفتار آن‌ها در این جامعه و این فرهنگ خارج از عرف به نظر می‌رسد. نابهنجار یا دارای اختلال روانی در نظر گرفته می‌شوند.

ایراد معیار انحراف از هنجار اجتماعی و فرهنگی این است که هنجارهای اجتماعی و فرهنگی در جوامع مختلف یکسان نیستند. لذا رفتاری که در یک جامعه نابهنجار تلقی می‌گردد، می‌تواند در یک جامعه و فرهنگ دیگر کاملاً طبیعی و بهنجار به نظر برسد و بالعکس.

مثلاً در جوامع آسیایی اصطلاح چشم‌زخم رایج است. اما در یک جامعه غربی، این اصطلاح ملاک یک رفتار نابهنجار به نام **تفکر جادویی** است.

**تفکر جادویی:** شخص باور دارد که به صرف اندیشیدن به یک موضوع، آن موضوع اتفاق می‌افتد.

**تفکر جادویی** می‌تواند ما را به همه کار توانی برساند. زیرا ما را به این باور می‌رساند که ما قادریم تنها با تفکر به هر اقدامی دست بزنیم. تفکر جادویی بسیار آزار دهنده نیز هست. مثلاً افرادی که وسواس فکری - عملی دارند، دائماً دچار افکار تکراری و ناخوشایند می‌شوند که افراد عادی می‌توانند از کنار این افکار ناخوشایند بگذرند اما افراد وسواسی نمی‌توانند و این افکار کل هوشیاری این افراد را اشغال می‌کند.

یعنی وقتی شخص وسواسی دچار فکر وسواسی می‌شود، اصلاً قادر به انجام کار دیگری نیست. چیزی که افراد وسواسی را آزار می‌دهد، تفکر جادویی است بدین معنی که این افراد تمام مدت دارای افکار ناخوشایند هستند و باور ایشان بر این است که چون به این موضوع فکر کرده‌اند، حتماً آن اتفاق بد خواهد افتاد.

در کشورهایی که مهاجرپذیرند (مانند کشور امریکا)، روان‌شناس باید اطلاعاتی از فرهنگ کشورهای مختلف داشته باشد تا بیهوده به افراد برچسب اختلال نزند

### ۳- پیش‌بینی ناپذیری:

وقتی فرد از هنجار آماری یا اجتماعی و فرهنگی انحراف دارد رفتارش برای دیگران قابل پیش‌بینی نیست.

### ۴- خطرناک بودن رفتار برای خود یا دیگران:

اگر رفتار فرد به خود یا دیگران آسیب برساند که اوج آسیب می‌تواند خودکشی یا دگرکشی در نظر گرفته شود، این رفتار نابهنجار است. به‌عنوان نمونه اگر افسردگی شانس خودکشی را بالا ببرد همین معیار باعث می‌شود افسردگی اختلال روانی تلقی گردد.

### ۵- رنج (distress)

یکی از ملاک‌های اصلی اختلال روانی رنج است. خود فردی که دارای اختلال روانی است اکثراً رنج شدیدی را متحمل می‌شود به‌عنوان نمونه کسی که افسرده یا مضطرب است خود رنج می‌برد. ولی معیار رنج ایرادی دارد و آن اینکه نه هر رنجی لزوماً نشانه آسیب روانی است نه لزوماً در تمام اختلالات روانی رنج وجود دارد.

به‌عنوان نمونه کسی که عزیزی را از دست داده رنج می‌برد، ولی دارای اختلال روانی نیست و از طرف دیگر کسی که در دوره مانیا قرار دارد و دارای اختلال افسردگی دوقطبی است خود رنج نمی‌برد.

می‌توان گفت رنجی که متناسب با شرایط موجود نباشد، معیار اختلال روانی است. به‌عنوان نمونه فردی که عزیزی را از دست داده رنجش متناسب با شرایط موجود است ولی فردی که اختلال اضطرابی دارد حتی اگر در امنیت کامل باشد باز هم مضطرب و نگران است و این رنج متناسب با شرایط موجود نیست.

### ۶- نابسامانی (dysfunction) و معلولیت (disability)

نابسامانی (ناکارآمدی، بدکاری، اختلال در عملکرد): فردی که دارای اختلال روانی است به دلیل مشکلاتی روانی، بیولوژیک یا رشدی که برایش ایجاد می‌شود از پس وظایف و نقش‌هایی که



بر عهده‌اش است برنمی‌آید. به‌عنوان نمونه فردی که اختلال مصرف مواد دارد نمی‌تواند از پس وظیفه پدری، همسری یا وظایف شغلی خود برآید. که این عدم توانایی می‌تواند ریشه روانی، بیولوژیک یا رشدی داشته باشد.

**معلولیت:** فردی که دچار نابسامانی است در حیطه‌های مهم زندگی خود مثل حیطه خانه، حیطه شغلی و ... به مشکل برمی‌خورد این دچار مشکل شدن در حیطه‌های مهم زندگی معلولیت نامیده می‌شود. باید توجه داشت که معلولیت به معنی نقص هوشی، حرکتی یا ادراکی نیست. چون در صدها اختلال روانی هیچ نقص هوشی، حرکتی یا ادراکی وجود ندارد.

**سؤال:** در DSM-5 معیارهای اصلی اختلال روانی چیست؟

در DSM-5 که آخرین نسخه DSM است که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است. انحراف از هنجار آماری و انحراف از هنجار اجتماعی و فرهنگی معیار اختلال روانی نیست و به صرف متفاوت بودن فرد نمی‌توان وی را دارای اختلال روانی تلقی کرد. معیارهای اصلی اختلال - روانی در DSM-5 عبارت‌اند از:

۱- رنج

۲- نابسامانی در معلولیت

اگر فرد یک مجموعه از علائم را داشته باشد می‌توان گفت که این فرد دارای یک «سندرم» است. حال اگر این سندرم منجر به رنج، نابسامانی و معلولیت گردد این سندرم اختلال روانی تلقی می‌گردد. به همین دلیل در DSM-5 اختلال روانی به صورت سندرمی تعریف می‌گردد که باعث مختل شدن شناخت، هیجان یا رفتار می‌شود و منجر به رنج، نابسامانی و معلولیت می‌گردد.

**توضیح مختصر در مورد DSM: DSM:** کتابچه راهنمای تشخیص و آماراتی اختلالات روانی است که توسط «انجمن روان‌پزشکان آمریکا» تدوین شده است. در DSM علاوه بر اینکه اختلالات روانی طبقه‌بندی شده‌اند و اختلالات روانی که علائم مشابه داشته‌اند، در یک طبقه قرار گرفته‌اند، ملاک‌های تشخیصی اختلالات مختلف نیز ذکر شده است. یعنی بیان شده که چه نوع علائمی، با چه تعداد، با چه شدت و یا چه مدتی می‌بایست حضور داشته باشند تا بتوان گفت این فرد دارای اختلال روانی X است.

### ارزیابی روانی یا سنجش روانی

سنجش یا ارزیابی مجموعه‌ای از روش‌های علمی برای اندازه‌گیری و ارزیابی رفتارها و فرایندهای ذهنی فرد است.

**ارزیابی روانی (سنجش روانی):** فرایندی است که می‌تواند به تشخیص «اختلال روانی» یا «فرمول‌بندی موردی» ختم شود. در روش تشخیص‌گذاری فرد ارزیابی روانی شده و از DSM یا

ICD استفاده می‌شود و نهایتاً برچسب اختلال روانی به فرد زده می‌شود و درمانگر مدعی است که می‌خواهد این اختلال روانی را درمان نماید. DSM کتابچه راهنمای تشخیص اختلالات روانی است که توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا تدوین شده است و ICD کتابچه راهنمای تشخیص اختلالات روانی است که توسط سازمان بهداشت جهانی تدوین شده است. در DSM و ICD علاوه بر اینکه اختلالات روانی طبقه‌بندی شده‌اند و اختلالات روانی که علائم مشابه دارند در یک طبقه یا فصل قرار گرفته‌اند، ملاک‌های تشخیص اختلالات روانی مختلف نیز از نظر نوع علائم، تعداد علائم، مدت علائم و شدت علائم ذکر شده است. قبل از اینکه طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی نظیر DSM و ICD شکل بگیرند طبقه‌بندی اختلالات روانی به صورت فردی بود. یکی از اولین طبقه‌بندی‌های علمی اختلالات روانی توسط «امیل کراپلین» انجام شد. ولی این طبقه‌بندی فردی اختلالات روانی یک مشکل جدی داشت و آن اینکه این طبقه‌بندی‌ها جهان‌شمول نبودند. یعنی وقتی کراپلین بیان می‌داشت این فرد اختلال «دمانشیا پری کاکس» دارد، دیگران نمی‌دانستند این اختلال چه علائمی دارد. در چه سنی شروع می‌شود. سیر بیماری و پیش‌آگهی آن چگونه است و .....

ولی وقتی تشخیص (دیاگنوز) بر اساس طبقه‌بندی‌های بین‌المللی صورت می‌گیرد و به‌عنوان نمونه گفته می‌شود. این فرد اسکیزوفرنی پارانوئید دارد. همین اسم مقدار زیادی اطلاعات در مورد اختلال به یک متخصص می‌دهد. و دیگر لازم نیست نوع علائم، مدت، شدت، سیر اختلال، پیش‌آگهی. علت یا درمان به فرد متخصص توضیح داده شود.

فواید تشخیص (دیاگنوز) بر اساس ملاک‌های بین‌المللی مثال DSM و ICD :

- ۱- مهم‌ترین فایده تشخیص این است که یک راه کوتاه‌تر ارتباط بین متخصصان است.
  - ۲- ممکن است چیزی در مورد علت اختلال بیان کند. مثلاً وقتی گفته می‌شود فرد اسکیزوفرنی پارانوئید دارد مشخص می‌گردد که از نظر زیستی عامل این اختلال افزایش دوپامین در مغز است
  - ۳- ممکن است چیزی در مورد درمان بیان کند، به‌عنوان نمونه اگر علت اسکیزوفرنی پارانوئید افزایش دوپامین است داروی آن آنتاگونیست دوپامین است. آنتاگونیست دارویی است که اثر یک ناقل عصبی را تضعیف می‌نماید.
  - ۴- هزینه‌های تقریبی درمان را برای بیمه‌گر یا شخص سوم مشخص می‌کند.
- در DSM و ICD در کنار هر اختلال روانی قابل تشخیص‌گذاری یک کد وجود دارد و در کشورهایی که بیمه از اختلالات روانی حمایت می‌نماید برای هر کد یک کف و یک سقف هزینه در نظر گرفته شده است مسلماً هزینه اختلالی مثل افسردگی اساسی که می‌تواند دوره‌ای باشد با

اختلالی مثل عقب‌ماندگی (ناتوانی عقلانی - اختلال عقلانی رشدی) که معمولاً از بدو تولد شروع می‌شود و تا آخر عمر ادامه می‌یابد یکی نیست.

با وجود فوایدی که برای روش تشخیص‌گذاری ذکر شد برخی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان ترجیح می‌دهند که از فرمول‌بندی موردی به جای رویکرد تشخیص (دیاگنوستیک) استفاده نمایند. به بیان دیگر فرمول‌بندی موردی می‌تواند جایگزین تشخیص گردد.

**سؤال:** فرمول‌بندی موردی می‌تواند جایگزین چه واژه‌ای باشد؟ تشخیص

**ارزیابی روانی می‌تواند منجر به تشخیص یا فرمول‌بندی موردی گردد.** در روش تشخیص‌گذاری فرد ارزیابی روانی می‌شود از DSM یا ICD استفاده می‌شود به فرد برچسب اختلال روانی زده می‌شود و درمانگر مدعی درمان اختلال است. در فرمول‌بندی موردی فرد ارزیابی روانی می‌شود ولی از DSM یا ICD استفاده نمی‌شود و در پایان به جای تشخیص‌گذاری به فرد گفته می‌شود که مشکلات تو ناشی از این موضوع است و ما با یک برنامه اصلاحی می‌خواهیم این مشکلات را برطرف کنیم. در این حالت فرد به جای اینکه احساس کند در حال درمان است احساس می‌نماید که در حال آموزش است. به‌عنوان نمونه به جای تشخیص اختلال روانی در فرد به فرد گفته می‌شود که مشکلات شما ناشی از کم بودن مهارت‌های بین فردی است و ما با یک برنامه می‌خواهیم مهارت‌های سن فردی شما را افزایش دهیم.

**سؤال:** چرا با وجود فواید روش تشخیص‌گذاری که ذکر شد برخی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان ترجیح می‌دهند از فرمول‌بندی موردی استفاده نمایند.

(۱) دلیل اول این است که برخی از روان‌شناسان به کارآمدی DSM یا ICD باور ندارند. یعنی بیان می‌دارند که در DSM یا ICD برخی موارد جزئی اختلال روانی تلقی شده و دارای کد است که می‌توان آنها را تشخیص‌گذاری کرد و برخی از مشکلات روانی جدی از قلم افتاده است. شاهد این ادعا افرادی هستند مشکلات جدی دارند ولی هیچ اختلال روانی جدی هم که توجیه‌کننده این مشکلات جدی باشد قابل تشخیص‌گذاری نیست.

(۲) دلیل اصلی استفاده از فرمول‌بندی موردی پدیده‌ای به نام «استیگما» است. استیگما به معنی لکه ننگ یا انگ است. هنوز در اکثر جوامع روانی یک فحش تلقی می‌گردد. و این استیگما گاه به قدری پررنگ است که به برخی از افراد حتی نمی‌توان برچسب مرسوم‌ترین اختلالات روانی نظیر افسردگی را زد. و در پاسخ به این مورد که به نظر می‌رسد افسرده شده‌اید ممکن است این پاسخ شنیده شود که دیوانه خودتی!

چون در فرمول‌بندی موردی برچسب اختلال روانی به فرد زده نمی‌شود و درمانگر مدعی درمان نیست و فرد این احساس را دارد که در حال آموزش است لذا در فرمول‌بندی موردی استیگما کم‌رنگ می‌شود.

استیگما پدیده‌ای مهم است و یکی از وظایف روان‌شناسان در جامعه کم‌رنگ کردن تدریجی این استیگما است. زیرا تا زمانی که این استیگما پرنگ است، افراد برای درمان اختلال روانی خود مراجعه نمی‌نمایند و اگر توسط اطرافیان خود آورده شوند تن به درمان نمی‌دهند. همین استیگما باعث می‌شود که فرد نسبت به اختلال روانی خود «بینشی» پیدا نکند بینش بیان‌گر میزان وقوف و آگاهی فرد به اختلال روانی فرد است. اگر فرد بینشی کامل داشته باشد به این معنی است که به داشتن اختلال روانی خود واقف است و علل واقعی آن را نیز می‌پذیرد. بینش نسبی بیانگر این موضوع است که فرد تا حدودی به اختلال روانی خود واقف است هرچند از ابعاد کامل آن آگاه نیست و مهم‌تر اینکه علل واقعی اختلال خود را نمی‌پذیرد و در مورد علل آن فرافکنی می‌نماید. یعنی قبول دارد که رفتارش طبیعی نبوده ولی به‌عنوان نمونه بیان می‌دارد که اطرافیان مقصر هستند و به فرد به قدری فشار آورده‌اند که این رفتار نابهنجار بروز نموده است. اگر فرد فاقد بینش باشد اصلاً از اختلال خود آگاه نیست.

مثلاً افراد مبتلا به اختلالات شخصیت بر این باور هستند که بهترین روش فکر کردن و عمل کردن همانی است که خودشان دارند. (اصطلاحاً گفته می‌شود اختلالات شخصیت همسان با الگو هستند). این فقدان بینش باعث می‌شود اکثراً افراد مبتلا به اختلال شخصیت تن به درمان ندهند و برای درمان مراجعه نمایند.

استیگما به‌واسطه اینکه باعث می‌شود فرد نسبت به اختلالات روانی خود بینش نیابد روی پیش‌آگهی (پراگنوز) اختلال روانی اثر می‌گذارد.

پیش‌آگهی یا پراگنوز بیانگر پیش‌بینی ما از روند بهبودی اختلال روانی یا روند بهبودی فرد است. وقتی گفته می‌شود که پیش‌آگهی این فرد یا این اختلال روانی خوب است به این معنی است که این فرد در آینده نزدیک بهبود نسبتاً مناسبی را تجربه خواهد کرد و بالعکس وقتی گفته می‌شود پیش‌آگهی این اختلال یا فرد بد است به این معنی است که در آینده نزدیک روند بهبودی مناسبی وجود نخواهد داشت و حتی ممکن است اختلال روانی تشدید نیز گردد. با توجه به اینکه در اکثر اختلالات روانی تشخیص و درمان به‌موقع باعث بهبود پیش‌آگهی (پراگنوز) اختلال روانی می‌شود. می‌توان بیان داشت که داشتن بینش کامل در تعیین پیش‌آگهی اختلالات روانی مؤثر است.

### تفاوت مطالعه موردی و تشخیص

در روش تشخیص‌گذاری، روان‌شناس یا روان‌پزشک از ملاک‌های بین‌المللی تشخیص اختلالات روانی نظیر DSM و ICD استفاده می‌کند. ولی در فرمول‌بندی موردی از ملاک‌های بین‌المللی تشخیص اختلالات روانی استفاده نمی‌شود.

در فرمول‌بندی موردی، ارزیابی روانی انجام می‌شود ولی به فرد برچسب بیماری زده نمی‌شود. و به جای گفتن اینکه شخص دارای این اختلال روانی است و بایستی تحت این درمان قرار گیرد، گفته می‌شود، ما بررسی انجام داده‌ایم، مشکلات اصلی شما ناشی از این موضوع (مثلاً نداشتن مهارت‌های بین فردی) است و ما یک برنامه اصلاحی مخصوص شما تدوین کرده‌ایم تا طی چند جلسه، مهارت‌های بین فردی شما را بالا ببریم.

### مقایسه ارزیابی روانی با ارزیابی وضعیت روانی

در ارزیابی روانی علاوه بر وضعیت موجود و فعلی اطلاعاتی در مورد مشخصات فرد، سابقه اختلالات روانی، سابقه بیماری‌های قلبی، سابقه تحصیلی، الگوی زندگی، الگوی خواب اخذ می‌گردد. به عبارت ساده‌تر ارزیابی روانی هم شرایط فعلی هم سابقه و مشخصات فرد مهم است. اما در ارزیابی وضعیت روانی فقط وضعیت فعلی و موجود فرد مورد بررسی قرار می‌گیرد و کاری با مشخصات یا سوابق فرد نداریم انگار می‌خواهیم بدانیم این فرد الان در چه وضعیتی است. باید توجه داشت که درحالی که شرح حال و سابقه فرد ثابت باقی می‌ماند ولی وضعیت روانی فرد ممکن است روزبه‌روز یا ساعت‌به‌ساعت تغییر یابد. در معاینه وضعیت روانی دنبال این هستیم که مشکلات فعلی فرد را در حیطه‌های رفتار، شناخت و هیجان را شناسایی کنیم. به این منظور به عوامل نظیر ظاهر فرد، هیجان فرد، خلق فرد، عاطفه فرد، تکلم فرد، اختلالات ادراکی، محتوی ذکر فرم فکر (شکل فکر)، جریان فکر و عوامل شناختی نظیر جهت‌یابی (موقعیت‌یابی) حافظه، توجه و تمرکز، توانایی خواندن و نوشتن، تفکر انتزاعی، سطح معلومات و هوش و همچنین قدرت فرد در کنترل تکنانه‌ها و قضاوت بینش فرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

### مواردی که در ارزیابی وضعیت روانی باید مورد توجه قرار گیرد

#### ۱- ظاهر فرد

علاوه بر مشخصات ظاهری و فیزیکی فرد نظیر قد و وزن که می‌تواند روی خودآنگاره فرد اثر گذارد. عواملی نظیر بهداشت فردی، لباس‌ها از نظر نوع و تمیزی و مرتب بودن مورد بررسی قرار می‌گیرد. آشفتگی شدید ظاهری، عدم مراعات بهداشت - فردی می‌تواند نشان دهد که فرد وضعیت روانی مطلوبی ندارد.

#### ۲- هیجانات فرد

از روی حالت چهره، حرکات بدن و لحن صدا می‌توان به هیجان فرد پی برد. یکی از مهم‌ترین هیجاناتی که در جلسه تشخیص یا درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد اضطراب فرد است. هیجان دارای یک جنبه بیرونی به نام عاطفه و یک جنبه درونی که حس می‌شود ولی قابل مشاهده نیست

یعنی احساس می باشد. عاطفه جنبه بیرونی هیجان است که بروز می نماید، در حیطه عاطفه مشکلاتی نظیر عاطفه سطحی و عاطفه نامناسب قابل ذکر هستند.

**عاطفه سطحی** بیانگر این مفهوم است که فرد واکنش هیجانی خود را بروز نمی دهد و با وجود رویدادهای مهم هیچ تغییر در حالت چهره، حرکات بدن یا لحن صدا ایجاد نمی گردد. یکی از برجسته ترین علائم افراد با اسکیزوفرنی منفی عاطفه سطحی است.

**عاطفه نامناسب** بیانگر این است که هیجانی که فرد بروز می دهد مناسب موقعیت نیست مثلاً فرد در مراسم تدفین به شدت می خندد. همچنین عاطفه نامناسب بیانگر این مفهوم است که هیجانی که بروز داده می شود همانی نیست که فرد حس می کند. یعنی همین فردی که در مراسم تدفین می خندد ممکن است از افرادی که در حال گریه کردن هستند غمگین تر باشد. عاطفه نامناسب نیز یکی از علائم برجسته در اسکیزوفرنی می تواند باشد.

### ۳- خلق

خلق از دیدگاه بالینی شکل تثبیت شده هیجان است. یعنی اگر فرد به هیجانات منفی میدان دهد بعد از مدتی به خلق وی تبدیل می شوند. هیجان با خلق ۳ تفاوت کلیدی دارد. ۱- هیجان ناشی از رویدادهای مهم زندگی است ولی علت خلق مبهم است ۲- هیجان روی رفتار ولی خلق روی افکار و شناخت فرد اثر می گذارد ۳- دوام خلق از هیجان بیشتر است.

وقتی هیجانات منفی تثبیت می شوند و به خلق تبدیل می شوند. بدون اینکه رویداد ناخوشایندی رخ دهد فرد دارای خلق ناخوشایند می گردد. (چون خلق علت مبهم دارد و به مانند هیجان ناشی از رویدادهای مهم زندگی نیست).

اگر خلق به شدت بالا و پایین باشد و خلق تجربه شده متناسب با شرایط زندگی فرد نباشد، اختلال خلقی به وجود می آید. پایین آمدن شدید خلق منجر به افسردگی اساسی می گردد. و بالا بودن شدید خلق، مانیا (شیدایی) را ایجاد می کند. کسی که یک دوره مانیا یا هیپومانیا را تجربه کند مبتلا به افسردگی دوقطبی تشخیص گذاری می گردد. هیپومانیا حالت خفیف تر مانیا است که علائم آن کاملاً مشابه مانیا است فقط شدت علائم خفیف تر است، به گونه ای که فرد نیازمند بستری شدن نیست.

دوره مانیا با یا بدون دوره افسردگی اساسی = افسردگی دوقطبی I

دوره هیپومانیا با دوره افسردگی اساسی = افسردگی دوقطبی II

### ۴- فعالیت رفتاری و روانی حرکتی

مواردی مانند بیش فعالی، کم جنبی، حرکات قالبی، پژواک کرداری، بی ارادگی، منفی کاری، بهت یا برانگیختگی کاتاتونیک، کاتالپسی، کاتاپلکسی مشکلات حرکتی نظیر فلج، اسپاسم، لرزش، حرکات چرخشی در کره و ... می تواند مورد بررسی قرار گیرد.

### ۵- تکلم فرد

علاوه بر این که تفکر می‌تواند روی تکلم فرد اثر بگذارد و نمود مشکلات موجود در فرم (شکل) جریان فکر در گفتار فرد است ولی مشکلاتی نظیر لکنت زبان، آفازی (ناگویی) که انواع مختلفی نظیر آفازی حسی، حرکتی، اسمی دارد مربوط به حیطه تکلم هستند.

### ۶- اختلالات فکر شامل اختلالات محتوی فکر، شکل فکر و جریان فکر

اختلالات مربوط به محتوی فکر بیانگر وجود یک فکر (باور یا عقیده) نادرست و مشکل‌ساز هستند. تفکر جادویی و هذیان مهم‌ترین اختلالات محتوی فکر هستند. تفکر جادویی حالتی است که فرد بر این باور است که صرف اندیشیدن به یک موضوع باعث رخ دادن آن موضوع می‌شود بدون اینکه فرد عملاً اقدامی انجام داده باشد. از نظر فردی که تفکر جادویی دارد فکر کردن مثل عمل کردن است. تفکر جادویی منجر به حالت همه کار توانی می‌گردد. هذیان (دیلوژن) اعتقاد باطلی است که فرد بر آن پافشاری می‌کند و هر چه قدر سند و مدرک به فرد نشان داده شود که اعتقاد فرد باطل است، فرد از اعتقاد باطل خود دست برنمی‌دارد. زیرا از نظر فردی که دارای هذیان است یک اتحاد خیالی بین مردم علیه وی شکل گرفته تا وی را فریب دهند و این فرد فریب نمی‌خورد!

هذیان می‌تواند سایکوتیک (غریب) یا غیر سایکوتیک (غیر غریب) باشد. هذیان سایکوتیک یک اعتقاد باطل محال است، به‌عنوان نمونه اکثر هذیان‌های جسمانی از نوع سایکوتیک هستند. به‌عنوان نمونه وقتی فرد بیان می‌دارد که دکتر مغز وی را باکسی دیگر عوض کرده است، این هذیان سایکوتیک است. هذیان - غیر سایکوتیک با وجود اینکه یک اعتقاد باطل است ولی محال نیست. مثلاً اگر فردی طی هذیان گزند و آسیب بر این باور باشد که همسایگان یا همکاران قصد جان وی را کرده‌اند. هذیان غیر سایکوتیک است.

### اختلالات فرم (شکل) و جریان فکر

نمود بیرونی اختلال فرم و جریان فکر در گفتار فرد آشکار می‌شود. در اکثر اختلالات جریان فکر کلمه فکر وجود دارد و اگر کلمه فکر وجود نداشته باشد جریان گفتار توسط یک موضوع غیرطبیعی پیش می‌رود.

### اختلالات اختصاصی در جریان تفکر

(۱) پرش افکار: ایراد سریع و مداوم کلمات یا بازی با کلمات که همراه با انحراف مکرر از موضوعی به موضوع دیگر است. پرش افکار به‌ویژه در مانیا دیده می‌شود و فرد دائماً از یک موضوع به یک موضوع دیگر می‌رود به گونه‌ای که دنبال کردن گفتار و افکار فرد برای دیگران ممکن نباشد.

- ۲) انسداد فکر: قطع ناگهانی رشته افکار قبل از اینکه فکر یا عقیده‌ای به نقطه پایان برسد. همه افراد در وسط گفتار مکث‌هایی کوتاه انجام می‌دهند تا روی برخی کلمات تأکید نمایند، در انسداد فکر فرد در وسط گفتار متوقف می‌شود به گونه‌ای که انگار حرفش تمام شده است.
- ۳- انتشار فکر: فرد بر این باور است که دیگران می‌توانند افکار وی را ببینند
- ۴- کنترل فکر: انگار افکار و به تبع آن گفتار فرد توسط عواملی در بیرون از وی کنترل می‌شود.
- ۵- تداعی صوتی: تداعی کلماتی که آهنگ یکسان اما معانی متفاوت دارند؛ کلمات رابطه‌ای منطقی با هم ندارند. در گفتار افراد عادی باید تداعی معنایی وجود داشته باشد، منظور از تداعی معنایی این است که افراد عادی کلمات را برحسب معنی و مفهوم آنها انتخاب کرده و کنار هم می‌چینند تا جمله معنی‌دار به وجود آید. در تداعی صوتی کلمات بر اساس ریتم، آهنگ، وزن و قافیه خود انتخاب می‌شوند و کنار هم قرار می‌گیرند و جریان گفتار توسط ریتم، آهنگ، وزن و قافیه کلمات تعیین می‌گردد. یعنی فرد ریتمیک، آهنگین، موزون حرف می‌زند ولی این حرف‌های موزون و ریتمیک و هم‌قافیه معنی و مفهومی را منتقل نمی‌کند.
- ۶- حاشیه‌پردازی: تفکر غیرمستقیم با تأخیر در ادای مطلب، اما شخص بالاخره از مبدأ به مقصد مطلوب می‌رسد، از مشخصات آن پرداختن مفروضه به جزئیات و اشارات پراکنده است. انگار جریان گفتار توسط کلماتی که در جمله قبلی وجود دارد به حاشیه می‌رود. و فرد موضوع اصلی را بعد از کلی حاشیه‌پردازی بیان می‌نماید.
- ۷) درجامانگی: تداوم پاسخ به محرک قبلی حتی در مقابل محرک‌های تازه.

### اختلالات اختصاصی فرم فکر

در اختلالات فرم فکر جنبه گفتاری پررنگ‌تر است. اگر در اکثر اختلالات جریان فکر کلمه «فکر» وجود دارد. در اکثر اختلالات فرم فکر کلمه «گویی» وجود دارد نظیر مکررگویی، پژواک گویی، موازی گویی و بی‌ربط‌گویی برخی از اختلالات فرم فکر نیز مستقیماً کلمه «گویی» را ندارند ولی مفهوم مربوط به حیطه گفتن است مثل سالاد لغات یا واژه‌تراشی.

در مکررگویی فرد گفته خود را بارها تکرار می‌کند، به عبارت دیگر تکرار بی‌معنی کلمات یا عبارات خاص وجود دارد، در پژواک گویی فرد گفته دیگران را بارها تکرار می‌کند. در موازی گویی یا تفکر مماسی ناتوانی برای ایجاد تداعی‌های هدف‌دار در تفکر وجود دارد به گونه‌ای که بیمار در صحبت‌هایش از نقطه مبدأ به نقطه مقصد نمی‌رسد. به عبارت ساده‌تر چند موضوع را فرد به طور موازی در گفتار خود پیش می‌برد ولی هیچ‌کدام را به سرانجام نمی‌رساند. در واژه‌تراشی بیمار واژه‌های جدیدی می‌سازد و برای این کار اغلب از سیلاب‌های کلمات دیگر استفاده می‌کنند. این کلمات ابداعی مختص خود بیمار است و در این زبان یا زبان‌های مرسوم معنی ندارد. در سالاد لغات



فرد با وجود اینکه کلمات را درست تلفظ می‌کند ولی این کلمات انگار شانس کنار هم قرار می‌گیرند و هیچ معنی و مفهومی را منتقل نمی‌نمایند، به عبارت دیگر سالاد لغات ترکیب نامربوط کلمات و عبارات است. گفتار فرد مبتلا به سالاد لغات یا کلمات فاقد تداعی معنایی و تداعی صوتی است. بی‌ربط‌گویی بیانگر تفکری است که معمولاً قابل فهم نیست؛ جریان همزمان افکار مختلف با کلمات بدون ارتباط دستوری یا منطقی که منجر به آشفتگی تکلم می‌شود. شل شدن تداعی‌ها بیانگر جریان افکار است که در آن عقاید به طریقی کاملاً نامربوط از موضوعی به موضوع دیگر منحرف می‌شود. خروج از خط انحراف تدریجی یا ناگهانی رشته افکار بدون انسداد است.

#### ۷- اختلالات حواس و ادراک

در حیطه حواس و ادراک می‌توان از **خطای ادراک (ایلوژن) و توهم (هالوسینیشن)** نام برد. در خطای ادراک محرک حسی وجود دارد ولی فرد در ادراک این محرک دچار خطا می‌شود و مثلاً چیزی را بزرگ‌تر یا کوچک‌تر می‌بیند یا دورتر یا نزدیک‌تر می‌بیند و یا صدایی را بلندتر یا ضعیف‌تر می‌شود.

در حالت توهم فرد در غیاب یک محرک حسی آن را به صورت کاملاً واقعی ادراک می‌نماید. توهم در حیطه‌های حواسی می‌تواند رخ دهد و فرد می‌تواند توهم شنیداری، بینایی، بویایی، چشایی یا لامسه را تجربه نماید. در اختلالات سایکوتیک نظیر اسکیزوفرنی شایع‌ترین توهم، توهم شنیداری است. در اختلال مصرف مواد شایع‌ترین توهم، توهم دیداری است.

ماده کوکائین که می‌تواند در عرض چند ثانیه منجر به سایکوز یا توهم و هذیان گردد. می‌تواند منجر به توهم لامسه‌ای گردد که اصطلاحاً «فورمیکیشن» نامیده می‌شود. در حالت فورمیکیشن فرد احساس می‌کند حشراتی در زیر یا روی پوست وی می‌خزند و حتی می‌تواند منجر به کندن پوست گردد.

بر اساس یک فرضیه علت توهم عدم فیلتراسیون یا دروازه‌بانی اطلاعات در تالاموس است. تالاموس دروازه قشر مخ است و اطلاعاتی غیر مهم در تالاموس به قدری ضعیف می‌شوند که به قشر مخ یعنی سطح هوشیار راه نیابند. اگر فیلتراسیون یا دروازه‌بانی در تالاموس خوب انجام نشود. اطلاعات حسی مهم و غیر مهم مربوط و نامربوط همگی به قشر مخ می‌روند و فرد دچار حالت توهم می‌شود.

باید توجه داشت که توهم می‌تواند منجر به هذیان شود. وقتی فرد شروع به تفسیر توهمات می‌نماید. هذیان‌ها شکل می‌گیرند. به عنوان مثال وقتی فرد دائماً صدایی را می‌شنود که با وی حرف می‌زند ممکن است این باور هذیانی را پرورش دهد که او انتخاب شده است و این مسیح است که با وی سخن می‌گوید!

**سؤال کنکور:** سوء تفسیر ادراک و تجربیات چه نامیده می‌شود؟ هذیان

## ۸) اختلالات حیطة شناخت

حافظه، دقت، توجه و تمرکز، جهت‌یابی یا موقعیت‌یابی، بینش و قضاوت اصلی‌ترین مؤلفه‌های شناختی هستند. از دیدگاه بالینی حافظه دارای انواع زیر است.

<p>فوری: مربوط به چند ثانیه قبل است. درمانگر اسم خود را می‌گوید و بلافاصله اسم خود را از درمان‌جو می‌پرسد.</p> <p>اخیر: حافظه مربوط به چند دقیقه تا چند ساعت قبل است.</p> <p>گذشته نزدیک: حافظه مربوط به چند روز قبل است.</p> <p>دور: حافظه مربوط به ماه‌ها و مهروموم‌های قبل است.</p>	}	حافظه
--	---	-------

مهم‌ترین اختلالاتی که در حیطة حافظه رخ می‌دهند، عبارت‌اند از:

۱) فراموشی (amnesia): ناتوانی نسبی یا کامل در به خاطر آوردن تجربه‌های گذشته که ممکن است علت عضوی یا هیجانی داشته باشد.

الف) فراموشی پیش‌گستر (anterograde): آمیزی برای رویدادهایی که پس از یک مقطع زمانی ظاهر می‌شود.

ب) فراموشی پس‌گستر (retrograde): آمیزی برای رویدادهایی که قبل از یک مقطع زمانی ظاهر می‌شود.

۲) تحریف حافظه: اشتباه حافظه با دگرگونی در یادآوری.

الف) افسانه‌سازی: پر کردن ناخودآگاه فواصل حافظه با تجارب غیرواقعی و خیالی که بیمار آنها را باور می‌کند اما واقعیت ندارد.

ب) آشناپنداری / آشنابینی (de ja vu): خطای حسی در شناخت بصری که در آن موقعیت تازه اشتباهاً تکرار تجربه‌ای قبلی تلقی می‌شود.

ث) ناآشنا پنداری (Jamais vu): احساس اشتباهی ناآشنایی با موقعیتی که شخص آن را تجربه کرده است و برایش کاملاً آشنا می‌باشد.

دقت: برای سنجش دقت یک کلمه یا حرف مشخص را تعیین می‌نماید و از فرد می‌خواهند که تعداد آن کلمه یا حرف مشخص را در یک صفحه نوشته که به وی داده می‌شود، بشمارد و از روی درستی پاسخ وی به دقت وی پی می‌برند.

توجه و تمرکز: تست توجه و تمرکز همان تست حافظه کاری یا فعال است. برای سنجش توجه و تمرکز به فرد عددی نظیر ۱۰۰ داده می‌شود و از فرد خواسته می‌شود که هفت تا هفت تا کم کند و به سمت پایین بیاید.

جهت‌یابی یا موقعیت‌یابی دارای سه مؤلفه زمان- مکان و شخص است. هنگامی که فرد دچار خطای موقعیت‌یابی می‌گردد، ابتدا وقوف به زمان را از دست می‌دهد و با بدتر شدن حالش به ترتیب وقوف به مکان و شخص از بین می‌روند وقتی فرد وقوف به شخص را از دست می‌دهد، خود را در آینه نمی‌شناسد یا قادر به شناسایی نزدیکان خود نیست. علت اینکه چرا اول وقوف به زمان از دست می‌رود بعد مکان این است که وقوف به زمان دشوارتر است. ما تاکنون ممکن است شک کرده باشیم که شنبه است یا یکشنبه ولی شک نکرده‌ایم که تهران هستیم یا مشهد! بالعکس هنگامی که خطای موقعیت‌یابی در حال اصلاح است، ابتدا وقوف به شخص، سپس وقوف به مکان و در نهایت وقوف به زمان اصلاح می‌گردد.

← ترتیب ایجاد خطای موقعیت‌یابی

زمان، مکان، شخص

→ ترتیب اصلاح خطای موقعیت‌یابی

بینش: بینش بیانگر میزان وقوف فرد به اختلال روانی خود است و اگر فرد به اختلال خود واقف است عامل بعدی این است که علل واقعی اختلال روانی خود را می‌پذیرد یا اینکه در مورد علل اختلال روانی خود فراقکنی می‌نماید. بینش کامل چون منجر به تشخیص و درمان به‌موقع می‌گردد، در پیش‌آگهی تأثیرگذار است.

**قضاوت:** برای سنجش قضاوت از فرد خواسته می‌شود که تصور کند که در یک موقعیت قرار دارد و از وی پرسیده می‌شود که در این موقعیت چه کاری انجام می‌دهد. از روی میزان منطقی بودن پاسخ‌ها به قدرت قضاوت وی پی می‌برند. به‌عنوان نمونه از وی پرسیده می‌شود که اگر در سینما نشسته است بوی دود به مشامش برسد چه کار کند؟ یا اینکه اگر یک نامه پیدا کند که نشانی روی آن درج شده است چه کار کند؟

می‌توان مقداری سؤال را تغییر داد. مثلاً به جای اینکه پرسیده شود اگر بوی دود در سینما به مشامت برسد چه کاری انجام می‌دهی؟

گفته می‌شود یک فرد در سینما بوی دود به مشامش رسید و این کار را کرد به نظر شما کارش منطقی بوده است، شما به جای وی بودید چه کاری انجام می‌دادید؟

## ۹- کنترل تکانه

در بررسی وضعیت روانی می‌توان میزان کنترل فرد روی تکانه‌های جنسی، پرخاشگری یا انواع دیگر بررسی کرد. چون تکانشی عمل کردن به معنی عمل کردن بدون فکر کردن به تبعات و پیامدهای کار است، هرچه کنترل روی تکانه کمتر باشد، خطر فرد برای خودش و دیگران بیشتر است.

**۱۰- قابلیت اعتماد (پایایی)**

معاینه وضعیت روانی، با نتیجه‌گیری و برداشت معاینه کننده از میزان قابل اعتماد بودن گزارش‌های بیمار خاتمه می‌یابد.

**روش‌های طبقه‌بندی:**

با توجه به اینکه DSM و ICD کتابچه‌های راهنمای تشخیص اختلالات- روانی هستند که در آنها اختلالات روانی که علائم مشابه دارند در یک فصل یا طبقه قرار گرفته‌اند. ما وارد بحث طبقه‌بندی می‌شویم. تا بیان کنیم که DSM و ICD بر اساس چه نوع روش طبقه‌بندی شکل گرفته‌اند. سه نوع اصلی طبقه‌بندی عبارت‌اند از: ۱- طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سنتی ۲- طبقه‌بندی ابعادی ۳- طبقه‌بندی ریخت‌شناسی

**۱- طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سنتی:**

در طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سنتی برای اینکه یک عضو در یک طبقه قرار گیرد باید تمام ویژگی‌های آن طبقه را داشته باشد. به بیان دیگر داشتن تک‌تک ویژگی‌ها لازم و داشتن تمام آنها کافی است تا یک عضو در یک طبقه قرار گیرد. در طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سنتی افراد به طبقات کاملاً مجزا تقسیم می‌شوند.

DSM و ICD بر اساس روش مقوله‌ای یا سنتی شکل گرفته‌اند. برای اینکه به یک نفر را بتوان برچسب افسردگی اساسی را زد وی باید تمام ملاک‌های نوع علائم، تعداد علائم، مدت علائم و شدت علائم را برآورده نماید به‌عنوان نمونه اگر برای افسردگی اساسی وجود حداقل پنج علامت به مدت حداقل دو هفته لازم است و شدت علائم باید به حدی باشد که عملکرد فرد مختل شود. باید تمام این ملاک‌ها برآورده شوند تا بتوان فرد را در طبقه افسرده اساسی قرار داد و حتی اگر یکی از این ملاک‌های نوع علائم، تعداد علائم، مدت علائم و شدت علائم برآورده نشوند فرد را نمی‌توان در طبقه افسردگی اساسی قرار داد. در طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سنتی افراد به طبقات مجزا تقسیم می‌شوند. یعنی اینکه این فرد یا افسرده اساسی است یا نیست و حالت دیگری وجود ندارد.

**۲- طبقه‌بندی ابعادی:**

طبقه‌بندی ابعادی یک طبقه‌بندی کمی است در طبقه‌بندی ابعادی مسئله این نیست که فرد این ویژگی یا صفت را دارد یا ندارد. این مسئله در طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سنتی مطرح نیست. در طبقه‌بندی ابعادی مسئله این است که فرد چه مقدار از ویژگی مورد نظر را دارد. در طبقه‌بندی ابعادی افراد روی یک طیف یا پیوستار هستند و به طبقات مجزا تقسیم نمی‌شوند. واقعیت این است که طبقه‌بندی ابعادی به واقعیت موجود در جامعه نزدیک‌تر است. در طبقه بندی

ابعادی افراد جامعه به دوطبقه افسرده و غیر افسرده تقسیم نمی‌شوند، بلکه افراد جامعه می‌توانند درجات مختلفی از افسردگی را داشته باشند، و از نظر این ویژگی افراد روی یک طیف یا پیوستار قرار می‌گیرند.

سؤال: چرا با وجود اینکه ابعادی به واقعیت نزدیک‌تر از مقوله‌ای یا سنتی است از روش ابعادی برای تدوین DSM استفاده نشده است؟ چون کار کردن با روش ابعادی دشوارتر از روش مقوله‌ای است. وقتی با روش مقوله‌ای کار می‌کنیم همین که تعیین کنیم این فرد افسرده است یا نیست کار تمام می‌شود، ولی در روش ابعادی وقتی مشخص می‌شود که فرد دارای افسردگی است که از لحاظ بالینی حائز اهمیت است، تازه کار شروع می‌شود و باید تعیین گردد که این افسردگی ضعیف است، متوسط یا شدید.

در نسخه‌های جدید DSM به‌ویژه DSM-5 ابعادی به مقوله‌ای اضافه شده است. اضافه شده نه اینکه جایگزین گردد. و روش ابعادی به‌عنوان مکمل روش مقوله‌ای عمل می‌نماید. به‌عنوان نمونه ابتدا به روش مقوله‌ای برچسب اختلال به فرد زده می‌شود و سپس به روش ابعادی شدت اختلال تعیین می‌گردد. اضافه شدن ابعادی به مقوله‌ای باعث می‌گردد که DSM کاربردی‌تر گردد و تشخیص‌گذاری با وضوح بیشتری انجام گیرد. زیرا خدماتی که به‌عنوان مثال افسرده اساسی شدید نیاز دارد با افسرده اساسی ضعیف لزوماً یکسان نیست.

### ۳- طبقه‌بندی ریخت‌شناسی:

طبقه‌بندی ریخت‌شناسی از زیست‌شناسی وارد روان‌شناسی شده است. در طبقه‌بندی ریخت‌شناسی برای اینکه یک عضو در یک طبقه قرار گیرد لازم نیست که تمام ویژگی‌های آن طبقه را داشته باشد، بلکه کافی است یک یا چند ویژگی اصلی (رگه اصلی) را فرد داشته باشد. بنابراین افرادی که در طبقه‌بندی ریخت‌شناسی در یک طبقه قرار می‌گیرند عین هم نیستند، بلکه فقط یک یا چند رگه اصلی مشترک دارند. چون این طبقه‌بندی از زیست‌شناسی وارد روان‌شناسی شده است یک مثال زیستی زده می‌شود. در زیست‌شناسی جانوران به دو دسته اصلی مهره‌دار و بی‌مهره تقسیم می‌شوند. در طبقه مهره‌داران، ماهی‌ها، خزندگان، پرندگان و پستانداران قرار دارند. باید توجه داشت که یک پرنده عین یک ماهی نیست ولی هر دوی آنها یک رگه مشترک به نام داشتن ستون مهره‌ها را دارا هستند. در زیست‌شناسی برای طبقه‌بندی موجودات از روش ریخت‌شناسی استفاده شده به این منظور ابتدا اصلی‌ترین رگه انتخاب می‌شود و به‌تدریج سراغ رگه‌های مشترک کوچک و کوچک‌تر می‌روند تا طبقه‌بندی کامل گردد.

گفته شد که DSM و ICD بر اساس روش مقوله‌ای شکل گرفته‌اند. به‌تدریج ابعادی به‌ویژه در نسخه DSM-5 به آن اضافه شده است. حال سؤال این است کاربرد طبقه‌بندی ریخت‌شناسی چیست؟

## طبقه‌بندی ریخت‌شناسی دو کاربرد اصلی دارد:

- ۱- مقایسه نیم‌رخ‌ها
- ۲- شجره تشخیصی یا تصمیم‌گیری

### مقایسه نیم‌رخ‌ها

در آزمون‌هایی که دارای خرده‌آزمون هستند نظیر MMPI و تست هوش و کسلر فرد یک نمره به دست نمی‌آورد. بلکه در هر خرده‌آزمون یک نمره به دست می‌آید که اگر این نمرات روی نمودار رسم شوند و به هم وصل گردند یک نمودار یا نیم‌رخ برای فرد رسم می‌شود. به‌عنوان نمونه آزمون MMPI ده پارامتر بالینی و ۴ پارامتر اعتباریابی دارد و لذا ۱۴ نمره برای فرد به دست می‌آید که با وصل کردن این نمرات روی نمودار به هم نیم‌رخ فرد به دست می‌آید. بعد از اینکه نیم‌رخ روانی فرد در آزمون MMPI به دست می‌آید. نیم‌رخ فرد با نیم‌رخ‌های استاندارد که در پایگاه داده‌ها وجود دارد مقایسه می‌گردد.

این نیم‌رخ‌های استاندارد به این صورت به دست آمده که آزمون MMPI به تعدادی آدم پارانویید، افسرده، ضداجتماعی و ... داده شده تا رگه مشترک بین تمام پارانوییدها، افسرده‌ها و ضداجتماعی‌ها شناسایی شود. حال اگر فردی یک یا چندرگه‌ای که همه ضداجتماعی‌ها دارند، داشته باشد ضداجتماعی است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که با مقایسه نیم‌رخ فرد در بخش غیرکلامی تست هوش و کسلر می‌توان کودکان مبتلا به طیف اوتیسم را از کودکان عادی جدا نمود.

اکثر کودکان طیف اوتیسم دارای ناتوانی عقلانی هستند ولی ناتوانی عقلانی در طیف اوتیسم با کودکان دارای ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی) متفاوت است. مشکل هوشی کودکان طیف اوتیسم بیشتر مربوط به جنبه کلامی هوش است و از برخی از جنبه‌های هوش غیرکلامی نظیر شناسایی الگوهای تصویری و طبقه‌بندی کودکان طیف اوتیسم حتی بهتر از کودکان عادی عمل می‌نمایند. حال اگر یک کودک عملکرد خارق‌العاده‌ای در همان پارامترهایی از هوش غیرکلامی داشته باشد، که کودکان طیف اوتیسم در آنها عملکرد خارق‌العاده دارند، می‌توان گفت که مبتلاء به اختلال طیف اوتیسم است.

### شجره تشخیصی یا تصمیم‌گیری:

شجره تشخیصی نیز بر اساس طبقه‌بندی ریخت‌شناسی شکل گرفته است.

شجره تشخیصی در تشخیص افتراقی اختلالات روانی کاربرد دارد. بحث تشخیص افتراقی زمانی مطرح می‌شود که چند اختلال روانی علائمی مشابه هم دارند به گونه‌ای که ممکن است با هم

اشتباه گرفته شود. در این حالت شجره تشخیص به کمک تشخیص افتراقی می‌آید و بیان می‌دارد که به چه علامت‌ها و نشانه‌هایی توجه شود تا این چند اختلال روانی با هم اشتباه گرفته نشوند.

#### یک مثال واقعی:

فرض کنید که فردی علامتی نظیر پرخاشگری مکرر را دارد. این علامت می‌تواند ناشی از اختلالات مختلفی نظیر اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال انفجاری متناوب، اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه، اضطراب جدایی، اختلال طیف اوتیسم باشد. در تشخیص افتراقی این بحث مطرح می‌شود که به چه علائمی توجه کنیم که این اختلالات با هم اشتباه گرفته نشوند.

اگر پرخاشگری جزئی از سرشت یا شخصیت فرد باشد که شاخص آن، این است که بعد از پرخاشگری به حساب اختلال شخصیت ضداجتماعی گذاشته می‌شود.

اگر پرخاشگری جزئی از سرشت یا شخصیت فرد نباشد که شاخص آن این است که فرد بعد از پرخاشگری پشیمان می‌شود و معذرت می‌خواهد ولی با وجود معذرت‌خواهی قادر به کنترل تکانه خشم خود نیست و این پرخاشگری‌های دوره‌ای به طور مکرر تکرار می‌شوند برچسب یک اختلال تکانه‌ای به نام اختلال انفجاری متناوب به فرد زده می‌شود.

اگر پرخاشگری در یک کودک یا نوجوان در پاسخ به ناکامی رخ دهد. به فرد برچسب یک اختلال افسردگی به نام نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه زده می‌شود. نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه یک نوع افسردگی است که به صورت پرخاشگری بروز می‌نماید. بنابراین تعجبی ندارد که این پرخاشگری‌ها در پاسخ به ناکامی که می‌تواند علائم افسردگی را تشدید نماید بروز کنند.

اگر پرخاشگری فقط در موقعیت جدایی رخ دهد به حساب اختلال اضطراب جدایی گذاشته می‌شود. این فرد برای اینکه جدایی رخ ندهد یا برای اینکه جدایی رخ داده زودتر خاتمه یابد متوسل به پرخاشگری شده است.

اگر پرخاشگری در پاسخ به تغییر رخ دهد، می‌تواند نشانه اختلال طیف اوتیسم در نظر گرفته شود. در طیف اوتیسم دو علامت اصلی وجود دارد.

۱- مشکل در تعاملات و ارتباطات اجتماعی

۲- علایق، گرایش‌ها و رفتارهای تکراری

کودکان مبتلا به طیف اوتیسم کوچک‌ترین تغییر در محیط زندگی خود و روتین زندگی خود را با پرخاشگری شدید و حرکات قالبی که همراه با آسیب زدن به خودشان همراه است پاسخ می‌دهند. حتی برای این که اعتراض خود به تغییر را نشان دهند از یک حرکت قالبی که یک حرکت تکراری است، استفاده می‌نمایند. بنابراین اگر پرخاشگری‌ها فقط در پاسخ به تغییر رخ دهند به حساب اختلال طیف اوتیسم گذاشته می‌شوند.

### توضیح چند اصطلاح مهم:

**شیوع:** شیوع بیانگر درصد افرادی است که در یک دوره زمانی خاص دارای یک اختلال روانی خاص هستند. وقتی از میزان شیوع یک اختلال حرف زده می‌شود تمام مواردی که در یک دوره خاص اختلال داشته‌اند لحاظ می‌شوند چه موارد جدید چه موارد قدیمی.

**بروز:** بروز بیانگر درصد افرادی است که در یک دوره زمانی خاص جدیداً به یک اختلال مبتلا شده‌اند. بنابراین وقتی از بروز حرف زده می‌شود فقط موارد جدید اختلال لحاظ می‌شوند و افرادی که از قبل به این اختلال مبتلا بوده‌اند به حساب نمی‌آیند.

**ساین (نشانه):** ساین یا نشانه‌ها عینی هستند و قابل مشاهده و یا ثبت و اندازه‌گیری هستند. مثلاً وقتی گفته می‌شود زخم عفونت کرده، ورم کرده، سرخ شده از ساین‌ها (نشانه‌ها) حرف زده می‌شود. چون موارد ذکر شده عینی و آبجکتیو هستند.

**سمپتوم (علائم):** علائم ذهنی هستند (سابجکتیو)، علائم چیزهایی هستند که فرد آنها را بیان و توصیف می‌نماید ولی قابل مشاهده و ثبت و اندازه‌گیری نیستند. مثلاً وقتی فرد بیان می‌دارد که درد دارد یا رنج می‌برد، درد و رنج عینی و قابل مشاهده نیستند، و سمپتوم (علائم) تلقی می‌گردند. گاهی در اختلالات روانی تشخیص ساین از سمپتوم آشنا نیست ولی DSM-5 دقت زیادی کرده که از ساین و سمپتوم درست استفاده کند. یعنی زمانی که مورد مذکور عینی است از ساین و اگر ذهنی است و توصیفات بیمار هستند از واژه سمپتوم بهره می‌برد.

### اسپسیفایر و ساب‌تایپ

اسپسیفایر و ساب‌تایپ حالت‌های مختلف یک اختلال روانی هستند که باعث می‌شوند که تشخیص‌گذاری با دقت بیشتری انجام گیرد. وقتی گفته می‌شود که اسپسیفایر و ساب‌تایپ حالت‌های مختلف یک اختلال هستند به این معنی است که اسپسیفایرها و ساب‌تایپ‌ها دارای کد مجزا نیستند و به صورت مستقل قابل تشخیص‌گذاری نیستند. یعنی اسپسیفایرهای مختلف افسردگی اساسی همگی کد افسردگی اساسی را دریافت می‌کنند و به صورت مستقل قابل تشخیص‌گذاری نیستند.

### فرق اسپسیفایر با ساب‌تایپ:

اسپسیفایرها حالت‌های مختلف یک اختلال روانی هستند که این حالت‌های مختلف نقطه مقابل هم نیستند. یک اختلال روانی می‌تواند به طور همزمان در چند اسپسیفایر قرار گیرد. یکسری از این اسپسیفایرها برحسب برجسته‌ترین علامت و پیش‌آگهی (پراگنوز) تعریف شده‌اند، برخی دیگر برحسب شدت اختلال برخی دیگر برحسب مدت اختلال و برخی برحسب مدت بهبودی از اختلال تعریف شده‌اند.



به‌عنوان مثال در افسردگی اساسی بعد از اینکه فرد ملاک‌های افسردگی اساسی را برآورده نمود و به فرد برجسب افسردگی اساسی زده شد. اسپسیفایرها مشخص می‌گردد مثلاً می‌پرسد مشخص کنید نوع افسردگی اساسی را:

- مالیخولیایی

- نامتعارف (آتیپیک)

- با علائم کاتاتونیک

دقت تمام موارد ذکر نشده است و فقط برای اینکه مفهوم اسپسیفایر مشخص گردد، چند مورد ذکر شده است.

این اسپسیفایرها برحسب برجسته‌ترین علامت و پراگنوز تعریف شده‌اند، مثلاً در افسردگی مالیخولیایی اصلی‌ترین علامت بی‌لذتی است و در افسردگی آتیپیک علائم نباتی معکوس وجود دارد و اشتها، خواب و وزن بالا رفته است و در افسردگی کاتاتونیک برجسته‌ترین علائم، علائم روانی - حرکتی هستند. علاوه بر این اسپسیفایرهای ذکر شده یک سری اسپسیفایر برحسب شدت تعریف شده است و می‌پرسد مشخص کنید.

افسردگی اساسی خفیف، متوسط یا شدید است.

برخی از اختلالات دارای اسپسیفایر مدت اختلال یعنی حاد و مزمن هستند.

برخی از اختلالات دارای شاخص بهبودی است و اسپسیفایرهای در حال بهبود کامل و در حال بهبود نسبی برای آنها تعیین شده است.

باید توجه داشت که یک اختلال را می‌توان به‌طور همزمان در چند اسپسیفایر قرار داد. مثلاً می‌توان گفت اختلال افسردگی اساسی مالیخولیای شدید.

مالیخولیای یک اسپسیفایر و شدید یک اسپسیفایر است.

این اسپسیفایرها به صورت مجزا قابل تشخیص‌گذاری نیستند. به‌عنوان مثال شدید به‌تنهایی مفهومی ندارد. این افسردگی اساسی شدید است که مفهوم می‌یابد. اسپسیفایرها چون اطلاعات بیشتری در مورد یک اختلال روانی به ما می‌دهند. باعث می‌شوند که تشخیص‌گذاری با دقت بیشتری انجام شود.

### ساب‌تایپ:

ساب‌تایپ‌ها نیز مانند اسپسیفایرها حالت‌های مختلف یک اختلال هستند ولی این حالت‌های مختلف نقطه مقابل هم هستند و لذا اختلال در بیش از یک ساب‌تایپ قرار نمی‌گیرد، چون ساب‌تایپ‌ها نقطه مقابل همدیگر هستند.

## تاریخچه DSM

DSM توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا تدوین شده است. در DSM علاوه بر اینکه اختلالات روانی طبقه‌بندی شده‌اند، ملاک‌های تشخیصی هر اختلال روانی نیز ذکر شده است. تاریخچه مختصر آنها به صورت زیر است. تا امروز چندین نسخه از DSM منتشر شده است که تاریخچه مختصر آن به صورت زیر است. DSM-I که در سال ۱۹۵۲ و DSM-II که در سال ۱۹۶۸ منتشر شدند، دو ایراد اساسی داشتند.

- ۱- به شدت استنباطی بودند، درحالی که DSM باید توصیفی باشد
- ۲- به شدت تحت تأثیر مکتب روان‌تحلیل‌گری بودند، درحالی که DSM نباید وابسته به مکتب خارجی باشد.

منظور از استنباطی بودن DSM این بود که علائم بیماری، شدت و مدت علائم به خوبی توصیف نشده بود. به عنوان نمونه بیان شده بود که اگر فردی یک دوره علائم زیر را داشته باشد اختلال X را دارد ولی مدت دوره بیان نشده بود. و افراد مختلفی که از DSM استفاده می‌کردند، استنباط متفاوتی از دوره می‌کردند (یک هفته، یک ماه، سه ماه، شش ماه، یا یک سال) در نتیجه با وجود اینکه از نسخه واحدی از DSM استفاده می‌کردند ولی به تشخیص واحدی نمی‌رسیدند، به بیان دیگر استنباطی بودن DSM باعث می‌شد که پایایی تشخیص در نسخه اول و دوم DSM به شدت پایین باشد.

ایراد دوم این بود که نسخه اول و دوم DSM به شدت تحت تأثیر روان‌تحلیل‌گری بود و پر بود از اصطلاحات روان‌تحلیل‌گری درحالی که DSM نباید تحت تأثیر هیچ مکتبی باشد تا روان‌شناسان و روان‌پزشکان مختلف با دیدگاه زیستی، رفتاری، شناختی، انسان‌گرای وجودی... از این راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی استفاده نمایند

از DSM-III به بعد تلاش شد DSM توصیفی‌تر گردد و به تدریج اصطلاحات روان‌تحلیل‌گری از DSM حذف گردید. معنی این جمله این است که توصیفی‌ترین نسخه DSM نسخه آخر DSM یعنی DSM-5 است که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است.

در تدوین DSM-III-R ابتدا قرار بود تغییرات خیلی جزئی ایجاد گردد ولی عملاً تغییرات زیادی به وجود آمد. حدود ۸۰٪ بیماری‌ها طبقه‌بندی‌شان تغییر کرد و محورهای DSM تغییر کرد. هدف از تدوین DSM-IV این بود که تا آنجا که ممکن بود اصطلاحات DSM با ICD منطبق گردد.

انجمن روان‌شناسان آمریکا قراردادی با سازمان بهداشت جهانی منعقد کرده بود و متعهد شده بود که تا آنجا که ممکن است DSM با ICD منطبق گردد. علت این بود که اگر روان‌شناس یا

روان‌پزشکی از کشوری که برای تشخیص‌گذاری اختلالات روانی از DSM استفاده می‌نماید به کشوری که ICD استفاده می‌گردد مهاجرت نماید (و یا بالعکس) به راحتی بتواند با سیستم تشخیصی جدید خود را سازگار نماید.

DSM-IV-TR در سال ۲۰۰۰ میلادی منتشر شد و تا آن روز توصیفی‌ترین نسخه DSM بود. ویژگی برجسته DSM-IV-TR علاوه بر توصیفی بودن آن این بود که تکلیف اکثر اختلالات روانی که در نسخه‌های قبلی بلا تکلیف رها شده بودند، مشخص شد. لذا تعداد اختلالات روانی که در DSM-IV-TR وجود داشت به نسخه قبلی رشد زیادی کرده بود و دقیقاً به همین دلیل هم است که تعداد اختلالات روانی جدیدی که در DSM-5 معرفی شده بسیار اندک است. برخی اعتقاد دارند که DSM-IV-TR و به تبع آن DSM-5 سخت‌گیرانه عمل نموده است و بعضی از چیزهایی که می‌شد اختلال روانی در نظر گرفته نشود اختلال روانی تلقی کرده است. واقعیت این است که اکثر افراد بر اساس DSM-IV-TR و به تبع آن DSM-5 یک یا چند اختلال روانی دارند. به عنوان نمونه فردی که سیگاری است، اختلال روانی به نام اختلال مصرف نیکوتین دارد و فردی که از حیوانی نظیر سوسک می‌ترسد یک فوبی خاص به نام فوبی حیوانات دارد.

نقطه قوت DSM-IV-TR توصیفی بودن شدید آن و نقطه ضعف آن این است که به سبب‌شناسی توجه نکرده است. در DSM-IV-TR اختلالات روانی که علائم توصیفی مشابه دارند در یک طبقه (فصل) قرار گرفته‌اند نه اختلالات روانی که علل مشابه دارند. در DSM-5 تا حدودی تلاش شده که به مبحث سبب‌شناسی توجه گردد یعنی تا آنجا که توجه به سبب‌شناسی به توصیفی بودن DSM ضربه نزده سعی شده به مبحث سبب‌شناسی توجه شود.

به عنوان نمونه در DSM-IV-TR در فصل اختلالات اضطرابی اختلالات فوبی خاص، فوبی اجتماعی، آگورافوبیا، پانیک، اضطراب فراگیر، وسواس فکری-عملی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد در یک طبقه بودند. در حالی که ما علت فوبی را به یاد نمی‌آوریم ولی عامل ایجادکننده اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد ترومایی است که در خواب و بیداری فرد را رها نمی‌کند، وسواس نیز نوعی توجه افراطی است لذا در DSM-5 با توجه به این موضوع فصل اختلالات اضطرابی به سه طبقه (فصل) اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی و اختلالات ناشی تروما تبدیل شده است.

DSM-5 بدون شک توصیفی‌ترین و ابعادی‌ترین نسخه DSM است. DSM-5 نسبت به نسخه قبلی بیشتر به سبب‌شناسی توجه کرده و ایراد وارد به DSM-IV-TR که به سبب‌شناسی توجه ندارد را تا حدودی برطرف کرده است.

در مورد ابعادی‌تر شدن DSM-5 باید ذکر کرد که چارچوب اصلی DSM-5 مثل قبل مقوله‌ای یا سنتی است و ابعادی جایگزین روش مقوله‌ای یا سنتی نمی‌گردد بلکه روش ابعادی دارد به

مقوله‌ای اضافه می‌گردد به‌عنوان مکمل یا ضمیمه عمل می‌نماید. اضافه کردن روش ابعادی به مقوله هرچند باعث می‌شود کار کردن با DSM مقداری دشوارتر گردد ولی فوایدی نیز دارد که مهمترین آنها عبارت‌اند از:

۱- DSM کاربردی‌تر می‌گردد

۲- در اختلالاتی که با طبقه بندی ابعادی به صورت طیف درآمده نظیر طیف اوتیسم و طیف اسکیزوفرنی اختلالات NOS یعنی نامعین حذف می‌گردند.

به‌عنوان نمونه وقتی اختلال طیف اوتیسم به سه درجه سطح یک، دو و سه تقسیم می‌گردد، که سطح سه بیانگر شدیدترین حالت اختلال و سطح یک بیانگر ضعیف‌ترین حالت اختلال است که خدمات کمتر و متفاوتی نیاز دارد. DSM کاربردی‌تر می‌گردد، چون سطوح مختلف اختلال خدمات متفاوتی نیاز دارند.

در مورد حذف اختلالات NOS در اختلالاتی که به صورت طیف درآمده‌اند می‌شود طیف اوتیسم را مثال زد. در DSM-IV-TR اختلالاتی به نام اختلالات فراگیر رشد (نافذ رشد) وجود داشت که در این طبقه چهار اختلال اصلی به نام‌های ۱- آسپرگر ۲- اوتیسم ۳- رت ۴- فروپاشنده کودکی و یک اختلال NOS به نام اختلال فراگیر رشد NOS وجود داشت. کسانی که اختلال فراگیر رشد داشتند ولی نمی‌شد آنها را در هیچ‌کدام از طبقات آسپرگر، اوتیسم، رت و فروپاشنده کودکی قرار داد در طبقه اختلال فراگیر رشد نامعین قرار داده می‌شدند.

در DSM-5 دیگر رت اختلال روانی تلقی نمی‌گردد و ثابت شده است رت یک بیماری طبی است. بقیه اختلالات فراگیر رشد یعنی آسپرگر، اوتیسم، فروپاشنده کودکی و اختلال فراگیر رشد نامعین باهم ادغام شده‌اند و اختلال واحدی به نام اختلال طیف اوتیسم را ایجاد نموده‌اند. که این اختلال طیف اوتیسم سه سطح مختلف دارد.

DSM-5	DSM-IV-TR	
اختلال طیف اوتیسم	اختلال آسپرگر	اختلالات فراگیر رشد
	اختلال اوتیسم	
	اختلال رت	
	اختلال فروپاشنده کودکی	
	اختلال فراگیر رشد نامعین	

اختلال طیف اوتیسم با استفاده از سیستم ابعادی به سه سطح یک، دو و سه تقسیم شده است. که سطح یک خفیف‌ترین حالت طیف اوتیسم است که نیاز به کمترین حمایت را دارد و سطح سه شدیدترین حالت ممکن است که نیازمند بیشترین حمایت است. به‌طور کلی در اختلالاتی که به

روش ابعادی سطح‌بندی شده‌اند، هر چه مقدار عددی افزوده می‌شود، شدت اختلال نیز افزایش می‌یابد.

یکی دیگر از ویژگی‌های DSM-5 این است که در DSM-5 از واژه NOS یعنی نامعین استفاده نمی‌گردد و به جای آن از واژه مشخص دیگر و نامشخص استفاده می‌شود. زمانی از واژه مشخص دیگر و یا نامشخص استفاده می‌گردد که فرد علائمی مشابه یک اختلال روانی را دارد، که به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای عملکرد فرد را مختل کرده است ولی ملاک‌های آن اختلال را به‌طور کامل برآورده نمی‌کند. به‌عنوان مثال حالتی را در نظر بگیرید که فرد علائم افسردگی را دارد و شاخص‌های افسردگی اساسی را به‌طور کامل برآورده می‌کند. در این حالت به فرد برچسب اختلال افسردگی اساسی زده می‌شود. اما اگر فرد علائم افسردگی اساسی را دارد ولی ملاک‌های افسردگی اساسی را به‌طور کامل برآورده نمی‌کند باید فرد یکی از دو تشخیص اختلال افسردگی اساسی مشخص دیگر یا اختلال افسردگی اساسی نامشخص را دریافت کند. این تشخیص‌ها نشان می‌دهند که این فرد علائم افسردگی اساسی را دارد ولی ملاک‌ها را از نظر تعداد، شدت یا مدت به‌طور کامل برآورده نمی‌کند. سؤال بعدی این است چه موقع باید از واژه مشخص دیگر استفاده گردد. اگر از واژه نامشخص استفاده گردد بعد از آن علت برآورده نشدن ملاک‌ها نباید ذکر گردد ولی اگر از واژه مشخص دیگر استفاده گردد بلافاصله بعد از عبارت مشخص دیگر می‌بایست علت برآورده شدن ملاک به صورت کامل بیان شود. مثلاً به صورت زیر:

افسردگی اساسی مشخص دیگر به دلیل ناکافی بودن مدت علائم

افسردگی اساسی مشخص دیگر به دلیل ناکافی بودن تعداد و شدت علائم

\* یکی دیگر از تغییرات خیلی مهم در DSM-5 حذف محورهای DSM است. DSM-IV-TR پنج محور داشت. در محور یک کل اختلالات روانی به غیر از اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذکر می‌شد. در محور دو عقب‌ماندگی و اختلالات شخصیت ذکر می‌شد. به این ترتیب هر اختلال روانی که فرد داشت در محور یک یا دو ذکر می‌شد و برای بقیه محورها اختلال روانی باقی نمی‌ماند. در محور سه بیماری‌های طبی ذکر می‌شد. در محور چهار رویدادهای مهم زندگی ذکر می‌شد و در محور پنج ارزیابی عملکرد کلی یعنی GAF ذکر می‌گردید.

در DSM-5 لازم نیست گزارش اختلالات روانی و بیماری‌های طبی به صورت فوق انجام شود. در ابتدا هر اختلال روانی یا طبی که فرد دارد ذکر می‌گردد و اگر رویداد مهمی وجود دارد ذکر می‌شود ولی نام آن محور چهار نیست. اگر GAF نیز ثبت شده، بیان می‌گردد ولی نام آن محور پنج نیست چون محور یک، دو و سه و چهار در کار نیست. علت این‌که دیگر لازم نیست گزارش تشخیص با الگوی خشک گذشته انجام گیرد این است که گزارش برای فرد متخصص نوشته می‌شود که خود فرق اختلال روانی و طبی را می‌داند و تفکیک این دو لازم نیست. همچنین در

DSM-IV-TR بیان می‌شد که برای اینکه مطمئن شویم که حتماً اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی مد نظر قرار گیرند از بقیه اختلالات روانی جدا شده‌اند. در حالی که تشخیص عقب‌ماندگی و اختلال شخصیت نسبت به اختلالات دیگر راحت‌تر است و این مسئله که ممکن است از قلم بیفتد بعید به نظر می‌رسد. به خصوص اختلالات شخصیت که همسان با خود هستند و چیزی که از نظر دیگران مشکل فرد است از نظر خود فرد نقطه قوت فرد است، لذا فرد سعی در مخفی کردن علائم خود ندارد. بنابراین به نظر تدوین‌کنندگان DSM-5 ضرورتی برای پیروی از الگوی گزارش پنج محوری وجود ندارد.

باید توجه داشت که DSM-5 حتی نسبت به DSM-IV-TR توصیفی‌تر است. در DSM-5 حتی اگر واژه مقداری گنگ بوده سعی شده با واژه‌های گویاتر عوض گردد. همچنین در مورد توصیفی‌تر بودن DSM-5 می‌توان فصل اختلالات دوران کودکی را در DSM-IV-TR مثال زد. در DSM-IV-TR طبقه (فصل) بزرگی در DSM وجود داشت به نام اختلالات دوران کودکی که هر اختلال روانی که برای اولین بار در دوران کودکی بروز می‌کرد چه در بزرگسالی فروکش می‌کرد چه فروکش نمی‌کرد. در فصل اختلالات دوران کودکی قرار داشت. این با توصیفی بودن DSM تضاد بود چون یک جنبه از توصیفی بودن DSM درست است که این است که علائم تعداد علائم، شدت علائم و مدت علائم به روشنی توصیف گردد ولی جنبه توصیفی بودن این است که اختلالات روانی که علائم توصیفی مشابه دارند در یک طبقه قرار گیرند. فصل اختلالاتی که برای اولین بار در دوران کودکی بروز می‌نمایند به نوعی توصیفی بودن DSM-IV-TR را به چالش می‌کشید زیرا در این فصل تمام اختلالاتی که در دوران کودکی شروع می‌شد هر چند که علائم توصیفی متفاوت داشتند، در یک گروه قرار گرفته بودند. در حالی که یک جنبه از توصیفی بودن این است که اختلالات روانی که علائم مشابه دارند در یک گروه قرار گیرند. در DSM-5 فصلی به نام اختلالات دوران کودکی وجود ندارد و اختلالاتی که در فصل اختلالات دوران کودکی قرار داشته‌اند اگر فصل مشابهی در DSM وجود دارد به فصول مشابه انتقال یافته‌اند و اگر وجود نداشت فصول جدید ایجاد شده‌اند، تا توصیفی بودن DSM افزایش یابد. مهم‌ترین تغییرات رخ داده در طبقه اختلالات کودکی در زیر خلاصه شده‌اند.

خلاصه تغییرات که در چارچوب DSM-5 رخ داده است:

- DSM-5 ابعادی‌ترین نسخه DSM است طبقه‌بندی ابعادی در حال اضافه شدن به مقوله‌ای است و جایگزین آن نشده است.
- DSM-5 توصیفی‌ترین نسخه DSM است البته تا آنجایی که به توصیفی بودن DSM آسیب وارد نمی‌شد به مبحث سبب‌شناسی نیز توجه شده است
- با اضافه شدن طبقه‌بندی ابعادی به مقوله‌ای DSM کاربردی‌تر شده و در طبقاتی که به صورت طیف درآمده‌اند مثل طیف اوتیسم و طیف اسکیزوفرنی طبقه‌بندی سنتی موجود و اختلالات NOS که ناشی از طبقه‌بندی مقوله‌ای صرف است حذف شده‌اند.
- حتی در طبقاتی که به صورت طیف درنیامده‌اند و به تبع اختلالات NOS (نامعین) حذف نشده‌اند دیگر از واژه NOS استفاده نمی‌شود و به جای آن از واژه‌های مشخص دیگر و نامشخص استفاده می‌گردد.
- محورها (پنج محور DSM-IV-TR) در DSM-5 حذف شده‌اند و دیگر DSM-5 چند محوری نیست.
- DSM از ابتدا حالت چند محوری داشت که در DSM-5 محورها رها شده است.

### محورهای DSM-IV-TR

DSM-IV-TR پنج محور داشت که همچنان که ذکر شد در DSM-5 این محورها حذف شده‌اند. در اینجا به معرفی محورهای موجود در DSM-IV-TR می‌پردازیم. در محور یک کل اختلالات روانی به غیر از اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی قرار می‌گیرد. در محور دو عقب‌ماندگی و اختلالات شخصیت ذکر می‌شود، همچنین اگر فرد از مکانیسم‌های دفاعی استفاده بیمارگونه نماید، در محور دو ذکر می‌گردد، علت این است که استفاده بیمارگونه از مکانیسم‌های دفاعی کلید شناسایی اختلالات شخصیت است به‌عنوان نمونه اگر فردی به صورت بیمارگونه از مکانیسم دفاعی فرافکنی استفاده نماید و خصلت‌های بد خود را به دیگران نسبت دهد احتمالاً اختلال شخصیت پارانوئید دارد. به این ترتیب هر اختلال روانی که فرد داشت در محور یک یا دو ذکر می‌شد و برای بقیه محورها اختلال روانی باقی نمی‌ماند. در محور سه بیماری‌های طبی ذکر می‌شد. در محور چهار رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی فرد که اهمیت دارند ذکر می‌گردید و در محور پنج ارزیابی عملکرد کلی یعنی GAF ذکر می‌گردید.

سؤال: چند اختلال می‌تواند در محور یک تشخیص‌گذاری کرد؟ محدودیتی وجود ندارد، هر تعداد اختلال روانی که در فرد وجود دارد و درمانگر قصد درمان آنها را دارد می‌تواند، در محور یک تشخیص‌گذاری گردد. البته باید توجه داشت که روان‌شناسان مجاز به تشخیص‌گذاری در بیرون از

محل کار خود نیستند و در محل کار نیز مجاز به تشخیص‌گذاری برای فردی که درمان‌جوی فرد دیگر است نیست. همچنین اگر درمانگری به هر دلیل امکان درمان اختلالی را ندارد، نباید آن اختلال را تشخیص‌گذاری انجام دهد. به عبارت دیگر تشخیص‌گذاری به قصد درمان انجام می‌گیرد نه به قصد برچسب زدن به دیگران

**سؤال:** چند اختلال شخصیت در محور دو می‌توان ثبت کرد؟

محدودیتی از نظر تعداد اختلالات شخصیتی که می‌توان در محور دو ثبت کرد وجود ندارد ولی توصیه بالینی این است که فقط یک اختلال شخصیت یعنی اصلی‌ترین اختلال شخصیت که بیشترین مشکلات را برای فرد ایجاد کرده است ذکر گردد. مشکلی که فصل اختلالات شخصیت در DSM دارند این است که بین علائم تشخیصی اختلالات شخصیت مختلف همپوشانی وجود دارد یعنی برخی از علائم در چند اختلال شخصیت مشترک هستند. این تشابه بین علائم تشخیصی اختلالات شخصیت مختلف باعث می‌شود که فردی که یک اختلال شخصیت دارد بتواند شاخص‌های لازم برای چند اختلال شخصیت دیگر را نیز برآورده نماید. در اینجا برای از بین بردن این ضعف DSM در فصل اختلالات شخصیت به قضاوت بالینی روان‌شناسی اهمیت داده شده و از روان‌شناس خواسته شده که بر اساس قضاوت بالینی خود بررسی نماید که اکثر مشکلاتی که برای فرد به وجود آمده در اثر کدام اختلال شخصیت بوده است و همان را ذکر نماید. در DSM-5 با درک مشکل فصل اختلالات شخصیت یک مدل جدید برای اختلالات شخصیت بر اساس سیستم طبقه‌بندی ابعادی طراحی شده است. این سیستم جدید بسیار از نسخه مشکل‌دار فعلی متفاوت است، لذا برای اینکه پیوستگی DSM مختل نگردد و متخصصان فرصت یادگیری این سیستم جایگزین را داشته باشد. در بدنه اصلی DSM-5 که بخش اصلی است، همان نسخه قدیمی ارائه شده و مدل جایگزین در فصل سوم که پیوست است، ارائه شده است.

**سؤال:** همچنان که ذکر شد محور سه در DSM-IV-TR مربوط به بیماری‌های طبی است، اگر فرد بیماری طبی جدی دارد مثل سرطان دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، تنفسی..... در محور سه ذکر می‌گردد. حال سؤال این است که چه لزومی دارد که وقتی داریم اختلالات روانی را تشخیص‌گذاری می‌کنیم محوری را برای اختلالات طبی اختصاص می‌دهیم؟

برخی از اختلالات روانی علائمی مشابه یک اختلال طبی دارند و ممکن است که با آن اشتباه گرفته شوند و برای اینکه شما بتوانید آن اختلال روانی را تشخیص‌گذاری نمایید باید مطمئن شوید که فرد اختلال طبی مشابه را ندارد. در این مورد چند مثال ذکر می‌گردد.

**سؤال:** ذکر رویدادهای مهم زندگی در محور چهار DSM-IV-TR از چه نظر اهمیت دارد؟ از روی این رویدادها می‌توان علت برخی از اختلالاتی را که در محور یک یا دو ذکر شده را فهمید. به‌عنوان



نمونه اگر بعد از بازنشستگی علائم افسردگی فرد تشدید گردد، همین یافته می‌تواند علاوه بر درک علت راهنمای درمانی نیز باشد.

سؤال: چه لزومی دارد که در محور چهار DSM-IV-TR علاوه بر رویدادهای ناخوشایند اجتماعی و محیطی رویدادهای خوشایند نیز ذکر گردند؟ بعضی از اوقات تنشی که رویدادهای خوشایند ایجاد می‌نمایند کمتر از رویدادهای ناخوشایند نیست به‌عنوان نمونه ازدواج، تولد بچه اول و مدیر شدن می‌توانند به شدت برای فرد تنش‌زا باشند.

محور پنج در DSM-IV-TR ارزیابی عملکرد کلی فرد (GAF) است. برای ارزیابی عملکرد کلی فرد یک نمره‌ای بین صفر الی ۱۰۰ به فرد تعلق می‌گیرد. نمره صفر بیانگر این است که ارزیابی عملکرد کلی انجام نشد ۱۰۰ بیانگر بهترین عملکرد و ۱ بیانگر بدترین عملکرد ممکن است نمره‌ها بر اساس جدول زیر به صورت ۱۰ تایی داده می‌شود مثلاً ۹۰ الی ۱۰۰ یا ۸۰ الی ۹۰ یا ۷۰ الی ۸۰ همچنان در جدول نیز که دیده می‌شود ۹۰ الی ۱۰۰ بیانگر عملکرد عالی و ایدئال است. نمره ۶۰ الی ۷۰ بیانگر علائم خفیف، ۵۰ الی ۶۰ بیانگر علائم متوسط است. اگر نمره زیر ۵۰ باشد فرد علائم جدی دارد اگر نمره فرد ۲۰ الی ۳۰ باشد دچار توهم هذیان است و افکار خودکشی دارد نمره پایین‌تر از ۲۰ بیانگر تلاش عملی فرد برای خودکشی یا آسیب جدی به دیگران زدن است.

نمره GAF فعلی فرد می‌تواند شدت مشکلات فعلی فرد را نشان دهد. همچنین با مقایسه GAF فعلی با GAF‌های قبلی و بعدی می‌توان به اطلاعات مهم و کارآمدی پی برد.

مثلاً اگر GAF قبل و بعد از درمان را باهم مقایسه کنیم می‌توان به کارآمدی درمان پی برد. اگر GAF پایین فرد بعد از درمان به شدت بالا رود نشان‌دهنده کارآمدی درمان است. همچنین با مقایسه GAF فعلی با GAF‌های قبلی می‌توان به شروع ناگهانی یا تدریجی بیماری پی برد. نحوه شروع بیماری از این نظر اهمیت دارد که در اکثر اختلالات روانی شروع ناگهانی نشان‌دهنده پیش‌آگهی خوب درحالی‌که شروع تدریجی و خزنده نشان‌دهنده پیش‌آگهی بد است. منظور از پیش‌آگهی پیش‌بینی ما در مورد روند بهبودی بیماری است. پیش‌آگهی خوب نشان‌دهنده بهبودی خوب در آینده نزدیک است.

## محور پنج: مقیاس ارزیابی کلی عملکرد

ارزیابی	سطح نشانه‌ها	موارد
۹۱-۱۰۰	عملکرد عالی، نشانه‌ها وجود ندارند.	
۸۱-۹۰	نشانه‌ها وجود ندارند یا نشانه‌های ناچیزی وجود دارند؛ به‌طور کلی، عملکرد در تمام زمینه‌ها خوب است؛ بیشتر از مشکلات روزمره نیست.	مشکل تمرکز بعد از یک روز هیجان‌انگیز، مشکل خوابیدن بعد از دعوا با همسر
۷۱-۸۰	نشانه‌های جزئی زودگذر که پاسخ‌های معقول به موقعیت‌های استرس‌زا هستند؛ بیشتر از اختلال جزئی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا تحصیلی نیست	مشکل تمرکز بعد از یک روز هیجان‌انگیز، مشکل خوابیدن بعد از دعوا با همسر
۶۱-۷۰	نشانه‌های خفیف، یا مشکلاتی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا تحصیلی	بی‌خوابی خفیف؛ افسردگی خفیف
۵۱-۶۰	نشانه‌های متوسط یا مشکلات متوسط در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا تحصیلی	حملات وحشت‌زدگی گاه‌وبیگاه اختلاف با هم‌اتاقی‌ها
۴۱-۵۰	نشانه‌های جدی یا هرگونه اختلال جدی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی	افکار خودکشی‌گرا؛ ناتوانی در حفظ کردن شغل
۳۱-۴۰	مشکلات جدی در تفکر یا ارتباط یا اختلال عمده در تعدادی از زمینه‌های عملکرد	گفتار غیرمنطقی؛ ناتوانی در کار کردن، بی‌توجهی به مسئولیت‌ها
۲۱-۳۰	رفتار تحت تأثیر نشانه‌های روان‌پریشی قرار دارد یا ارتباط یا قضاوت شدیداً تضعیف شده‌اند و یا تقریباً در کلیه زمینه‌ها ناتوانی وجود دارد.	فرد هدیبانی و توهمی است؛ آشفته است؛ در فکر خودکشی است؛ هر روز تمام وقت را در تخت به سر می‌برد.
۱۱-۲۰	نشانه‌های خطرناک یا اختلال شدید در ارتباط	تلاش‌های خودکشی بدون انتظار روشن مرگ؛ خاموش و بدون تکلم
۱-۱۰	خطر مداوم برای خود یا دیگران یا ناتوانی مداوم در حفظ کردن بهداشت	خشونت مکرر؛ اقدام جدی برای خودکشی همراه با انتظار روشن مرگ
۰	اطلاعات ناکافی	

**سؤال:** آیا تمام علائم و نشانه‌های یک اختلال در DSM ذکر می‌گردد؟ باید توجه داشت که در DSM تمام علائم یک بیماری به‌عنوان علائم تشخیصی ذکر نمی‌گردد. و تنها علائمی ذکر می‌گردد که ارزش تشخیص دارند. علائمی ارزش تشخیص دارند که ویژگی‌های زیر را داشته باشند.

(۱) اختصاصی باشند و این علائم بین اختلالات مختلف مشترک نباشند، اگر علائمی که بین اختلالات زیادی مشترک است به‌عنوان علائم تشخیصی ذکر گردند باعث می‌شود که ما در تشخیص‌گذاری دچار اشتباه شویم. به‌عنوان مثال در بیماران اسکیزوفرنی خواب به شدت آشفته است ولی در DSM در بین علائم تشخیصی اسکیزوفرنی خبری از علامت بی‌خوابی نیست چون اگر علامتی مثل بی‌خوابی که می‌تواند در اثر اختلالات خواب، اضطرابی، افسردگی و ... به وجود

می‌آید، به‌عنوان علامت تشخیصی اسکیزوفرنی ذکر گردد. باعث می‌شود خیلی افرادی که بیماری اسکیزوفرنی را ندارند به‌اشتباه بیمار اسکیزوفرنی تلقی گردند. علائمی که به‌سادگی قابل‌شناسایی نیستند و پی بردن به آنها می‌تواند چالش‌برانگیز باشد نباید به‌عنوان علامت تشخیصی ذکر گردد. به‌عنوان نمونه سن شروع بیماری‌های فراگیر رشد در DSM-IV-TR یکی از ملاک‌های تشخیصی بود، اسپرگر و اوتیسم از بدو تولد شروع می‌شوند. هرچند ممکن است تا ۳ سالگی تشخیص داده نشوند. رت در شش‌ماهگی شروع می‌شود و فروپاشنده کودکی از ۳ سالگی شروع می‌شود. ولی وقتی فرد ۱۵ ساله که اختلال فراگیر رشد دارد روبه‌روی ماست تشخیص اینکه اختلال فراگیر رشد وی در چه سنی شروع شده است ممکن نیست.

### دیدگاه مکاتب مختلف در مورد اختلالات روانی

در درس آسیب‌شناسی روانی دیدگاه مکاتب در مورد علت ایجاد اختلالات روانی و درمان اختلالات روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. باید توجه داشت که اگر یک مکتب در سبب‌شناسی اختلال روانی به بیراه رود، روش‌های درمانش نیز بر همین اساس به بیراه خواهند رفت. شاهد این ادعا مکتب منسوخ‌شده دمونولوژی است. در این بخش کتاب ابتدا سیر تاریخی مکاتب به‌طور گذرا بررسی می‌شود و سپس در بخش بعدی کتاب مکاتب زیستی، رفتاری و شناختی به‌طور کامل‌تر مورد بحث قرار می‌گیرد.

مکتب دمونولوژی علت اختلالات روانی تسخیر فرد توسط شیاطین، اجنه یا ارواح خبیث، در نظر گرفته شده بود. و بر همین اساس برای درمان اختلال روانی، فرد دارای اختلال روانی را مورد آزار جسمی شدید قرار می‌دادند و به‌عنوان نمونه در سیاه‌چال می‌انداختند یا کنار کوره روشن می‌بستند تا روح خبیث، جن یا شیطان فرار را بر قرار ترجیح دهد و جسم فرد را رها نماید تا فرد بهبود یابد. وقتی بعد از آزار جسمی فراوان فرد بهبود نمی‌یافت فرض می‌کردند که روح خبیث یا شیطان می‌خواسته فرار نماید و راهی برای فرار نداشته، لذا جمجمه فرد را سوراخ می‌کردند تا راه فراری برای روح خبیث یا شیطان ایجاد نمایند. به سوراخ کردن جمجمه اصطلاحاً ترفینینگ گفته می‌شد، و به ابزاری که برای سوراخ کردن استفاده می‌شد اصطلاحاً ترفین گفته می‌شد.

بعد از مکتب دمونولوژی که یک مکتب منسوخ است، از دیدگاه تاریخی اولین مکتبی که شکل گرفت مکتب زیستی بود، که معتقد بود که اختلالات روانی مبنای زیستی دارند و اختلالات روانی را بیماری در نظر می‌گیرد. ایراد مکتب زیستی این است که فرد نسبت به آینده درمان خود ناامید می‌شود، زیرا وقتی اختلال روانی ریشه جسمی دارد یعنی اینکه فردی که اختلال روانی دارد یک فرد طبیعی نیست و داری یک مشکل زیستی است و در بهترین حالت شاید در حضور دارو عملکرد

نسبتاً طبیعی داشته باشد. بعد از ناامیدی روان‌شناسان از مکتب زیستی مکاتب روان‌شناختی پا به عرصه تبیین اختلالات روانی گذاشتند. برتری مکاتب روان‌شناختی نسبت به مکتب زیستی این است که در مکاتب روان‌شناختی فردی که دارای اختلال روانی است، یک فرد طبیعی تلقی می‌گردد، حتی فرآیندهایی که منجر به شکل‌گیری اختلالات روانی می‌شوند، نیز فرآیندهای طبیعی هستند، لذا در مکاتب روان‌شناختی فرد نسبت به آینده خود امیدوار می‌شود. اولین مکتب روان‌شناختی که شروع به تبیین اختلالات روانی نمود، مکتب روان‌تحلیل‌گری بود، از دیدگاه مکتب روان‌تحلیل‌گری ریشه اختلالات روانی تعارضات ناخودآگاهی بود که واپس‌رانی (سرکوب) شده بودند و سپس این تعارضات خود را به صورت اختلالات روانی مختلف بروز می‌دادند و مکتب روان‌تحلیل‌گری بر این باور بود که برطرف کردن علائم و نشانه‌های اختلال روانی فقط بخش کوچکی از فرآیند درمان است و درمان قطعی زمانی حاصل می‌شود که تعارضات ناخودآگاهی که مشکل‌ساز شده است شناسایی گردد و به سطح هوشیار فراخوانده شده و حل گردد تا نیازی به سرکوبی نداشته باشد. نقطه‌ضعف اصلی مکتب روان‌تحلیل‌گری این بود که مفاهیم روان‌تحلیل‌گری مفاهیم ذهنی و سابجکتیو بودند و لذا به درد مطالعاتی تجربی، کمی، عینی و آزمایشگاهی نمی‌خورد. مکتب زیستی با انگشت گذاشتن روی نقطه‌ضعف مکتب روان‌تحلیل‌گری پا به عرصه تبیین اختلالات روانی گذاشت. مکتب رفتارگرایی فقط رفتار یعنی چیزی که عینی و قابل مشاهده است را به رسمیت می‌شناسد و اعتبار وقایع پنهان مثل افکار و عقاید فرد را به رسمیت نمی‌شناسد. از دیدگاه مکتب رفتاری کسی که دارای اختلال روانی است، دارای رفتارهای ناسازگارانه یا غیرانطباقی است و هدف درمان این است که رفتارهای سازگارانه و انطباقی جایگزین رفتارهای ناسازگارانه گردد. مکتب رفتاری روی نقش محیط تأکید دارد و بر این باور است که حتی برای تغییر رفتار فرد نیز باید، محیط را ابتدا تغییر داد، به‌عنوان نمونه در یک محیط چون یک رفتار ناسازگارانه پیامد خوشایند داشته است تقویت شده است و وظیفه درمانگر رفتاری این است که با تغییر محیط کاری نماید که این رفتار ناسازگارانه به جای پیامد خوشایند، پیامد ناخوشایند داشته باشد تا رفتار ناسازگارانه تضعیف گردد و به جای آن رفتارهای خوشایند بلافاصله پاداش داده می‌شوند تا تقویت گردند. نقطه‌ضعف مکتب رفتاری این بود که فقط رفتار را به رسمیت می‌شناخت و اعتبار وقایع پنهان مثل افکار و عقاید فرد را به رسمیت نمی‌شناخت. مکتب شناختی با تأکید روی نقطه‌ضعف مکتب رفتاری پا به عرصه تبیین اختلالات روانی گذاشت. بر اساس دیدگاه مکتب شناختی رفتارهای ما ریشه در افکار و عقاید ما دارد و تا عنصر شناختی یعنی افکار، عقاید و باورهای فرد اصلاح نگردد رفتار وی اصلاح نخواهد شد. مکتب شناختی برخلاف مکتب رفتاری که روی نقش محیط تأکید می‌کرد روی نقش عنصر شناختی یعنی افکار و عقاید و باورهای فرد تأکید می‌نماید و بیان می‌دارد که محیط به طور کامل قابل کنترل نیست و ناخواسته اتفاقات ناخوشایند

برای همه در زندگی رخ می‌دهد و آن چیزی که راهگشا است، افکار و عقاید مناسبی هستند که حتی در هنگام تجربه این رویدادهای ناخوشایند محیطی می‌توانند باعث شوند که فرد پیامدهای بد را تجربه کند و پیامدهای خوب بروز نمایند. با وجود تفاوت‌های ذکر شده برای مکتب شناختی و رفتاری این دو مکتب از دو نظر مشابه هم هستند. شباهت اول این است که در هر دو مکتب رفتاری و شناختی اختلالات روانی ناشی از یادگیری‌های نامناسب است، زیرا این رفتارهای ناسازگارانه و عقاید نامناسب در اثر یادگیری‌های نامناسب ایجاد شده‌اند و این یادگیری‌های نامناسب می‌بایست با یادگیری‌های مناسب جایگزین گردند. شباهت دوم مکتب شناختی و رفتاری این است که علت اختلالات روانی را در زمان حال جستجو می‌کنند، مکتب رفتاری دنبال رفتارهای ناسازگارانه در زمان حال است و مکتب شناختی دنبال عقاید مشکل‌ساز در زمان حال است، درحالی‌که مکتب روان‌تحلیل‌گری علت اختلال روانی را در گذشته فرد جستجو می‌نماید.

در مکتب فنومنولوژی (پدیدارشناسی)، اصالت به برداشت فرد از واقعیت داده می‌شود و نه خود واقعیت چون این برداشت ما از واقعیت است که روی افکار و رفتار ما تأثیرگذار است. دو مکتب هستی‌گرایی (وجودی) و انسان‌گرایی زیرمجموعه مکتب پدیدارشناسی هستند. در مکتب هستی‌گرایی فرض بر این است که فرد با انتخاب‌های خود، زندگی خود را شکل می‌دهد و اگر فرد انتخاب‌های نامناسب داشته باشد، رفتار ناپه‌نجان یا اختلال روانی در وی شکل خواهد گرفت. هدف درمان این است که فرد دیدگاه خود را نسبت به موضوعات تغییر دهد و برای زندگی خود معنا و هدفی بیابد و مسلماً این هدف می‌بایست بیرون از فرد باشد تا بتواند به زندگی فرد معنا ببخشد و وی را از پوچی رها نماید. این معنای بزرگ می‌تواند حتی رنج‌های فرد را برایش قابل تحمل کند و فرد را اضطراب و پوچی رها نماید. در مکتب انسان‌نگری فرد با هر مشکل یا اختلال روانی به درمانگر مراجع نماید، بدون اینکه درمانگر دنبال علت ایجاد اختلال روانی باشد، سعی می‌نماید با یک توجه بی‌قید و شرط عزت نفس فرد را بالا ببرد و فرد را در مسیر رشد و خود شکوفایی قرار دهد. از دیدگاه راجرز که مکتب انسان‌نگری دارد، مکانیسم‌های دفاعی نه تنها کمک‌کننده نیستند، بلکه خود عامل ایجاد اختلال روانی هستند. زیرا فرد انرژی هستند. زیرا فرد انرژی‌ای را که می‌بایست صرف رشد و خود شکوفایی خود نماید، صرف بروز مکانیسم‌های دفاعی می‌نماید و نقاب به چهره می‌زند و لذا از رشد و خود شکوفایی باز می‌ماند. در این حالت خودپنداره در اثر مکانیسم‌های دفاعی تحریف می‌گردد و ناهمخوانی بین خودپنداره با خود واقعی و آرمانی ایجاد می‌گردد و این خودپنداره تحریف شده قادر به سازش با محیط و تجربیات شخص نیست. باید توجه داشت که در مکتب انسان‌نگری قرار است که دیدگاه فرد در مورد خودش تغییر می‌یابد و از این نقطه نامطلوب که به علائق، استعدادها، گرایش‌ها و نیازهای خود احترام نمی‌گذارد و دست به دامن مکانیسم‌های دفاعی می‌شود و نقاب به چهره می‌زند، تا شاید محیط وی را بپذیرد و به این نقطه مطلوب برسد که به

علایق، استعدادها، گرایش‌ها و نیازهای خود احترام بگذارد و انرژی خود را صرف رشد و خودشکوفایی نماید. لازمه اینکه فرد به این حالت مطلوب برسد این است که از پذیرش بی‌قیدوشرط برخوردار باشد، تا از ناهمخوانی رها شده و به همخوانی برسد.

### مقایسه درمان‌ها در مکاتب مختلف

کسانی که مشکلات روانی دارند، معمولاً اول به پزشک عمومی مراجعه می‌کنند و بعد از مشخص شدن اینکه شکایت‌ها و علائم آنها ناشی از بیماری طبی نیست به روان‌شناس ارجاع داده می‌شوند. برای درمان اختلالات روانی می‌توان از درمان‌های زیستی نظیر دارودرمانی یا درمان‌های روان‌شناختی بهره برد. اینکه روان‌شناس بالینی کدام نوع روش درمان را برای یک مشکل روانی خاص به کار می‌برد، به رویکرد نظری درمانگر و نوع مشکل روانی فرد مورد نظر بستگی دارد. درمانی‌های دارویی دارای اثر پالیاتیو هستند، یعنی از شدت سمپتوم‌ها می‌کاهند و رنج یا استرس را تسکین می‌دهند اما درباره مشکلات، اطلاعات زیادی به درمان‌جو نمی‌دهند. در پزشکی درمان پالیاتیو به درمانی گفته می‌شود که از درد بیمار می‌کاهد، بدون اینکه علت آن را از بین ببرد. روان‌درمانی‌های سایکودینامیک تلاش می‌کنند تا بینش درمان‌جو از مشکلاتش را تقویت کنند. بعضی روان‌درمانی‌ها نظیر رفتاردرمانی با وجود اینکه به طور مؤثر قادر به تغییر رفتار فرد هستند، اما به درمان‌جویان کمک نمی‌کنند تا درباره علت‌های مشکلات خود آگاهی و بینش (اینسایت) به دست آورند. به عقیده گشتالت‌گرایان، سلامت روان به دنبال قبول مسئولیت کامل احساسات و اعمال خود حاصل می‌شود. گشتالت‌ناکامل به معنی کارهای نیمه‌تمام مثل عزای مداوم به علت مرگ یک نفر است. پرلز معتقد بود که زندگی پر از رویدادها یا کارهای پایان نیافته یا گشتالت‌های ناکامل است که اگر افراد برای این گشتالت‌های ناکامل راه‌حلی پیدا نکنند، سلامت روان آنها به خطر خواهد افتاد. در روان‌درمانی «عقلانی - هیجانی» فرض بر این است که تغییر دادن هیجان‌های درمان‌جو به درمان مشکلات روانی او منجر خواهد شد. در فرض رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی (REBT) مردم از زندگی خود ایده‌ها و تفاسیری دارند (یا به قول جرج کلی، از دنیا سازهایی می‌سازند)، که می‌تواند عامل تعیین‌کننده احساسات آنها باشد. باید توجه داشت که رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی که توسط آلبرت ایلس مطرح شد یکی از اولین شناخت درمانی‌ها بود. در روان‌درمانی مراجع - محور همدلی دارای دو عنصر توانایی تجربه کردن احساسات درمان‌جو و نگاه مثبت بی‌قیدوشرط است.

باید توجه داشت که گاهی درمان زیستی یا روان‌درمانی می‌تواند، عوارض جانبی نیز ایجاد نماید. اختلالات «پاتروژنیک» اختلالاتی هستند که توسط درمانگر در درمان‌جو به وجود می‌آید. مشکلات «پاتروژنیک» عوارض ناخواسته و غیر عمد درمان زیستی یا روان‌درمانی هستند که