

فصل دوم آسیب شناسی روانی هالجین بر اساس DSM-5 : تشخیص و درمان

تشخیص:

استفاده از واژه درمانجو به جای بیمار مناسب تر است چون اصطلاح بیمار مفهوم شرکت کننده منفعل به جای فعال را به طور ضمنی در خود دارد. اما مواقعی هست که اصطلاح بیمار مناسب تر است مثلا در درمان سرپایی و حقوق بیمار.

تشخیص مستلزم آن است که متخصص بالینی رویکرد منظمی برای طبقه بندی اختلالات داشته باشد.

وظیفه راهنمای تشخیصی این است که بر اساس وجود یا عدم وجود مجموعه مشخصی از نشانه ها، تشخیص هایی ارائه کند.

بدون راهنمای تشخیصی دقیق نمی توان بهترین مسیر درمان را مشخص کرد.

استفاده از واژگان مشترک در راهنمای تشخیصی در گزارش ها امکان ارتباط بین متخصصان را ایجاد میکند.

برای ارزیابی توانایی راهنمای تشخیصی از دو عامل استفاده می شود:

پایایی / reliability: تشخیص های متخصصان به شکل هماهنگ برای افرادی به کار رود که مجموعه نشانه های خاصی دارند و بین آنها توافق وجود داشته باشد.

اعتبار / validity: تشخیص ها باید بیانگر پدیده های بالینی واقعی و مشخص باشد.

راهنماهای تشخیصی کنونی بر اساس مدل پزشکی هستند چون گروهی از نشانه ها را نامگذاری می کنند.

مخالفان رویکرد طبقه بندی معتقدند که بین بهنجاری و نابهنجاری تفاوت قابل تشخیصی وجود ندارد (تفاوت کمی است نه کیفی). همچنین راهنمای تشخیصی گرایش به برچسب زدن دارد که می تواند رفتار خارج از هنجار را تشدید کند.

ویراست قبلی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) یک سیستم چندمحوری داشت (۵ محور داشت). منظور از محور طبقه اطلاعات در رابطه با یک بعد از عملکرد فرد بود و بنابراین این سیستم درمانجویان را به صورت چندبعدی توصیف می کرد. این محورها در DSM-5 وجود ندارد.

DSM-5 حاوی بخش III است که مقیاس های ارزیابی و تشخیص هایی را شامل می شود که به قدر کافی اثبات نشده اند که بخشی از سیستم اصلی باشند.

فصول Dsm-5 به شکلی تنظیم شده که اختلالاتی که به هم مرتبط هستند نزدیک هم قرار داشته باشند.

تعدادی از تشخیص های dsm-5 تشخیص جسمانی نظیر بیماری عصبی که موجب نشانه های شناختی می شود را در بر می گیرد. اگر یک بیماری که عمدتاً جسمی است در DSM-5 مشخص نشده باشد می توان از تشخیص های ICD استفاده کرد.

ICD، سیستم تشخیصی سازمان بهداشت جهانی (WHO) است که به عنوان یک ابزار همه گیرشناختی ساخته شده است. هم اکنون ویراست دهم ICD در حال استفاده است.



اطلاعات اضافی تشخیصی:

بیماری های جسمانی:

این بیماری ها اشارات درمانی مهمی دارند مثلاً یک بیمار قلبی بعضی داروهای روانپزشکی را نباید مصرف کند پس باید این امر در تشخیص او مطرح شود. همچنین آگاهی از بیماری جسمانی می تواند اطلاعاتی درباره سبب شناسی اختلال در اختیار بگذارد، مثلاً حمله قلبی می تواند عامل خطری برای ایجاد افسردگی باشد مخصوصاً اگر سابقه روانپزشکی قبلی وجود نداشته باشد. DSM-IV بیماری های جسمانی را در محور سوم مشخص می کرد.

عوامل استرس زا:

عوامل استرس زا بر تشخیص، درمان و نتیجه اختلال تاثیر دارند. برای مشخص کردن عوامل استرس زا می توان از کد Z در ICD استفاده کرد که به مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی اشاره دارد. عوامل استرس زای محیطی عمدتاً منفی هستند اما حوادث مثبت هم می توانند استرس زا باشند مثل افزایش مسئولیت های شغلی به دنبال ترفیع شغلی. عوامل استرس زا در DSM-IV در محور چهارم قرار می گرفت.

ابزاری به نام فهرست ارزیابی ناتوانی WHO (WHODAS) بخشی از DSM-5 است که متخصص بالینی می تواند با استفاده از آن قضاوت کلی خود را درباره عملکرد روانی، اجتماعی و شغلی درمانجو منظور کند.

نشانگان فرهنگ بسته:

در بعضی فرهنگ ها الگوهایی از نشانه ها وجود دارد که با تشخیص های DSM هماهنگ نیستند (مثل مراسم زار در جنوب ایران). برای تشخیص نشانگان فرهنگ بسته، نشانه نباید هیچ علت زیستی و فیزیولوژیکی داشته باشد.

روش های تشخیص:

نکته مهم در تشخیص به دست آوردن شرح روشنی از نشانه هاست: هم نشانه هایی که درمانجو گزارش می کند و هم نشانه هایی که متخصص بالینی مشاهده می کند.

تشخیص اصلی: اختلالی تشخیص گذاشته می شود که به طور دقیق با دلیل اصلی جستجوی درمان مراجع هماهنگ باشد.

تشخیص های همزمان / comorbid: مواردی که بیش از یک تشخیص اصلی وجود دارد.

زمینه یابی ملی همزمانی نشان داد که بیش از نیمی از بیماران تشخیص دومی هم در مقطعی از زندگی خود داشته اند.

شایع ترین همزمانی، سومصرف مواد مخدر و / یا الکل با اختلالات روانپریشی دیگر است.

تشخیص افتراقی / differential diagnosis: منتفی کردن تشخیص های جایگزین یعنی حذف اختلالات احتمالی دیگر

تدوین موردی / case formulation: تحلیل رشد درمانجو و عواملی که بر وضع روانی کنونی او تاثیر گذاشته اند (اطلاعات توصیفی)

تدوین فرهنگی / cultural formulation: ارزیابی متخصص در مورد میزان همسان سازی درمانجو با فرهنگ اصلی، عقاید فرهنگ درباره اختلال روانی، شیوه ای که فرهنگ وقایع خاص را تعبیر می کند و حمایت های فرهنگی موجود برای درمانجو

نیرومندی اثر فرهنگ بر مراجع از میزان همانندسازی مراجع با فرهنگ خود تاثیر می گذارد. آشنایی درمانجو با زمان خاص فرهنگ خود و ترجیح به استفاده از آن یکی از شاخص های واضح همانندسازی فرهنگی است.

تدوین فرهنگی برای شناخت اختلال روانی از دیدگاه زیستی روانی اجتماعی اهمیت دارد. تدوین فرهنگی تاییدی بر نقش عوامل فرهنگی در رفتار نابهنجار هستند.

درمانگران یاد می گیرند چطور روش های خود را به صورت کلی تطبیق دهند و یک رویکرد چندفرهنگی اختیار کنند.

برنامه ریزی درمان:

برنامه درمان شامل این مواد است: هدف درمان، مکان درمان، نوع درمان و رویکرد نظری. برنامه درمان در طی مداخلات قابل اصلاح است.

اهداف درمان:

اولین مرحله برنامه ریزی درمان، تعیین اهداف درمان است. اهداف از فوری تا بلندمدت گسترش دارند.

اهداف فوری شامل حالات بحرانی و کنترل نشانه ها مخصوصا در مواقع خطرناک بودن رفتار بیمار (مثل خودکشی) است. آنچه در هدف های کوتاه مدت مورد توجه است: رسیدگی به رفتار، تفکر و هیجانات مشکل آفرین بیمار برای برطرف کردن نشانه ها، برقراری رابطه درمانی موثر، هدف های مشخص برای تغییر درمانی، تثبیت مصرف داروها

اهداف بلندمدت شامل تغییرات اساسی و عمیق شخصیت و روابط درمانجو هستند. اینها اهداف نهایی تغییر درمانی اند. هدف بلندمدت ایده ال مقابله با نشانه ها و مدیریت آنهاست هرچند بهبودی کامل حاصل نشود. تحقق اهداف بلندمدت به ماهیت اختلال، حمایت های موجود و استرس های زندگی بستگی دارد.

در اکثر موارد متخصصان به شکل متوالی عمل می کنند یعنی ابتدا اهداف فوری و بعد اهداف بلندمدت را در نظر می گیرند. برخی بیماران مراحل چرخشی دارند یعنی مجموعه ای از اهداف کوتاه مدت و بحران ها ممکن است در طی درمان ایجاد شوند، یا ممکن است نیاز به تعریف مجدد اهداف طی درمان ایجاد شود. مفیدتر این است که این مراحل به شکل مراحل پی در پی در نظر گرفته نشوند بلکه به شکل سطوح مختلف تمرکز درمان دیده شوند.

مکان درمان:

مکان های درمان از نظر ماهیت خدمات و همچنین وجود محیط کنترل شده تفاوت دارند. کسانی که در معرض خطر هستند باید در محیط کنترل شده باشند.

بیمارستان های روانپزشکی: برای بیمارانی که در معرض صدمه به خود یا دیگری هستند یا نمی توانند از خودشان مراقبت کنند.

مراکز درمان بستری تخصصی: بیماری که به نظارت ویژه نیاز دارد. مثل مراکز ترک اعتیاد یا اختلالات رفتاری شدید کودکان.

درمان سرپایی: رایج ترین مکان درمان است مثل مراکز بهداشت روان جامعه.

خانه های نیمه راه و برنامه های درمان روزانه: بیماران مبتلا به اختلالات جدی که می توانند در جامعه زندگی کنند اما به حمایت اضافی نیاز دارند.

خانه های نیمه راه / halfway houses برای کسانی است که تازه مرخص شده اند اما هنوز آمادگی زندگی مستقل را ندارند و نیاز به پرورش یک سری مهارت ها دارند.

برنامه های درمان روزانه / day treatment program : برای درمانجویانی است که قبلا بستری بوده اند یا به بستری نیاز ندارند ولی نیاز به برنامه منظم دارند.

روانشناسان آموزشی: کار با کودکان و نوجوانانی که به ارزیابی و مداخله های رفتاری نیاز دارند.

نوع درمان:

بسته به اینکه ماهیت نشانه ها چیست و اینکه افراد دیگر نیز درگیر باشند یا نه، نوع درمان متفاوت است: روان درمانی فردی - زوج درمانی - خانواده درمانی - گروه درمانی

محیط درمانی / milieu therapy: مخصوص بیمارستان های روانپزشکی است و بر مبنای این فرض است که محیط جزء تشکیل دهنده مهم درمان است. (مثلا گرفتن واکنش های سازنده از دیگران).

تعیین بهترین رویکرد درمانی:

اغلب گرایش نظری مبنای تصمیمات درمانی متخصصان بالینی است. با این حال گرایش نظری تعدیل می شود و با نیازهای درمانجو متناسب می شود.

اصل کاربست مبتنی بر شواهد در روانشناسی : تصمیم گیری بالینی که بهترین شواهد پژوهشی موجود و مهارت بالینی را در پیشینه فرهنگی، ترجیحات و خصوصیات درمانجو را ادغام می کند.

بنابراین باید از شواهد پژوهشی استفاده کرد و درمان را با ویژگی های خاص درمانجو به طوری که زمینه، نیازها و تجربیات او در نظر گرفته شود، هماهنگ کرد.

یافته های تحقیقات اثربخشی، مداخلات مناسب را روشن می کنند اما در تعیین اینکه چه چیزی برای افرادی با مشکلات پیچیده موثر هستند کفایت نمی کنند.

روند درمان و نتیجه درمان :

مشارکت متخصص بالینی و درمانجو، تعامل منحصر به فرد شخصیت، توانایی ها و انتظارات آنها در اینکه روند درمان چطور پیش برود تاثیر دارد.

نتیجه درمان اغلب مطلوب است و اکثر درمان ها بهبود قابل ملاحظه ای ایجاد می کنند.