

راهنمای مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5

تألیف:

مارک زیمرمن

مترجم:

دکتر امی نیس توکلی

متخصص اعصاب و روان

زیر نظر:

دکتر فرید فدائی

روانپزشک و مدیر گروه روانپزشکی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

سرشناسه	: زیمِرن، مارک - ۱۹۸۳م، Zimmerman, Mark
عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5
مشخصات نشر	: تهران: انتشارات ابن سینا، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۱۶۰ص: جدول، نمودار.
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۷۱۵۰-۹۰-۳
وضعیت فهرست نویسی	: قیپای مختصر
یادداشت	: فهرست نویسی کامل این اثر در نشانی: http://opac.nlia.ir قابل دسترسی است
یادداشت	: عنوان اصلی: Interview Guide for evaluation of dsm- disorders...
شناسه افزوده	: توکلی، امی تیس، ۱۳۶۰ - مترجم
شناسه افزوده	: فدایی، فرید، ۱۳۴۰ -
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۷۹۱۲۱۵

نام کتاب:	راهنمای مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5
تالیف:	مارک زیمِرن
مترجم:	هکتر امی تیس توکلی
زیر نظر:	دکتر فرید فدایی
ناشر:	انتشارات ابن سینا
صفحه آرا:	رسول نقی زاده
طراح جلد:	سروناز اخوان صالح
مدیر تولید:	حسین افشار
لیتوگرافی:	نفیس نگار
چاپ:	نفیس نگار
صحافی:	روشنک
نوبت چاپ:	اول - فروردین ۱۳۹۴
شمارگان:	۱۰۰۰ جلد
قیمت:	۱۲۰۰۰ تومان
شابک:	۹۷۸-۹۶۴-۷۱۵۰-۹۰-۳

تمامی حقوق مادی و معنوی این اثر برای انتشارات ابن سینا محفوظ است. لذا هر گونه تکثیر و بازنویسی مطالب به هر نحو ممکن در هر گونه رسانه، کتاب، مجله، جزوه و لوح فشرده بدون اجازه کتبی ناشر شرعاً حرام است و موجب پیگرد قانونی می شود.

مرکز پخش: تهران: خیابان انقلاب، خیابان منیری جواد (اردیبهشت)، خیابان وحید نظری غربی، پلاک ۱۵۰، واحد ۵
 تلفن: ۶۶۴۱۸۳۱۹ - فکس: ۶۶۴۱۸۳۰۹ - مدیر پخش: افشار ۰۹۱۲۲۳۶۱۲۰۶ - email:press.ibnsina@gmail.com
 نمایندگی های فروش:

مشهد: انتشارات مجد تاش	۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶	بندر عباس: کتابفروشی سروش	۲۲۴۵۲۹۴-۰۷۶۱
شیراز: کتابفروشی جمالی	۰۷۱۱-۲۳۱۸۳۸۸	تبریز: کتابفروشی شیرنگ	۰۴۱۱-۳۳۴۱۹۰۸
کرمانشاه: جهان کتاب	۰۸۳۱-۷۲۸۴۸۳۷-۸	ارومیه: شاهد و ایثارگران	۰۵۳۴-۲۲۲-۰۴۴۱
شاهروود: کتابسرای معین	۰۲۲۳-۲۲۳۱۴۱۰	اصفهان: مانی	۰۳۱۱-۶۶۸۳۴۰۵
قزوین: کتابفروشی ابن سینا	۰۲۸-۱۳۳۳۹۲۰۸	یاسوج: خانه کتاب	۰۲۴۱-۲۲۳۲۵۱۲

به نام خدا

برای بیان اهمیت مصاحبه بالینی با بیمار در رشته روانپزشکی ذکر مقدمه‌ای لازم است که به تاریخ پزشکی و طبقه‌بندی بیماری‌ها نیز مربوط می‌شود.

در آغاز باید راجع به نشانه‌های بالینی و نیز مفهوم بیماری اشاره به عمل آید. هنگامی که از نشانه‌های بالینی صحبت می‌شود به این معنی است که فرد تظاهراتی دارد که دلالت بر بیماری می‌کند. در این حالت عموماً به پزشک مراجعه می‌شود یا پزشک به بالین وی خوانده می‌شود و از پزشک انتظار می‌رود نوع ویژه وضعیت عدم سلامت را که بیمار به آن گرفتار است شناسایی کند. بنابراین نشانه‌های بالینی را به طور موقت می‌توان به عنوان «ناهنجاری‌های مرضی» تعریف کرد که توسط خود بیمار یا افراد عامل (از نظر پزشکی) در جامعه وی، قابل مشاهده است. صفت «مرضی» از آن رو به کار می‌رود که نشان دهد تنها آن ناهنجاری‌هایی نشانه‌های بالینی محسوب می‌شوند که در صورت وجود، باعث رنج، درد یا صدمه یا نگرانی برای بیمار یا افراد جامعه او به طور عام شوند. جهت دریافتن معنی ناهنجاری، به ناگزیر باید بدانیم «هنجار» به چه معنی است.

مفهوم بهنجاری را می‌توان به دو روش ناسازگار تعریف کرد که به عنوان بهنجاری آرمانی، و بهنجاری آماری از هم متمایز می‌شوند. بهنجاری آرمانی وضعیتی از کمال است که برای افراد عادی در جهان خاکی ما دسترس پذیر نیست و آن را فقط می‌توان تصور کرد برای نمونه تعریف سازمان جهانی بهداشت که: «سلامتی عبارتست از وضعیت بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی». صرفاً یک آرمان دسترسی ناپذیر را بیان می‌کند.

در تقابل با آن، مفهومی است که زمینه تجربی دارد. البته این وضعیت از زیبایی و قطعیت هر بهنجاری آرمانی بی بهره است. معیارها و هنجارهای آماری هرگز به طور کامل مسلم و حتمی نیستند، آنها نسبی و دگرگونی پذیر هستند زیرا وابسته به مشاهدات هستند و مشاهدات هرگز کاملاً یکسان نیستند. در عین حال، معیارهای آماری این مزیت بزرگ را دارند که قابل بازسنجی به وسیله ناظران مستقل هستند که محتمل است در صورتی که نمونه‌های مورد بررسی از اندازه کافی برخوردار باشند که اثر دگرگونی‌های اتفاقی در گزینش آنها به حداقل برسد همان نتایج را به دست بیاورند.

هنگامی که فردی که بیشتر سالم بوده است، بیمار شود نشانه‌های بالینی در او به معنی ناهنجاری‌هایی هم در معیارهای جمعیتی و هم در معیارهای فردی است که در عین حال سبب رنج و نگرانی هم شده باشد. البته نشانه‌های بالینی تنها نمایانگرهای عدم سلامتی نیستند، بیماری گاه در اثر تظاهرات غیربالینی آشکار می‌شود.

اکنون می‌توانیم تعریف اولیه خود را درباره نشانه‌های بالینی به تفصیل شرح دهیم: نشانه‌های بالینی، انحرافات ناهنجار از معیارهای جمعیتی و / یا انفرادی هستند که به طور مستقیم به وسیله بیمار یا افراد جامعه و قابل مشاهده هستند و سبب رنج و نگرانی برای بیمار یا اطرافیان می‌شود. نشانه‌های بالینی نمایانگرهای بیماری هستند. تمایز عمده بین نشانه و بیماری این است که اولی را می‌توان مشاهده کرد، در حالیکه دومی را از مشاهدات باید برداشت، استنتاج یا استنتاج کرد. نشانه یک ادراک، و بیماری یک مفهوم است.

نوع تظاهراتی که بیماری از آنها استنباط می‌شود سبب تغییر در مفهوم بیماری می‌شود. مفاهیم بیماری که نشأت گرفته از نشانه‌های بالینی هستند موجودیت‌های بالینی بیماری خوانده می‌شوند. رابطه بین نشانه‌های بالینی و موجودات بالینی بیماری همیشه تا حدودی جنبه اختیاری و حداکثر، قراردادی دارد. این امر بویژه زمانی مصداق دارد که نشانه‌ها تظاهرات مزمنی باشند که در طول زمان تغییر مختصری می‌کنند.

در صورتی که ما با نشانه‌های بالینی حاد و تغییر یابنده سر و کار داشته باشیم، ساختار مفهومی موجودیت‌های بالینی بیماری تسهیل می‌شود زیرا عنصر زمان و نظم در دگرگونی نشانه‌ها، معیارهای تشخیصی اضافی برای ما فراهم می‌آورد. مجموعه‌ای از نشانه‌های بالینی همزمان، مجموعه نشانه‌ها و یا نشانگان (سندرم) نیز نامیده می‌شود.

با احیاء بررسی کالبدشکافی انسان در قرن شانزدهم میلادی، توجه به زمینه‌های جسمی بیماری‌ها بیشتر شد، در همین ایام بود که پزشک و جامع العلوم فرانسوی، پان قرنل، اصطلاح پاتولوژی (آسیب شناسی) را برای مطالعه اعضای دچار بیماری باب کرد. به تدریج روشن شد که بنا نهادن مفهوم بیماری بر دگرگونی‌های عضوی که در بدن بیمار قابل کشف است، سودمندتر است تا بنانهادن مفهوم بیماری بر نشانه‌های بالینی (که ناشی از آن دگرگونی‌های عضوی هستند). به این

ترتیب موجودیت‌های آسیب شناختی بیماری که بر مبنای آسیب شناسی اعضا و بافت‌ها بود وارد عرصه شد و در حال حاضر بیشتر بیماری‌ها بر آن مبنا طبقه بندی می‌شوند. در اواخر قرن نوزدهم با کشفیات پاستور و کخ معلوم شد که برخی آسیب شناسی‌های اعضا بدن ناشی از عوامل میکروبی هستند و به این ترتیب سومین طبقه بندی‌های بیماری‌ها بر مبنای سبب شناسی قوت بیشتری گرفت که به نام موجودیت‌های سبب شناختی بیماری‌ها خوانده می‌شوند. البته پیش از آن نیز علت برخی بیماری‌ها معلوم بود که از جمله مسمومیت‌ها، آلودگی‌های انگلی و تروماها را می‌توان نام برد. مزیت طبقه بندی بر مبنای موجودیت‌های سبب شناختی بیماری واضح است زیرا با شناختن علت مستقیم بیماری طبعاً می‌توان پیشگیری و درمان را نیز به نحو موثرتری انجام داد.

در مورد بیماری‌های روانی باید اعتراف کرد که طبقه بندی‌ها همانند عصر بقرات و جالینوس و رازی و ابن سینا بر مبنای نشانه‌های بالینی است و گرچه پیشرفت‌هایی در مورد سبب شناسی و یا آسیب شناسی عضوی نابسامانی‌های روانی به دست آمده است اما شواهد آن اندازه متقن نیست که بر مبنای آنها بتوان طبقه بندی را بنا کرد. به همین دلیل است که دانش دستیابی به نشانه‌های بالینی، علی‌الخصوص در مورد بیمارانی که گاه بیش نسبت به بیماری خود نیز ندارند کاری مهم است تا بتوان به تشخیص رسید. روانپزشکان گاهی به عدم وضوح در اندیشه و تعاریف خود از نابسامانی‌های روانپزشکی متهم می‌شوند. این یک واقعیت است که حتی تا چهار دهه پیش اصطلاحات بنیادی روانپزشکی چون اسکیزوفرنیا، هیستریا، روانپریشی، شیما، افسردگی، نابسامانی‌های شخصیتی و غیره به وسیله روانپزشکان گوناگون در کشورهای مختلف و حتی در یک کشور در بیمارستان‌های گوناگون برای اشاره به مفاهیم متفاوتی به کار می‌رفته است. به تدریج از انتهای جنگ جهانی دوم نهضت‌هایی در جهت پرهیز از آشفته‌گی و سردرگمی و شکل‌های ابهام فکری در روانپزشکی به وجود آمد، که از نمونه‌های آن کوشش برای طبقه بندی بین المللی نابسامانی‌های روانی توسط سازمان جهانی بهداشت در چهارچوب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها ICD، و نیز طبقه بندی انجمن روانپزشکان آمریکا DSM است. این طبقه بندی‌ها کوشش داشت که زبان مشترکی را برای تشخیص و پژوهش در اختیار روانپزشکان بگذارد. ICD از ۱۹۴۷ میلادی و DSM از ۱۹۵۲ میلادی به صورت پیوسته جنبه تکامل تری به خود گرفته است. بویژه DSM-III از ۱۹۸۰ میلادی کوشید بر پایه سنت پذیرش شناختی در چهارچوبی که کارل یاسپرس روانپزشک و فیلسوف آلمانی در آغاز قرن بیستم میلادی تهیه کرده بود و با استفاده از استخوان بندی طبقات تشخیصی روانپزشکی توسط امیل کرپلین روانپزشک نام آور آلمانی در اواخر قرن نوزده و اوایل قرن بیست میلادی، ساختار منسجم و تعاریف مشخصی از نابسامانی‌های روانی به دست دهد. این کوشش‌ها تا امروز در قالب ICD-10 و DSM-5 ادامه یافته است.

با توجه به اینکه پایه طبقه بندی‌های روانپزشکی هنوز هم نشانه‌های بالینی است، اهمیت دستیابی به نشانه‌ها در هر بیمار و سپس تطبیق آنها با مجموعه نشانه‌هایی که طبق قرارداد، هر کدام با یکی از نابسامانی‌های روانی انطباق دارد، معلوم می‌شود. راه پیدا کردن نشانه‌ها مصاحبه بالینی با بیمار است. کشف نشانه‌ها مستلزم برقراری رابطه خوب با بیمار است تا او بتواند به راحتی راجع به دنیای ذهنی خود اطلاعاتی بدهد.

کتاب حاضر چهارچوب تهیه و بررسی وضعیت روانی MSE را در اختیار می‌گذارد. بررسی کوتاه وضعیت روانی MMSE نیز ضمیمه است. واژه نامه اصطلاحات و تعاریف، تاریخچه کوتاه روانی - اجتماعی، و پرسشنامه کارکرد جاری روانی - اجتماعی نیز به این کتاب کوچک و مفید منضم است.

این کتاب شرط لازم و کافی برای مصاحبه تشخیصی نابسامانی‌های روانی را در اختیار می‌گذارد و به این ترتیب بهترین کمک برای دستیابی نیز محسوب می‌شود که امتحانات Mini CEx و IPD (Individual Patient Assessment) را نیز می‌خواهند به بهترین وجه بگذرانند. در پایان، ترجمه دقیق و مسئولانه سرکار خانم دکتر امی تیس توکلی که در طول دستیابی روانپزشکی خود همواره شاخص و تأثیرگذار بوده اند شایان تقدیر است و نیز زحمات آقای حسین افشار مسئول محترم انتشارات این سینا در نشر این کتاب ضروری ستودنی است.

فروردین ۱۳۹۴

دکتر فرید فدائی

روانپزشک و مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

فهرست

۷.....	پیشگفتار.....
۹.....	اجزای بررسی روان پزشکی.....
۱۰.....	شروع مصاحبه روان پزشکی.....
۱۱.....	اختلالات بزورگسالان.....
۱۲.....	بی‌اشتهایی عصبی.....
۱۳.....	اختلال پر خوری.....
۱۴.....	اختلال پراشتهایی عصبی.....
۱۶.....	اختلال مصرف الکل.....
۲۰.....	اختلال مصرف مواد.....
۲۶.....	اختلال قمار بازی.....
۲۸.....	اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک.....
۳۱.....	افتراق دادن اختلالات سایکوتیک.....
۳۲.....	ارزیابی توهم و هذیان.....
۳۵.....	توهم‌ها.....
۳۷.....	دوره مانیا.....
۴۱.....	دوره هایپومانیا.....
۴۵.....	اختلال افسردگی اساسی.....
۴۹.....	اختلال افسردگی پایدار (دیستایمی).....
۵۳.....	اختلال پانیک.....
۵۵.....	بازار هراسی.....
۵۷.....	اختلال اضطراب اجتماعی (فوبیای اجتماعی).....
۶۰.....	فوبیای اختصاصی.....
۶۲.....	اختلال اضطراب منتشر.....
۶۴.....	اختلال استرس پس از حادثه.....
۷۰.....	اختلال استرس حاد.....
۷۵.....	اختلال وسواسی جبری.....
۷۷.....	اختلال احتکار.....

۷۹	اختلال بدریخت‌انگاری بدن
۸۱	اختلال خراشیدن پوست (اختلال کندن پوست)
۸۲	تروپکوتیلومانی (اختلال کندن مو)
۸۳	اختلال انفجاری متناوب
۸۵	اختلال اضطراب بیماری
۸۷	اختلال نشانه‌های جسمی
۸۸	اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی - بزرگسالان
۹۵	اختلالات اطفال
۹۶	اختلالات کمبود توجه / بیش‌فعالی - اطفال
۱۰۱	اختلال سلوک
۱۰۴	اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه
۱۰۶	اختلال اضطراب جدایی
۱۰۹	اختلال شخصیت
۱۱۰	اختلال شخصیت پارانوئید
۱۱۲	اختلال شخصیت اسکیزوئید
۱۱۴	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
۱۱۸	اختلال شخصیت مرزی
۱۲۲	اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۱۲۷	اختلال شخصیت خودشیفته
۱۳۰	اختلال شخصیت نمایشی
۱۳۲	اختلال شخصیت وسواسی جبری
۱۳۵	اختلال شخصیت اجتنابی
۱۳۷	اختلال شخصیت وابسته
۱۳۹	معاینه وضعیت روانی (MSE)
۱۴۰	فهرست معاینه وضعیت روانی (MSE)
۱۴۳	فرم کوتاه معاینه وضعیت روانی (MMSE)
۱۴۴	فرم کوتاه معاینه وضعیت روانی
۱۴۶	واژه‌نامه

این کتاب شامل سؤال‌هایی برای ارزیابی اختلالات روان‌پزشکی است. DSM-5 اختلالات روان‌پزشکی و معیارهای تشخیص هر کدام را لیست می‌کند، لیکن راهکارهایی برای ارزیابی آنها نشان نمی‌دهد. دانشجویان و بالینگران در حال آموزش با اختلالات روان‌پزشکی ناآشنا هستند و برای آنها به یاد داشتن کلیه اختلالات روان‌پزشکی همراه با معیارهای تشخیصی آنها در یک دوره کوتاه آموزشی ممکن نیست. علاوه بر آن؛ اغلب سؤال مناسب جهت ارزیابی اختلالات مورد نظر مشخص نیست. چگونه باید در مورد هذیان برداشت فکر، هذیان، حملات هراس، وسواس‌ها، اختلالات هویت، عدم ثبات خلق و... سؤال پرسید؟ حتی در مرحله‌ای ابتدایی‌تر، چگونه باید مصاحبه را آغاز کرد؟

این کتاب راهنمایی برای پرسش درباره شایع‌ترین اختلالات DSM-5، شامل اختلالات شخصیت، می‌باشد. این کتاب یک استاندارد برای مصاحبه بالینی نمی‌باشد بلکه منبعی با قابلیت دسترسی سریع در فرآیند مصاحبه بالینی است. اگر بیماری از افسردگی شکایت می‌کند می‌توان به سرعت به سراغ مبحث اختلال افسردگی رفت و علایم مرتبط را ارزیابی کرد. در صورتی که نشانه‌ای از مصرف بیش از حد مواد یا داروها وجود دارد، مصاحبه‌گر می‌تواند به لیست بلند بالای سؤالات مربوط به اختلالات مربوط به مواد و الکل مراجعه کند.

این کتاب دارای ۹ بخش است. در ابتدا، لیستی از اجزای یک ارزیابی روان‌پزشکی کامل قرار دارد. پس از آن فصلی در ارتباط با نحوه شروع مصاحبه روان‌پزشکی وجود دارد. فصول ۳ و ۴ و ۵ شامل سؤال‌هایی برای ارزیابی شایع‌ترین اختلالات اطفال و بزرگسالان و کلیه اختلالات شخصیت می‌باشند. قابل ذکر است، تفکیک اختلالات به دو گروه اطفال و بزرگسالان درست نمی‌باشد زیرا که بسیاری از اختلالات بزرگسالان از دوران کودکی شروع می‌شوند. نام‌گذاری فصل ۳ با عنوان اختلالات محور I سابق (برای افتراق آنها از اختلالات شخصیت که در IV و DSM III در محور II قرار داشتند) به نظر جالب، لیکن نادرست می‌رسید. در فصل ۶ به ارزیابی وضعیت روانی پرداخته شده است و طرح‌واره‌ای استاندارد برای نگارش یا ارایه شفاهی آن تهیه شده است. هم‌چنین آزمون اختصاری بررسی وضعیت روانی که می‌بایست جزئی از هر ارزیابی روان‌پزشکی باشد ارایه شده است. فصل ۷ واژه‌نامه‌ای از عبارات شایع روان‌پزشکی است. دو فصل آخر شامل مصاحبه مختصر بررسی وضعیت روانی اجتماعی و ارزیابی عملکرد روانی اجتماعی فعلی می‌باشد.

نحوه تنظیم این کتاب براساس تشخیص می‌باشد. در کادری که در اول هر فصل قرار دارد قوانین تشخیص DSM-5 نوشته شده است - اینکه برای تشخیص‌گذاری چه معیارهایی و به چه تعداد باید وجود داشته باشند (معیارهای ورود) یا وجود نداشته باشند (معیارهای خروج). برای اغلب اختلالات

سؤالات ابتدایی هر بخش را می‌توان به عنوان سؤالات غربالگری پذیرفت. اگر به این سؤالات غربالگری پاسخ منفی داده شود می‌توان از پرسیدن سایر سؤالات در بخش مورد نظر صرف‌نظر کرد.

تنها استثنا بر این رویکرد تشخیص مدار، بخش مربوط به پنج اختلال سایکوتیک شامل اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنیا فرم، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال هذیانی و اختلال سایکوتیک گذرا است. در این بخش در ابتدا سؤالات مربوط به هذیان و توهم مطرح شده است و تشخیص افتراقی در بخش دیگری بررسی شده است.

این راهنما می‌بایست همراه با دستنامه DSM-5 به کار گرفته شود. برای اغلب تشخیص‌ها معیارهای DSM-5 یا خلاصه‌ای از آن قبل از بخش سؤالات آورده شده است، لیکن معیارهای پنج اختلال سایکوتیک در بخش مورد نظر آورده نشده‌اند. همچنین دستنامه DSM شامل بحثی مختصر درباره تشخیص‌های افتراقی است.

اغلب معیارها به وسیله سؤالات متنوع بررسی می‌شوند. و جهت پیگیری در پاسخ به سؤالات اولیه عباراتی همچون در صورت مثبت بودن پاسخ (اگر بله) و در صورت منفی بودن پاسخ (اگر خیر) آورده شده است. این راهنمایی برای هدایت مصاحبه‌گر به پرسیدن سؤالات بیش‌تر است. استفاده از این راهنما تضمین‌کننده صلاحیت مصاحبه نیست. مصاحبه بالینی چیزی بیش از پرسیدن لیستی از سؤالات است با کسب تجربه مصاحبه‌گر قادر به جمع‌آوری اطلاعات لازم برای تشخیص گذرای صحیح خواهد بود که هم‌زمان با برقراری رابطه درمانی با بیمار می‌باشد.

رسیدن به تشخیص صحیح منوط به مشاهده و آزمون عاطفه، رفتار و شناخت (اصول اولیه سنجش وضعیت روانی) می‌باشد همچنین علل طبی می‌بایست رد شوند. با این حال انجام یک مصاحبه تشخیصی در صورت ندانستن چگونگی پرسش سؤالات درست ممکن نیست و همین هدف ما از تألیف این کتاب بوده است.