

## DSM-5 به زبان ساده

## سپاسگزاری

افراد زیادی مرا در پدید آوردن این کتاب یاری داده‌اند. مایلم به طور خاص از همسر ماری که توصیه‌های فوق‌العاده و حمایت مداومش را از من دریغ نکرد و کریس فسler که سخاوتمندانه با کمک‌هایش مرا در صفحه‌بندی کامپیوتری یاری رساند، تشکر کنم. ریچار مادوک، نیکلاس روزن لیخت، جیمز پیکانو، کی. اچ. بلاکر و ایروین فین‌برگ نسخه‌ اول این کتاب، یعنی DSM-IV به زبان ساده، را در مراحل مختلف مطالعه کردند و راهنمایی‌هایشان بسیار به کار آمد. همچنین سپاسگزار مولی مولیکین، منشی ایده‌آلم هستم که ساعت‌ها به نسخه‌برداری و سال‌ها به خدمت هوشمندانه در پدید آمدن نسخه‌ اول این کتاب پرداخت. ضمناً مدیون منتقدین بی‌نام خودم هستم که به من کمک کردند. خودتان می‌دانید که شما بودید؛ حتی اگر من نشناسم.

ویراستار من کیتی مور، منتقدی تیزهوش و بی‌نظیر، در ایده‌ اولیه‌ موضوع کتاب نقش داشت و حامی من در نگارش چاپ جدید شد. همچنین از صمیم قلب از بسیاری از ویراستاران و برنامه‌ریزان دیگر در انتشارات گیلفورد، به ویژه مدیر برنامه‌ ویراستاری آنا براکت که در پیشرفت و سرعت بخشیدن به چاپ نسخه‌ جدید کتاب کمک کرد، متشکرم. لازم است به طور خاص از مری اسپری بری به خاطر ویراستاری فنی متفکرانه و موشکافانه‌اش تشکر کنم. دیوید میچل هم خدمت صادقانه‌ای در خواندن و ماشین‌نویسی کتاب از ابتدا تا انتها به عمل آورد تا ایرادات آن را برطرف سازد. همچنین مدیون اشلی اورتیز هستم به خاطر انتقادهای تیزهوشانه‌اش از صفحات نوشتاری‌ام و همچنین کیالا شی که کمک کرد تا کارهای کامپیوتری تکمیل شود.

تعدادی از بالینگران و سایر متخصصین هم توصیه‌های مفیدی در مراحل آخر نگارش ارائه کردند، از جمله آلیسون بیل، ری بلانکارت، دان جی بلیزر، ویلیامی کارپنتر، توماس گرولی، دارلین المور، جان فاوکت، ماری گانگولی، باب کروگر، کریستیان‌ای مارکون، ویلیام نارو، پیترو پاپالو، چارلز اف رینولدز، آیدان رایت و کنت جی زوکر. از همه آنها و از بیماران بی‌شماری که محتوای بالینی لازم را برای این کتاب فراهم کردند، صمیمانه سپاسگزارم.



# فهرست

مقدمه.....	۹
فصل ۱۱	اختلالات خواب- بیداری..... ۲۵۳
فصل ۱۲	کژکاری‌های جنسی (اختلالات عملکرد جنسی)..... ۲۹۸
فصل ۱۳	ناراضایتی جنسیتی..... ۳۱۶
فصل ۱۴	اختلالات رفتارهای ایزدایی، کنترل تکانه و سلوک..... ۳۲۱
فصل ۱۵	اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد..... ۳۳۴
فصل ۱۶	اختلالات شناختی..... ۴۱۰
فصل ۱۷	اختلال شخصیت..... ۴۵۷
فصل ۱۸	اختلالات پارافیلیک..... ۴۸۹
فصل ۱۹	سایر مشکلاتی که نیازمند توجه بالینی است..... ۵۱۱
فصل ۲۰	نمونه‌های موردی..... ۵۱۹
ضمیمه	جدول‌های ضروری..... ۵۵۰
فصل ۱	اختلالات رشدی عصبی..... ۲۲
فصل ۲	اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر روان‌پریشی‌ها..... ۵۳
فصل ۳	اختلالات خلقی..... ۹۷
فصل ۴	اختلالات اضطرابی..... ۱۵۰
فصل ۵	اختلالات وسواسی- جبری و اختلالات مرتبط..... ۱۷۳
فصل ۶	اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس..... ۱۸۸
فصل ۷	اختلالات تجزیه‌ای..... ۲۰۳
فصل ۸	اختلالات علائم جسمی و اختلالات مرتبط..... ۲۱۴
فصل ۹	اختلالات تغذیه و خوردن..... ۲۳۷
فصل ۱۰	اختلالات دفعی..... ۲۵۱

# جداول پر کاربرد

جدول ۲.۳	کدگذاری اختلالات دوقطبی I و اختلال افسردگی اساسی
جدول ۳.۳	توصیف‌کننده‌ها و مشخصه‌هایی که می‌توانند در اختلالات خلقی به کار آیند
جدول ۱.۱۵	علائم مسمومیت و محرومیت از مواد
جدول ۲.۱۵	کدهای ICD-10-CM برای مسمومیت مواد، محرومیت از مواد، اختلال مصرف مواد و اختلالات روانی ناشی از مواد
جدول ۱.۱۶	کدگذاری برای اختلالات عصب‌شناختی عمده و خفیف

## مقدمه

کتابی که تبدیل به استاندارد جهانی ارزیابی و تشخیص شده، آگاهی داشته باشند. اما بهره‌وری از DSM-5 به دقت زیادی احتیاج دارد. این دستنامه که توسط کمیته‌ای با هدف فراهم آوردن استانداردهایی برای تحقیق و همین‌طور کار بالینی در انواع شاخه‌ها تهیه شده، تقریباً هر موضوعی را که به سلامت روان مربوط شود پوشش می‌دهد. اما این امکان کاملاً وجود دارد که آن را بخوانید ولی ندانید چطور ملاک‌های تشخیصی را به بیماران واقعی در دنیای واقعی ربط دهید.

من *DSM-5* به زبان ساده را نوشتم تا تشخیص‌های سلامت روان را برای بالینگران کلیه حوزه‌های سلامت روان قابل فهم‌تر کنم. در این صفحات توصیفاتی از تمامی اختلالات روانی، با تأکید بر اختلالات بزرگسالی، خواهید یافت. به کمک این کتاب قادر خواهید بود چگونگی تشخیص هر یک از این اختلالات را بیاموزید. با به‌کارگیری دقیق آن، دیگر کسی علائم مانیای آن دانشجوی جوان کالج را با اسکیزوفرنی اشتباه نخواهد کرد.

### برای ساده کردن DSM-5 چه کرده‌ام؟

**راهنمای سریع.** ابتدای هر فصل خلاصه‌ای از تشخیص‌های آن فصل و سایر اختلالاتی که ممکن است علائم مشابهی داشته باشند، ارائه شده است. این راهنما همچنین فهرست مفیدی از محتوای فصل عرضه می‌کند.

**مطالب مقدماتی.** بخش مربوط به هر اختلال با توصیف مختصری از تشخیص آن اختلال شروع می‌شود تا به شما در شناسایی آن دید بدهد. این قسمت شامل بحث از علائم اصلی، احتمالاً اطلاعات تاریخی مختصر و همچنین مباحث جمعیت‌شناختی در مورد آن اختلال است - این‌که عموماً چه کسانی در چه شرایطی بیشتر احتمال دارد مبتلا شوند. در این بخش تلاش کرده‌ام چیزی را ارائه کنم که اگر دانشجوی تازه‌کاری بودم دوست داشتم در اختیارم قرار بگیرد.

**ویژگی‌های اساسی.** بسیار خوب، این اصطلاحی است که در *DSM-5* به زبان ساده به کار برده‌ام، اما آن را نمونه‌های

تابستان بعد از سال اول دانشکده پزشکی، دوستی را در خانه‌اش نزدیک آسایشگاه روانی که والدینش در آنجا کار می‌کردند، ملاقات کردم. بعد از ظهر بود و در حالی که در حیاط بزرگ دانشگاه قدم می‌زدیم، با یک روان‌پزشک کادر آموزشی آنجا گفتگو می‌کردیم و او با ما در مورد آخرین بیمار جالبش صحبت می‌کرد.

بیمار زن جوانی بود که چند روز پیش در آنجا پذیرفته شده بود. او در حالی که دانشجوی کالاجی در همان حوالی بود، به طور ناگهانی بسیار برانگیخته شده بود - با فشار و سرعت زیاد صحبت می‌کرد و به صورت عنان‌گسیخته از فعالیت به فعالیت دیگر می‌پرید. چند روز پیش پس از آنکه به شکلی تکانشی ماشین شورت کوروت تقریباً نوبی خود را فقط به ۵۰۰ دلار فروخت، دوستانش او را برای ارزیابی آورده بودند.

روان‌پزشک با حرارت گفت «پانصد دلار! این طرز تفکر نشانه اسکیزوفرنی است!»

من و دوستم تا آن زمان به حد کافی در روان‌پزشکی آموزش دیده بودیم که تشخیص دهیم علائم این زن جوان و سیر بیماری‌اش، بسیار بیشتر با یک دوره مانیا تناسب دارند تا با اسکیزوفرنی. ما خیلی جوان‌تر و کم‌تجربه‌تر از آن بودیم که تشخیص آن روان‌پزشک باتجربه را به چالش بکشیم، اما وقتی راه خودمان را گرفتیم و رفتیم هر دو مشتاقانه امیدوار بودیم درمان این بیمار به اندازه تشخیصی که دریافت کرده پُراشتباه نباشد.

خاطره این تشخیص بهت‌آور تا ده‌ها سال دست از سر من برنمی‌داشت، به خصوص به این دلیل که چنین تشخیص‌هایی در سالنامه‌های روان‌پزشکی به‌هیچ‌وجه استثنا نیستند. البته سال‌های متمادی پس از آن بود که اولین دستنامه تشخیصی با ملاک‌های تشخیصی دقیق (DSM-III) منتشر شد. این کتاب از آن زمان تا چاپ پنجم دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا، تغییر زیادی کرده است.

همه کسانی که بیماران را در بخش‌های سلامت روان مورد تشخیص و درمان قرار می‌دهند باید از آخرین ویراست

از این رو توصیه می‌کنم هنگامی که اطلاعات را جمع‌آوری کردید و نمونه‌های نوعی را خواندید، به اینکه بیمارتان تا چه حد با تشخیص‌هایی که مد نظر دارید مطابقت دارد، نمره بدهید. به طور کلی بر سر این نمره‌گذاری توافق شده است: ۱ = عدم تطابق یا تطابق کم؛ ۲ = مقداری تطابق (بیمار تعدادی از ویژگی‌های اختلال را دارد)؛ ۳ = تطابق متوسط (ویژگی‌های مهم و قابل توجهی از اختلال وجود دارند)؛ ۴ = تطابق خوب (بیمار استاندارد است - تشخیص مصداق دارد)؛ ۵ = تطابق بسیار خوب (یک مورد کلاسیک است). بدیهی است که شرح حال‌های مختصر من همواره مطابق با سطوح ۴ یا ۵ هستند (در غیر این صورت چگونه می‌توانم آنها را به عنوان نمونه‌های روشن‌تر عرضه کنم؟)، به همین خاطر دیگر نمره آنها را در مقیاس ۵ نمره‌ای نیاورده‌ام. اما شما باید این کار را برای هر بیمار جدیدی که با او مصاحبه می‌کنید، انجام دهید.

البته گاهی لازم می‌شود به ملاک‌های قراردادی DSM-5 متوسل شوید. یک مورد هنگامی است که تازه شروع به کار کرده‌اید و می‌خواهید تصویری از تعداد دقیق هر گروه از ملاک‌ها را برای آنکه تشخیص رسمی اختلال گذاشته شود در اختیار داشته باشید. مورد دیگر وقتی است که قصد پژوهش بالینی دارید و لازم است گزارش کنید که شرکت‌کنندگان همه بر اساس ملاک‌های علمی و تکرارپذیر انتخاب شده‌اند. حتی من به عنوان بالینگری باتجربه، گاه‌گاهی به ملاک‌های اصلی رجوع می‌کنم، شاید برای اینکه اطلاعات کاملی از ملاک‌های تشخیصی در ذهن داشته باشم تا بتوانم با سایر بالینگران ارتباط برقرار کنم؛ برخی مواقع هم برای کار نوشتن از آنها استفاده می‌کنم. اما بیشتر اوقات، چه با بیمار من و چه با دانشجویانم، به روش نمونه‌های نوعی تکیه می‌کنم - درست مثل هر بالینگر دیگری.

**نکات ظریف.** بیشتر محتوای تشخیصی این بخش متکی بر چیزی است که آن را *نقاط جوش* می‌نامم. شاید به نظر کمی استهزاآمیز برسد اما در حقیقت هر بخش از نکات ظریف یک یا چند گام مهم در فرایند تشخیص را مطرح می‌کند. آن را

نوعی<sup>۱</sup> هم می‌نامند. این کار را برای فهم بهتر ملاک‌های DSM-5 انجام داده‌ام. از سال‌ها قبل ما بالینگران می‌دانستیم که وقتی بیمار جدیدی را ارزیابی می‌کنیم، صرفاً به فهرستی از خصایص هیجانی و رفتاری نجسبیم و نشانه‌ها را تیک نزیم، بلکه اطلاعاتی را که به دست آورده‌ایم با تابلوی اختلالات مختلف روانی و رفتاری مقایسه کنیم. اگر این اطلاعات با یک اختلال جور دربیاید، می‌گوییم «خودش است!» و آن تشخیص را در فهرست تشخیص‌های افتراقی قرار می‌دهیم. (از تجربه چندین و چندساله خودم و گفتگو‌هایی که با متخصصین بی‌شمار داشته‌ام می‌توانم به شما اطمینان بدهم که شیوه کار دقیقاً همین است).

پژوهشی که به تازگی در زمینه اختلالات خلقی و اضطرابی به عمل آمده<sup>۲</sup> نشان می‌دهد بالینگرانی که از راه تطبیق بیماران با نمونه‌های نوعی به تشخیص می‌رسند، حداقل به همان دقت و گاهی بهتر از بالینگرانی عمل می‌کنند که به ملاک‌های تشخیصی سفت و سخت چسبیده‌اند. به عبارت دیگر، می‌توان نشان داد که روایی نمونه‌های نوعی حتی از بعضی ملاک‌های تشخیصی DSM بیشتر است. از این گذشته، تحقیقات حاکی از آن است که این نمونه‌های نوعی برای بالینگران با سطح آموزش و تجربه متوسط هم کارایی دارد. لازم نیست ۲۰ سال کار بالینی کرده باشید تا بتوانید از نمونه‌های نوعی استفاده کنید. گزارش بالینگران هم نشان می‌دهد که تشخیص از روی نمونه‌های نوعی دشواری کمتری داشته و از نظر بالینی مفیدتر است. (با این وجود - و اصرار دارم زودتر این نکته را متذکر شوم که - کلیه نمونه‌های نوعی مورد استفاده در پژوهش‌های مذکور از دل ملاک‌های تشخیصی DSM اقتباس شده‌اند.) خلاصه کلام: شکی نیست که به ملاک‌های تشخیصی نیاز داریم ولی می‌توانیم آنها را با نمونه‌های نوعی تطبیق دهیم تا کارایی بیشتری برایمان داشته باشند.

1. prototypes

2. DeFife JA, Peart J, Bradley B, Ressler K, Drill R, Westen D: Validity of prototype diagnosis for mood and anxiety disorders. *JAMA Psychiatry* 2013; 70 (2): 140-148.

واژه‌نامه روان‌پزشکی کمپیل هم چنین مدخلی وجود ندارد). بخش‌های تریکوتیلومانیا و اختلال کندن پوست ناراحتی را به عنوان احساس‌های منفی مثل خجالتزدگی و از دست دادن کنترل، تعریف کرده‌اند. با این وجود مشخص نیست که آیا در جاهای دیگر هم همین تعریف صادق است و تفکر غالب در کل دستنامه چیست. اما برای من، ترکیبی از از دست رفتن احساس غرور، شرم و کنترل تعریف خوبی به شمار می‌آید. (واژه ناراحتی در هیچ کجای DSM-IV تعریف نشده است.)

مدت<sup>۵</sup>. پیش از آنکه بسیاری از اختلالات را تشخیص دهیم لازم است که نشانه‌ها حداقل در یک دوره زمانی مشخص تداوم یافته باشند. این هم برای اطمینان از آن است که حد و مرز اطلاق بیماری به افراد، مشخص باشد. برای مثال تقریباً هر کسی در مرحله‌ای از زندگی احساس دلنگی یا نومییدی کرده است اما برای تشخیص اختلال افسردگی، علائم حداقل باید دو هفته تداوم داشته باشند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی<sup>۶</sup>. برخی اختلالات منحصر به گروه سنی یا جنسی خاصی هستند.

**نکات کدگذاری.** بیشتر بخش‌های ویژگی‌های اساسی با نکاتی درباره کدگذاری به پایان می‌رسند که اطلاعات بیشتری درباره مشخصه‌ها، زیرگروه‌ها، شدت و سایر موضوعات مربوط به آن اختلال به دست می‌دهد. در این بخش اطلاعاتی درباره مشخص کردن زیرگروه‌ها و قضاوت درباره شدت اختلالات مختلف به دست خواهید آورد. در بعضی موارد یک علامت راهنما اضافه کرده‌ام که اصولی را شرح می‌دهد که می‌توانید به کار برید تا مشخص شود یک اختلال ناشی از مصرف مواد است یا نه.

این‌گونه ببینید: نمونه نوعی برای تشخیص شرایط شمول<sup>۱</sup> است؛ در حالی که نقطه جوش برای فرآیند رد کردن<sup>۲</sup> سایر تشخیص‌ها و افراد بهنجار کارایی دارد و به همان اندازه هم مهم است. توضیحات قسمت نقطه جوش شامل انواع عبارت‌ها و هشدارهای کلیشه‌ای است که برای آنکه راحت‌تر به حافظه سپرده شود آنها را تحت عنوان Dها آورده‌ام. (ابتدا از جمله «Dها را فراموش نکنید» و عباراتی مشابه آن استفاده می‌کردم اما از تایپ کردن این همه جمله تکراری خسته شدم و نهایتاً به همان لفظ مختصر «Dها» بسنده کردم.)

تشخیص افتراقی<sup>۳</sup>. در اینجا کلیه اختلالاتی را فهرست کرده‌ام که در زمان ارزیابی علائم به عنوان تشخیص‌های جایگزین می‌توان در نظر گرفت. در بیشتر موارد این فهرست با اختلالات مصرف مواد و اختلالات طبی عمومی آغاز می‌شود که هرچند شیوع زیادی ندارند، باید همیشه در صدر فهرست اختلالات احتمالی دیگر باشند. بعد از آن بیماری‌هایی را درج کرده‌ام که درمان‌پذیرترند و به همین خاطر باید زودتر مورد توجه قرار گیرند. دست آخر اختلالاتی را آورده‌ام که پیش‌آگهی خوبی ندارند یا نمی‌توانید برای درمانشان کار زیادی انجام دهید. این را اصل ایمنی در تشخیص‌های افتراقی می‌نامم.

ناراحتی یا ناتوانی<sup>۴</sup>. بیشتر مجموعه ملاک‌های تشخیصی DSM-5 مستلزم آنند که بیمار احساس ناراحتی کرده یا زندگی‌اش (در کار، روابط اجتماعی، روابط بین فردی یا غیره) مختل گردد. هدف آن است که مطمئن شویم افرادی که بیمار هستند را از کسانی که بهنجارند اما زندگی‌شان از برخی جنبه‌ها جالب توجه است، تفکیک کرده‌ایم.

تا جایی که می‌دانم در تمام DSM-5 فقط یک جا تعریفی از ناراحتی ارائه شده است (حتی در

1. inclusion
2. exclusion
3. Differential Diagnosis
4. Distress or Disability

5. duration  
6. Demographics



کار می‌روند و نیازی نیست نگران‌شان باشیم. این مایه خوشحالی است، چون بیشتر مواقع این کدگذاری‌ها چندان منطقی نیستند. اما اگر بخواهیم پرسنل اتاق بایگانی را در جریان شیوه انجام کارها قرار دهیم لازم است همه تشخیص‌های مربوطه را در چارچوبی پذیرفته‌شده شرح دهیم. تشخیص‌های نهایی من نه تنها توضیح می‌دهند که چطور برای هر بیمار کدگذاری کرده‌ام، بلکه نمونه‌هایی را فراهم می‌کند تا از آنها در نوشتن تشخیص‌های مربوط به بیماران خودتان استفاده کنید.

**جداول.** برای آنکه تصویر جامعی از مباحث مختلف به دست آورید، جداول متعددی ارائه کرده‌ام - انواع مشخصه‌های مورد استفاده برای تشخیص‌های افتراقی و همچنین فهرستی از اختلالات جسمی که ممکن است علائم هیجانی و رفتاری ایجاد کنند. جدولی که در یک فصل خاص کاربرد دارند در همان فصل جای گرفته‌اند. برخی از جداول هم که عمومیت بیشتری در تمام کتاب دارند در بخش پیوست‌های کتاب آمده‌اند.

**سبک نگارش من.** در سراسر کتاب سعی کرده‌ام زبانی را به کار ببرم که تا حد امکان ساده باشد. هدفم این بوده که مسائل طوری به نظر برسند که گویی توسط یک بالینگر برای استفاده بیماران نوشته شده است، نه توسط یک حقوقدان برای استناد در دادگاه. هر جا که اشتباهی از من سر زده، امیدوارم برایم ایمیل کنید تا مطلع شوم. سعی می‌کنم بعضی از آنها را یا در چاپ بعدی یا در وبسایتم (یا هر دو) اصلاح کنم.

### ساختار DSM-5 به زبان ساده

۱۸ فصل اول این کتاب حاوی توصیفات و ملاک‌های تشخیص‌های عمده روانی و اختلالات شخصیت است. فصل ۱۹ شامل سایر اصطلاحاتی است که ممکن است برای شما جالب باشند. بسیاری از اینها کدهای Z هستند (ICD-9 آنها را

۱. البته کمی کلک زده‌ام. در واقع DSM-5، ۱۹ فصل دارد اما من برای سهولت توصیف، دو فصل اختلال خلقی را یکی کرده‌ام (همان‌طور که در DSM-IV بود). با این وجود این موضوع نباید موجب سردرگمی شود، چون DSM-5 فصل‌هایش را شماره‌گذاری نکرده است.

**ستون‌های جانبی.** برای تأکید یا تکمیل آنچه لازم است بدانید، در جاهای مختلف کتاب اطلاعات تکمیلی (مثل آنچه در بالا آمده) آورده‌ام. بعضی از این ستون‌ها فقط بر اطلاعاتی تأکید می‌کند که به شما در تشخیص سریع کمک می‌کنند. برخی دیگر شامل اطلاعات تاریخی و سایر اطلاعات روشن‌گر درباره تشخیص‌ها هستند که آنها را جالب یافته‌ام. بسیاری دیگر هم مطالبی هستند که در ویراستاری کنار گذاشته شده‌اند - نظرات من درباره بیماران، فرآیند تشخیصی و مسائل بالینی به طور کلی.

**شرح حال‌ها.** شالوده این کتاب مبتنی بر همین طرح معتبر است، یعنی توصیف بالینی بیماران. وقتی دانشجو بودم اغلب با به خاطر سپردن ویژگی‌های تشخیصی (آن‌طور که آن زمان بود) مشکل داشتم. اما هنگامی که بیماری را ارزیابی و درمان می‌کردم، همیشه تصویری ذهنی به دست می‌آوردم که به من در به یاد آوردن نکات مهم درباره علائم و تشخیص افتراقی، کمک می‌کرد. امیدوارم با بیش از ۱۳۰ بیماری که در DSM-5 به زبان ساده توصیف کرده‌ام، همین کمک را به شما کرده باشم.

**ارزیابی.** این قسمت نظر مرا درباره هر بیمار خلاصه می‌کند. در قسمت ارزیابی توضیح داده‌ام که بیمار چطور با ملاک‌های تشخیصی مطابقت می‌کند و چرا سایر تشخیص‌ها را نامحتمل می‌دانم. گاهی توصیه کرده‌ام پیش از تشخیص نهایی اطلاعات تاریخی‌های بیشتر یا آزمون‌های طبی یا روانی گرفته شود. نتیجه‌گیری‌های این بخش به شما اجازه می‌دهد که نظر خود را با من مقایسه کنید. از دو راه می‌توانید این کار را انجام دهید. یک راه این است که از بخش شرح حال سعی کنید ویژگی‌های اساسی را که برای آن تشخیص فهرست کرده‌ام استخراج کنید. اما در صورتی که خواسته باشید نظر نویسندگان خود DSM-5 را جویا شوید، برای هر یک از ملاک‌ها مرجع آن را (در پرانتز) آورده‌ام. چنانچه با هر یک از تفسیرهای من مخالف هستید، امیدوارم آن را برای من بفرستید ([morrjame@ohsu.edu](mailto:morrjame@ohsu.edu)). همچنین برای اطلاعات تازه‌تر به وبسایت من مراجعه کنید [www.guilford.com/jm](http://www.guilford.com/jm).

**تشخیص نهایی.** معمولاً شماره کدها برای اتاق بایگانی به

رفته توجه کنید.

اقدام من برای مختصر کردن، به عنوان فصل‌ها هم سرایت کرده است. به نظر من DSM-5 برای آنکه جامعیت اصطلاحات را حفظ کند، گاهی این اسامی را بسیار پیچیده کرده است. به همین خاطر گاهی (نه همیشه، چون اختلال وسواسی-جبری خود را تحت کنترل درآورده‌ام!) می‌بینید که برای سهولت، آنها را تا حدودی کوتاه کرده‌ام. اصولاً نباید با اینکه کجای DSM-5 به دنبال این عناوین بگردید مشکلی داشته باشید: اختلالات خواب (که DSM-5 آن را اختلالات خواب-بیداری نامیده)، اختلالات خلقی (اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط به علاوه اختلالات افسردگی)، اختلالات روان‌پریشی (اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی)، اختلالات شناختی (اختلالات عصب‌شناختی)، اختلالات مواد (اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد)، اختلالات خوردن (اختلالات تغذیه و خوردن) و سایر اختلالاتی که عبارت «و سایر اختلالات وابسته» را از تیرت رسمی آنها حذف کرده‌ام. به همین شکل، گاهی «دارو» را از «اختلالات ناشی از مواد/دارو» حذف کرده‌ام.

{**آکولاده‌ها**}. این علامت را در «ویژگی‌های اساسی» و بعضی جداول دیگر در مواردی به کار برده‌ام که دو گزینه مانع الجمع دربارهٔ مشخصهٔ انحصاری آن اختلال وجود دارد، مثلاً {با} یا {بدون} ویژگی‌های پیش‌آهنگی خوب. این نیز برای رعایت ایجاز انجام شده است.

**مشخصه‌های شدت.** یکی از مشکلات DSM-5، استفاده از مشخصه‌های شدت به شکلی پیچیده است که از فصلی به فصل دیگر و گاهی از یک اختلال به اختلال دیگر تفاوت دارند. استفاده از بعضی از این مشخصه‌ها ساده‌تر از مشخصه‌های دیگر است.

برای مثال، در مورد روان‌پریشی‌ها DSM-5 استفاده از نسخهٔ بالینگر شاخص شدت علائم روان‌پریشی (CRDPSS?) را پیشنهاد می‌کند که در آن باید هر یک از ۸ نشانهٔ روان‌پریشی (۵ نشانهٔ روان‌پریشی اسکیزوفرنی همراه با اختلال شناختی، افسردگی و مانیا) را بر اساس مقیاسی ۵ درجه‌ای در طی ۷ روز گذشته مشخص نمود. این مقیاس نمرهٔ کلی ندارد و

کدهای V می‌نماید، یعنی مشکلاتی که اختلال روانی به حساب نمی‌آیند اما نیاز به توجه بالینی دارند. مهم‌ترین آنها مشکلاتی هستند که افراد بدون اختلال روانی واقعی، با دیگران پیدا می‌کنند. (گاهی ممکن است حتی یک کد Z یا کد V را دلیل اصلی ارجاع بیمار برای ارزیابی ذکر کنید). در این فصل همچنین کدهایی آمده که اثرات داروها، تمارض و نیاز به اطلاعات تشخیصی بیشتر را نشان می‌دهند.

فصل ۲۰ حاوی توصیف بسیار مختصری از اصول تشخیصی است و سپس مجدداً تعدادی شرح حال کوتاه دارد. به طور کلی این شرح حال‌ها از مثال‌های فصول قبلی کمی پیچیده‌تر هستند. این تاریخچه‌های موردی را آورده‌ام تا بتوانید اصول تشخیصی و ملاک‌هایی را که پیشتر فراگرفته‌اید مرور کنید. البته فقط توانسته‌ام بخش کوچکی از تشخیص‌های DSM-5 را در این فصل بیاورم.

در سراسر کتاب سعی داشته‌ام اطلاعات بالینی مناسب و قابل فهمی به شما ارائه دهم که نگارشی ساده و جملاتی شفاف داشته باشند و آنچه را که لازم است برای تشخیص یک بیمار بدانید، تشریح کنند.

## نظرات شخصی من

در اینجا توضیحی در باب بعضی اخلاق‌های خاص خودم می‌دهم.

**علائم اختصاری.** من عادت دارم از بعضی اختصارات غیراستاندارد، به ویژه برای نام‌گذاری اختلالات، استفاده کنم. برای مثال، BPSD (برای اختلال روان‌پریشی گذرا) چیزی نیست که شما در جای دیگر و مطمئناً در DSM-5 خوانده باشید. این علائم اختصاری را به منظور کوتاه کردن عبارت و کمی کاستن از زمانی که صرف خواندنش می‌کنید، به کار برده‌ام. همچنین از این اختصارات غیررسمی فقط در بخش مربوط به آن اختلال استفاده کرده‌ام، بنابراین نگران به خاطر سپردن آنها بعد از تمام شدن فصل مربوط به آن اختلال نباشید. البته از دو اختلال که گاهی به صورت CD و چهار اختلال که به صورت SAD خلاصه می‌شوند، صحبت کرده‌ام، پس همیشه به متنی که این حروف اختصاری در آن به کار

دسترسی پیدا کنید<sup>۱</sup>. درجه‌بندی آن بدین شکل است: ۱=هیچ، ۲=خفیف، ۳=متوسط، ۴=شدید، ۵=بسیار شدید. در نظر داشته باشید که این دو سیستم درجه‌بندی، عکس هم هستند: نمره بالای GAF کمابیش معادل نمره پائین WHODAS 2.0 است.

پس از کمی بررسی و آزمایش به این نتیجه رسیدیم که WHODAS 2.0 به قدری بر سنجش توانایی‌های جسمی تکیه دارد که ویژگی‌های سلامت روان مورد نظر بالینگران را به خوبی بازتاب نمی‌دهد. بعضی از بیماران شدید روانی در WHODAS 2.0 تنها نمره متوسطی می‌گیرند، مثل مورد ولما دین که در GAF نمره ۲۰ گرفته اما در WHODAS 2.0 نمره‌اش ۱/۶ شده است. از این گذشته، محاسبه نمره WHODAS 2.0 مستلزم پاسخ دادن بیمار (یا بالینگر) به ۳۶ سؤال است -حجم زیادی از اطلاعات که بسیاری از متخصصین پرکار قادر به اجرای آن نیستند. و از آنجا که این سؤال‌ها مربوط به بیماری‌های یک ماه قبل تا الآن است، نمره حاصل نمی‌تواند بیمارانی را که به شکل حاد و سریع درگیر بیماری روانی شده‌اند به طور دقیق مشخص نماید. از سوی دیگر، GAF روشی نسبتاً ساده (گرچه ذهنی) برای تخمین شدت اختلال است.

بنابراین پس از تفکر زیاد به این نتیجه رسیدیم که WHODAS 2.0 را به کل توصیه نکنم. (هر کسی که علاقه‌مند به بحث بیشتر است می‌تواند با من مکاتبه کند. خوشحال می‌شوم نموداری را بفرستم که برای هر یک از بیماران توصیف‌شده در این کتاب نمرات GAF را با WHODAS 2.0 مقایسه می‌کند). تصمیم نهایی من درباره ارزیابی عملکرد و شدت اختلال این است، و این آخرین اخلاق شخصی است که بیان می‌کنم: از GAF استفاده کنید. نکته‌ای منفی در آن وجود ندارد و گاهی در پیگیری پیشرفت بیمار در طی درمان، سودمند است. این نظر شخصی من است، ساده (بله، این هم ذهنی است) و راحت. شما قادر خواهید بود سطح کارکرد فعلی بیمار یا بالاترین سطح او در هر چهارچوب زمانی

فقط از ما خواسته می‌شود هر روز این ۸ مؤلفه منفرد را بررسی کنیم. شکایت اصلی من درباره این درجه‌بندی، جدا از پیچیدگی و زمانبر بودن، آن است که به ما شناختی از سطح کلی کارکرد بیمار نمی‌دهد -فقط شدت هر یک از ۸ علامتی که بیمار تجربه می‌کند. خوشبختانه DSM-5 اجازه داده که بیمار را «بدون استفاده از این شاخص شدت» ارزیابی کنیم؛ پیشنهادی که بسیاری از بالینگران مطمئناً بلافاصله از آن استقبال می‌کنند.

**ارزیابی سطح کارکرد.** چه بر سر ارزیابی کلی کارکرد (GAF) آمد؟ DSM-III-R تا DSM-IV-TR به صورت مقیاسی ۱۰۰ درجه‌ای بود که عملکرد کلی بیمار را در زمینه‌های شغلی، روان‌شناختی و اجتماعی مشخص می‌کرد، اما محدودیت‌های جسمی یا مشکلات محیطی را مطرح نمی‌کرد. این مقیاس رهنمودهای نشانه‌شناختی و رفتاری داشت که کمک می‌کرد نمره GAF بیمار را تعیین کنیم. شاید به خاطر خاصیت ذهنی بودن این مقیاس، بیشترین فایده آن این بود که تغییرات نمره عملکرد بیمار را در طول زمان پیگیری کنیم. (یک مشکل دیگر: شدت اختلال، ناتوانی، میل به خودکشی و سایر علائم همگی با هم در این مقیاس لحاظ شده بود).

با این حال (آن طور که دکتر ویلیام نارو، مدیر تحقیق گروه کاری DSM-5 در سخنرانی خود در سال 2013 توصیف کرد) دیگر GAF از میان ما رخت بر بسته و به دلایل مختلف کنار گذاشته شده است. دکتر نارو (به درستی) خاطر نشان ساخت که GAF مفاهیم را مخلوط می‌کرد (برای نمونه، روان‌پریشی با افکار خودکشی) و همچنین مشکلاتی در زمینه پایایی ارزیاب‌ها داشت. از این گذشته، آنچه که ما می‌خواهیم یک مقیاس ناتوانی بیمار است که به ما در فهم اینکه او چقدر می‌تواند مسئولیت‌های شغلی و اجتماعی‌اش را انجام دهد و به طور کلی در اجتماع مشارکت کند، یاری نماید. به همین دلیل، گروه کاری، ویراست دوم جدول ارزیابی میزان ناتوانی سازمان بهداشت جهانی (WHODAS 2.0) را توصیه کرده، که در سراسر جهان هم برای استفاده بالینی و هم برای جمعیت عمومی امتحانش را پس داده است. DSM-5 آن را در صفحه ۷۴۷ ارائه کرده است؛ همچنین می‌توانید به طور آنلاین به آن

1. [www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/](http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/)

می‌تواند شما را به یک یا چند اختلال دیگر که می‌توانید در نظر بگیرید هدایت می‌کند. بعضی از بیماران در بیش از یک زمینه مشکل دارند و از این رو باید فصل‌های مختلفی را برای یافتن تشخیص‌های دقیق، جستجو کنید. فصل ۲۰ سرنخ‌های بیشتری را برای داشتن یک راهبرد تشخیصی ارائه می‌کند.

**کسب دیدگاه گسترده‌تر.** خلاصه آن که تعداد اختلالات در دنیای واقعی بسیار زیاد است. بسیاری از آنها برای شما آشنا هستند، اما در مورد بقیه ممکن است اطلاعات کمی داشته باشید. به همین دلیل خواندن کل کتاب و تمرکز بر جالب‌ترین قسمت‌ها (شاید نمونه برداشتن از شرح حال‌های کوتاه) می‌تواند ترکش شما را به چند تیر تشخیصی جدید مجهز کند. امید من این است که نهایتاً کل کتاب را بخوانید. با این کار نه تنها با تعداد زیادی از اختلالات روانی آشنا می‌شوید، بلکه از اینکه چطور یک فرد متبحر در تشخیص‌گذاری با طیف وسیعی از مشکلات بالینی مواجه می‌شود، درکی پیدا خواهید کرد.

هر مسیری را که در پیش می‌گیرید، توصیه می‌کنم مطالعه خود را به بخش‌های نسبتاً کوتاه محدود کنید. من بیشترین تلاشم را کرده‌ام که ملاک‌ها را ساده کنم و دلایل پشت آنها را توضیح دهم. اما اگر در یک زمان بیش از چند تشخیص را مطالعه کنید، احتمالاً در ذهنتان مخلوط می‌شوند. همچنین گام دیگری را برای یادگیری سریع‌تر پیشنهاد می‌کنم: پس از آنکه شرح مختصر بیمار را خواندید، به عقب برگردید و سعی کنید قبل از آنکه به ارزیابی من نگاه کنید، هر یک از ویژگی‌های اساسی اختلال را به دقت در بیمار جستجو کنید. در صورتی که اطلاعات مربوط به تاریخچه بیمار را با این ویژگی‌ها مطابقت دهید مطالب را بهتر به ذهن خواهید سپرد تا اینکه به شکلی منفعلانه فقط آنچه را که من نوشته‌ام بخوانید.

### شماره‌های کدگذاری

بیم آن دارم که شیوه کدگذاری ما تیغی دولبه باشد. DSM-5 درست زمانی منتشر شد که قرار بود کدهای ویراست دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) به ملاک اصلی در ایالات متحده تبدیل شود. (برای سال‌ها این راهنما در همه جهان مورد استفاده بوده است). بنابراین در زمان چاپ DSM-5

قبلی را مشخص کنید. شما آن را در ضمیمه این کتاب خواهید یافت.

### نحوه استفاده از این کتاب

شما می‌توانید به شکل‌های مختلف از DSM-5 به زبان ساده استفاده کنید.

**آشنایی با یک تشخیص.** البته شما آزادید هرطور خواستید عمل کنید، اما اگر من جای شما باشم این کار را می‌کنم. نگاهی به مطالب مقدماتی بیندازید تا زمینه‌ای دستتان بیاید و سپس شرح حال کوتاه بیمار را بخوانید. بعد اطلاعات شرح حال را با ویژگی‌های اساسی اختلال مقایسه نمایید تا مطمئن شوید می‌توانید مؤلفه‌های تشخیصی مهم را شناسایی کنید. اگر می‌خواهید ببینید که شرح حال توصیف شده تا چه حد با ملاک‌های واقعی DSM-5 مطابقت دارد، بخش ارزیابی شرح حال را به دقت بخوانید. در این بخش به تمامی نکات مهم تشخیصی اشاره کرده‌ام. همچنین در هر یک از ارزیابی‌ها بحثی در مورد تشخیص‌های افتراقی و همچنین سایر بیماری‌هایی را که عموماً با اختلال مورد نظر همراه هستند، خواهید یافت.

**ارزیابی بیماری که بر روی او تشخیص گذاشته‌اید.** ویژگی‌های اساسی را به دقت بخوانید، سپس اطلاعاتی را که از این بیمار دارید با نمونه نوعی مقایسه کنید. با استفاده از کلیدی که در بالا ذکر شده، نمره‌ای از ۱ تا ۵ تعیین کنید. Dها را بررسی کنید تا مطمئن شوید که همه اطلاعات ناهمساز و تشخیص‌های احتمالی جایگزین را در نظر گرفته‌اید. اگر همه چیز درست است و به هدف زده‌اید، توصیه می‌کنم بخش ارزیابی از شرح حال مربوطه را هم برای اطمینان از اینکه ملاک‌ها را فهمیده‌اید، به دقت مطالعه کنید. سپس می‌توانید مطالب مقدماتی را بخوانید تا زمینه‌ای کلی به دست آورید.

**ارزیابی بیمار جدید.** همان مراحل ارائه شده در قسمت قبل را انجام دهید، به جز یک استثنا: پس از آنکه یکی از چندین حوزه بالینی را به عنوان یک تشخیص احتمالی — مثلاً یک اختلال اضطرابی — در نظر گرفتید، می‌توانید کار را با «راهنمای سریع» همان فصل آغاز کنید. در آنجا با عبارات فشرده‌ای (کوتاه‌تر از آنکه بتوان آن را خلاصه نامید) مواجه می‌شوید که

می‌شوند و تشخیصی اصلی در ابتدا ذکر می‌گردد. وقتی تشخیص «ناشی از» را می‌گذارید (مثل اختلال کاتاتونیای ناشی از توبروس اسکروزیس)، قرارداد ICD آن است که ابتدا روند بیماری جسمی درج شود. سپس علت اصلی مراجعه با ذکر در پرانتز اضافه می‌شود (دلیل مراجعه) یا (تشخیص اصلی). مطمئن نیستیم که بالینگران تا چه حد به این قرار پایبند خواهند ماند. تصور می‌کنم بسیاری دلیل خواهند آورد که این یک گزارش طبی است و به آن وقعی نمی‌نهند. در هر حال، شما می‌توانید تشخیص را به صورتی که در زیر آمده بنویسید.

بدیهی است که باید همه تشخیص‌ها را گزارش کنید. تقریباً همه بیماران یکی از تشخیص‌ها را خواهند گرفت و بسیاری هم دو یا چند تشخیص دریافت می‌کنند. برای مثال، تصور کنید بیماری دارید با دو تشخیص: اختلال دوقطبی نوع I و اختلال مصرف الکل. به تبعیت از قراردادهای DSM-5، ابتدا تشخیصی را ذکر کنید که بیشترین سهم را در مراجعه برای ارزیابی بالینی داشته است.

تصور کنید که حین ارزیابی اختلال اضطراب اجتماعی درمی‌یابید که بیمار در حدی مشروب می‌نوشد که تشخیص اختلال خفیف مصرف الکل را ایجاب کند. در این صورت تشخیص چنین نوشته می‌شود:

F40.10 [300.23] اختلال اضطراب اجتماعی  
F10.10 [305.00] اختلال مصرف الکل، خفیف

در این نمونه، تشخیص اول اختلال اضطراب اجتماعی (عامل جستجوی درمان توسط بیمار) است. البته در صورتی که مصرف الکل عامل اصلی مراجعه برای ارزیابی باشد، جای دو تشخیص را باید عوض کنید.

DSM-IV محل جداگانه‌ای (همان محور II معروف) برای اختلالات شخصیت و آنچه که آن زمان عقب‌ماندگی ذهنی خوانده می‌شد، در نظر گرفته بود. هدف آن بود که برای این ویژگی‌های مادام‌العمر جایگاه خاصی قائل شویم و همچنین مطمئن شویم که وقتی به اختلال اصلی و عمدتاً مبرم بیمار می‌پردازیم، از این مسائل غافل نگردیم. اما منطق این

هنوز از کدهای قدیمی ICD-9<sup>۱</sup> استفاده می‌شد. اعمال تغییرات برای اول اکتبر ۲۰۱۴ برنامه‌ریزی شده بود. DSM-5، شماره‌های کد ICD-10 را در پرانتز ذکر کرده است. تصور من آن است که خوانندگان این کتاب را سال‌ها مورد استفاده قرار خواهند داد، به همین دلیل برای کدهای ICD-10 اولویت قائل شده‌ام و کدهای قدیمی را در کروسه ذکر کرده‌ام. در اینجا نمونه‌ای می‌آورم:

F40.10 [300.23] اختلال اضطراب اجتماعی

با این حال، احتمالاً همچنان برای چیزی حدود یک دهه بین کدهای ICD-۹ و ICD-10 نوسان خواهیم کرد.

یکی از ویژگی کدهای ICD-10 این است که بسیار کامل‌تر از ICD-9 هستند. این به ما در تشخیص‌گذاری دقیق، بازیابی اطلاعات جهت کارهای پژوهشی و سایر اهداف اطلاع‌رسانی، کمک شایانی می‌کند. با این حال سبب افزایش تعداد نمراتی می‌شود که باید با آنها آشنا باشیم. بیشتر جاه‌ها تلاش کرده‌ام که هر آنچه را در مورد اطلاعات تشخیصی مربوط به اختلالات لازم است بدانید، ارائه کنم. بعضی از این اطلاعات به قدری گسترده و پیچیده‌اند که آنها را در یک یا دو جدول خلاصه کرده‌ام. مهم‌ترین آنها جدول ۲.۱۵ در فصل ۱۵ است که شماره کدهای ICD-10 را برای اختلال روانی مربوط به مواد ارائه می‌دهد.

### استفاده از سیستم طبقه‌بندی DSM-5

پس از ده‌ها سال حمایت DSM از پنج محور برای گزارش ارزیابی زیستی-روانی-اجتماعی بیماران، DSM-5 سرانجام آخرین قدم را برداشت و کاملاً جریان را دگرگون کرد. اکنون همه اختلالات روانی، شخصیتی و جسمی به طور یکجا گزارش

۱. از لحاظ فنی، هر دو نسخه ICD نگارشی دارند موسوم به اصلاحیه بالینی (Clinical Modification; CMs). من از نگارش CMها در اینجا استفاده کرده‌ام اما از بسط بیشتر خودداری نموده‌ام. از این رو فقط به ICD-10 ارجاع داده‌ام.

تشخیص قطعی است، حتی اگر در حال حاضر ملاک‌ها را به طور کامل نداشته باشد. این یکی از دلایلی است که من گرایش به استفاده از نمونه‌های نوعی دارم. هرچه باشد، تشخیص را نباید به صرف ملاک‌ها معین کرد. تشخیص در واقع تصمیمی است که بالینگر با کمک ملاک‌ها می‌گیرد. این ملاک‌های تشخیصی، راهنمایی در جهت کمک به شما است، نه قیدوبندی که شما را اسیر خود کند.

در واقع DSM-5 راه دیگری هم برای فهرست کردن تشخیص‌های غیرقطعی ارائه کرده است: «سایر اختلالات معین (ذکر نام اختلال)». این به شما اجازه می‌دهد که نام طبقه بیماری و علت مشخصی را که بیمار را فاقد ملاک‌های تشخیصی می‌دانید، ذکر کنید. در مورد بیماری که اشیاء بی‌مصرفی را به شکلی افراطی در منزل احتکار نموده اما این امر سبب ناراحتی یا ناتوانی و ناکارآمدی او نشده، می‌توانید بنویسید «سایر اختلالات معین ذخیره‌سازی، فقدان ناراحتی یا آسیب».

شرط می‌بندم شما هم مثل من علاقه‌مندید ببینید که از این گزینه‌ها چقدر استفاده خواهد شد.

#### اشاره به شدت یک اختلال

DSM-5 برای بسیاری از اختلالات مشخصه‌های شدت ارائه کرده است. این مشخصه‌ها عموماً واضح هستند و من سعی کرده‌ام که تا حدی آن را برای احترام به شعور شما و خودم خلاصه کنم. DSM-IV برای تعیین شدت عمومی یک اختلال از GAF استفاده می‌کرد؛ من هم پیش از این اشاره کردم که مایلیم به استفاده از این شاخص ادامه دهم.

#### سایر مشخصه‌ها

بسیاری از اختلالات با مشخصه‌هایی همراه هستند که

تقسیم‌بندی همیشه بی‌نقص نبوده است. از این رو DSM-5 تا حدی برای هماهنگ کردن رویکرد خود با نگاهی که دیگر نقاط دنیا به اختلالات روانی دارند، این محور را کنار گذاشته است. در هر حال، اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی (یا آنچه اکنون اختلال کم‌توانی ذهنی خوانده می‌شود) نیز تشخیصی در کنار سایر تشخیص‌های روانی و جسمی به شمار می‌آیند. به نظر من این اتفاق خوبی بوده، گرچه مثل همه تغییرات، برای ما بالینگران قدیمی‌تر کمی زمان لازم است تا به آن عادت کنیم. این همچنین بدان معنا است که عناصری چون نمره GAF (یا اگر کار با آن را فراگرفتید، درجه‌بندی WHODAS 2.0) را هم باید در بخش اصلی خلاصه گزارش ارائه کنید.

#### تشخیص غیر قطعی

هنگامی که مطمئن نیستید تشخیص شما درست است، از مشخصه (موقت) DSM-5 استفاده کنید. از این عبارت هنگامی استفاده می‌شود که معتقدید تشخیص خاصی درست است اما تاریخچه کافی در حمایت از نظر شما وجود ندارد یا وقتی که هنوز اوایل سیر بیماری است و انتظار دارید که به زودی علائم بیشتری ظاهر کنند. یا ممکن است منتظر نتایج تست‌های آزمایشگاهی باشید که وجود بیماری طبی مورد نظران را که زمینه‌ساز بیماری است، اثبات کنند. هر یک از این موقعیت‌هایی می‌توانند درج تشخیص «موقت» را ایجاب نمایند. دو مورد از تشخیص‌های DSM-5 -روان‌پریشی اسکیزوفرنی فرم و اختلال روان‌پریشی گذرا- از شما می‌خواهند در صورتی که علائم هنوز بهبود نیافته‌اند، از مشخصه (موقت) استفاده کنید. اما شما می‌توانید این واژه را در هر موقعیتی که تشخیص باید با احتیاط صورت بگیرد، به کار ببرید.

درباره بیماری که خیلی به ملاک‌های کامل یک اختلال نزدیک است، مدتی طولانی بیمار بوده، به درمان مناسب برای آن بیماری پاسخ داده و تاریخچه خانوادگی همان اختلال را دارد، چه نظری دارید؟ چنین بیماری مستحق یک

آورده‌ام. در استفاده از آنها تا حد امکان دقیق باشید. همچنین تعداد زیادی از این نمونه‌ها را در جای جای کتاب خواهید یافت.

### اختلال روانی دقیقاً چیست؟

تعاریف بسیاری از *اختلال روانی* وجود دارد که هیچ‌یک همزمان هم دقیق و هم کامل نیست. شاید علت آن باشد که تاکنون کسی واژه *ناهنجار*<sup>۱</sup> را به‌درستی تعریف نکرده است. (آیا ناهنجار یعنی بیمار معذب است؟ پس بسیاری از بیماران در دورهٔ مانیا، ناهنجار نیستند. آیا ناهنجار به معنای غیرمعمول است؟ پس افراد بسیار باهوش هم ناهنجارند).

مؤلفین DSM-5 تعریفی از اختلال روانی آورده‌اند که به آنها کمک کرده مشخص کنند آیا تشخیص خاصی را در این کتاب بگنجانند یا نه. این تعریف را اینجا عیناً نقل می‌کنیم:

*اختلال روانی* یک سندرم مهم بالینی است؛ یعنی مجموعه‌ای از علامت‌ها (می‌تواند رفتاری یا روان‌شناختی باشد) که سبب می‌شود فرد در کارکرد اجتماعی، فردی یا شغلی خود دچار ناتوانی یا ناراحتی گردد.

علائم یک اختلال باید چیزی فراتر از واکنش مورد انتظار به حوادث روزمره، مثل مرگ یکی از وابستگان، باشد. رفتارهایی را که عمدتاً بازتاب کشمکش بین فرد و جامعه‌اند (مثلاً تعصبات شدید مذهبی یا عقاید افراطی سیاسی) معمولاً اختلال روانی در نظر نمی‌گیریم.

جا دارد بر چند نکتهٔ دیگر در خصوص ملاک‌های اختلال روانی تأکید کنیم:

۱. اختلالات روانی فرایندها را توصیف می‌کنند، نه افراد.

این نکته بازتاب دغدغهٔ بعضی از بالینگران است از این که با به کار بردن ملاک‌ها، «همه را به یک چوب برانیم.» بیماران با تشخیص یکسان ممکن است در بسیاری از جنبه‌های مهم از جمله علائم، شخصیت، سایر تشخیص‌های همراه و بسیاری از جنبه‌های زندگی شخصی که هیچ ربطی به مشکل هیجانی یا رفتاری شان

اطلاعات زیادی را در اختیار ما قرار می‌دهند (یا بدون) برخی علائم خاص؛ درجهٔ فعلی بهبودی؛ و ویژگی‌های مربوط به سیر بیماری مثل شروع زودرس (یا دیررس) یا در فروکش نسبی یا کامل. برخی از این مشخصه‌ها نیاز به کدگذاری اضافه دارند و بعضی را باید در قالب توضیح کلامی اضافه کرد. شما می‌توانید به هر تشخیص هر تعداد مشخصه‌ای که به نظرتان مناسب می‌آید اضافه کنید. هر کدام از این مشخصه‌ها به بالینگر بعدی کمک می‌کند بیمار را کمی بهتر بشناسد.

### بیماری‌ها و اختلالات جسمی

بیماری‌های جسمی می‌توانند مسئولیت مستقیمی در تشخیص‌گذاری‌های روانی بیمار داشته باشند. این امر به ویژه در مورد اختلالات شناختی صادق است. در سایر موارد، بیماری‌های جسمی می‌توانند بر درمان یک اختلال روانی تأثیر بگذارند (یا از آن تأثیر بپذیرند). مثال آن فشار خون بالا در بیمار روان‌پریشی است که معتقد است به داروهای سم زده‌اند (بعضی از این موارد را تحت عنوان عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سایر اختلالات روانی طبقه‌بندی می‌کنند. فصل ۸ را ببینید). به هر حال، هرچند مشکلات جسمی قبلاً محور خاص خود را داشتند، اکنون دیگر چنین نیست. در واقع در گزارش به سبک ICD-10 وقتی یک اختلال روانی ناشی از بیماری جسمی است، بیماری جسمی را باید اول ذکر کرد.

### مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی

شما می‌توانید بعضی رویدادها یا شرایط محیطی و روانی-اجتماعی را که ممکن است بر تشخیص یا درمان بیماران تأثیر داشته باشند، گزارش کنید. اینها ممکن است در اثر اختلال روانی حادث شده یا رویدادهایی مستقل باشند. این مشکلات باید در بازهٔ یک ساله قبل از زمان ارزیابی شما به وقوع پیوسته باشند. در صورتی که جلوتر از این زمان رخ داده باشند، باید در ایجاد اختلال روانی نقش داشته یا کانون اصلی درمان فعلی باشند. DSM-5 استفاده از کدهای Z در ICD-10 (یا کدهای V در ICD-9) را برای مشکلاتی که تشخیص می‌دهیم، لازم می‌داند. من فهرست نسبتاً کاملی از این کدها را در فصل ۱۹

1. abnormal

ندارد، با هم تفاوت داشته باشند.

۲. این فرهنگ بیمار است که تا حدی بخشی از آنچه را که ناپهنجار می‌دانیم و البته بسیاری از آنچه را که ناپهنجار محسوب نمی‌شود، تعیین می‌کند. ما روز به روز بیشتر به اهمیت مسائل فرهنگی در توصیف بیماری و ارزیابی بیماران پی می‌بریم.

۳. فکر نکنید که مرز واضحی بین اختلال‌ها یا بین اختلال و آنچه که «پهنجاری»<sup>۱</sup> خوانده می‌شود، وجود دارد. به عنوان نمونه، ملاک‌های اختلالات دوقطبی I و دوقطبی II به روشنی این دو را از هم (و از افرادی که مبتلا به هیچ کدام نیستند) جدا می‌کند. اما در واقعیت همه اختلالات دوقطبی (و احتمالاً بسیاری از اختلالات دیگر) به نوعی در یک طیف قرار دارند.

۴. تفاوت اصلی بین یک بیماری جسمی مثل ذات‌الریه یا دیابت و اختلالات روانی از قبیل اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I آن است که علت ذات‌الریه یا دیابت را می‌شناسیم. با این حال، هر یک از این اختلالات روانی می‌تواند یک مشکل جسمی از آب درآید؛ شاید ما هنوز آن را کشف نکرده‌ایم. به زبان عملیاتی، تفاوت بین اختلالات جسمی و روانی این است که اولی موضوع بحث DSM-5 یا DSM-5 به زبان ساده نیست.

۵. اساساً DSM-5 مبتنی بر مدل پزشکی بیماری‌ها است. منظور این نیست که تجویز دارو را توصیه می‌کند. منظور این است که DSM-5 اثری است توصیفی که (عمدتاً) حاصل مطالعات علمی بر روی گروه‌هایی از بیماران است که شباهت‌های زیادی با هم دارند، از جمله در علائم، نشانه‌ها سیر بیماری در زندگی. مطالعات پیگیری‌کننده هم استفاده از ملاک‌های تشخیصی را تأیید می‌کنند، زیرا نشان می‌دهند افراد متعلق به این گروه‌ها طی چند

ماه یا گاهی چند سال سیری قابل پیش‌بینی دارند.

۶. به جز چند مورد استثنا، DSM-5 عموماً فرضیه‌ای در مورد سبب‌شناسی اختلالات ندارد. این همان «رویکرد غیرنظریه‌ای» مشهور است که بسیار از آن ستایش و انتقاد کرده‌اند. البته اکثر بالینگران در مورد علت بعضی از اختلالات روانی (مثلاً اختلالات عصب‌شناختی، مانند اختلال عصب‌شناختی ناشی از بیماری هانتینگتون یا جسم‌لوبی) توافق دارند. توصیف‌های مربوط به اکثر تشخیص‌های DSM-5 مورد قبول بالینگرانی است که دیدگاهی فلسفی در زمینه نظریه‌های اجتماعی و یادگیری، روان‌پویایی و داروشناسی روانی دارند.

### چند هشدار

به نظر می‌رسد در توصیف اختلالات سلامت روان، چند هشدار ارزش تکرار داشته باشد.

۱. این واقعیت که کتاب راهنما اختلالی را حذف کرده به این معنا نیست که آن اختلال وجود ندارد. تاکنون با هر چاپ جدید DSM، تعداد اختلالات روانی فهرست‌شده افزایش داشته‌اند. بسته به اینکه چطور تعداد اختلالات را بشمرید، به نظر می‌رسد که DSM-5 استثنا باشد. از یک طرف، نزدیک به ۶۰۰ بیماری قابل کدگذاری دارد که تقریباً دو برابر تعداد نسخه قبلی خود یعنی DSM-IV-TR است.<sup>۲</sup> از سوی دیگر DSM-5 تعداد ۱۵۷ تشخیص اصلی (آن‌طور که من شمردم ۱۵۵ تشخیص) دارد که در مجموع حدود ۹ درصد کاهش را نشان می‌دهد. این دستاورد حاصل یک کاسه کردن تعداد قابل ملاحظه‌ای از

۲. اگر بخواهیم منصف باشیم، بخش عمده این افزایش به دلیل اضافه شدن اختلالات جدید نیست، بلکه به این خاطر است که اختلالات پیشین به قطعات کوچکتری تقسیم شده‌اند. این امر حاکی از تمایزهای ظریف‌تر در ملاک‌های تشخیصی DSM-5 (و ICD-10) است. گل سرسید این تغییر، بیش از ۳۰۰ شیوه بیان «این اختلال یا آن اختلال ناشی از مواد/دارو» است که امروز در اختیار داریم.



۵. دست‌آخر آنکه، استفاده‌کنندگان از کتاب راهنمای تشخیصی تعیین می‌کنند که این کتاب چقدر مفید باشد. جرج وینوکور، یکی از اساتید مورد علاقه من در دانشکده پزشکی (و اولین رئیس من پس از فارغ‌التحصیلی)، در اواخر حرفه خود به اتفاق همکارانش مقاله کوتاهی را در بررسی ثبات تشخیصی DSM (در آن زمان DSM-III) نوشت. استفاده از این منبع حتی در بین بالینگران همان مؤسسه که رویکرد تشخیصی مشابهی هم داشتند، با مشکلاتی همراه بود. وینوکور و همکارانش به ویژه بر میزان زمانی که برای تشخیص یک اختلال صرف می‌شود، به کزفهمی نظامدار ملاک‌ها و به اشتباه تصادفی در خوانش ملاک‌ها، تأکید کردند. آنها این‌طور نتیجه گرفتند که «کتاب مقدس ممکن است خیلی چیزها به ما بگوید اما ملاک‌ها نه. آنها از آنچه داشتیم بهترند اما راه بسیار طولانی تا کامل شدن دارند.» این نظر امروز در مورد DSM-5 هم صادق است.

### بیماران

بیشتر بیماری‌هایی که در شرح‌های کوتاه توصیف کرده‌ام، ترکیبی از افراد مختلفی هستند که می‌شناخته‌ام؛ بعضی را هم عیناً همان‌طور که بوده‌اند گزارش کرده‌ام. در هر نمونه‌ای (به جز تعداد کمی که افراد بسیار شناخته‌شده‌ای بودند) اطلاعات شخصی مهم را برای حفاظت از هویت، فراهم آوردن اطلاعات اضافی و گاهی هم فقط برای جذاب کردن بیشتر، تغییر داده‌ام. البته، شرح حال‌ها تمام ویژگی‌های اختلال مورد نظر را نشان نمی‌دهند، و تقریباً هیچ بیماری هم همه ملاک‌ها را یکجا ندارد. نیت من بیشتر آن بوده که حال و هوای هر اختلال را برای شما روشن کنم.

با اینکه بیش از ۱۳۰ شرح کوتاه را فراهم کرده‌ام تا بیشتر بیماری‌های DSM-5 را پوشش دهند، با این حال جاهایی

بیماری‌ها تحت یک عنوان (مثلاً در فصل اختلالات خواب-بیداری) بوده است. با این وجود، احتمالاً هنوز بیماری‌های بیشتری وجود دارند که در انتظار کشف به سر می‌برند. در DSM-6 و DSM-6 به زبان ساده آماده تصویب شدن آنها باشید.

۲. این تشخیص‌ها برای افراد غیرحرفه‌ای نیستند. تکیه بر مجموعه‌ای از نمونه‌های نوعی، جای آموزش حرفه‌ای فنون مصاحبه، تشخیص و بسیاری دیگر از مهارت‌های مورد نیاز یک بالینگر سلامت روان را نمی‌گیرد. DSM-5 اظهار می‌دارد «من هم موافقم» که تشخیص چیزی فراتر از تیک زدن چند علامت است. تشخیص نیاز به تحصیلات، آموزش، شکیبایی و البته وجود بیماران دارد (یعنی تجربه ارزیابی تعداد زیادی بیمار سلامت روان).

۳. DSM-5 در همه فرهنگ‌ها کاربرد یکسانی ندارد. این ملاک‌ها عمدتاً حاصل مطالعات بر بیماران آمریکای شمالی و اروپاست. هرچند از DSM‌ها در سرتاسر جهان به طور وسیع و با موفقیت استفاده شده، تضمینی نیست که بتوان اختلالات روانی را که عمدتاً بالینگران آمریکای شمالی و اروپا توصیف کرده‌اند، به سایر زبان‌ها و فرهنگ‌ها ترجمه کرد. باید در تشخیص اختلال برای بیماری‌هایی که عقاید غیرمعمولی را ابراز می‌دارند که در قوم یا خرده فرهنگشان متداول است، احتیاط کنیم. مثالی از این مورد، اعتقاد به جادوگری است که زمانی در بین بعضی بومیان آمریکا رایج بود. در DSM-5 فهرستی از سندرم‌های خاص فرهنگی را خواهید یافت.

۴. DSM-5 الزام قانونی ندارد. مؤلفین اذعان می‌کنند که تعاریف مورد استفاده توسط سیستم قضایی اغلب با مقتضیات علمی منافات دارد. از این رو ابتلا به یک اختلال DSM-5 لزوماً سبب معاف شدن یک بیمار از مجازات یا اعمال سایر محدودیت‌های قانونی بر او

نمی‌شود.

ذهنی، اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی، اختلال طیف درخودماندگی و اختلال توره می‌شود. با این وجود نمونه‌ها و بحث‌های مقدماتی در مورد همه اختلالاتی که در مرحله رشد عصبی آغاز می‌شوند خواهید یافت. از این نظر DSM-5 به زبان ساده عناصر تشخیصی مربوط به کلیه اختلالات روانی را در خود جای داده است.

متوجه می‌شوید که برخی اختلالات را از قلم انداخته‌ام. علت آن است که اگر قرار بود هر اختلال خلقی، روان‌پریشی و اضطرابی ناشی از مواد را شرح می‌دادم کتابی دو برابر طولانی‌تر از این لازم بود. برای اختلالاتی که در اوایل زندگی آغاز می‌شوند (فصل یک)، شرح حال‌ها و بحث‌ها را فقط در مورد بیماری‌هایی آورده‌ام که احتمال دارد به دوران بزرگسالی هم کشیده شوند. به طور خاص این اختلالات شامل کم‌توانی

# فصل ۱

## اختلالات رشدی عصبی

### درخودماندگی و کم‌توانی ذهنی

**کم‌توانی ذهنی.** این اختلال معمولاً در شیرخوارگی شروع می‌شود؛ مبتلایان به آن هوش پایینی دارند و برای برآمدن از پس زندگی نیاز به کمک خواهند داشت.

**کارکرد هوشی مرزی.** این واژه بر افرادی دلالت می‌کند که در محدوده بهره هوشی ۷۱-۸۴ هستند و مشکلاتی ناشی از کم‌توانی ذهنی را ندارند.

**اختلال طیف درخودماندگی.** بیمار از اوایل کودکی دچار نقص در تعامل و ارتباطات اجتماعی است و رفتارها و علایق کلیشه‌ای از خود نشان می‌دهد. **تأخیر کلی رشد.** هنگامی به کار ببرید که کودک کمتر از ۵ سال به نظر می‌رسد که از نظر رشد عقب‌تر از سن خود است اما قادر نیستید میزان دقیق آن را مشخص کنید.

**کم‌توانی ذهنی نامعین.** این طبقه را هنگامی به کار ببرید که کودک ۵ ساله یا بزرگتر را، احتمالاً به دلیل نقص فیزیکی یا روانی، نتوانید به شکل قابل اطمینانی ارزیابی کنید.

### اختلالات ارتباطی و یادگیری

**اختلال زبان.** تأخیر کودک در استفاده از زبان گفتاری و نوشتاری که با گنجینه لغات ناچیز، جملات ناصحیح از نظر دستوری و/یا اشکال در فهم کلمات، مشخص می‌شود.

**اختلال ارتباط اجتماعی (عملی).** این بیماران با وجود گنجینه لغات کافی و توانایی جمله‌سازی، در

در DSM‌های پیشین، نام این فصل از این هم دهان‌پرکن‌تر بود: «اختلالاتی که معمولاً برای اولین بار در دوران نوزادی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند.» اکنون توجه بر فرد در دوره تکوینی اوست، یعنی زمانی که رشد سیستم عصبی اتفاق می‌افتد. از این رو، عنوان اختلالات رشدی عصبی منطقی‌تر به نظر می‌رسد. با این وجود تأکید DSM-5 به زبان ساده بر بیماران بزرگسال‌تر است - یعنی اواخر نوجوانی تا بلوغ و بعد از آن. به همین دلیل دست خود را در سازمان‌دهی به بیماری‌های این فصل باز گذاشته‌ام. آن‌هایی را که مفصل‌تر مورد بحث قرار می‌دهم در آغاز قرار داده و باقی را صرفاً با ذکر نمونه‌های نوعی (همراه با بحث) در آخر آورده‌ام.

البته بسیاری از اختلالات فصل‌های بعدی هم می‌توانند نخستین بار در کودکان یا نوجوانان ظهور کنند؛ بی‌اشتهایی عصبی و اسکیزوفرنی دو نمونه از آنها هستند. برعکس، بسیاری از اختلالات مطرح شده در این فصل می‌توانند تا سال‌ها بعد از بزرگ شدن کودک، مشکل‌آفرین باشند. اما فقط تعداد کمی از این اختلالات بالینگرانی را که با بزرگسالان کار می‌کنند، درگیر می‌سازند. برای باقی اختلالات فصل اول DSM-5 اطلاعات مقدماتی و ویژگی‌های اساسی را معرفی می‌کنم اما شرح حال موردی نمی‌آورم.

### راهنمای سریع اختلالات رشدی عصبی

در زیر، مثل هر تشخیص افتراقی دیگری، بیماری‌های مختلفی که در اوایل زندگی پدید می‌آیند اما موضوع فصل‌های بعدی هستند، فهرست شده‌اند.

سال تداوم ندارد.

سایر اختلالات تیک یا تیک نامعین. برای تیک‌هایی که ملاک‌های سایر تیک‌های پیشین را ندارند یکی از این دسته‌ها را به کار ببرید.

### اختلالات نقص توجه و اختلالات رفتار ایدایی

**اختلال کم توجهی-بیش‌فعالی.** در این بیماری شایع (معمولاً به اختصار ADHD گفته می‌شود)، بیماران پرتحرک، تکانش‌گر یا بی‌دقت‌اند و اغلب هر سه علامت را دارند.

**سایر اختلالات کم توجهی-بیش‌فعالی معین (یا نامعین).** این دسته‌ها را برای پرتحرکی، تکانش‌گری یا بی‌دقتی به کار ببرید که فاقد ملاک‌های کامل ADHD هستند.

**اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه.** وجود موارد متعددی از رفتار منفی‌گرایانه که حداقل شش ماه تداوم دارند.

**اختلال سلوک.** کودکی که به طور مداوم قوانین و حقوق دیگران را نقض می‌کند.

### اختلالات خوردن، خواب و دفعی

**هرزه‌خواری (پیکا).** بیمار موادی را می‌خورد که ارزش غذایی ندارند.

**اختلال نشخوار.** بالا آوردن و جویدن مکرر غذاهای قبلاً خورده شده.

**بی‌اختیاری مدفوع.** بیمار در ۴ سالگی یا پس از آن، به طور مکرر مدفوع را در لباس یا کف اتاق دفع می‌کند.

**بی‌اختیاری ادرار.** تخلیه مکرر ادرار (ارادی یا غیرارادی) در بستر یا لباس در ۵ سالگی یا پس از آن.

**اختلال برانگیختگی خواب مرحله غیر REM، نوع وحشت شبانه.** این بیماران در اوایل خواب، در حالی که ظاهراً ترسیده‌اند شروع به جیغ و داد

کاربرد مناسب زبان مشکل دارند؛ تعاملات محاوره‌ای آنها نامتناسب است.

**اختلال صوت گفتار.** تکلم صحیح در بیمار کندتر از آن رشد می‌کند که متناسب با سن یا گویش او باشد.

### اختلال فصاحت کلام با شروع در کودکی (لکنت

زبان). سلاست طبیعی کلام غالباً مختل است.

**گنگی انتخابی.** کودک میل به صحبت کردن ندارد مگر هنگامی که تنهاست یا با افراد صمیمی مورد انتخابش است. DSM-5 این اختلال را تحت عنوان یک اختلال اضطرابی فهرست می‌کند.

**اختلال یادگیری اختصاصی.** می‌تواند شامل مشکلاتی در خواندن ریاضیات یا نوشتن باشد.

**اشکال تحصیلی یا آموزشی.** این کد Z هنگامی به کار برده می‌شود که مشکلی تحصیلی (بدون ارتباط با اختلال یادگیری) کانون توجه درمانی است.

**اختلال ارتباطی نامعین.** هنگامی به کار برده می‌شود که اطلاعات کافی برای یک تشخیص خاص در اختیار ندارید.

### اختلالات تیک و اختلالات حرکتی

**اختلال هماهنگی رشدی.** رشد حرکات هماهنگ در کودک به کندی صورت می‌گیرد؛ بعضی از آنها دچار اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی یا اختلالات یادگیری هم هستند.

**اختلال حرکات قالبی.** بیماران مکرراً سر خود را می‌جنبانند یا می‌کوبند، خود را گاز می‌گیرند یا پوست یا سوراخ‌های بدن خود را می‌خراشند.

**اختلال توره.** تیک‌های متعدد صوتی و حرکتی که به طور مکرر در تمام طول روز رخ می‌دهند.

**اختلال تیک حرکتی یا صوتی مداوم (مزم).** بیمار تیک‌های حرکتی یا صوتی دارد ولی نه هر دو را.

**اختلال تیک موقت.** تیک برای مدتی بیش از یک

دارند اما فاقد ملاک‌های کامل یکی از اختلالات فوق هستند.

### در خودماندگی و کم‌توانی ذهنی

#### کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش)

مبتلایان به کم‌توانی ذهنی<sup>۱</sup> (ID) که پیش از این عقب‌مانده ذهنی خوانده می‌شدند، دو دسته مشکل دارند که هر یک از دیگری ناشی می‌شود. نخست آنکه نقص اساسی در توانایی فکر کردن دارند. این نقص می‌تواند ترکیبی باشد از مشکلات در تفکر انتزاعی، قضاوت، برنامه‌ریزی، حل مسئله، استدلال و به طور کلی یادگیری (از آموزش‌های درسی یا از تجارب). سطح کلی هوش آنها، که با آزمون‌های استاندارد فردی تعیین می‌شود (نه با آزمون‌های گروهی که دقت کمتری دارند)، به وضوح زیر حد متوسط است. در اصطلاح کاربردی، این به معنای بهره هوشی (IQ) زیر ۷۰ است (در مورد شیرخواران فقط می‌توانید قضاوتی ذهنی از کارکرد هوشی آن شیرخوار داشته باشید).

بیشتر افرادی که دچار این نقیصه‌اند، برای اداره امور خود نیاز به کمک ویژه دارند. این نیاز در شرط دیگری که برای تشخیص لازم است، منعکس شده است: توانایی بیمار برای سازگاری با نیازهای معمول زندگی در مدرسه، در محل کار و در خانه با خانواده، باید به شکل قابل توجهی آسیب دیده باشد. کارکرد سازگاران را می‌توان به سه بخش تقسیم کرد: ۱- سازگاری مفهومی، که وابسته به توانایی زبان، ریاضیات، خواندن، نوشتن، استدلال و حافظه برای حل مسائل است. ۲- سازگاری اجتماعی، که شامل به کار گرفتن توانایی‌هایی مثل همدلی، ارتباط، آگاهی از تجارب سایر مردم، قضاوت اجتماعی و خودگردانی است؛ و ۳- سازگاری عملی، که شامل تنظیم رفتار، سازمان‌دهی مسئولیت‌ها، اداره امور مالی، مراقبت‌های شخصی و سرگرمی‌ها است. اینکه بیمار چقدر بتواند در این سازگاری‌ها موفق شود بستگی به تحصیلات، آموزش شغلی، انگیزه، شخصیت، حمایت افراد مهم زندگی و البته سطح هوشی

می‌کنند. بیشتر اوقات بیماران اصلاً بیدار نمی‌شوند. این رفتار فقط در بزرگسالان بیمارگونه است و نه در کودکان.

#### سایر اختلالات یا مشکلاتی که در دوره رشد آغاز می‌شوند

**مشکل رابطه والد-فرزندی.** در کد Z قرار دارد و هنگامی به کار برده می‌شود که در غیاب اختلال روانی، کودک و والد مشکلاتی با هم دارند (برای مثال، حمایت بیش از حد یا انضباط بی‌قاعده و بی‌ثبات).

**مشکل رابطه خواهر و برادری.** در کد Z قرار دارد و در مورد مسائل بین خواهران و برادران به کار می‌رود.

**مشکلات مربوط به سوء رفتار یا غفلت.** چندین کد Z برای پوشش مسائلی که حاصل سهل‌انگاری یا سوء رفتار جسمی یا جنسی‌اند، مورد استفاده قرار می‌گیرند.

**اختلال کژتنظیمی خلقی ایدئاتی.** خلق کودک دائماً منفی است و دوره‌هایی از فوران خشم شدید دارد.

**اختلال اضطراب جدائی.** بیمار هنگامی که جدا از والدین یا دور از خانه است، پریشان می‌شود.

**اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در دوره پیش از مدرسه.** کودکان یک حادثه آسیب‌زای شدید مثل تصادفات اتومبیل، مصائب طبیعی یا جنگ را مجدداً تجربه می‌کنند.

**ناراضی جنسیتی در کودکان.** دختر یا پسر که می‌خواهد جنسیت مخالف را داشته باشد.

**اختلال ساختگی تحمیل‌کرده بر دیگری.** مراقبت‌گری که بدون هیچگونه قصد نفع مادی، علامتی را در فردی دیگر، معمولاً فرزندش، ایجاد می‌کند.

**سایر اختلالات رشدی عصبی معین (یا نامعین).** این دسته‌ها در مورد بیمارانی است که مشکلاتی

1. intellectual disability

او دارد.

مغز، نقایص متابولیسم مادرزادی و بیماری‌های دوران کودکی. ID یک فرد می‌تواند علل زیستی یا اجتماعی یا هر دو را داشته باشد. بعضی از این عوامل سبب‌ساز (با درصد تقریبی افرادی که به این دلیل دچار ID هستند) عبارتند از:

**علل ژنتیکی** (حدود ۵ درصد). ناهنجاری‌های کروموزومی، تی ساکس، توبروز اسکلروزیس.

**عوامل مربوط به اوایل حاملگی** (حدود ۳۰٪). تریزومی ۲۱ (سندرم داون)، مصرف مواد توسط مادر، عفونت‌ها.

**عوامل مربوط به اواخر حاملگی و هنگام زایمان** (حدود ۱۰٪). نارس بودن، کمبود اکسیژن، آسیب‌های زمان تولد، سوءتغذیه جنین.

**بیماری‌های جسمی اکتسابی دوران کودکی** (حدود ۵٪). مسمومیت با سرب، عفونت‌ها، آسیب‌ها.

**تأثیرات محیطی و اختلالات روانی** (حدود ۲۰٪). محرومیت فرهنگی، اسکیزوفرنی با شروع زودرس.

**علل نامشخص** (حدود ۳۰ درصد).

هرچند نمره هوش دیگر در ملاک‌های رسمی DSM-5 در نظر گرفته نمی‌شود، در نمونه نوعی زیر محدوده‌های IQ متناسب با شدت اختلال را فهرست کرده‌ام. با این وجود به خاطر داشته باشید که برای هر فرد این کارکرد سازگارانه است که تشخیص واقعی را تعیین می‌کند، نه عددی که روی کاغذ به دست می‌آوریم.

آزمون‌های فردی IQ هم با درجاتی از خطا همراه هستند. به همین خاطر است که گاهی بیمارانی حتی با هوشبهر ۷۵ هم مبتلا به ID تشخیص داده می‌شوند: آنها کماکان در کارکرد سازگارانه مشکلاتی دارند که به تشخیص این اختلال کمک می‌کند. از سوی دیگر، گاهی فردی با IQ کمتر از ۷۰ کارکردهایش به قدری خوب است که ملاک‌های تشخیص این اختلال را برآورده نمی‌کند. از این گذشته تفاوت‌های فرهنگی،

بنا بر تعریف، ID در سال‌های رشد (کودکی و نوجوانی) شروع می‌شود. البته در بیشتر موارد شروع مراحل آغازین این دوره معمولاً در شیرخوارگی و اغلب حتی پیش از تولد است. در صورتی که رفتارها در ۱۸ سالگی یا بعد از آن آغاز شوند، معمولاً اختلال عصب شناختی عمده (زوال عقل) نامیده می‌شوند؛ روشن است که زوال عقل و ID می‌توانند هم‌زمان وجود داشته باشند. ارزیابی تشخیصی در بچه‌های کوچک‌تر که شاید مشکلات دیگری هم داشته باشند که با تشخیص صحیح تداخل کند، باید با احتیاط صورت پذیرد. بعضی از این بیماران هنگامی که نقیصه‌شان، مثلاً آسیب حس شنوایی یا بینایی، برطرف شد، دیگر مشکل عقلی نخواهند داشت.

اغلب اوقات مشکلات رفتاری متعددی با ID همراه هستند اما هیچ یک ملاکی برای تشخیص به حساب نمی‌آیند. از این بین می‌توان به پرخاشگری، وابستگی، تکانش‌گری، بی‌ارادگی، آسیب به خود، کله‌شقی، فقدان اعتماد به نفس و توانایی تحمل پایین را ذکر کرد. ساده‌لوحی و بی‌تجربگی می‌تواند بیمار را در معرض سوءاستفاده دیگران قرار دهد. بعضی از بیماران مبتلا به ID از اختلالات خلقی (که اغلب تشخیص داده نمی‌شوند)، اختلالات روان‌پریشانه، فراخانی توجه ضعیف و بیش‌فعالی نیز رنج می‌برند. با این حال خیلی از آنها هم افراد آرام، دوست‌داشتنی و خوشایندی هستند که دیگران از زندگی و همراهی با آنها لذت می‌برند.

هرچند بیشتر مبتلایان به ID طبیعی به نظر می‌رسند، برخی از آنها مشخصات فیزیکی ناهنجاری دارند که حتی برای مشاهده‌گر غیرمتخصص هم واضح است. این مشخصات عبارتند از قد کوتاه، تشنج، همانژیوم و همچنین بدشکلی چشم‌ها، گوش‌ها و سایر بخش‌های صورت. اغلب ID هنگامی که با ناهنجاری‌های فیزیکی همراه است (مثل ناتوانی ذهنی که در سندرم داون وجود دارد)، زودتر تشخیص داده می‌شود. ID حدود ۱٪ جمعیت عمومی را مبتلا می‌کند. پسرها به طور تقریبی با نسبت ۳ به ۲ بیشتر از دخترها گرفتار می‌شوند.

عوامل سبب‌ساز متعددی برای ID وجود دارد، از جمله ناهنجاری‌های ژنتیکی، اثر مواد شیمیایی، آسیب‌های ساختاری

عقب می‌افتند، هرچند انتظار می‌رود بتوانند در پایان دوره رشد خود، مهارت‌های درسی در حد کلاس ششم را کسب کنند. با رسیدن به سن بلوغ، ضعف قضاوت و حل مسئله باعث می‌شود که در اداره موقعیت‌های روزمره نیاز به کمک داشته باشند و روابط فردی‌شان هم تحت تأثیر این مشکل قرار بگیرد. آنها معمولاً در کارهایی چون پرداخت صورت‌حساب‌ها، خرید مایحتاج و یافتن مسکن مناسب نیاز به یاری دیگران دارند. با این حال، بسیاری از آنها می‌توانند در مشاغلی که نیاز به درگیری شناختی نسبتاً کمی دارد به طور مستقل کار کنند. هرچند حافظه و توانایی‌شان در استفاده از کلام ممکن است خوب باشد، هنگام مواجهه با استعاره یا نمونه‌های دیگر تفکر انتزاعی سردرگم می‌شوند. IQ آنها معمولاً از ۵۰ تا ۷۰ است. این افراد ۸۵ درصد کل مبتلایان به ID را تشکیل می‌دهند.

**[318.0] F71 متوسط.** این بیماران در خردسالی تفاوت‌های چشمگیر و فراگیری با همسالان غیرمبتلای خود دارند. گرچه می‌توانند خواندن را بیاموزند، محاسبات ساده را انجام دهند و از پول استفاده کنند، زبان در آنها به کندی رشد می‌کند و در حد ابتدایی است. آنها در اوایل زندگی برای یادگیری مراقبت از خود و اداره تکالیف خانگی بسیار بیشتر از مبتلایان به نوع خفیف، نیاز به کمک دارند. روابط با دیگران (حتی روابط عاشقانه) برایشان امکان‌پذیر است، هرچند اغلب نشانه‌های تعاملات بین‌فردی معمولی را خوب تشخیص نمی‌دهند. با اینکه برای تصمیم‌گیری نیاز به کمک دارند، می‌توانند (با کمک گرفتن از سرپرست‌ها و همکاران) در مشاغل نسبتاً ساده، معمولاً در سراهای مراقبتی، به کار بپردازند. IQ معمولاً در محدوده بالای ۳۰ و پایین ۵۰ است. آنها حدود ۱۰ درصد کل مبتلایان به ID را تشکیل می‌دهند.

وجود بیماری‌های دیگر و ذهنیت بیمار، همه می‌توانند بر صحت آزمون IQ تأثیر بگذارند. در تفسیر نتایج IQ همچنین باید احتمال پراکندگی (عملکرد بهتر در آزمون‌های کلامی نسبت به آزمون‌های اجرایی یا برعکس) و همین‌طور ناتوانی‌های فیزیکی، فرهنگی و هیجانی را در نظر گرفت. قضاوت در این زمینه‌ها کار ساده‌ای نیست؛ اجرای برخی از آزمون‌ها نیاز به یک متخصص روان‌سنجی باتجربه دارد. اینها از جمله دلایلی هستند که چرا تشخیص ID منحصر به نتایج آزمون‌های IQ نیست.

### ویژگی‌های اساسی کم‌توانی ذهنی

افراد مبتلا به ID از همان سال‌های نخستین، مشکلات شناختی دارند. در واقع این مشکلات دو دسته هستند. اول، هم در ارزیابی بالینی و هم در آزمون‌های رسمی، در تکالیف شناختی مثل استدلال، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت و یادگیری از آموزش‌های رسمی یا از تجارب زندگی مشکل دارند. برای تشخیص کارکرد عقلی هم قضاوت بالینی و هم نتایج آزمون‌های انفرادی ضروری است. دوم، اختلال شناختی آنها منجر به اشکال در سازگاری رفتاری‌شان می‌شود، به طوری که قادر نیستند شهروندانی مستقل و به لحاظ اجتماعی مسئولیت‌پذیر باشند. این مشکلات در ارتباطات، برخوردهای اجتماعی و مهارت‌های عملی زندگی خود را نشان می‌دهد. بسته به شدت اختلال، این مشکلات حوزه‌های مختلف زندگی - خانواده، مدرسه، کار و روابط اجتماعی - را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

**[317] F70 خفیف.** این افراد از زمان کودکی یادگیری کندی دارند و از هم‌کلاسی‌های خود

### گروور پیری

گروور پیری زمانی که مادرش فقط ۱۵ سال داشت، به دنیا آمد. مادر، دختر چاقی بود که حتی تا شش ماهگی متوجه حاملگی خود نشده بود. حتی بعد از آن هم زحمت جستجوی مراقبت پیش از زایمان را به خود نداد. وضع حمل پس از ۳۰ ساعت تلاش که گروور تنفس خوبی هم در آن حین نداشت، صورت گرفت. مادرش پس از تولد، علاقه‌ای به او نشان نداد. او متناوباً توسط مادر بزرگ و یکی از خاله‌هایش بزرگ شد.

گروور در ۲۰ ماهگی به راه افتاد و اولین کلماتش را در ۲/۵ سالگی ادا کرد. یک متخصص کودکان او را «تا حدودی کند» ارزیابی کرد و از این رو مادر بزرگش او را در مدرسه مخصوص کودکان دچار ناتوانی‌های رشدی ثبت نام کرد. عملکرد او در ۷ سالگی به اندازه کافی خوب بود تا در مدرسه ابتدایی محله‌شان ثبت نام شود. در کل دوران مدرسه‌اش روزی دو ساعت با معلم آموزش کودکان استثنایی کار می‌کرد؛ به جز این مورد، باقی کلاس‌های مدرسه را به طور عادی می‌گذراند. آزمون‌ها به ترتیب در کلاس چهارم و دهم بهره‌هوشی او را ۷۰ و ۷۲ ارزیابی کردند.

گروور با وجود معلولیتش مدرسه را دوست داشت. او خواندن را در ۸ سالگی یاد گرفت و بیشتر وقت آزادش را با کتاب‌هایی در مورد جغرافیا و علوم طبیعی می‌گذراند. (او اوقات فراغت زیادی به خصوص در ساعات نهار و استراحت داشت. از آنجا که دست‌وپاچلفتی بود و قواره کوچکی داشت، سایر بچه‌ها او را در بازی‌هایشان شرکت نمی‌دادند.) زمانی دوست داشت جغرافی‌دان شود اما یک برنامه آموزشی عمومی برایش در نظر گرفته شد. او در منطقه‌ای زندگی می‌کرد که آموزش استثنایی ویژه برای مبتلایان به ID در دسترس بود و از این رو وقتی فارغ‌التحصیل شد بعضی مهارت‌های دستی را یاد گرفته بود و از پس رفت و آمد در خیابان‌های پرپیچ و خم منطقه‌شان برمی‌آمد. یک مربی مشاغل، به او در پیدا کردن کار شستن ظروف رستوران هتلی در مرکز شهر و یاد گرفتن مهارت‌های ضروری برای حفظ این شغل کمک کرد. مدیر رستوران هم اتاقی در زیرزمین هتل به او داد.

البته پیشخدمت‌های رستوران هم مقداری از انعام‌های

[318.1] **F72 شدید.** این افراد هر چند می‌توانند توصیه‌ها یا آموزش‌های ساده را یاد بگیرند، مهارت‌های ارتباطی‌شان در حد ابتدایی (ادای کلمات ساده و بعضی عبارات) است. ممکن است بتوانند تحت نظارت به مشاغل ساده بپردازند. آنها می‌توانند روابط فردی با وابستگان را حفظ کنند اما برای کلیه کارهای خود نیاز به نظارت دارن؛ حتی در لباس پوشیدن و بهداشت فردی نیازمند کمک هستند. IQ آنها در حد بین ۲۰ تا ۳۰ قرار دارد. تقریباً ۵ درصد کل مبتلایان به ID را شامل می‌شوند.

[318.2] **F73 عمیق.** این افراد که تکلم محدود و ظرفیت ناچیزی در روابط اجتماعی دارند، بیشتر تعاملات خود را از طریق ایما و اشاره انجام می‌دهند. آنها برای احتیاجات خود، از جمله فعالیت‌های روزمره زندگی، به طور کامل به دیگران تکیه دارند. هر چند ممکن است در کارهای ساده کمکی هم بکنند. ID عمیق معمولاً حاصل یک اختلال عصب‌شناختی جدی است و اغلب با ناتوانایی‌های حسی یا حرکتی همراه است. میزان IQ از ۲۰ به پایین است. حدود ۱-۲ درصد کل مبتلایان به ID در محدوده عمیق آن قرار دارند.

### نکات ظریف

**دها را فراموش نکنید:** \* دوره (از اوایل کودکی).  
\* تشخیص افتراقی (اختلال طیف درخودماندگی، اختلالات شناختی، عملکرد هوشی مرزی، اختلالات یادگیری اختصاصی)

### نکات کدگذاری

طبق توصیف‌های بالا، سطح شدت (و نمرات کد) را مشخص کنید.



می‌شد. او هیچ نشانه‌ای از هذیان، توهم، وسواس فکری و عملی یا فوبیا نداشت و هرگونه حملات هراس را انکار می‌کرد، هرچند اذعان کردن که وقتی مجبور بود در پارک بخوابد «یه جورایی نگران» شده بود.

نمرهٔ گروور در معاینهٔ مختصر وضعیت روانی، ۲۵ از ۳۰ بود. او به جز در مورد روز و ماه، جهت‌یابی خوبی در زمینهٔ زمان و مکان و اشخاص داشت. او تلاش زیادی برای تست سریال هفت به خرج داد و نهایتاً دو مورد را درست گرفت. گروور توانست سه شیء را پس از ۵ دقیقه به خاطر آورد و در بخش زبان نمرهٔ کامل به دست آورد. او تشخیص می‌داد که جایی برای زندگی کردن ندارد اما به جز درخواست کمک از خاله‌اش پس از برگشتن، هیچ ایدهٔ دیگری برای حل این مشکل به ذهنش نمی‌رسید.

### ارزیابی گروور پیری

اگر گروور قبل از بسته شدن هتل مورد ارزیابی قرار می‌گرفت، احتمالاً ملاک‌های ID را نمی‌داشت. در آن زمان او جایی برای زندگی، غذایی برای خوردن و شغلی برای انجام دادن داشت. با این حال خاله‌اش باید در مورد اصلاح و حفظ آراستگی به او تذکر می‌داد. علی‌رغم نمرات پایین در دو آزمون IQ (ملاک A در DSM-5)، عملکرد خوبی در محیطی بسیار ساختاریافته، هرچند غیررسمی، داشت.

هنگامی که سیستم حمایتی به معنی واقعی کلمه فروریخت، گروور نتوانست با این تغییرات کنار بیاید. او قادر به استفاده از امکاناتی که سایر افرادی بی‌خانمان از آن بهره‌بردار نبود. همچنین نمی‌توانست کاری پیدا کند. حتی اینکه نتوانست غذایی به دست آورد فقط در سایهٔ سخاوت دیگران قادر بود، یعنی نقص کامل عملکرد سازگارانه (معیار B). البته این شرایط را از بدو تولد داشت (معیار C). از این رو با وجود اینکه IQ او حول وحوش کمی بالای ۷۰ بود، به نظر می‌رسد به اندازهٔ کافی اختلال عملکرد داشت که تشخیص ID را بگیرد. (در نظر داشته باشید که به عنوان یک گزینهٔ دیگر، گروور را به راحتی می‌توان با نمونهٔ نوعی ID خفیف مطابقت داد.)

تشخیص افتراقی ID شامل انواعی از اختلالات یادگیری و

خودشان را به او می‌دادند. او با زندگی در هتل نیاز چندانی به پول نداشت. اتاق و غذایش تأمین بود و اتاق ظرفشویی کوچک محل کارش نیاز به مبلمان خاصی نداشت. او بیشتر پولش را خرج مجموعه CDهایش و رفتن به مسابقات بیس‌بال می‌کرد. خاله‌اش که هر هفته با او دیدار داشت، در رسیدگی به سر و وضعش کمک می‌کرد و به او یادآوری می‌کرد صورتش را اصلاح کند. او و شوهرش همچنین گروور را به پارک بازی می‌بردند؛ در غیر این صورت همهٔ وقتش را در اتاقش می‌گذراند و به شنیدن موزیک و مطالعهٔ مجلات می‌پرداخت.

وقتی گروور ۲۸ ساله بود زلزله‌ای شهر محل زندگی‌اش را در هم کوبید. هتل به قدری آسیب دید که برای همیشه بسته شد و همهٔ همکاران گروور آنقدر درگیر مراقبت از خانواده‌هایشان بودند که فرصت فکر کردن به او را نداشتند. در روز حادثه، خاله‌اش در تعطیلات و خارج از شهر بود و گروور جایی برای رفتن نداشت. فصل تابستان بود و او وسایل مختصری را که توانسته بود حفظ کند در پارچهٔ کتانی محکم و ساک سفری‌اش جای داد و راهی خیابان‌ها شد، تا زمانی که از خستگی از پا درآمد و با چند پتو در پارک اتراق کرد. او نزدیک دو هفته همانجا خوابید و چیزهایی را که می‌توانست از بقیهٔ چادرها گدایی کند می‌خورد. هرچند کارکنان امداد فوریت دولت مرکزی برای کمک به آسیب‌دیدگان زلزله فرستاده شدند، گروور درخواست کمک نکرد. در نهایت یکی از نگهبانان پارک وضع اسفناک او را تشخیص داد و به درمانگاه ارجاعش داد.

حین مصاحبهٔ اولیه، موی درهم‌برهم و چهرهٔ لاغر گروور ظاهر او را بسیار مسن‌تر نشان می‌داد. با پیراهن کثیف و سلوار گشادش - که انگار از زباله‌ها برداشته بود - بی‌حرکت در صندلی‌اش نشسته بود و تماس چشمی کمی برقرار می‌کرد. در ابتدا با دودلی صحبت می‌کرد اما حرف‌هایش روشن و منسجم بود و سرانجام تعامل خوبی با مصاحبه‌گر برقرار کرد. (با این حال بیشتر اطلاعات بالا، از گزارش مدرسهٔ قدیمی و اظهارات خاله‌اش هنگامی که از تعطیلات برگشت، کسب شده است.)

خلق او به طرز جالبی خوب و کیفیتی در حد متوسط داشت. وقتی دربارهٔ خاله‌اش صحبت می‌کرد، لبخند می‌زد اما هنگام صحبت دربارهٔ اینکه کجا اقامت خواهد کرد، جدی

این سال‌ها اضافه شده‌اند). اما مورد ID تنها موردی است که نام یک اختلال روانی به دنبال تصویب کنگره آمریکا تغییر یافته است.

طی جلسه قانون‌گذاری ۲۰۱۰-۲۰۰۹، کنگره مصوبه‌ای را در قانون پذیرفت که اصطلاح عقب‌ماندگی ذهنی را به کم‌توانی ذهنی تغییر می‌داد و اوپاما، رئیس جمهور وقت، آن را امضا کرد. الهام‌بخش این مصوبه روزا مارسلینو دختر ۹ ساله مبتلا به سندرم داون بود که با والدین و خواهر و برادرانش تلاش کردند واژه عقب‌ماندگی ذهنی را از کدهای بهداشتی و آموزشی در مرلند، ایالت محل زندگی‌شان حذف کنند.

در نظر داشته باشید که واژه ناتوانی رشدی در قانون محدود به مبتلایان به ID نیست. این واژه قانونی به هر کسی اطلاق می‌شود که در سن ۲۲ سالگی به دلیل آسیب روانی یا جسمی، حداقل در سه حوزه مختلف مشکلات دائمی داشته باشد.

### [315.8] F88 تأخیر کلی رشد

طبقه تأخیر کلی رشد را برای بیمار زیر ۵ سالی به کار ببرید که به حد کفایت ارزیابی نشده است. چنین کودکی مراحل رشدی مهم را با تأخیر طی می‌کند.

### [319] F79 کم‌توانی ذهنی نامعین

طبقه ID نامعین را برای بیمار ۵ ساله یا بالاتری به کار ببرید که ناتوانی‌های اضافی (کوری، اختلال روانی شدید) او شدیدتر از آن است که اجازه ارزیابی کامل کم‌توانی ذهنی‌اش را بدهد.

### [299.00] F84.0 اختلال طیف درخودماندگی

(اوتیسم)

اختلال طیف درخودماندگی (ASD)، اختلال رشدی عصبی

ارتباطی است که در همین فصل شرح داده خواهند شد. **زوال عقل** یا **اختلال شناختی عمده** در DSM-5 در صورتی برای گروه مطرح می‌شد که مشکلات شناختی او به صورت افست واضح نسبت به سطح عملکرد قبلی‌اش تظاهر می‌کرد. (زوال عقل و ID گاهی با هم همراه‌اند، هرچند تفکیک آنها از هم برخی اوقات دشوار می‌شود). گروه با این سطح IQ اگر آن مشکلات آشکار را در سازگاری با زندگی نمی‌داشت می‌توانست تشخیص **کارکرد هوشی مرزی** را دریافت کند.

کودکان و بزرگسالان مبتلا به ID معمولاً اختلالات روانی همراهی از جمله **اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی** و **اختلال طیف درخودماندگی** را هم دارند که می‌توان آنها به عنوان هم‌ابتلا تشخیص داد. **اختلالات خلقی** و **اضطرابی** هم اغلب وجود دارند، هرچند تا اطلاعات جانی کافی در دسترس نباشد، بالینگران باید از تشخیص آنها خودداری کنند. صفات شخصیتی از قبیل یک‌دندگی هم گاهی با این اختلال همراه هستند. مبتلایان به ID ممکن است بیماری‌های جسمی مثل **صرع** و **فلج مغزی** هم داشته باشند. مبتلایان به سندرم داون در دهه ۴۰ زندگی خود به ویژه در معرض **اختلال عصب شناختی ناشی از بیماری آلزایمر** هستند. با اضافه کردن بی‌خانمانی (و نمره ۴۵ در GAF)، تشخیص گروهی از این قرار است:

[317] F70 کم‌توانی ذهنی خفیف

[V60.0] Z59.0 بی‌خانمانی

[V62.29] Z56.9 بی‌کار

اختلال رشدی هوش ۱ نامی است برای ID که برای استفاده در ICD-11 در نظر گرفته شده است. ویراست‌های مختلف DSM بیش از ۲۰۰ تغییر در اسامی اختلالات روانی داشته‌اند. (این به غیر از اختلالات جدیدی است که در طول

نمی‌دهند. ASD به دلیل احساس ناکامی از ایجاد ارتباط می‌تواند در کودکان خردسال منجر به فوران خشم و پرخاشگری شود. کودکان بزرگ‌تر نیاز کمی به صمیمیت نشان می‌دهند و دوستان کمی دارند و شادی و اندوه خود را با دیگران به اشتراک نمی‌گذارند. این امر در نوجوانی و پس از آن به صورت فقدان تقریباً کامل میل جنسی خود را نشان می‌دهد.

**رفتار حرکتی.** مبتلایان به ASD معمولاً مراحل رشد حرکتی را در زمان مناسب طی می‌کنند اما نوع رفتارهایی که انتخاب می‌کنند آنها را از دیگران متمایز می‌سازد. این رفتارها شامل رفتارهای وسواسی و آیینی (رفتار قالبی) مثل تاب خوردن، جنباندن، دست به هم زدن، کوباندن سر و حفظ وضعیت‌های غیرعادی در بدن است. آنها اسباب‌بازی‌هایشان را بیشتر مک می‌زنند یا به چرخش در می‌آورند تا اینکه از آنها برای بازی تخیلی استفاده کنند. محدودیت در علایق، آنها را به سمت مشغولیت زیاد با بخش‌های کوچک اشیاء می‌راند. این افراد در برابر تغییر مقاومتند و ترجیح می‌دهند محکم به امور عادی بچسبند. گاهی نسبت به درد یا حرارت‌های خیلی بالا یا پایین بی‌تفاوت به نظر می‌رسند. ممکن است با بوئیدن یا لمس مشغله پیدا کنند. بسیاری از این بیماران با کوبیدن سر، کندن پوست یا سایر حرکات تکراری، به خود صدمه می‌زنند.

صرف‌نظر از زیرگروهی که پیش از این به عنوان اختلال اسپرگر شناخته می‌شد، تا سال ۱۹۴۳ که لئو کانر واژه درخودماندگی / *اوپیل کودکی* را معرفی کرد، ASD به رسمیت شناخته نمی‌شد. از آن زمان این مفهوم گسترش یافت و زیرگروه‌های جدیدی شکل گرفتند (DSM-IV چهار نوع آن را می‌پذیرفت، به علاوه نوع نامشخص که در همه اختلالات وجود داشت)، هرچند امروزه مجدداً در DSM-5 همگی در یک مفهوم مشترک جمع شده‌اند. با وجود اینکه درجه ناتوانی بسیار متنوع است ولی بر زندگی بیشتر بیماران و خانواده‌هایشان تأثیری عمیق و ماندگار می‌گذارد.

ASD اغلب با کم‌توانی ذهنی همراه است و این تفکیک دو اختلال از هم را مشکل می‌کند. ناهنجاری‌های حسی در چیزی حدود ۹۰ درصد مبتلایان به ASD وجود دارد. بعضی از

ناهمگنی است با درجات و تظاهرات بسیار متفاوت که معلول عوامل ژنتیک و محیطی هستند. این اختلال معمولاً در اوایل کودکی تشخیص داده شده و در طول زندگی بزرگسالی ادامه می‌یابد، هرچند با تجربه و آموزش قابل تعدیل است. علائم این اختلال را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد (DSM-5 دو دسته اول را یکی به حساب می‌آورد).

**ارتباط.** تکلم مبتلایان به ASD، با وجود شنوایی طبیعی، گاهی تا چند سال تأخیر دارد. این مشکل از نظر دامنه و شدت می‌تواند بسیار متنوع باشد، از آنچه که قبلاً اختلال اسپرگر خوانده می‌شد (این افراد گاهی توانایی تکلم واضح و هوش طبیعی و حتی بالاتر از طبیعی دارند) تا بیماران شدیداً مبتلا که به‌سختی قادر به ایجاد رابطه‌اند. برخی از این بیماران الگوهای کلامی غیرمعمول و عبارات منحصر به خود را دارند. آنها ممکن است با صدای بلند صحبت کنند یا کلام‌شان فاقد هماهنگی (ریتم) و موسیقی تکلم طبیعی باشد. همچنین اشکال در کاربرد زبان حرکتی یا سایر رفتارهای ارتباطی غیرکلامی وجود دارد، از جمله لبخند یا تکان دادن سر که برای بیشتر افراد قابل درک است. آنها ممکن است مفهوم شوخی را درک نکنند (برای نمونه، این مفهوم که مردم کلمات را با معانی مختلف یا انتزاعی به کار می‌برند). کودکان درخودمانده اغلب در شروع یا تداوم مکالمه مشکل دارند و ممکن است با خود صحبت کنند یا تک‌گویی‌هایی در مورد موضوعاتی داشته باشند که به جز خودشان برای کسی جذاب نیست. آنها معمولاً بارها و بارها سؤالی را تکرار می‌کنند، حتی پس از آنکه چندین بار جواب گرفتند.

**جامعه‌پذیری.** بلوغ اجتماعی مبتلایان به ASD بسیار کندتر از کودکان طبیعی است و مراحل رشد ممکن است خارج از مسیر طبیعی باشد. والدین اغلب در شش ماهه دوم نگران فرزندشان می‌شوند، زیرا کودک تماس چشمی برقرار نمی‌کند، خنده متقابل ندارد و والدینش را بغل نمی‌گیرد؛ در عوض از آغوش والدین دور می‌شود و به فضا خیره می‌شود. کودکان نوپا به اشیاء اشاره نمی‌کنند یا با سایر کودکان به بازی نمی‌پردازند. معمولاً بازوهایشان را برای در آغوش گرفته شدن، دراز نمی‌کنند و هنگام جدا شدن از والدین، اضطراب معمول را نشان

تا حدی ملانقطی است، اما می‌توان آنها را به خفیف، متوسط و شدید تقسیم کرد. این تقسیم‌بندی من است اما DSM-5 به دلایل عملی این کار را نکرده است: بعضی از اعضای گروهی که ملاک‌ها را نوشته‌اند، نگران آن بودند که برجسب نوع خفیف می‌تواند بهانه‌ای برای شرکت‌های بیمه باشد که به بیماران خدمات ندهند. البته این استدلال را می‌توان در مورد تقریباً همه اختلالات این کتاب به کار برد.

### ویژگی‌های اساسی اختلال طیف در خودماندگی

از اوایل کودکی، رابطه با دیگران تقریباً همه جنبه‌های کارکردی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. روابط اجتماعی این افراد از اختلال خفیف تا فقدان تقریباً کامل ارتباطات متغیر است. ممکن است فعالیت‌ها و تجارب لذت‌بخش فقط کمی محدود شود، در حالی که بعضی از بیماران به‌طور کلی از اقدام یا پاسخ به ارتباط با دیگران خودداری می‌کنند.

آنها فقط با تعداد اندکی از نشانه‌های فیزیکی که اکثر مردم به کار می‌برند - تماس چشمی، حالات سر، لبخند و سر تکان دادن - واکنش نشان می‌دهند. رابطه با سایر افراد به‌هم‌ریخته است، به طوری که مبتلایان به ASD به سختی می‌توانند رفتار خود را با موقعیت‌های مختلف اجتماعی سازگار کنند؛ معمولاً علاقه‌ای به دیگران ندارند و اگر دوستانی هم داشته باشند، بسیار اندک است.

ویژگی اصلی فعالیت‌ها و علایق آنها تکرار و توجه محدود و بسته است. آنها حتی در مقابل کوچک‌ترین تغییرات در روال عادی زندگی‌شان مقاومت می‌کنند (برای مثال دقیقاً همان ناهار همیشگی را می‌خواهند یا سؤالاتی را که جوابش را

کودکان از نورهای درخشان یا صداهای بلند یا حتی ترکیبات زبر بعضی پارچه‌ها و سطوح دیگر ابراز نفرت می‌کنند. درصد بسیار کمی هم مهارت‌های ویژه‌ای در بعضی توانایی‌های خاص مانند محاسبه، موسیقی یا حافظه طوطی‌وار دارند که آنها را در حد دانشمندان بالا می‌برد.

بیماری‌های جسمی همراه با ASD عبارت‌اند از فنیل‌کتونوری، سندرم X شکننده، توبروس اسکروزیس و سابقه‌ای از مشکلات هنگام زایمان. جنبه‌های هم‌ابتلائی سلامت روان هم شامل اختلالات اضطرابی (بسیار شایع) و افسردگی (۲ تا ۳۰ درصد)، رفتار وسواسی-جبری (در حدود یک‌سوم موارد)، اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی (بیش از نصف)، کم‌توانی ذهنی (حدود نصف) و تشنج‌ات (۲۵ تا ۵۰ درصد) است. بعضی بیماران از بی‌خوابی در آغاز شب یا کاهش نیاز به خواب شکایت دارند و تعدادی حتی روزها می‌خوابند و شب‌ها بیدارند. پژوهش‌های اخیر از رابطه بین یک نوع از درخودماندگی با ژنی که مسئول کانسره‌های کلیه، پستان، مغز و پوست است، خبر می‌دهد.

با پوشش تشخیص‌های قبلی اختلالات درخودماندگی، رت، اسپرگر و اختلال فروپاشنده کودکی، شیوع کلی ASD در جمعیت عمومی حدود ۶ در ۱۰۰۰ کودک است. بعضی مطالعات حتی ارقام بالاتری را گزارش می‌کنند و در سال‌های اخیر از نظر تعداد، افزایش دیده می‌شود که حداقل بخشی از آن به خاطر افزایش آگاهی از ASD بوده است. درخودماندگی همه گروه‌های فرهنگی و اجتماعی-اقتصادی را گرفتار می‌کند. هرچند پسرها دو برابر (شاید بیش از چهار برابر) دخترها مبتلا می‌شوند ولی احتمال اختلال شدید در دختران بیشتر است. خواهر و برادران مبتلایان به ASD بیش از جمعیت عمومی در معرض ابتلا به این اختلال هستند.

توجه داشته باشید که گستره چشمگیر شدت ASD را می‌توان در درجه‌بندی‌های مختلفی از تعامل اجتماعی و مؤلفه‌های رفتاری منعکس کرد. توصیفات DSM-5 در مورد سطوح شدت