

آسیب‌شناسی روانی (روان‌شناسی مرضی)، مطالعهٔ انحرافات از عملکرد بهنجار است. در تعریفی دیگر، آسیب‌شناسی روانی عبارت است از مطالعهٔ علمی احساسات، افکار و رفتارهای مشکل‌ساز که به اختلالات روانی مربوط است یا تقریباً همیشه همراه آن‌هاست.

گسترهٔ روان‌شناسی مرضی تابع میدان نظریه‌ها و روش‌هایی است که در قلمروی شناخت اختلال‌ها به کار بسته می‌شود؛ یعنی عملاً تابع بررسی‌هایی است که به منظور توصیف (نشانه‌شناسی)، دستیابی به دلایل ایجاد (علت‌شناسی) و آگاهی از سیر تحول (پدیدایی مرضی) انجام می‌شوند.

انسان همواره به دنبال تبیین و کنترل رفتار نابهنجار بوده است. این تبیین‌ها از نظریه‌های معروف زمانه نشئت می‌گیرند که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌کنیم.

● سنت فراطبیعی

طبق مدل فراطبیعی که در قرون وسطی رواج داشت، عوامل و نیروهای بیرون از بدن و محیط، بر رفتار، فکر و هیجان تأثیر می‌گذارند، مثل خدا، شیاطین، ارواح، میدان‌های مغناطیسی، ماه و ستاره‌ها.

علاوه بر این، در گذشته غالباً به ذهن (mind)، روح (soul) یا روان (psyche) می‌گفتند و آن را از بدن جدا می‌دانستند. تقسیم ذهن و بدن به فلسفهٔ دکارت برمی‌گردد که به «نظریهٔ دوگانه‌نگری» (dualism) معروف است.

یکی از علت‌های رایج در مدل فراطبیعی در گذشته، تسخیر شدن فرد توسط ارواح خبیث بود. درمان، شامل رها کردن فرد از ارواح از طریق برخی مناسک دینی بود که به آن **جن‌گیری** (demonology) می‌گویند. روش دیگر، **سوراخ کردن جمجمه** (trephining) برای بیرون رفتن ارواح خبیث بود.

یک دیدگاه روشن‌فکرانه هم وجود داشت، که جنون را پدیده‌ای طبیعی و معلول استرس ذهنی یا هیجانی و علاج‌پذیر می‌دانست. آن‌ها افسردگی ذهنی و اضطراب را یک بیماری می‌دانستند، هرچند نشانه‌هایی مثل ناامیدی و بی‌حالی را، مشابه کلیساهای قرون وسطی، حاصل گناه، بی‌رمقی و تبلی می‌دیدند. درمان‌های رایج هم استراحت، خواب، محیط سالم و به‌طور کلی مراقبت از بیمار بود.

یک پدیدهٔ جالب، سرایت رفتار عجیب و غریب در بین افراد است. در قرون وسطی، این پدیده را حاصل تسخیر شدن توسط شیاطین می‌دانستند. امروزه به این پدیده، «**هیستری جمعی**» (mass hysteria) گفته می‌شود و علت آن را **سرایت هیجانی** (emotional contagion) می‌دانند. اگر یک نفر، برای مشکلی علتی پیدا کند، دیگران هم مشکل‌شان را به همان علت نسبت می‌دهند. به این پاسخ مشترک، «**روان‌شناسی خلق‌الله**» (mob psychology) گفته می‌شود. سنت فراطبیعی هنوز هم در آسیب‌شناسی روانی وجود دارد، که عمدتاً در گروه‌های مذهبی و قبایل بدوی رواج دارد.

● سنت زیست‌شناختی

بقراط را پدر پزشکی نوین غربی می‌دانند. او توصیه می‌کرد که اختلال روانی را همچون دیگر بیماری‌ها درمان کنیم. او معتقد بود اختلال روانی حاصل آسیب‌های مغزی یا وراثت است. بقراط مغز را جایگاه خرد، هوشیاری، هوش و هیجان می‌دانست. او همچنین به نقش عوامل روان‌شناختی و میان‌فردی (مثل استرس خانوادگی) اشاره کرد.

جالینوس عقاید بقراط را قبول داشت. یکی از نافذترین میراث‌های بقراطی-جالینوسی، «**نظریهٔ اخلاط**» بود. بقراط فرض کرد که کارکرد مغز بهنجار به چهار مایع بدنی یا طبع ربط دارد: خون، صفرای سیاه، صفرای زرد و خلط (بلغم). بیماری حاصل کم یا زیاد شدن این اخلاط است. برای مثال، صفرای سیاه باعث ملانکولی (افسردگی) می‌شود. نظریهٔ اخلاط را می‌توانیم اولین نظریهٔ ارتباط اختلالات روانی با عدم تعادل شیمیایی بدانیم.

بقراط همچنین کلمهٔ «**هیستریا**» (hysteria) را مطرح کرد. هیستریا، که امروزه به آن «اختلال نشانهٔ جسمی» (سوماتیک سمپتوم) می‌گوییم، شامل نشانه‌های بدنی بدون وجود یک مشکل پزشکی است. از آنجاکه این اختلالات عمدتاً در زنان رخ می‌دهند، به اشتباه فرض می‌کردند که هیستریا مخصوص زنان است. علت آن را سرگردانی رحم در بدن می‌دانستند و نشانه‌ها بر حسب مکان رحم مشخص می‌شد.

از دیگر عوامل مؤثر در سنت زیست‌شناختی، کشف ماهیت و علت **سیفلیس** بود. سیفلیس یک بیماری مقاربتی با نشانه‌های رفتاری و شناختی (نشانه‌های روان‌پریشی) است که حاصل ورود میکروب‌اکتری به مغز است. سیفلیس را با فالج عمومی مرتبط می‌دانستند، چون نشانه‌ها و سیر یکسانی داشتند و به مرگ منتهی می‌شد. پس از کشف شیوهٔ درمان سیفلیس (توسط پنی‌سیلین)، برای اولین بار یک درمان برای نشانه‌های رفتاری و شناختی جنون پیدا شد. پس از آن، این تصور ایجاد شد که شاید برای اختلالات روانی نیز بتوانیم علل و درمان مشابه پیدا کنیم.

قهرمان سنت زیست‌شناختی در آمریکا، یک روان‌پزشک به نام **گری** بود. از نظر گری، جنون همیشه یک علت فیزیکی دارد و باید با بیمار روانی مثل بیمار جسمی برخورد کرد. اقدامات گری باعث بهبود و انسانی‌تر شدن شرایط بیمارستان‌ها شد. بعد از مدتی، گری و پیروانش از علاقه‌مندی خود به درمان بیماری روانی کم کردند، چون آن را حاصل آسیب مغزی کشف‌نشده و علاج‌ناپذیر می‌دانستند.

در این دوره، علاقه به تشخیص افزایش یافت. **کریپلین**، شخصیت برجسته در این دوره بود که از بنیان‌گذاران روان‌پزشکی جدید محسوب می‌شود. سهم

ماندگار او در تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی بود. او خوشه‌های مختلفی از اختلالات را بر حسب علت‌های متفاوت آن‌ها از هم متمایز کرد.

موارد دیگر در رشد و تحول رویکرد زیست‌شناختی عبارت‌اند از: کشف مداخلات فیزیکی خاصی مثل تشنج الکترونیکی و جراحی مغزی، کشف داروهای ضدروان‌پریشی (نورولپتیک‌ها) و بنزودیازپین‌ها (آرام‌بخش‌ها).

● سنت روان‌شناختی

افلاطون و ارسطو از پیش‌گامان سنت روان‌شناختی هستند. از نظر افلاطون، دو علت رفتار غیرانطباقی، عوامل اجتماعی-فرهنگی و یادگیری محیطی است. بهترین درمان، تعلیم و تربیت دوباره فرد از طریق بحث عقلانی است تا عقل دوباره مسلط شود. این طرز فکر، **پیش‌درآمد درمان روانی-اجتماعی** بود. ارسطو نیز بر تأثیر محیط اجتماعی و یادگیری‌های اولیه بر آسیب‌های روانی بعدی تأکید کرد.

یک رویکرد روانی-اجتماعی قوی برای اختلالات روانی، **درمان اخلاقی (moral)** بود. در اینجا منظور از کلمه اخلاقی، پرداختن به عوامل هیجانی یا روان‌شناختی است، نه رعایت ضوابط و اصول اخلاقی. اصول آن هم عبارت بود از درمان بیماران بستری‌شده در شرایطی که تعامل اجتماعی عادی را تقویت می‌کند. این رویکرد، باعث ایجاد جو انسانی و اجتماعی در بیمارستان‌ها شد.

درمان اخلاقی از اقدامات پیل شروع شد. توک، راش (بنیان‌گذار روان‌پزشکی آمریکا) و دیکس نیز از افراد برجسته در این رویکرد بودند. اقدامات دیکس سرآغاز **جنبش بهداشت روانی** بود. براساس این جنبش، سعی می‌شد به همه افرادی که محتاج مراقبت بودند، از جمله بی‌خانمان‌ها، خدمات ارائه شود. نتیجه آن، افزایش قابل توجه بیماران روانی بود. این امر یکی از علل افول درمان اخلاقی بود، چون بیمارستان‌ها نیروی کافی برای خدمات‌رسانی نداشتند. در این دوره، بر کوچک کردن بیمارستان‌ها و برگشت بیماران به اجتماع تأکید شد، که به «**بیمارستان‌زدایی**» (deinstitutionalization) یا نهادزدایی معروف است.

ظهور رویکرد **روان‌کاوی** توسط فروید و رویکرد **رفتارگرایی** توسط افرادی مثل واتسون، پاولف و اسکینر، باعث افزایش توجه مجدد به سنت روان‌شناختی شد. رویکرد فروید در کارهای مسمر ریشه دارد. مسمر به بیماران تلقین می‌کرد که مشکل آن‌ها معلول انسداد مایعی نامعلوم در ارگانیزم زنده به نام «مغناطیس حیوانی» است. او با فتونی عجیب مثل ضربه زدن به قسمت‌های مسدودشده در بدن، به بیماران القا می‌کرد که معالجه شده‌اند. **مسمر** را **پدر هیپنوتیزم** می‌دانند. شارکو به فن هیپنوتیزم مشروعیت بخشید. فروید که شاگرد شارکو بود و بروئر از هیپنوتیزم استفاده کردند، که باعث کشف مفهوم «ناهویشیاری» و روش «تخلیه هیجانی» توسط آن‌ها شد.

در نهایت، پس از سال‌ها، مشخص شد که آسیب‌شناسی روانی را چندین عامل تعیین می‌کند. برجسته‌ترین طرف‌دار این رویکرد، **مایر** است، که بر سهم برابر عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی تأکید داشت.

کتاب هالچین تاریخچه آسیب‌شناسی روانی را در سه دسته خلاصه می‌کند. در طول تاریخ سه موضوع برجسته در آسیب‌شناسی روانی تکرار شده است: (۱) **معنوی**: رفتار نابهنجار را حاصل تسخیر اهریمن یا ارواح خبیثه می‌انگارد. (۲) **بشر دوستانه**: اختلال روانی را نتیجه ستمگری، استرس، یا شرایط زندگی نامناسب می‌داند. (۳) **علمی**: به دنبال علت‌هایی است که بتوانیم آن‌ها را به صورت عینی اندازه‌گیری کنیم.

تعریف نابهنجاری و اختلال روانی

● معیارهای رفتار نابهنجار

اختلال روانی یا رفتار نابهنجار، نوعی ناکارایی درون فرد است که با ناراحتی و اختلال در کارکرد و پاسخی همراه است که معمول یا از لحاظ فرهنگی مورد انتظار نیست. این تعریف بر سه معیار برای نابهنجاری اشاره دارد: ناکارایی روانی، ناراحتی شخصی یا اختلال، و پاسخ نامعمول یا از لحاظ فرهنگی غیرمنتظره.

(۱) **ناکارایی روانی**: منظور از ناکارایی روانی، فروپاشی کارکرد شناختی، هیجانی و رفتاری است. تشخیص حد فاصل ناکارایی بهنجار و نابهنجار سخت است و در یک طیف قرار می‌گیرد. به همین دلیل، ناکارایی صرف برای تشخیص اختلال روانی کافی نیست.

(۲) **ناراحتی شخصی یا اختلال**: ملاک ناراحتی شخصی به این اشاره دارد که شخص به شدت از مشکل خود ناراحت باشد. این ملاک به تنهایی نمی‌تواند رفتار نابهنجار را تعریف کند. ناراحت بودن می‌تواند بهنجار باشد (مثل سوگ) و در برخی اختلالات (مثل شیدایی) رنج و ناراحتی وجود ندارد. ملاک اختلال به ایجاد اختلال در کارکردهای فرد مثل کارکرد اجتماعی اشاره دارد. اما این نیز مفهوم کاملی نیست، چون در برخی موارد (مثل هراس) اختلال شدیدی دیده نمی‌شود.

(۳) **نامعمول یا از لحاظ فرهنگی غیرمنتظره**: یک نگاه به رفتار نابهنجار، به انحراف از میانگین توزیع بهنجار اشاره دارد. این ملاک به تنهایی کافی نیست، چون انحراف از میانگین لزوماً با اختلال همراه نیست. نگاه دیگر به تخطی از هنجارهای اجتماعی تأکید دارد. این ملاک نیز نمی‌تواند کافی باشد، چون لزوماً به معنای اختلال نیست و هنجارهای اجتماعی در فرهنگ‌های مختلف تفاوت دارند.

برای رفع نواقصی که در تعریف نابهنجاری براساس معیارهای اجتماعی وجود دارد، ویکفیلد از مفهوم «ناکارایی زیان بار» (harmful dysfunction) استفاده کرده است. ناکارایی زیان بار یعنی ناتوانی در انجام دادن یک عمل یا وظیفه طبیعی که صرفاً برای انجام آن کار توسط طبیعت طراحی شده است. این مفهوم در روان‌شناسی تکاملی ریشه دارد که تحت تأثیر ارزش‌های اجتماعی-فرهنگی است؛ اما ویکفیلد معتقد است یک عنصر مبتنی بر واقعیت و عینیت نیز دارد، چون این ناتوانی را می‌توان به صورت عینی سنجید.

مفهوم دیگری که برای تعریف نابهنجاری ارائه شده است، به «خارج از کنترل بودن رفتار» اشاره دارد، یعنی خود فرد نمی‌خواهد آن رفتار را انجام دهد.

● تعریف اختلال روانی در DSM

پذیرفته‌شده‌ترین تعریف برای اختلال روانی، تعریف «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSM) است. بخش‌های مهم این تعریف را از هم جدا کرده‌ایم:

(۱) اختلال روانی یک سندرم است که

(۲) شامل اختلال در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار است،

(۳) که از لحاظ بالینی معنادار است و

(۴) نقص عملکرد (dysfunction) در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی و رشدی زیربنای عملکرد ذهنی را منعکس می‌کند.

(۵) معمولاً همراه با رنج شخصی (distress) یا ناتوانی (disability) معنادار در فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا دیگر فعالیت‌های مهم است.

(۶) پاسخ قابل انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأیید شده به یک فقدان یا استرسور رایج، اختلال روانی نیست.

(۷) رفتارهای انحراف‌آمیز از لحاظ اجتماعی (مثل سیاسی، مذهبی و جنسی) و تعارض‌های بین فرد و جامعه، اختلال روانی نیست، مگر این‌که این تعارضات یا انحراف‌ها در نتیجه نقص عملکرد در فرد باشد.

عبارت «سندرم» (syndrome) در تعریف اختلال روانی، اشاره دارد به گروهی از علائم و نشانه‌ها. «نشانه» (sign) عبارت است از یافته‌های عینی (objective) و مشاهدات بالینگر، مثل سراسیمگی. «علامت» (symptom) عبارت است از تجربیات ذهنی (subjective) که بیمار توصیف می‌کند، مثل خلق افسرده.

به طور خلاصه، برای متمایز کردن رفتار نابهنجار از بهنجار، می‌توان از پنج ملاک اختلال روانی طبق DSM استفاده کرد:

(۱) رفتار باید اهمیت بالینی (clinical significance) داشته باشد. یعنی رفتار شامل میزان چشمگیر و قابل توجهی از اختلال است که متخصص بالینی می‌تواند آن را مشاهده کند؛ و شامل نشانه‌های گذرا یا مشکلات جزئی نیست.

(۲) رفتار باید کژکاری در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی را منعکس کند.

(۳) رفتار باید با ناراحتی یا ناتوانی چشمگیر در زمینه‌های مهم زندگی ارتباط داشته باشد. آنچه این ملاک را از اهمیت بالینی متمایز می‌کند، این است که غیر از اثر چشمگیری که متخصص بالینی می‌تواند مشاهده کند، به شیوه‌ای که فرد احساس یا رفتار می‌کند، اشاره دارد.

(۴) رفتار نمی‌تواند صرفاً به صورتی که بر حسب مذهب، سیاست یا تمایلات جنسی تعیین شده باشد، از لحاظ اجتماعی منحرف باشد.

(۵) رفتار باید کژکاری در فرد را منعکس کند. اختلال روانی نمی‌تواند اختلاف در عقاید سیاسی بین شهروندان و حکومت را منعکس کند.

ملاک‌های نابهنجاری

در کتاب روان‌شناسی مرضی تحولی دکتر دادستان، نابهنجاری براساس چند رویکرد به شکل زیر تعریف شده است:

(۱) رویکرد مرضی یا آسیب‌شناختی: وجود علامت یا نشانه بالینی.

(۲) رویکرد آماری: انحراف از منحنی بهنجار آماری.

(۳) رویکرد فرهنگی: انحراف از هنجارهای فرهنگی و اجتماعی.

(۴) رویکرد آرمانی‌نگر یا تعیین الگوی بهنجاری: انحراف از یک الگوی فرضی آرمانی.

(۵) رویکرد سازش‌یافتگی: عدم ظرفیت سازش با توقعات خود و جهان بیرونی (براساس مفهوم تعادل جوی پیاژه).

در رویکرد مرضی، وجود علامت یا نشانه دلیل ناهنجاری است و فقدان نشانه دلیل بهنجاری است. اما تجربه نشان می‌دهد تعداد افرادی که به خصوص تحت شرایط استرس کاملاً فاقد نشانه باشند، بسیار کم است. از این نظر باید «ظرفیت بالقوه باز یافتن سلامت» را در این تعریف دخیل کرد؛ یعنی شخص سالم هم می‌تواند در شرایط استرس نشانه داشته باشد، اما می‌تواند سلامت خود را بازیابد.

تعریف نابهنجاری در کودکان

چون کودک در حال تحول، متحرک و قابل انعطاف است و بسیاری از مشکلات ایجاد شده تنها ویژگی‌های یک مرحله است، تعیین بهنجاری و نابهنجاری مشکل‌تر است. از نظر دکتر دادستان، نابهنجاری در کودک را باید از چند بعد بررسی کرد:

(۱) رفتار نشانه‌ای (نشانه مرضی):

آیا براساس یک رفتار یا نشانه آشکار کودک می‌توان گفت بیمار است؟

نمی‌توان بهنجار و نابهنجار را براساس تظاهرات رفتار مقابل هم قرار داد، بلکه فردی با توانایی کنار آمدن با مشکلات، سازش با خود و دیگران، فلج نشدن در برابر تعارضات و طرد نشدن توسط جامعه، فردی بهنجار است.

همچنین، در اغلب کودکان فقدان نشانه دلیل سلامت روان است؛ اما در برخی بهنجاری سطحی نوعی هم شکل‌طلبی سازشی یا اطاعت از فشار اطرافیان است. پس فقط نشانه‌شناسی یک رفتار برای تعیین نقش بیماری‌زایی آن کافی نیست و باید ارزشیابی پویایی و اقتصادی هم انجام شود:

الف) دیدگاه پویایی و تحولی: این که رفتار نشانه‌ای تا چه حد اضطراب را مهار می‌کند و ادامه حرکت تحولی را ممکن می‌سازد، بهنجار بودن آن را مشخص می‌کند.

ب) دیدگاه اقتصادی: درجه تأثیر رفتار نشانه‌ای بر عملکرد من (ایگو) بهنجاری آن را مشخص می‌کند.

(۲) دیدگاه ساختاری:

آیا افرادی که دچار بیماری هستند ساخت روانی متفاوتی از افراد سالم دارند؟

فروید بین انسان بهنجار و روان‌رنجور (نوروتیک) تفاوت قائل نبود. تنها تفاوت آن‌ها را در شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و دفاع‌ها می‌دانست.

فروید ساخت روانی افراد روان‌پریش و روان‌رنجور را نیز براساس تأثیر روش روان‌تحلیل‌گری در آن‌ها متمایز کرد. به این صورت که اگر روش روان‌تحلیل‌گری بر فرد تأثیرگذار باشد، روان‌رنجور است.

کلاین هم معتقد بود تمایز کیفی بین فرد بهنجار و مرضی وجود ندارد و تنها یک تفاوت کمی است، یعنی از نظر شدت با هم فرق دارند.

(۳) دیدگاه تحولی:

الف) مفهوم رشدنیافتگی: محققان رشد داخلی، فرایند محض عصبی-فیزیولوژیک را اساسی می‌دانند و یک سری جداول برای بررسی رشدنیافتگی تعیین کرده‌اند. برای مثال، دوبره رشدنیافتگی در زمینه روانی-حرکتی را بررسی کرده است. رشدنیافتگی در زمینه عاطفی هم شامل انواع رفتارها مثل مهار هیجان‌ها، وابستگی عاطفی، تلقین‌پذیری، نیاز به ایمنی، و سازمان‌یافتگی هیستریکی است. رشدنیافتگی به‌طور ضمنی به الگوی آماری و آرمانی اشاره دارد و برای رفتارهایی استفاده می‌شود که در مرز بهنجار و مرضی قرار دارند.

ب) مفهوم ناهماهنگی خطوط تحول: براساس نظر آنا فروید، بررسی ناهماهنگی خطوط تحول معیاری برای ارزیابی آسیب است، گرچه برای توصیف جنبه مرضی کافی نیست. با مفهوم خطوط تحول آنافروید در روان‌شناسی رشد آشنا می‌شوید.

(۴) دیدگاه محیطی

براساس نظر وینیکات، هرگونه ارزشیابی و درمان نیاز به بررسی تعامل مادر و کودک دارد. برخی رفتارها فقط اعتراض‌های سالم به محیط بیمار است.

طبقه‌بندی اختلالات روانی

● تعریف و فواید طبقه‌بندی

طبقه‌بندی به هرگونه تلاش برای گروه‌سازی یا مقوله‌سازی و قرار دادن اشیا یا آدم‌ها در گروه‌ها و مقولات براساس خصایص یا روابط مشترک اطلاق می‌شود. طبقه‌بندی مبتنی بر «رویکرد قانون‌نگر» است. وقتی به دنبال ویژگی‌های منحصربه‌فرد یک شخص هستیم، از رویکرد فردنگر (idiographic) استفاده کرده‌ایم. وقتی مشکل شخص را براساس یک سری ویژگی مشترک در بین افراد، نام‌گذاری یا طبقه‌بندی می‌کنیم، از رویکرد قانون‌نگر (nomothetic) استفاده کرده‌ایم. وقتی طبقه‌بندی در یک بافت علمی صورت می‌گیرد، غالباً به آن «رده‌بندی» (taxonomy) می‌گویند. منظور از آن، طبقه‌بندی موجودات برای اهداف علمی است و در روان‌شناسی، منظور طبقه‌بندی رفتارهاست. وقتی نظام طبقه‌بندی را در پدیده‌های روان‌شناختی و پزشکی استفاده می‌کنیم، از اصطلاح «بیماری‌بندی» (nosology) استفاده می‌کنیم. «نامگان» (nomenclature) هم اسامی یا برچسب‌های اختلالات است.

به چند دلیل طبقه‌بندی مفید است:

(۱) طبقه‌بندی اولین قدم درک علل و ریشه مشکلات است.

(۲) به خدمات بهداشت روانی و حمایت از بیماران نظم می‌دهد، چون روش‌های درمان و حمایت بیماری‌های مختلف متفاوت است.

۳) یک روش عینی در اختیار می‌گذارد تا بفهمیم مداخله یا حمایت مؤثر بوده است، یعنی درمان در سمپتوم‌ها اثری داشته است یا خیر.

۴) جوامع پیشرفته‌تر امروزی طبقه‌بندی در بسیاری از موارد را ایجاب می‌کند، مثل موارد مربوط به هزینه‌ها و بیمه.

● تاریخچه سیستم‌های طبقه‌بندی

اولین کسی که یک سیستم طبقه‌بندی کامل برای اختلالات روانی مطرح کرد، **کرپلین** بود. به نظر کرپلین هریک از بیماری‌ها علتی دارند و آن‌ها را می‌توان طبق مجموعه‌ای از سمپتوم‌ها (سندرم) تعریف کرد.

اولین سیستم جامع و کامل برای طبقه‌بندی مشکلات روانی، توسط «سازمان بهداشت جهانی» (WHO) طراحی شد که بخشی از «**فهرست جهانی عوامل مرگ‌ومیر**» یا ICD در نظر گرفته شد. ICD شامل انواع بیماری‌ها و وضعیت سلامتی است، نه فقط اختلالات روانی.

«انجمن روان‌پزشکی آمریکا» (APA) «**راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی**» یا DSM را منتشر کرد، که تا به امروز پنج بار ویرایش شده است. DSM اطلاعات بیشتری از ICD که صرفاً فهرستی از طبقات تشخیصی است، ارائه می‌کند.

● انواع طبقه‌بندی

سه رویکرد در طبقه‌بندی وجود دارد که در ادامه به آن‌ها می‌پردازیم: **مقوله‌ای (categorical)**، **ابعادی (dimensional)**، **نمونه اولیه (prototypical)**.

در هنگام طبقه‌بندی اختلالات، می‌توانیم مقولات اختلالات را که هیچ وجه اشتراکی با هم ندارند یا وجه اشتراک کمی دارند، از هم جدا کنیم. به این رویکرد، **مقوله‌ای (طبقه‌ای)** گفته می‌شود. رویکرد مقوله‌ای کلاسیک در طبقه‌بندی از کارهای کرپلین گرفته شده است که پیرو سنت زیست‌شناختی است. در این رویکرد هر تشخیصی یک علت پاتوفیزیولوژیک زیربنایی دارد و هر اختلالی منحصر به فرد است. علت‌ها می‌توانند روان‌شناختی یا فرهنگی نیز باشند، ولی هر اختلال فقط یک مجموعه از عوامل علی را در برمی‌گیرد که با یکدیگر هم‌پوشی ندارند. از آنجا که هر اختلال با اختلال دیگر تفاوت بنیادی دارد، ملاک‌های تعریف مشخصی دارد که شخص برای قرار گرفتن در آن مقوله باید واجد آن ملاک‌ها باشد.

تشخیص‌گذاری به شکل مقوله‌ای برای یک پزشک بسیار اهمیت دارد تا بتواند با توجه به یک سری ملاک‌ها تشخیص و درمان مناسب آن را تعیین کند. اما مدل مقوله‌ای کلاسیک در حوزه سلامت روان دنبال نشد، چون پاسخ‌گوی پیچیدگی اختلالات روانی نیست. اختلالات روانی از تعامل عوامل مختلفی ایجاد می‌شوند و نمی‌توان گفت علت یک اختلال در همه افراد یکسان است.

رویکرد دوم این است که خصایص اختلال روانی را در چند بُعد، کمیت‌بندی کنیم و به یک نمونه ترکیبی برسیم. به این رویکرد، **ابعادی (پیوستاری/طیفی)** گفته می‌شود. در رویکرد ابعادی، شناخت‌ها، خلق‌ها و رفتار بیماران براساس یک مقیاس کمیت‌بندی می‌شوند. رویکردهای ابعادی عمدتاً برای اختلالات شخصیت به کار رفته‌اند، اما زیاد رضایت‌بخش نبوده‌اند. همچنین نظریه‌پردازان بر سر تعداد ابعاد به توافق نرسیده‌اند.

رویکرد ابعادی در «**مقیاس نشانه cross-cutting**» دیده می‌شود. یک مقیاس درجه‌بندی است که می‌توان برای ارزیابی شدت علائم و نشانه‌های کودکان به کار برد. این مقیاس شدت اختلال کودک را بر حسب یک پیوستار پنج درجه‌ای در ده زمینه یا بعد مشخص می‌کند.

رویکرد سوم، که از حمایت زیادی برخوردار شده است، رویکرد **نمونه اولیه** است. یک رویکرد مقوله‌ای است، ولی در اصل ویژگی‌های هر دو رویکرد قبلی را دارد. رویکرد نمونه اولیه، خصوصیات ضروری هر ذات و جوهری را شناسایی می‌کند تا بتوان آن را طبقه‌بندی کرد، ولی برای برخی گونه‌های غیرضروری هم که لزوماً طبقه‌بندی را تغییر نمی‌دهند، جا دارد. برای مثال طبقه سگ می‌تواند یک سگ را توصیف کند، اما نه لزوماً یک نژاد خاص را. در این رویکرد بسیاری از ویژگی‌های ممکن یا خصوصیات اختلال را فهرست می‌کنیم و فرد باید به اندازه کافی از این ویژگی‌ها داشته باشد تا در مقوله مورد نظر جا بگیرد. داشتن برخی ملاک‌های اولیه و فقط برخی ملاک‌های دیگر کافی است. این نظام طبقه‌بندی کامل نیست چون مرز برخی مقولات مبهم است، و برخی نشانه‌ها در مورد چند اختلال به کار می‌روند. به همین دلیل به این مقولات غالباً **مقولات نادقیق (مبهم)** می‌گویند.

انواع طبقه‌بندی طبق کتاب دادستان

انواع طبقه‌بندی که در فوق ذکر شد، در کتاب روان‌شناسی مرضی دکتر دادستان با جزئیات بیشتری ذکر شده است که در اینجا به آن‌ها می‌پردازیم.

۱) طبقه‌بندی مقوله‌ای (طبقاتی):

طبقه‌بندی مقوله‌ای یا طبقاتی براساس حضور یا عدم حضور یک ویژگی است. دو اصل دارد: ۱) یک مقوله براساس تعدادی ویژگی مشخص می‌شود که وجود هریک لازم و مجموع آن‌ها کافی است. ۲) زیرمقوله‌ها باید خصایص مراحل بالاتر را داشته باشند.

استلزام‌های اصل اول این است که: ۱) طبقات باید به خوبی توصیف و متمایز شوند و موارد مرزی کم یا هیچ باشد. مقوله‌سازی باید اعتبار داشته باشد. ۲) اعضای یک مقوله باید متجانس باشند. استلزام اصل دوم این است که همه خصوصیات مقوله اصلی در زیرمقوله‌ها باشد.

مثال رویکرد مقوله‌ای، طبقه‌بندی کرپلین است. طبقه‌بندی بیماری‌های روانی توسط کرپلین براساس نشانه‌شناسی، علت‌شناسی، پدیدایی مرضی (سیر

بیماری) و شیوه‌های درمانی بود.

ویراست چهارم DSM (DSM-IV) براساس طبقه‌بندی مقوله‌ای بود، اما یک سری محدودیت‌ها در آن رفع شده بود؛ (۱) هر مقوله کاملاً مستقل از حالت هنجار یا سایر اختلالات نیست. (۲) همه افراد یک مقوله در همه جوانب شبیه و متجانس نیستند. (۳) وجود زیرمجموعه‌ای از موارد برای تشخیص‌گذاری کافی است و لزومی به وجود همه ویژگی‌ها نیست. بنابراین DSM-IV یک نظام مقوله‌ای انعطاف‌پذیر بود.

(۲) طبقه‌بندی ابعادی (پیوستاری):

طبقه‌بندی ابعادی یا پیوستاری، بر مبنای کمیت یا فراوانی ویژگی است. در سیستم ابعادی پرسیده می‌شود: آیا سمپتوم‌های اصلی حضور دارند و اگر حضور دارند شدتشان چقدر است؟

طبقه‌بندی ابعادی براساس نظریه‌های متفاوت انجام می‌شود. هدف، توصیف چندبعدی یک فرد براساس نظام مرجع نظری است. مثال‌های این نوع طبقه‌بندی عبارت‌اند از: مصاحبه نیمه‌ساخته‌یافته PDI-IV (ارزشیابی توسط متخصص) و مقیاس خودسنجی آیزنک.

یکی از انتقادات به DSM-IV این بود که طبقه‌بندی تفکیکی یا افتراقی اختلالات شفافیت نداشت. طبقه‌بندی ابعادی در مواردی که بین پدیده‌ها پیوستگی هست و برای موارد مرزی مفید است؛ چون ویژگی‌های بالینی را که در نوع مقوله‌ای زیرآستانه‌ای و مرزی هستند، تشخیص می‌دهد.

(۳) طبقه‌بندی ریخت‌شناسی (نمونه‌ای):

قرار گرفتن در یک ریخت یا پروتوتایپ مستلزم وجود همه ویژگی‌ها نیست، بلکه باید تعداد کافی از چند ویژگی اصلی وجود داشته باشد؛ برای مثال اگر پنج سمپتوم از ۱۰ سمپتوم افسردگی را داشته باشید در این طبقه قرار می‌گیرید. به همین دلیل است که ممکن است دو نفر افسرده باشند، اما فقط در بعضی سمپتوم‌ها با هم مشترک باشند.

ویژگی‌های این روش عبارت‌اند از: ویژگی‌های لازم و کافی برای یک طبقه نیاز نیست. موارد مرزی را می‌پذیرد. طبقه‌ها می‌توانند نامتجانس باشند. موارد خاص وجود دارد. لازم نیست زیرمقوله‌ها سلسله‌مراتبی باشند، یعنی لازم نیست زیرمقوله‌ها ویژگی‌های مقوله بالاتر را داشته باشند.

ریخت‌ها به شکل شهودی، مشاهده و تجربه بالینی یا آماری متمایز می‌شوند. دو روش برای قرار دادن فرد در یک ریخت وجود دارد:

الف) الگوی درخت تصمیم: شامل حذف تشخیص‌ها در یک جدول سلسله‌مراتبی و نهایتاً رسیدن به تشخیص مناسب است. مثال آن پرسش‌نامه PSS (برنامه وضعیت روان‌پریشی) است.

ب) الگوی مقایسه نیم‌رخ‌ها: شامل مقایسه ویژگی‌های فرد در ابعاد متفاوت و مقایسه با نیم‌رخ گروه نمونه است. مثال آن پرسش‌نامه MMPI است.

(۴) طبقه‌بندی غیربیماری‌شناختی:

براساس یک نظریه: برای مثال نظریه‌های آیسنک، بندورا، بنجامین و فنیکل

براساس پژوهش‌های علمی: استخراج طبقات از داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری

براساس نظام‌های جزئی: نظام طبقه‌بندی متمرکز بر اختلالات خاص

● روایی و پایایی سیستم طبقه‌بندی

یک سیستم طبقه‌بندی تشخیصی باید دو ویژگی داشته باشد: پایایی و روایی.

پایایی (reliability): سیستم طبقه‌بندی باید زیرگروه‌های نشانه‌ای مشهود و قابل شناسایی را برای درمانگران توصیف کند و هر درمانگری با استفاده از آن به تشخیص یکسان برسد. به عبارت دیگر، یک تشخیص خاص برای هرکسی با آن نشانه‌ها کاربرد داشته باشد.

هرچه سیستم طبقه‌بندی پایاتر باشد، سوگیری در تشخیص کمتر است. یکی از ناپایاترین مقولات سیستم‌های طبقه‌بندی جاری، حوزه اختلالات شخصیت است. متخصصان باید میزان خط پایه را برای هر اختلال در نظر داشته باشند، یعنی فراوانی وقوع اختلال در کل جمعیت. هرچه میزان خط پایه یک اختلال کمتر باشد، تعیین پایایی تشخیص دشوارتر است، زیرا موارد کمی برای مقایسه وجود دارد.

روایی یا اعتبار (validity): روایی سیستم تشخیصی یعنی درجه‌ای که سیستم تشخیصی وضعیت روانی فرد را به دقت و به طور متمایز مشخص می‌کند. به عبارت دیگر، هر تشخیص باید یک پدیده واقعی و متمایز را نشان دهد. چند نوع روایی تشخیصی داریم:

الف) روایی سازه: علائم و نشانه‌هایی که به عنوان ملاک یک مقوله انتخاب شده‌اند، باید سازواری داشته باشند و مقوله‌ای را تشخیص دهند که با مقولات دیگر فرق داشته باشد. قابلیت تمیز باید در نشانه‌ها، سیر اختلال و درمان انتخابی نیز باشد. همچنین می‌تواند «تجمع خانوادگی» را پیش‌بینی کند، یعنی میزان یافت شدن اختلال در بستگان شخص بیمار.

ب) روایی پیش‌بین (ملاک): تشخیص معتبر می‌تواند سیر اختلال و نتیجه احتمالی درمان را پیش‌بینی کند.

(ج) **روایی محتوایی:** ملاک تشخیص باید معرف طرز فکر اکثر متخصصان درباره آن اختلال باشد.

آشنایی با دو مفهوم

اختلال پزشکی/پاتروژنیک (iatrogenic) شامل عوارض ناخواسته و غیرعمد درمان است که درمانگر باعث ایجاد آن شده است. درمانگر ممکن است متوجه نشود که این تغییر رفتار عارضه جانبی درمان است و آن را به عنوان یک اختلال مجزا مورد مداوا قرار دهد. برای مثال، درمانگر دارویی برای افسردگی تجویز می کند که باعث اختلال حافظه می شود، و تشخیص غلط آلزایمر گذاشته می شود.

سمپتوم اختصاصی/پاتوگنومونیک (pathognomonic) اشاره دارد به یک سمپتوم یا خصوصیت زیستی یا روان شناختی که از روی آن می توان فرد را مبتلا به یک اختلال روانی اعلام کرد؛ یعنی خصوصیتی که می تواند به طور مستقیم علامت مشخصه یک اختلال باشد. تعداد علائمی که بتواند به شکل مطمئن مشخصه یک اختلال باشد، بسیار کم است.

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)

● ویژگی های DSM

DSM از مدل پزشکی (medical) پیروی می کند، یعنی یک کتاب توصیفی است که از مطالعات علمی روی بیمارانی با نقاط مشترک در علائم، نشانه ها و سیر بالینی حاصل شده است. به جز چند مورد استثنا مثل اختلالات عصبی شناختی، DSM هیچ حدسی درباره علل اختلالات نمی زند؛ بنابراین گفته می شود DSM یک رویکرد غیرنظری دارد.

به عبارت دیگر، DSM توصیفی (descriptive) است نه توضیحی (explanatory)، چون تلاشی جهت توضیح علت ها در یک چهارچوب نظری نمی کند و صرفاً سمپتوم ها را توصیف می کند. البته، ویراست اول آن براساس نظریه روان پویایی قرار داشت، برای مثال از اصطلاحاتی مثل نوروز استفاده می کرد. تشخیص گذاری طبق DSM از لحاظ بالینی مفید است، یعنی می تواند به تشخیص، درمان و پیش آگهی کمک کند. DSM در تعریف اختلال روانی تصریح می کند که اختلال باید «سودمندی بالینی» داشته باشد، یعنی به متخصصان بالینی در تصمیم گیری درباره درمان کمک کند. این امر نشانه ماهیت عمل گرای این نظام تشخیصی است. DSM با این هدف طراحی شده است که روان شناسان بتوانند اطلاعات خود را با هم تبادل کنند، نه این که صرفاً یک اختلال را تشخیص گذاری کنند.

● تغییرات ویراست پنجم DSM

برخی اختلالات از ویراست پنجم حذف و برخی اختلالات اضافه شده است. همچنین تغییراتی در معیارهای اختلالات داده شده است. در کتاب حاضر، در فصل مربوط به هر اختلال با تغییرات آن ها در ویراست پنجم آشنا خواهید شد.

ویراست چهارم، سیستم چندمحوری داشت، یعنی تشخیص ها را در چند محور جداگانه سازمان دهی می کرد. محور به صورت طبقه ای از اطلاعات مربوط به یک بعد از عملکرد فرد تعریف شده بود. پنج محور ویراست چهارم را در کادر زیر می بینید. این محورها از ویراست پنجم حذف شده اند.

ویراست پنجم، اولین قدم را برای دور شدن از سیستم مقوله ای مطلق و نزدیک شدن به سیستم ابعادی برداشته است، چون یک رویکرد ابعادی را برای بعضی بیماری ها، از جمله سوء مصرف مواد، اوتیسم، واسکیزوفرنی، به کار گرفته است، اما در بعضی از اختلالات هنوز سیستم مقوله ای دارد.

آخرین نسخه DSM «ویراست پنجم تجدیدنظرشده» یا DSM-5-TR است. از تغییرات مهم آن اضافه شدن یک اختلال به نام «اختلال سوگ طولانی» به طبقه اختلالات مرتبط با تروما و استرس است که در فصل مربوطه به آن خواهیم پرداخت.

لازم به ذکر است که معیارهای تشخیصی اختلالات در کتاب حاضر براساس DSM-5-TR نوشته شده است. جداول معیارهای تشخیصی اختلالات در ضمیمه الکترونیکی کتاب در اختیار تان قرار گرفته است. معیارها و نکات مهم آن ها در متن کتاب آورده شده است، اما برای مطالعه معیارهای هر اختلال دقیقاً مطابق با جدول DSM می توانید از ضمیمه نیز استفاده کنید.

سیستم چندمحوری در DSM-IV

محور اول: همه اختلالات روانی به جز اختلالات شخصیت.

محور دوم: اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی.

محور سوم: بیماری های جسمی که می توانند اساس اختلال روانی باشند یا جنبه مهمی از زندگی را تحت تأثیر قرار داده باشند.

محور چهارم: مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی که بر تشخیص، درمان یا پیامد اختلال تأثیر می گذارند.

محور پنجم: ارزیابی کلی عملکرد فرد از طریق مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF).

● هشدارها و انتقادات

چند هشدار هنگام استفاده از DSM را باید به خاطر داشت که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌کنیم. عدم درج بعضی اختلالات روانی در DSM به این معنی نیست که آن‌ها وجود ندارند. احتمالاً عارضه‌هایی هست که در انتظار کشف شدن هستند. DSM-5 شامل یک بخش به نام **بخش سوم (بخش III)** است، که مقیاس‌های ارزیابی و تشخیص‌هایی را شامل می‌شود که به قدر کافی ثابت شده محسوب نشده‌اند که بخشی از سیستم اصلی باشند. امکان دارد پس از تأیید شدن توسط داده‌های بالینی و تحقیقاتی، به ویراست بعدی اضافه شوند. تشخیص‌گذاری یک اختلال روانی با نیاز مراجع به درمان معادل نیست. برای این‌که بدانیم نیاز به درمان وجود دارد یا خیر، تصمیمات چندوجهی نیاز است، مثل بررسی شدت سمپتوم‌ها، رنج شخصی و ناتوانی. همچنین برعکس، اگر شخصی همه معیارهای یک اختلال را نشان نمی‌دهد، به این معنی نیست که نیاز به درمان ندارد.

DSM ممکن است برای همه فرهنگ‌ها قابلیت کاربرد نداشته باشد، زیرا از مطالعات روی بیماران چند فرهنگ خاص اقتباس شده است. DSM برای موارد قضایی و قانونی نوشته نشده است و گاهی تعاریف آن با تعاریف سیستم‌های قضایی در تعارض است؛ بنابراین، ابتلا به یک اختلال باعث نمی‌شود فرد از مجازات مستثنی شود.

یک نگرانی در مورد سیستم طبقه‌بندی DSM این است که دارای تعداد زیادی مقوله‌های تشخیصی با اعتبار محدود، به‌ویژه در ارتباط با انتخاب درمان و پیامدهاست. دومین نگرانی این است که چون DSM اختلالات را مبتنی بر نشانه‌ها و علائم عینی تعریف می‌کند، در ترسیم علل و عوامل محتمل این اختلالات ناکام می‌ماند. در پاسخ به این نگرانی‌ها، «سازمان ملی سلامت روان» (NIMH) در یک نوآوری، «**ملاک‌های حوزه پژوهش**» یا RDoC (Research Domain Criteria) را معرفی کرده است، که به **طبقه‌بندی اختلالات روانی بر مبنای منشأ زیستی** آن‌ها می‌پردازد.

هدف RDoC ایجاد سیستم طبقه‌بندی در آینده است که مبتنی بر یافته‌های پژوهشی برای حوزه‌های عملکردی است و بر آسیب‌شناسی زیستی اختلال متمرکز است. حوزه‌های عملکردی گوناگون (مثل سیستم‌های شناختی، سیستم‌های برانگیختگی/تنظیم) تعریف شده است که به ساختارهای ویژه درون حوزه‌ها (مثل توجه و ریتم‌های شبانه‌روزی) تقسیم شده‌اند و دارای واحدهای تجزیه و تحلیل در سطح ژنتیکی، مولکولی، عصبی و رفتاری هستند. طرفداران آن معتقد هستند این رویکرد با تغییر سیستم‌های طبقه‌بندی کنونی منجر به شناسایی درمان‌های دقیق و اثربخش خواهد شد.

فرایند تشخیص و فرمول‌بندی

● تشخیص اصلی و افتراقی

اولین قدم برای درمان اختلال روانی، تشخیص آن است. فرایند تشخیص با استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی همچون DSM صورت می‌گیرد. فرایند تشخیص از تمام اطلاعات مربوط برای رسیدن به «**تشخیص اصلی**» (principal diagnosis) استفاده می‌کند، یعنی اختلال باید با دلیل اصلی که فرد به دلیل آن جویای کمک حرفه‌ای است، هماهنگ باشد.

ممکن است بیش از یک تشخیص اصلی وجود داشته باشد، که در این موارد از اصطلاح «**هم‌ابتلائی**» (comorbidity) یا هم‌بودی/هم‌پوشی/هم‌زمانی استفاده می‌شود. **شایع‌ترین هم‌ابتلائی، اختلال مصرف مواد همراه با سایر اختلالات روان‌پزشکی است.**

گام مهم دیگر در فرایند تشخیص، منتفی کردن سایر تشخیص‌های جایگزین است، که به آن «**تشخیص افتراقی**» (differential diagnosis) می‌گوییم. در این فرایند، نشانه‌های مراجع را با نشانه‌های اختلالات مشابه مقایسه می‌کنند تا احتمالات دیگر حذف شوند. منتفی کردن سایر تشخیص‌ها برای شروع درمان مناسب اهمیت دارد.

انواع فرعی و مشخصه

در فرایند تشخیص طبق DSM-5 می‌توانیم برای برخی اختلالات، انواع فرعی و مشخصه تعیین کنیم. نوع فرعی (subtype): برای مشخص کردن دو یا چند قطب متضاد و مجزا طراحی شده‌اند که هیچ وجه مشترکی با هم ندارند. در ترکیب با هم کل یک اختلال روانی را پوشش می‌دهند. کسی نمی‌تواند دو نوع فرعی را هم‌زمان با هم داشته باشد. برای مثال، اختلال سلوک دو نوع فرعی زودرس و دیررس دارد. مشخصه (specifier): برای مشخص کردن موارد مجزا طراحی نشده‌اند. ممکن است با هم وجه اشتراک داشته باشند، اما در ترکیب با هم کل یک اختلال را پوشش نمی‌دهند. بیمار ممکن است چند مشخصه را با هم داشته باشد. برای مثال، فرد افسرده با مشخصه ویژگی‌های روان‌پریشی و پیرازایمانی. مشخصه تشخیص را دقیق‌تر می‌کند، خرده‌گروه‌های یکدستی از افرادی ارائه می‌کند که برخی ویژگی‌های مشترک را دارند، و اطلاعاتی را منتقل می‌کند که به مدیریت و درمان بیماری کمک می‌کند.

● اطلاعات تشخیصی اضافی

متخصصان بالینی به عنوان بخشی از فرایند تشخیص ممکن است بخواهند اطلاعاتی اضافی از مراجع داشته باشند. چند نمونه از جمع آوری این اطلاعات اضافی شامل این موارد است:

برای کسب اطلاعات دربارهٔ **وضعیت پزشکی** مراجع، متخصصان می‌توانند از تشخیص‌های استاندارد ICD برای بیماری‌ها استفاده کنند. این مورد مشابه **محور سوم** در ویراست قبلی DSM است.

برای مشخص کردن منابع خاص استرس زندگی که بر وضعیت روان‌شناختی مراجع تأثیر دارند، می‌توان از مجموعه‌ای از کدها در ICD استفاده کرد. **کدهای Z در ICD به وجود مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی اشاره دارند.** نمونه‌هایی از این کدها عبارت‌اند از مشکلات مرتبط با شغل و بیکاری و مشکلات خانوادگی. این مورد مشابه **محور چهارم** در ویراست قبلی DSM است.

برای قضاوت کلی دربارهٔ عملکرد روانی، اجتماعی و شغلی مراجع، می‌توان از «**فهرست ارزیابی ناتوانی WHO (WHODAS)**» استفاده کرد که در DSM-5 وارد شده است. برای مثال یک سؤال در این فهرست این است که «در سی روز گذشته چقدر در تمرکز کردن برای انجام کاری مشکل داشته‌اید» و مراجع باید مشخص کند این مشکل وجود ندارد، خفیف، متوسط یا شدید است. این مورد مشابه **محور پنجم** در ویراست قبلی DSM است.

● توصیف بالینی

توصیف مشکل فعلی مراجع، اولین گام در توصیف بالینی اوست. توصیف بالینی در واقع ترکیب ویژهٔ رفتارها، افکار و احساسات در یک اختلال خاص است. در توصیف بالینی یک اختلال به یک سری موارد دیگر نیز اشاره می‌شود:

نرخ شیوع (prevalence): همهٔ موارد (قدیم و جدید) تشخیص داده شدهٔ بیماران موجود در یک مقطع زمانی خاص یا در یک دورهٔ معین در یک جمعیت.

نرخ بروز (incidence): تعداد موارد جدید مبتلا در جمعیت در مدت زمان معین.

سیر اختلال: الگوی نسبتاً فردی یک اختلال که می‌تواند مزمن (ادامهٔ اختلال برای مدت طولانی یا تمام عمر)، دوره‌ای (بهبودی و عود مجدد) یا محدود (بهبود بدون عود یا خطر اندک عود) باشد.

پیش‌آگهی: به سیر پیش‌بینی شدهٔ یک اختلال گفته می‌شود. برای مثال، وقتی گفته می‌شود پیش‌آگهی خوب است، یعنی فرد احتمالاً بهبود خواهد یافت.

در توصیف بالینی یک اختلال، به نسبت جنسی (درصد زنان و مردان مبتلا)، سن شروع و شیوهٔ شروع (حاد یا تدریجی) هم اشاره می‌شود.

سن بیمار بخش مهمی از توصیف بالینی است. تظاهر اختلال روانی در کودکی با بزرگسالی متفاوت است؛ برای مثال کودکان اضطراب شدید و وحشت‌زدگی را غالباً یک بیماری جسمی فرض می‌کنند. به مطالعهٔ رفتار نابهنجار در طول عمر، «**آسیب‌شناسی رشدی عمری**» گفته می‌شود.

● فرمول‌بندی موردی

بعد از این که تشخیص رسمی گذاشته شد، چالش به هم وصل کردن تصویر نحوه‌ای که اختلال شکل گرفته است، شروع می‌شود. متخصص بالینی برای کسب آگاهی کامل از اختلال مراجع، فرمول‌بندی موردی را تنظیم می‌کند.

«**فرمول‌بندی موردی**» (case formulation) یا تدوین موردی عبارت است از تحلیل سابقهٔ رشدی مراجع و عواملی که ممکن است بر وضعیت روان‌شناختی فعلی او تأثیر گذاشته باشند.

اساس فرمول‌بندی موردی، **شناخت مراجع از دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی** با در نظر گرفتن سابقهٔ رشدی اوست. این اطلاعات توصیفی برای برنامه‌ریزی درمان متناسب با نشانه‌ها، تجربیات گذشته و توان آینده برای رشد در هر مراجع مناسب است.

● فرمول‌بندی فرهنگی

هنگام تشخیص باید زمینهٔ فرهنگی مراجع را نیز در نظر بگیریم. «**فرمول‌بندی فرهنگی**» (cultural formulation) یا تدوین فرهنگی عبارت است از: ارزیابی میزان همانندسازی مراجع با فرهنگ اصلی، عقاید فرهنگ دربارهٔ اختلال روانی، شیوه‌ای که فرهنگ وقایع خاصی را تعبیر می‌کند، و حمایت‌های فرهنگی موجود برای مراجع.

هنجارها و عقاید فرهنگی تأثیر نیرومندتری بر مراجعانی دارند که قویاً با فرهنگ اصلی خود همانندسازی کرده‌اند. آشنایی مراجع با زبان خاص و ترجیح استفاده از آن، از شاخص‌های واضح همانندسازی فرهنگی است. فرهنگ بر درک مراجع از علت رفتارها و نمود نشانه‌ها تأثیر می‌گذارد.

مفاهیم فرهنگی رنج شخصی در DSM-5

DSM-IV برای اولین بار «**سندرم وابسته به فرهنگ**» (culture-bound) را مطرح کرد، یعنی بیماری‌هایی که در آن‌ها رفتار و تجربه‌های بیمار در

مقایسه با هنجارهای اجتماعی-فرهنگی محلی، تغییرات زیادی دارد. این بیماری‌ها ظاهراً فقط در بعضی جوامع خاص مشاهده می‌شوند. نویسندگان DSM-5 معتقدند که اختلالات روانی را نباید وابسته به فرهنگ دانست، حتی اگر فقط در بعضی جوامع دیده شوند، که این موارد هم بسیار محدود است. اختلالات روانی همه جا یکسان هستند و فقط نحوه بروز و بیان آن‌ها متفاوت است.

DSM-5 مفهوم سندرم وابسته به فرهنگ را با مفهوم «فرمول‌بندی فرهنگی» عوض کرده است و به سمت مدل «مفاهیم فرهنگی رنج شخصی» حرکت کرده است. مفاهیم فرهنگی رنج شخصی به این موضوع اشاره دارد که گروه‌های فرهنگی مشکلات رفتاری، افکار و هیجانات ناراحت‌کننده را چگونه تجربه می‌کنند، چه برداشتی از آن دارند و چطور آن را به اطلاع بقیه می‌رسانند. DSM-5 از سه اصطلاح در این زمینه استفاده می‌کند:

سندرم فرهنگی (cultural syndrome): مجموعه‌ای از سمپتوم‌ها و علل انتسابی آن‌ها که معمولاً به‌طور هم‌زمان در بین افراد یک جامعه یا قوم خاص روی می‌دهد و بهنجار تلقی می‌شود.

سبک فرهنگی توصیف رنج شخصی (cultural idiom of distress): شیوه خاص مردم متعلق به یک فرهنگ برای توصیف رنج و ناراحتی.

توضیحات فرهنگی (cultural explanations): علت‌هایی که یک فرهنگ خاص ایجاد رنج را به آن نسبت می‌دهند.

علت‌شناسی رفتار نابهنجار

علت‌شناسی (aetiology) به مطالعه علل اختلال اشاره دارد که می‌تواند ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی داشته باشند. درمان‌ها می‌توانند درباره ماهیت و علل اختلال سرنخ‌هایی ارائه کنند. برای مثال، اگر دارویی که دوپامین را کاهش می‌دهد، باعث بهبود اسکیزوفرنی می‌شود، پس علت اسکیزوفرنی می‌تواند افزایش دوپامین باشد. البته، معلول لزوماً علت را نشان نمی‌دهد.

● انواع علل رفتار نابهنجار

علت‌های زیستی: عوامل ارثی و محیطی که بر عملکرد جسمی تأثیر می‌گذارند، مثل نابهنجاری‌های ژنتیکی، تغییرات زیستی، مواجهه با مواد سمی، و جراحات مغزی ناشی از آسیب سر.

علت‌های روان‌شناختی: شامل افکار، احساسات و رفتار کژکار هستند، مثل تجربیات یادگیری گذشته، الگوهای فکری ناسازگار، و مشکلات مقابله با استرس.

علت‌های فرهنگی-اجتماعی: تأثیرات مختلف اجتماعی را شامل می‌شود، که از دوستان و خانواده تا مؤسسات و سیاست‌گذاری‌های کشور و دنیا گسترش دارد. ازجمله این موارد، **داغ ننگ (stigma)** است، یعنی برچسب منفی بیماری روانی که باعث می‌شود فرد از جامعه کنار گذاشته شود.

توضیح یک پدیده از طریق تجزیه آن به اجزای تشکیل دهنده را «**تقلیل‌گرایی (reductionism)**» یا کاهش‌گرایی می‌گویند. درنظرگرفتن صرف یکی از رویکردهای فوق برای توضیح رفتار پیچیده انسان، تقلیل‌گرایی است. برای مثال، درنظرگرفتن صرف علت‌های زیستی را تقلیل‌گرایی زیستی می‌گوییم.

● دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی

«**دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی (biopsychosocial)**» به تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در ایجاد نشانه‌های اختلالات روانی اشاره دارد. میزان تأثیرگذاری هر یک از این عوامل بین اختلالات متفاوت است. برای مثال، عوامل زیستی در اسکیزوفرنی، عوامل روان‌شناختی در واکنش‌های استرس، و عوامل اجتماعی و فرهنگی در اختلال استرس پس از تروما نقش غالب را دارند.

این دیدگاه یک **رویکرد رشدی (developmental)** دارد، به این معنی که باید درک کنیم چگونه این سه مجموعه تأثیرات در طول زندگی تغییر می‌کنند. برخی شرایط فرد را در زمان‌های خاصی بیشتر از زمان‌های دیگر به مخاطره می‌اندازند. عوامل خطر اولیه، بخشی از آسیب‌پذیری فرد در برابر ابتلا به اختلال می‌شوند و در طول عمر بانفوذ می‌مانند. بعدها عوامل خطر از نظر شکل خاص و شدت بالقوه خود تغییر می‌کنند.

اصطلاحی مرتبط با این امر در آسیب‌شناسی روانی رشدی، «**اصل هم‌سرانجامی (equifinality)**» یا هم‌غایتی است. اصل هم‌سرانجامی می‌گوید پیامدهای یکسان می‌توانند حاصل مسیرهای متعدد باشند. مسیرهای متفاوت می‌تواند از تعامل عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی در مراحل مختلف رشد نشئت بگیرد.

● مدل آمادگی-استرس

معروف‌ترین و غالب‌ترین مدل در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، «**مدل آمادگی-استرس (stress-diathesis)**» است. دیاتیز یا آمادگی، به استعداد ابتلا به یک بیماری خاص اشاره دارد. ممکن است فرد با بیماری‌پذیری ارثی متولد شده باشد یا آسیب‌پذیری را در اوایل زندگی اکتساب کند. استرس به عوامل تأثیرگذار روان‌شناختی یا اجتماعی اشاره دارد. در صورت همراه شدن آمادگی و استرس، اختلال روانی ایجاد می‌شود.

دو مدل برای ترکیب آمادگی و استرس وجود دارد:

الف) مدل افزایشی: استرس و آمادگی با هم جمع می‌شوند. وقتی یکی بالا و دیگری پایین است، باز هم ممکن است فرد مبتلا به اختلال شود. افرادی که سطح

آمادگی در آن‌ها کم است، به مقدار انبوهی استرس نیاز دارند تا به اختلال مبتلا شوند.

ب) مدل تعاملی: برای این که استرس بتواند تأثیری بگذارد، باید مقداری آمادگی وجود داشته باشد. اگر فرد آمادگی نداشته باشد، هرگز به اختلال مبتلا نخواهد شد. برعکس، اگر آمادگی داشته باشد، با افزایش استرس با احتمال بیشتر به اختلال مبتلا می‌شود.

● عوامل خطر، عوامل محافظ و عوامل آسیب‌پذیری

- عوامل خطر

«عامل خطر» (risk factor) عبارت است از یک ویژگی فردی یا محیطی که قبل از یک اختلال روانی حضور دارد و می‌تواند احتمال وقوع آن را تشدید کند. عامل خطر با اختلال روانی هم‌بستگی دارد، یعنی با افزایش احتمال ابتلا به اختلال رابطه دارد، اما الزاماً دلیل وقوع آن نیست. عامل خطر می‌تواند زیستی، روانی یا اجتماعی باشد. بعضی از آن‌ها ثابت هستند، مثل جنسیت و سابقه خانوادگی یک اختلال؛ و بعضی پویا هستند و در طول زمان تغییر می‌کنند، مثل حمایت اجتماعی. بعضی هم از لحاظ سنی، جنسیتی یا فرهنگی تغییر می‌کنند.

عوامل خطر را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد:

الف) عوامل مستعدکننده (predisposing): عوامل پیشابند یا از پیش موجود که ممکن است فرد را در مقابل یک پدیده آسیب‌پذیر کند، مثل سابقه خانوادگی بیماری یا عوامل ژنتیکی.

ب) عوامل تسریع‌کننده (precipitating): هر رویداد یا تجربه‌ای که با فاصله اندکی قبل از ابتلا به اختلال روانی رخ داده است، مثل یک استرس شدید دقیقاً قبل از شروع اختلال.

یک اصطلاح مرتبط دیگر، **عوامل تداوم‌بخش (perpetuating)** است، یعنی عواملی که بعد از آغاز اختلال باعث ادامه یافتن آن می‌شوند، مثل سوگیری‌های منفی در افسردگی، عدم پایداری به دارو، و انزوای اجتماعی.

عوامل خطر اختلالات روانی	
سن	بیشترین فراوانی اختلالات روانی در گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال و گروه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال دیده می‌شود.
تحصیلات	افرادی که دیپلم نگرفته‌اند، بیشتر به اختلالات روانی به خصوص اختلالات سوءمصرف مواد تشخیص داده می‌شوند.
اشتغال	افراد بیکار با احتمال بیشتری به مشکلات روانی مبتلا می‌شوند.
جنسیت	مردان بیشتر از زنان مبتلا به اختلالات سوءمصرف مواد و اختلال شخصیت ضداجتماعی تشخیص داده می‌شوند. زنان به احتمال بیشتری به اختلالات خلقی و اضطرابی مبتلا می‌شوند. زنان به احتمال بیشتری اختلالات هم‌زمان را تجربه می‌کنند.
وضعیت تأهل	طلاق یا متارکه با مشکلات روانی بیشتر به طور کلی و با اختلالات اضطرابی، خلقی و سوءمصرف مواد به طور خاص، همراه هستند.
نژاد و قومیت	بعضی اختلالات در بعضی نژادها یا قومیت‌ها با فراوانی بیشتری تشخیص داده می‌شوند.

- عوامل محافظ

در مقابل عامل خطر، «عامل محافظ» (protective factor) قرار دارد. عوامل محافظ عبارت‌اند از عواملی که پاسخ فرد به عامل استرس را را تغییر می‌دهند و باعث می‌شوند احتمال پیامدهای منفی عوامل استرس‌زا کاهش یابد.

عوامل محافظ می‌توانند در سه سطح باشند: ۱) فردی، مثل خلق و خوی مثبت و هوش بالا؛ ۲) خانوادگی، مثل کوچک بودن ساختار خانواده و روابط حمایتی؛ ۳) اجتماعی، مثل خدمات اجتماعی و انسجام اجتماعی.

«تاب‌آوری» (resilience) یکی از عوامل محافظ مهم در برابر اختلال روانی است. منظور از تاب‌آوری، مقاومت در مقابل شرایط نامساعد است. این ویژگی باعث می‌شود حتی وقتی فرد در معرض چندین عامل خطر قرار دارد، باز هم سالم بماند و پیشرفت کند.

- عوامل آسیب‌پذیری

آسیب‌پذیری (vulnerability) این‌طور تعریف شده است: تعامل بین عوامل خطر و عوامل محافظ که حساسیت افراد به یک اختلال روانی یا احتمال ظاهر شدن آن اختلال روانی را تعیین می‌کنند. در واقع، حضور عوامل خطر مهم و عدم حضور عوامل محافظ می‌تواند به ظهور یک اختلال منجر شود.

عامل آسیب‌پذیری، احتمال پیامدهای منفی را صرفاً در حضور یک عامل منفی دیگر افزایش می‌دهد. عامل خطر، احتمال پیامدهای منفی را افزایش می‌دهد و فرقی نمی‌کند که یک عامل منفی دیگر حضور داشته باشد یا نه.

تا اینجا دربارهٔ اختلال روانی صحبت کردیم. اما در نظر گرفتن معیارهای سلامت روان نیز می‌تواند مفید واقع شود. سلامت روانی خوب را می‌توان از موارد زیر متوجه شد: درک واقعیت، شناخت خود و آگاهی از احساسات درونی، توانایی کنترل رفتار، عزت نفس و ارزشمند دانستن خود، توانایی ایجاد و حفظ روابط عاطفی با دیگران، و نگرش مثبت و بابرنامه به زندگی.

برای سنجش عملکرد سازگارانه به عنوان مقیاسی برای سلامت روانی، از «مقیاس سنجش کلی عملکرد» (GAF) استفاده می‌شود. مقیاس GAF قبلاً در DSM قرار داشت و برای بررسی کیفیت عملکرد مراجع در محور پنجم استفاده می‌شد، اما از DSM-5 حذف شده است. علت حذف آن، ضعف در تفکیک بعضی مفاهیم و پایین بودن پایایی ارزیاب‌ها بود. به جای آن از «برنامهٔ ارزیابی ناتوانی WHO» (WHODAS) برای سنجش میزان ناتوانی مراجع استفاده می‌شود. یکی از ایرادات این مقیاس جدید این است که بیشتر دربارهٔ توانایی‌های فیزیکی اطلاعات می‌دهد تا روانی.

خلاصهٔ فصل

سه معیار برای نابهنجاری عبارت‌اند از: ناکارایی روانی، ناراحتی شخصی یا اخلاق، پاسخ نامعمول یا از لحاظ فرهنگی غیرمنتظره. پذیرفته شده‌ترین تعریف برای اختلال روانی، تعریف «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSM) است، که این معیارها را شامل می‌شود.

ویکیفیلد از مفهوم «ناکارایی زیان‌بار» برای تعریف نابهنجاری استفاده کرده است. یعنی ناتوانی در انجام یک عمل یا وظیفهٔ طبیعی که صرفاً برای انجام آن کار توسط طبیعت طراحی شده است.

سندرم اشاره دارد به گروهی از علائم و نشانه‌ها. نشانه (sign) عبارت است از یافته‌های عینی و مشاهدات بالینگر. علامت (symptom) عبارت است از تجربیات ذهنی که بیمار توصیف می‌کند.

DSM در تعریف اختلال روانی تصریح می‌کند که اختلال باید «سودمندی بالینی» داشته باشد، یعنی به متخصصان بالینی در تصمیم‌گیری دربارهٔ درمان کمک کند. وقتی مشکل شخص را براساس یک سری ویژگی مشترک در بین افراد، نام‌گذاری یا طبقه‌بندی می‌کنیم، از رویکرد قانون‌نگر استفاده کرده‌ایم. وقتی به دنبال ویژگی‌های منحصربه‌فرد یک شخص هستیم، از رویکرد فردنگر استفاده کرده‌ایم.

وقتی نظام طبقه‌بندی را در پدیده‌های روان‌شناختی و پزشکی استفاده می‌کنیم، از اصطلاح «بیماری‌بندی» استفاده می‌کنیم. به اسامی یا برچسب‌های اختلالات، «نامگان» گفته می‌شود.

یک سیستم طبقه‌بندی تشخیصی باید دو ویژگی داشته باشد: (۱) پایایی (reliability): هر درمانگری که از آن سیستم استفاده می‌کند، به تشخیص یکسان برسد. (۲) روایی یا اعتبار (validity): تشخیص یک پدیدهٔ واقعی و متمایز را نشان دهد.

اولین طبقه‌بندی اختلالات روانی توسط کریپلین صورت گرفت، که به طبقه‌بندی اختلالات براساس علت‌شناسی پرداخت، و آن‌ها را طبق مجموعه‌ای از سمپتوم‌ها (سندرم) تعریف کرد.

«فهرست جهانی عوامل مرگ‌ومیر» یا ICD توسط «سازمان بهداشت جهانی» (WHO) منتشر می‌شود. «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» یا DSM توسط «انجمن روان‌پزشکی آمریکا» منتشر می‌شود.

سه رویکرد در طبقه‌بندی وجود دارد: مقوله‌ای (طبقه‌ای)، ابعادی (پیوستاری/طیفی)، نمونهٔ اولیه (ریخت‌شناسی).

در رویکرد مقوله‌ای، اختلالات براساس وجود یک سری ملاک مشخص از هم جدا می‌شوند و در مقولات مجزا قرار می‌گیرند.

در رویکرد ابعادی، شناخت‌ها، خلق‌ها و رفتار بیماران براساس یک مقیاس کمیت‌بندی می‌شود. یک نمونه از آن، «مقیاس نشانهٔ cross-cutting» برای کودکان است.

در رویکرد نمونهٔ اولیه، ویژگی‌های ضروری اختلال را فهرست می‌کنیم و اگر فرد به اندازهٔ کافی از این ویژگی‌ها داشته باشد، در مقولهٔ موردنظر جا می‌گیرد. به همین دلیل به آن، مقولات نادقیق می‌گویند.

ویراست پنجم DSM، اولین قدم را برای دور شدن از سیستم مقوله‌ای مطلق و نزدیک شدن به سیستم ابعادی برداشته است، و یک رویکرد ابعادی را برای بعضی بیماری‌ها (سوءمصرف مواد، اوتیسم و اسکیزوفرنی) به کار گرفته است.

ویراست چهارم DSM، سیستم چندمحوری داشت و تشخیص‌ها را در پنج محور سازمان‌دهی می‌کرد. این محورها از ویراست پنجم حذف شده‌اند.

نظام تشخیصی DSM از مدل پزشکی پیروی می‌کند، صرفاً توصیفی است، به علت‌شناسی نمی‌پردازد، و رویکرد غیرنظری دارد.

یکی از تأثیرات منفی تشخیص می‌تواند داغ ننگ (استیگما) باشد، یعنی برچسب منفی بیماری روانی که باعث می‌شود فرد از جامعه کنار گذاشته شود.

«سازمان ملی سلامت روان» (NIMH) «ملاک‌های حوزه پژوهش» یا RDoC را معرفی کرده است. هدف آن ارائه یک جایگزین برای DSM است که به طبقه‌بندی اختلالات روانی بر مبنای منشأ زیستی آن‌ها می‌پردازد.

تشخیص اصلی اشاره دارد به دلیل اصلی که فرد به خاطر آن جویای کمک حرفه‌ای است. منتفی کردن سایر تشخیص‌های جایگزین را تشخیص افتراقی می‌گوییم. در مواردی که بیش از یک تشخیص اصلی وجود دارد، از اصطلاح هم‌ابتلائی استفاده می‌شود. شایع‌ترین هم‌ابتلائی، اختلال مصرف مواد همراه با سایر اختلالات روان‌پزشکی است.

برای مشخص کردن منابع خاص استرس زندگی که بر وضعیت روان‌شناختی مراجع تأثیر دارند، می‌توان از کدهای Z در ICD استفاده کرد، که به وجود مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی اشاره دارند.

برای قضاوت کلی درباره عملکرد روانی، اجتماعی و شغلی مراجع، می‌توان از «فهرست ارزیابی ناتوانی WHO» (WHODAS) استفاده کرد که در DSM-5 وارد شده است. در ویراست‌های قبلی از «مقیاس سنجش کلی عملکرد» (GAF) استفاده می‌شد.

از جمله موارد در توصیف بالینی اختلال عبارت‌اند از: (۱) نرخ شیوع؛ همه موارد (قدیم و جدید) تشخیص داده شده بیماران موجود در یک مقطع زمانی خاص در یک جمعیت. (۲) نرخ بروز؛ تعداد موارد جدید مبتلا در جمعیت در مدت زمان معین.

فرمول‌بندی موردی عبارت است از تحلیل سابقه رشدی مراجع و عواملی که ممکن است بر وضع روانی فعلی او تأثیر گذاشته باشند. فرمول‌بندی موردی براساس دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی صورت می‌گیرد.

فرمول‌بندی فرهنگی عبارت است از: ارزیابی میزان همانندسازی مراجع با فرهنگ اصلی، عقاید فرهنگ درباره اختلال روانی، شیوه‌ای که فرهنگ وقایع خاصی را تعبیر می‌کند، و حمایت‌های فرهنگی موجود برای مراجع.

DSM-5 از سه اصطلاح در زمینه فرمول‌بندی فرهنگی استفاده می‌کند: سندرم فرهنگی، سبک فرهنگی توصیف رنج شخصی، توضیحات فرهنگی.

دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی به تعامل این سه عامل در ایجاد نشانه‌های اختلالات روانی اشاره دارد. براساس رویکرد رشدی این عوامل در طول زندگی تغییر می‌کنند.

معروف‌ترین و غالب‌ترین مدل در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، «مدل آمادگی-استرس» (دیاتیز-استرس) است. طبق آن، در صورت همراه شدن آمادگی (استعداد ابتلا) و استرس، اختلال روانی ایجاد می‌شود.

طبق اصل هم‌سرانجامی، پیامدهای یکسان می‌توانند ناشی از مسیرهای متعدد باشند که از تعامل عوامل مختلف در مراحل مختلف رشد نشئت می‌گیرد. عامل خطر عبارت است از یک ویژگی فردی یا محیطی که قبل از یک اختلال روانی حضور دارد و می‌تواند احتمال وقوع آن را تشدید کند. عوامل خطر اختلال روانی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: عوامل مستعدکننده، عوامل تسریع‌کننده.

عامل محافظ عبارت است از عاملی که پاسخ فرد به عامل استرس را تغییر می‌دهد و احتمال پیامدهای منفی عوامل استرس را کاهش می‌دهد. تاب‌آوری یکی از عوامل محافظ مهم در برابر اختلال روانی است.

آسیب‌پذیری اشاره دارد به تعامل بین عوامل خطر و عوامل محافظ که حساسیت فرد به یک اختلال روانی یا احتمال ظاهر شدن آن اختلال روانی را تعیین می‌کند.

سؤالات کنکور کارشناسی ارشد

۱) در روان‌شناسی مرضی، الگوی شجره تصمیم و الگوی مقایسه نیم‌رخ به کدام نوع طبقه‌بندی مربوط می‌شود؟ (علوم ۱۳۹۰)

۱) آسیب‌شناختی ۲) مقوله‌ای ۳) ریخت‌شناختی ۴) ابعادی

۲) در مفهوم مقوله‌ای (طبقه‌بندی)، وقتی یک مقوله یا طبقه تشخیصی براساس تعداد ملاک یا ویژگی بالینی توصیف می‌شود، برای احراز تعلق یک اختلال به آن مقوله یا طبقه تشخیصی کدام شرایط باید برقرار باشد؟ (علوم ۱۳۹۰)

۱) وجود مجموعه ملاک‌ها لازم است، اما وجود هر ملاک لازم نیست.

۳) وجود هر ملاک لازم است، اما وجود مجموعه ملاک‌ها لازم نیست.

۳) منظور از میزان بروز یک بیماری کدام است؟ (علوم ۱۳۹۱)

۱) تعداد موارد بیماری در شش ماه گذشته

۳) تعداد موارد جدید بیماری در مدتی معین

۴) تعداد موارد جدید و قدیم بیماری در مدت معین

۴) طبق تعریف DSM-5 ویژگی اصلی اختلال روانی کدام است؟ (علوم ۱۳۹۳)

- (۱) وجود نابسامانی در زندگی روزمره شخصی و اجتماعی
(۲) رنج بردن از زندگی و داشتن معلولیت در حواس
(۳) ایجاد اختلال در گفتار و برقراری رابطه با خودی‌ها
(۴) رنج، معلولیت، نابسامانی و نقص در هیجان‌های اجتماعی
(۵) کدام مدل تبیین می‌کند که چرا برخی از افراد در مواجهه با فشارهای روانی جزئی، مسائل جدی روانی پیدا می‌کنند و دیگری نیز هستند که حتی با فشار روانی شدیدتر از آن هم مشکلی پیدا نمی‌کنند؟ (علوم ۱۳۹۴)

- (۱) آسیب‌پذیری روانی در برابر استرس
(۲) تقلیل‌گرایی زیستی
(۳) شناختی
(۴) رفتاری

۶) عاملی که احتمال پیامدهای منفی را صرفاً در حضور یک عامل منفی دیگر افزایش می‌دهد، اصطلاحاً چه نامیده می‌شود؟ (علوم ۱۳۹۵)

- (۱) عامل خطر
(۲) عامل زمینه‌ساز
(۳) عامل آشکارساز
(۴) عامل آسیب‌پذیری
(۷) در کدام طبقه‌بندی فرض بر این است که همه پدیده‌هایی که باید طبقه‌بندی شوند، می‌توانند در طبقه‌هایی کاملاً متمایز قرار گیرند؟ (علوم ۱۳۹۶)

- (۱) ابعادی
(۲) بیماری‌شناختی
(۳) ریخت‌شناختی
(۴) مقوله‌ای

۸) براساس کدام الگو، افراد با زمینه‌ای متولد می‌شوند که آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به اختلال روانی قرار می‌دهد؟ (علوم ۱۳۹۸)

- (۱) بیماری‌پذیری-استرس
(۲) زیست‌شناختی
(۳) روان‌شناختی
(۴) رفتاری

۹) گستره روان‌شناسی مرضی، شامل کدام موارد است؟ (علوم ۱۴۰۴)

- (۱) شیوع‌شناسی - همه‌گیرشناسی - نشانه‌شناسی
(۲) علت‌شناسی - جامعه‌شناسی - همه‌گیرشناسی
(۳) پدیدآیی مرضی (سیر تحول) - شیوع‌شناسی - جامعه‌شناسی
(۴) نشانه‌شناسی - علت‌شناسی - پدیدآیی مرضی (سیر تحول)

۱۰) هدف کلی کدام نوع قضاوت، افزایش کیفیت، اعتبار و صحت تصمیم‌های متخصصان در مورد یک فرد خاص است؟ (علوم ۱۴۰۴)

- (۱) پایانی
(۲) تخصصی
(۳) بالینی
(۴) چندبعدی

سؤالات کنکور دکتری

- (۱۱) شما به عنوان روان‌شناس، مراجعی را که سطح نشانه‌های آن مشکلات جدی در تفکر یا ارتباط یا اختلال عمده در تعدادی از زمینه‌های عملکرد همراه با موارد «گفتار غیرمنطقی، ناتوانی در کار کردن، بی‌توجهی به مسئولیت‌ها» باشد، در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) در کدام دامنه ارزیابی می‌کنید؟ (علوم ۱۳۹۱)

- (۱) ۶۰-۵۱
(۲) ۳۰-۲۱
(۳) ۴۰-۳۱
(۴) ۵۰-۴۱

۱۲) کدام عبارت، بیان‌گر پایایی تشخیص است؟ (علوم ۱۳۹۱)

- (۱) هرچه میزان خط پایه یک اختلال پایین‌تر باشد، تعیین کردن پایایی آسان‌تر می‌شود.
(۲) تشخیص‌ها باید پدیده‌های بالینی واقعی و مجزایی را نشان دهند.
(۳) اتخاذ رویکرد نظری، ثبات تشخیص را افزایش می‌دهد.
(۴) یک تشخیص خاص باید در مورد هر کسی که مجموعه نشانه‌های خاصی را نشان می‌دهد، کاربرد داشته باشد.

۱۳) کدام عبارت در مورد «علائم» و «نشانه‌های بیماری» صحیح است؟ (علوم ۱۳۹۱)

- (۱) علائم تجربیات عینی هستند که بیمار توصیف می‌کند، ولی نشانه‌ها به یافته‌های ذهنی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.
(۲) نشانه‌ها تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می‌کند، ولی علائم به یافته‌های عینی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.
(۳) نشانه‌ها و علائم بیماری مفاهیم واحدی هستند و تفکیک آن‌ها کمکی به تشخیص نمی‌کند.
(۴) علائم تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می‌کند، ولی نشانه‌ها به یافته‌های عینی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.

۱۴) هر اقدام در قلمرو آسیب‌شناسی روانی کودک براساس کدام ارزشیابی چهارگانه پی‌ریزی می‌شود؟ (علوم ۱۳۹۲)

- (۱) تحولی، فرهنگی، آماری، محیطی
(۲) نشانه‌ای، ساختاری، تحولی، محیطی
(۳) تحولی، عملکردی، ساختاری، آماری
(۴) نشانه‌ای، عملکردی، فرهنگی، آماری

۱۵) از دیدگاه فروید وجه افتراق انسان بهنجار و روان‌آزرده کدام است؟ (علوم ۱۳۹۲)

- ۱) تعارض ادیپی، مکانیسم‌های دفاعی و ساخت روانی
۲) تعارض ادیپی، شدت کشاننده‌ها و خیال‌بافی‌ها
۳) شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و خیال‌بافی‌ها
۴) شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و مکانیسم‌های دفاعی

۱۶) تعیین درجه تأثیر رفتار نشانه‌ای بر کنش «من» براساس کدام دیدگاه بنا نهاده شده است؟ (علوم ۱۳۹۳)

- ۱) تحولی
۲) محیطی
۳) اقتصادی
۴) ساختاری

۱۷) پرسش‌نامه MMPI براساس کدام نظام طبقه‌بندی به کار بسته می‌شود؟ (علوم ۱۳۹۳)

- ۱) ابعادی
۲) مقوله‌ای
۳) غیربیماری‌شناختی
۴) ریخت‌شناسی

۱۸) کدام نوع طبقه‌بندی اختلالات روانی در نشانه‌شناسی، صرفاً به حضور یا عدم حضور عوامل اکتفا نمی‌کند و در پی تعیین درجه آسیب‌دیدگی است؟ (علوم ۱۳۹۵)

- ۱) ریخت‌شناسی
۲) غیربیماری‌شناختی
۳) مقوله‌ای
۴) ابعادی

۱۹) مطابق کدام الگوی زیست‌پزشکی، در تبیین بیماری‌های روانی می‌توان همه پدیده‌های روان‌شناختی را به وسیله پدیده‌های زیستی تبیین کرد؟ (علوم ۱۳۹۶)

- ۱) یکپارچه‌گرا
۲) کل‌گرا
۳) کانون‌گرا
۴) کاهش‌گرا

۲۰) در کدام نوع طبقه‌بندی، تعلق به یک گروه مستلزم وجود تمام رگه‌های مشخص‌کننده آن نیست، بلکه داشتن چند رگه اصلی برای قرار گرفتن در آن طبقه کفایت می‌کند؟ (علوم ۱۳۹۷)

- ۱) ابعادی
۲) الگوی شجره تصمیم
۳) مقوله‌ای
۴) ریخت‌شناسی

۲۱) جهت‌گیری کلی پنجمین ویراست طبقه‌بندی اختلالات روانی (DSM-5) به سمت توسعه کدام نوع طبقه‌بندی اختلالات روانی است؟ (علوم ۱۳۹۹)

- ۱) ابعادی
۲) مقوله‌ای
۳) علت‌شناختی
۴) ریخت‌شناسی

۲۲) کدام مورد تفاوت علامت (sign) و نشانه (symptom) را مشخص می‌کند؟ (علوم ۱۴۰۱)

- ۱) علامت شاخص اختلال و نشانه شاخص بیماری است.
۲) علامت مشاهدات متخصص و نشانه شکایت بیمار است.
۳) علامت شکایت بیمار و نشانه مشاهدات متخصص است.
۴) علامت شاخص بیماری و نشانه شاخص اختلال است.

۲۳) در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مهم‌ترین معیار برای انتخاب ملاک‌های اختلالات مختلف کدام مورد است؟ (علوم ۱۴۰۱)

- ۱) رابطه با عوامل علی
۲) جهان‌شمول بودن
۳) فایده بالینی از نظر تشخیصی و درمانی
۴) تعیین فاصله فرد با هنجارهای اجتماعی

۲۴) وجه اشتراک سه ملاک قانونی، آماری و انحراف از هنجارهای اجتماعی اتکا به کدام اصل است؟ (علوم ۱۴۰۱)

- ۱) اکثریت
۲) جامعیت
۳) قابلیت
۴) تناسب

۲۵) در کدام دیدگاه، فرد سالم کسی است که می‌تواند بیمار شود، اما توانایی به دست آوردن سلامت را داراست؟ (علوم ۱۴۰۱)

- ۱) مرضی
۲) آماری
۳) ایدئال
۴) پویا مرضی

۲۶) کدام مورد بیان‌گر مهم‌ترین تغییر DSM-5 نسبت به ویرایش قبلی است؟ (علوم ۱۴۰۲)

- ۱) حذف ارزیابی چندمحوری
۲) حذف انواع فرعی اسکیزوفرنی
۳) ترکیب اختلال میل و برانگیختگی جنسی
۴) اضافه شدن اختلال اضطراب جدایی به اختلال‌های اضطرابی

۲۷) در تمایز بین سلامت و بیماری، آنچه یک فرد سالم را از یک فرد بیمار متمایز می‌کند، کدام مورد است؟ (علوم ۱۴۰۲)

- ۱) شدت و درجه
۲) ماهیت
۳) کیفیت
۴) علت

۲۸) رد کردن تشخیص‌های جایگزین بیان‌گر چه مفهومی در آسیب‌شناسی روانی است؟ (علوم ۱۴۰۲)

- ۱) تشخیص اولیه
۲) تشخیص اصلی
۳) همبودی
۴) تشخیص افتراقی

۲۹ چشم‌انداز آینده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بر کدام اساس استوار است؟ (علوم ۱۴۰۲)

(۱) علائم و نشانه‌ها

(۲) سیر (روند) و علائم

(۳) شیوه پدیدآیی و علائم

(۴) علت‌های زیربنایی و نشانه‌ها

۳۰ در تبیین سبب‌شناسی رفتار نابهنجار وقتی تجربیات یادگیری گذشته مطرح می‌شود با کدام عامل سروکار داریم؟ (علوم ۱۴۰۲)

(۱) زیستی

(۲) روان‌شناختی

(۳) اجتماعی-فرهنگی

(۴) زیستی-روانی-اجتماعی

۳۱ جلوه عینی یک حالت بیمارگون در آسیب‌شناسی روانی چه نام دارد؟ (علوم ۱۴۰۲)

(۱) اختلال (Disorder)

(۲) علامت (Sign)

(۳) نشانه (Symptom)

(۴) نشانگان (Syndrome)

۳۲ عواملی مثل ژنتیک که فرد را برای ابتلا به یک بیماری روانی خاص آماده‌تر نگه می‌دارند، چه نام دارند؟ (علوم ۱۴۰۲)

(۱) مستعدکننده (Predisposing)

(۲) زمینه‌ساز (Precipitating)

(۳) تداوم‌بخش (Perpetuating)

(۴) پیش‌بینی‌کننده (Predictive)

۳۳ کدام مورد مبنای طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در الگوی طبقه‌بندی ملاک حوزه پژوهش (Domain Criteria Research) است؟ (علوم ۱۴۰۲)

(۱) تحلیلی

(۲) بوم‌شناختی

(۳) روان‌شناختی

(۴) زیست‌شناختی

۳۴ در تعریف DSM-5 از اختلال روانی کدام معیار پذیرفته شده است؟ (علوم ۱۴۰۲)

(۱) واکنش رایج در برابر استرس

(۲) ناتوانی در انجام فعالیت‌های مهم زندگی

(۳) تعارض‌هایی که بین فرد و جامعه رخ می‌دهد.

(۴) رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی منحرف هستند.

۳۵ تحلیل رشد درمان‌جو و عواملی که ممکن است بر وضع کنونی او تأثیر گذاشته باشد، بیان‌گر چه مفهومی است؟ (علوم ۱۴۰۲)

(۱) زمینه‌یابی

(۲) تدوین موردی

(۳) سبب‌شناسی

(۴) بیماری‌پذیری-استرس

۳۶ در علم آسیب‌شناسی روانی، رد کردن تشخیص‌های جایگزین بیان‌گر کدام مفهوم است؟ (علوم ۱۴۰۳)

(۱) تشخیص اولیه

(۲) تدوین موردی

(۳) هم‌زمانی اختلالات

(۴) تشخیص افتراقی

۳۷ در آسیب‌شناسی روانی، فراوانی موارد جدید اختلال روانی را چه می‌نامند؟ (علوم ۱۴۰۴)

(۱) میزان بروز

(۲) شیوع نقطه‌ای

(۳) شیوع عمر

(۴) پاندمی

۳۸ با توجه به ملاک‌های پنج‌گانه برای اختلالات روانی، پیگیری این واقعیت که رفتارهای تحت بررسی، نشانه‌های گذرا یا مشکلات جزئی نیستند، بیان‌گر

کدام ملاک است؟ (علوم ۱۴۰۴)

(۱) اهمیت بالینی

(۲) کژکاری

(۳) انحراف اجتماعی

(۴) ناتوانی

۳۹ اگر تشخیص را بیان‌گر پدیده بالینی واقعی و مشخص بدانیم، با کدام عامل سروکار خواهیم داشت؟ (علوم ۱۴۰۴)

(۱) افتراق

(۲) حساسیت

(۳) روایی

(۴) پایایی

پاسخ تشریحی کنکور کارشناسی‌ارشد

۱) گزینه ۳ در طبقه‌بندی ریخت‌شناسی دو روش برای قراردادن فرد در یک ریخت وجود دارد: (۱) الگوی درخت تصمیم: حذف تشخیص‌ها در یک جدول سلسله‌مراتبی و نهایتاً رسیدن به تشخیص مناسب؛ (۲) الگوی مقایسه نیم‌رخ‌ها: مقایسه رگه‌های فرد در ابعاد متفاوت و مقایسه با نیم‌رخ گروه نمونه.

۲) گزینه ۲ در طبقه‌بندی مقوله‌ای، دو اصل وجود دارد: یک مقوله

براساس تعدادی ویژگی مشخص می‌شود که وجود هر یک لازم و مجموع آن‌ها کافی است. زیرمقوله‌ها باید خصایص مراحل بالاتر را داشته باشند. ۳) گزینه ۳ منظور از میزان بروز، تعداد موارد جدید بیماری در یک مدت معین است. منظور از میزان شیوع، تعداد موارد جدید و قدیم ابتلا به بیماری در یک نقطه زمانی خاص یا مدت معین است.

(۷) **گزینه ۴** در طبقه‌بندی مقوله‌ای، قرار گرفتن در یک طبقه یا مقوله براساس حضور یا عدم حضور یک ویژگی مشخص می‌شود. طبقات باید به‌خوبی توصیف و متمایز شوند و موارد مرزی نادر یا هیچ باشد.

(۸) **گزینه ۱** معروف‌ترین و غالب‌ترین مدل در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، مدل آمادگی-استرس (بیماری‌پذیری-استرس) است. آمادگی یا بیماری‌پذیری یعنی استعداد ابتلا به یک بیماری خاص. در صورت همراه شدن این آمادگی با استرس‌های روان‌شناختی یا اجتماعی، اختلال روانی ایجاد می‌شود.

(۹) **گزینه ۴** گستره روان‌شناسی مرضی تابع میدان نظریه‌ها و روش‌هایی است که در قلمروی شناخت اختلال‌ها به کار بسته می‌شود؛ یعنی عملاً تابع بررسی‌هایی است که به‌منظور توصیف (نشانه‌شناسی)، دستیابی به دلایل ایجاد (علت‌شناسی) و آگاهی از سیر تحول (پدیدایی مرضی) انجام می‌شوند.

(۱۰) **گزینه ۳** وقتی به دنبال ویژگی‌های منحصربه‌فرد یک شخص هستیم، از رویکرد فردنگر استفاده کرده‌ایم. در این رویکرد، از قضاوت بالینی استفاده می‌کنیم. منظور از قضاوت بالینی، استنباط‌های غیرعینی روان‌شناس در زمینه جمع‌بندی داده‌های سنجش در یک مورد خاص است.

(۱۳) **گزینه ۴** سندورم به گروهی از علائم و نشانه‌ها اشاره دارد. نشانه یا sign یافته‌های عینی و مشاهدات بالینگر است. علامت یا symptom تجربیات ذهنی است که بیمار توصیف می‌کند. حتماً انگلیسی آن‌ها را بدانید، چون نشانه یا علامت در جاهای مختلف برای هر کدام از این اصطلاحات استفاده می‌شود.

(۱۴) **گزینه ۲** کودک در حال تحول است و متحرک و قابل انعطاف است و بسیاری از مشکلات ایجادشده تنها ویژگی‌های یک مرحله است. به همین دلیل تعیین بهنجاری و نابهنجاری مشکل‌تر است و باید از چند بعد آن را بررسی کرد. این ابعاد عبارت‌اند از: نشانه‌ای، ساختاری، تحولی و محیطی.

(۱۵) **گزینه ۴** فروید بین انسان بهنجار و روان‌رنجور (نوروتیک) تفاوت قائل نبود. تنها تفاوت آن‌ها را در شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و دفاع‌ها می‌دانست.

(۱۶) **گزینه ۳** فقط نشانه‌شناسی یک رفتار برای تعیین نقش بیماری‌زایی آن کافی نیست و باید ارزشیابی پویایی و اقتصادی هم انجام شود. در دیدگاه پویایی این‌که رفتار نشانه‌ای تا چه حد اضطراب را مهار می‌کند و ادامه حرکت تحولی را ممکن می‌سازد، بهنجار بودن آن را مشخص می‌کند. در دیدگاه اقتصادی درجه تأثیر رفتار نشانه‌ای بر عملکرد من (ایگو) بهنجاری آن را مشخص می‌کند.

(۱۷) **گزینه ۴** براساس طبقه‌بندی ریخت‌شناسی، قرار گرفتن در یک ریخت

(۴) **گزینه ۴** طبق تعریف DSM، اختلال روانی یک سندرم است که شامل اختلال در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار است، که از لحاظ بالینی معنادار است، و نقص عملکرد (ناپسامانی) در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی و رشدی زیربنای عملکرد ذهنی را منعکس می‌کند. معمولاً همراه با رنج یا ناتوانی (معلولیت) معنادار در فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا دیگر فعالیت‌های مهم است.

(۵) **گزینه ۱** معروف‌ترین و غالب‌ترین مدل در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، مدل آمادگی-استرس (آسیب‌پذیری-استرس) است. آمادگی یا آسیب‌پذیری به معنای استعداد ابتلا به یک بیماری خاص است. در صورت همراه شدن این آمادگی با استرس‌های روان‌شناختی یا اجتماعی، اختلال روانی ایجاد می‌شود. طبق این مدل، این‌که چرا برخی افراد در مواجهه با فشارهای روانی جزئی، مسائل جدی روانی پیدا می‌کنند، به دلیل وجود آمادگی در آن‌هاست.

(۶) **گزینه ۴** عامل آسیب‌پذیری، عاملی است که احتمال پیامدهای منفی را صرفاً در حضور یک عامل منفی دیگر افزایش می‌دهد. عامل خطر یعنی عاملی که احتمال پیامدهای منفی را افزایش می‌دهد و فرقی نمی‌کند که یک عامل منفی دیگر حضور داشته باشد یا نه.

پاسخ تشریحی کنکور دکتری

(۱۱) **گزینه ۳** نمره ۴۰-۳۱ در «مقیاس ارزیابی کلی عملکرد» شامل این موارد است: گفتار غیرمنطقی، ناتوانی کار کردن، بی‌توجهی به مسئولیت‌ها، مشکلات جدی در تفکر یا ارتباط یا اختلال عمده در تعدادی زمینه‌های عملکرد. (این سؤال قدیمی است. با توجه به حذف این مقیاس از DSM-5 این مطلب در کتب جدید وجود ندارد و در فصل نیز به آن پرداخته‌ایم.)

(۱۲) **گزینه ۴** رد گزینه ۱: میزان خط پایه اختلال یعنی فراوانی وقوع اختلال در کل جمعیت. هرچه میزان خط پایه پایین‌تر باشد، تعیین پایایی تشخیص دشوارتر است زیرا موارد کمی برای مقایسه کردن وجود دارد.

رد گزینه ۲: اعتبار یا روایی (validity) یعنی درجه‌ای که سیستم تشخیصی وضعیت روانی فرد را به‌دقت و به‌طور متمایز مشخص می‌کند. به عبارت دیگر، هر تشخیص باید یک پدیده واقعی و متمایز را نشان دهد.

رد گزینه ۳: DSM رویکرد ضدنظری دارد. به جای توصیف اختلال بر حسب علت‌های آن براساس نظریه‌های مختلف، صرفاً اختلال را توصیف می‌کند. این امر ثبات تشخیص را بالا می‌برد، زیرا همه نظریه‌پردازان درباره آن توصیف توافق دارند.

پذیرش گزینه ۴: پایایی (reliability) به این معنی است که سیستم طبقه‌بندی باید زیرگروه‌های نشانه‌ای مشهود و قابل شناسایی را برای درمانگران توصیف کند و هر درمانگری با استفاده از آن به تشخیص یکسان برسد. به عبارت دیگر، یک تشخیص خاص برای هرکسی با آن نشانه‌ها کاربرد داشته باشد.

دخیل کرد؛ یعنی شخص سالم هم می‌تواند در شرایط استرس نشانه داشته باشد، اما می‌تواند سلامت خود را بازیابد. منظور از رویکرد پویای مرضی در گزینه چهار همین نکته است.

۲۶) گزینه ۱ DSM-IV سیستم چندمحوری داشت، یعنی تشخیص‌ها را در چند محور جداگانه سازمان‌دهی می‌کرد. محور به‌صورت طبقه‌ای از اطلاعات مربوط به یک بعد از عملکرد فرد تعریف شده بود. این محورها از DSM-5 حذف شده‌اند. همان‌طور که در فصول مربوط به اختلالات اسکیزوفرنی، جنسی و اضطرابی خواهید خواند، سایر تغییرات ذکر شده در گزینه‌ها هم اتفاق افتاده است، اما تغییر اساسی که بر شیوه تشخیص‌گذاری در همه اختلالات تأثیرگذار است، گزینه اول است.

۲۷) گزینه ۱ طبقه‌بندی ابعادی بر مبنای کمیت یا فراوانی ویژگی است. در سیستم ابعادی پرسیده می‌شود آیا سمپتوم‌های اصلی حضور دارند و اگر حضور دارند شدتشان چقدر است. فرد سالم و بیمار از نظر نوع مشکلات و تعارض‌هایی که با آن روبه‌رو هستند متفاوت نیستند، بلکه شدت آن اهمیت دارد. برای بسیاری از اختلالات نیز تمایز به درجه ربط دارد، نه نوع.

۲۸) گزینه ۴ فرایند تشخیص از تمام اطلاعات مربوط برای رسیدن به «تشخیص اصلی» استفاده می‌کند، یعنی اختلال باید با دلیل اصلی که به دلیل آن فرد جویای کمک حرفه‌ای است، هماهنگ باشد. یک گام مهم در فرایند تشخیص، منتفی کردن سایر تشخیص‌های جایگزین است، که به آن «تشخیص افتراقی» می‌گوییم.

۲۹) گزینه ۴ یک نگرانی در مورد سیستم طبقه‌بندی DSM این است که چون DSM اختلالات را مبتنی بر نشانه‌ها و علائم عینی تعریف می‌کند، در ترسیم علل و عوامل محتمل این اختلالات ناکام می‌ماند. «سازمان ملی سلامت روان» (NIMH) در یک نوآوری، «ملاک‌های حوزه پژوهش» یا RDoC را معرفی کرده است، که به طبقه‌بندی اختلالات روانی بر مبنای منشأ زیستی آن‌ها می‌پردازد.

۳۰) گزینه ۲ علت‌های روان‌شناختی اختلال روانی، شامل افکار، احساسات و رفتار کژکار هستند، مثل تجربیات یادگیری گذشته، الگوهای فکری ناسازگار، و مشکلات مقابله با استرس.

۳۱) گزینه ۲ sign یافته‌های عینی و مشاهدات بالینگر است. sym- tom تجربیات ذهنی است که بیمار توصیف می‌کند. در این سؤال این اصطلاحات به ترتیب علامت و نشانه ترجمه شده‌اند.

۳۲) گزینه ۱ عوامل خطر به دو دسته تقسیم می‌شوند: عوامل مستعدکننده (Predisposing) یعنی عوامل پیشاینده یا از پیش موجود که ممکن است فرد را در مقابل یک پدیده آسیب‌پذیر کند (مثل عوامل ژنتیکی). عوامل تسریع‌کننده (precipitating) یعنی هر رویداد یا تجربه‌ای که با فاصله اندکی قبل از ابتلا به اختلال روانی رخ داده است. یک اصطلاح مرتبط دیگر، عوامل تداوم‌بخش (Perpetuating) است. به دلیل

یا پروتوتایپ مستلزم وجود همه ویژگی‌ها نیست، بلکه باید تعداد کافی از چند ویژگی اصلی وجود داشته باشد. دو روش برای قرار دادن فرد در یک ریخت وجود دارد: الگوی درخت تصمیم، الگوی مقایسه نیم‌رخ‌ها. مثالی از الگوی مقایسه نیم‌رخ‌ها، پرسش‌نامه MMPI است.

۱۸) گزینه ۴ طبقه‌بندی ابعادی یا پیوستاری بر مبنای کمیت یا فراوانی ویژگی است. در سیستم ابعادی پرسیده می‌شود آیا سمپتوم‌های اصلی حضور دارند و اگر حضور دارند شدت یا درجه آن‌ها چقدر است.

۱۹) گزینه ۴ علت‌های زیستی که رویکرد زیستی-پزشکی به آن اعتقاد دارد، تأثیرات ژنتیکی و محیطی مؤثر بر عملکرد جسمانی را شامل می‌شود. توضیح یک پدیده از طریق تجزیه آن به اجزای تشکیل‌دهنده را تقلیل‌گرایی یا کاهش‌گرایی می‌گویند. برای مثال، در نظر گرفتن صرف علت‌های زیستی را تقلیل‌گرایی زیستی می‌گوییم.

۲۰) گزینه ۴ در طبقه‌بندی ریخت‌شناسی، قرار گرفتن در یک ریخت یا پروتوتایپ مستلزم وجود همه ویژگی‌ها نیست، بلکه کافی است تعداد کافی از چند رگه یا ویژگی اصلی وجود داشته باشد.

۲۱) گزینه ۱ DSM-5 اولین قدم برای دور شدن از سیستم طبقه‌ای مطلق و نزدیک شدن به سیستم ابعادی را برداشته است، چون یک رویکرد ابعادی را برای بعضی اختلالات از جمله سوءمصرف مواد، اوتیسم، و اسکیزوفرنی به کار گرفته است، اما در بعضی از اختلالات هنوز سیستم طبقاتی دارد.

۲۲) گزینه ۲ sign به معنای یافته‌های عینی (objective) و مشاهدات بالینگر است، مثل سراسیمگی. symptom یعنی تجربیات ذهنی (subjective) که بیمار توصیف می‌کند، مثل خلق افسرده. در این سؤال این دو اصطلاح به ترتیب علامت و نشانه ترجمه شده‌اند.

۲۳) گزینه ۳ تشخیص‌گذاری طبق DSM از لحاظ بالینی مفید است، یعنی می‌تواند به تشخیص، درمان و پیش‌آگهی کمک کند. DSM در تعریف اختلال روانی تصریح می‌کند که اختلال باید «سودمندی بالینی» (فایده بالینی) داشته باشد، یعنی به متخصصان بالینی در تصمیم‌گیری درباره درمان کمک کند. این امر نشانه ماهیت عمل‌گرای این نظام تشخیصی است.

۲۴) گزینه ۱ براساس ملاک‌های آماری و هنجارهای اجتماعی در صورتی فرد را نابهنجار می‌نامیم که از میانگین توزیع بهنجار یا هنجارهای اجتماعی فاصله داشته باشد. بنابراین این ملاک‌ها بر مبنای اکثریت، بهنجار و نابهنجار را مشخص می‌کنند و اقلیتی که از میانگین جامعه یا هنجارهای اجتماعی فاصله گرفته باشند، را نابهنجار می‌نامند.

۲۵) گزینه ۴ در رویکرد مرضی، وجود علامت یا نشانه دلیل ناهنجاری است و فقدان نشانه دلیل بهنجاری است. اما تجربه نشان می‌دهد تعداد افرادی که به‌خصوص تحت شرایط استرس کاملاً فاقد نشانه باشند، بسیار کم است. از این نظر باید ظرفیت بالقوه بازیافتن سلامت را در این تعریف

ترجمه‌های مختلف حتماً انگلیسی آن‌ها را بدانید.

گزینه ۴ (۳۳) «سازمان ملی سلامت روان» (NIMH) «ملاک‌های حوزه پژوهش» یا RDc را معرفی کرده است. هدف آن ارائه یک جایگزین برای DSM است که به طبقه‌بندی اختلالات روانی بر مبنای منشأ زیستی آن‌ها می‌پردازد.

گزینه ۲ (۳۴) طبق تعریف DSM اختلال روانی یک سندرم است که شامل اختلال در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار است، که از لحاظ بالینی معنادار است، و نقص عملکرد در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی و رشدی زیربنای عملکرد ذهنی را منعکس می‌کند. معمولاً همراه با رنج شخصی یا ناتوانی معنادار در فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا دیگر فعالیت‌های مهم است. پاسخ قابل انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأیید شده به یک فقدان یا استرسور رایج، اختلال روانی نیست. رفتارهای انحراف‌آمیز از لحاظ اجتماعی مثل سیاسی، مذهبی، جنسی و تعارض‌های بین فرد و جامعه، اختلال روانی نیست، مگر این‌که این تعارضات یا انحرافات در نتیجه نقص عملکرد در فرد باشد.

گزینه ۲ (۳۵) تدوین موردی یا فرمول‌بندی موردی عبارت است از تحلیل سابقه رشدی مراجع و عواملی که ممکن است بر وضعیت روان‌شناختی

فعلی او تأثیر گذاشته باشند.

گزینه ۴ (۳۶) یک گام مهم در فرایند تشخیص، متفی کردن سایر تشخیص‌های جایگزین است، که به آن تشخیص افتراقی می‌گوییم.

گزینه ۱ (۳۷) نرخ بروز (incidence) یعنی تعداد موارد جدید مبتلا در جمعیت در مدت زمان معین. نرخ شیوع (prevalence) یعنی همه موارد (قدیم و جدید) تشخیص داده‌شده بیماران موجود در یک مقطع زمانی خاص یا در یک دوره معین در یک جمعیت.

گزینه ۱ (۳۸) برای متمایز کردن رفتار نابهنجار از بهنجار، می‌توان از پنج ملاک اختلال روانی طبق DSM استفاده کرد. اولین ملاک این است که رفتار باید اهمیت بالینی داشته باشد. یعنی رفتار شامل میزان قابل توجهی از اختلال است که متخصص بالینی می‌تواند آن را مشاهده کند؛ و شامل نشانه‌های گذرا یا مشکلات جزئی نیست.

گزینه ۳ (۳۹) روایی یا اعتبار (validity) در سیستم تشخیصی یعنی درجه‌ای که سیستم تشخیصی وضعیت روانی فرد را به‌دقت و به‌طور متمایز مشخص می‌کند. به عبارت دیگر، هر تشخیص باید یک پدیده واقعی و متمایز را نشان دهد.

خودنگار...