

---

# فهرست

---

## فصل ۱: تشخیص افتراقی گام به گام..... ۱۱

- گام اول: رد تمارض و اختلال ساختگی ..... ۱۱
- گام ۲: رد سبب‌شناسی مواد (مانند، سوء مصرف مواد، دارو و مواجهه با سموم) ..... ۱۲
- گام ۳: رد اختلال ناشی از بیماری طبی عمومی ..... ۱۸
- گام ۴: تعیین اختلال (های) خاص اولیه ..... ۲۱
- گام ۵: متمایز کردن اختلال سازگاری از اختلال‌های نامشخص و مشخص شده دیگر باقیمانده ..... ۲۲
- گام ۶: ایجاد یک مرز با مواردی که اختلال روانی نیستند ..... ۲۳

## فصل ۲: تشخیص‌های افتراقی به وسیله درخت‌های تصمیم‌گیری ..... ۳۳

- ۲.۱ درخت تصمیم‌گیری برای عملکرد ضعیف در مدرسه ..... ۴۰
- ۲.۲ درخت تصمیم‌گیری مربوط به مشکلات رفتاری در کودک و نوجوان ..... ۴۴
- ۲.۳ درخت تصمیم‌گیری برای اختلال در تکلم ..... ۵۰
- ۲.۴ درخت تصمیم‌گیری برای حواس‌پرتی ..... ۵۶
- ۲.۵ درخت تصمیم‌گیری برای هذیان‌ها ..... ۶۰
- ۲.۶ درخت تصمیم‌گیری برای توهم‌ها ..... ۶۷
- ۲.۷ درخت تصمیم‌گیری برای کاتاتونیا ..... ۷۳
- ۲.۸ درخت تصمیم‌گیری برای خلق بالا یا منبسط ..... ۷۷
- ۲.۹ درخت تصمیم‌گیری برای خلق تحریک‌پذیر ..... ۸۱
- ۲.۱۰ درخت تصمیم‌گیری برای خلق افسرده ..... ۸۶

|          |   |
|----------|---|
| ۹۳.....  | ۲.۱۱ درخت تصمیم‌گیری برای فکر یا رفتار خودکشی.....  |
| ۹۸.....  | ۲.۱۲ درخت تصمیم‌گیری برای کندي روانی - حرکتی.....   |
| ۱۰۱..... | ۲.۱۳ درخت تصمیم‌گیری برای اضطراب.....   |
| ۱۰۶..... | ۲.۱۴ درخت تصمیم‌گیری برای حمله‌های وحشت‌زدگی (پانیک).....                                 |
| ۱۱۰..... | ۲.۱۵ درخت تصمیم‌گیری برای رفتار اجتنابی.....  |
| ۱۱۵..... | ۲.۱۶ درخت تصمیم‌گیری برای تروما یا عوامل استرس‌زای روانی - اجتماعی دخیل در سبب‌شناسی..... |
| ۱۱۹..... | ۲.۱۷ درخت تصمیم‌گیری برای شکایات جسمانی یا اضطراب در مورد ظاهر جسمی یا بیماری.....        |
| ۱۲۳..... | ۲.۱۸ درخت تصمیم‌گیری برای تغییرات اشتها یا رفتار غیر طبیعی خوردن.....                     |
| ۱۲۹..... | ۲.۱۹ درخت تصمیم‌گیری برای بی‌خوابی.....   |
| ۱۳۴..... | ۲.۲۰ درخت تصمیم‌گیری برای خواب‌آلودگی مفرط.....   |
| ۱۴۰..... | ۲.۲۱ درخت تصمیم‌گیری برای کژکاری جنسی در زن.....  |
| ۱۴۴..... | ۲.۲۲ درخت تصمیم‌گیری برای کژکاری جنسی در مرد.....   |
| ۱۴۸..... | ۲.۲۳ درخت تصمیم‌گیری برای رفتار پرخاشگری.....   |
| ۱۵۴..... | ۲.۲۴ درخت تصمیم‌گیری برای تکانشگری یا مشکلات کنترل تکانه.....                             |
| ۱۵۹..... | ۲.۲۵ درخت تصمیم‌گیری برای رفتارهای خودآسیب‌رسان یا خودکشی.....                            |
| ۱۶۳..... | ۲.۲۶ درخت تصمیم‌گیری برای مصرف افراطی مواد.....   |
| ۱۶۹..... | ۲.۲۷ درخت تصمیم‌گیری برای اختلال حافظه.....   |
| ۱۷۳..... | ۲.۲۸ درخت تصمیم‌گیری برای اختلال شناختی.....  |
| ۱۸۴..... | ۲.۲۹ درخت تصمیم‌گیری برای بیماری‌های طبی چندگانه.....                                     |

### فصل ۳: تشخیص افتراقی به وسیله جداول ۱۹۲.....

|          |  |
|----------|--|
| ۱۹۹..... | اختلال‌های عصبی - رشدی.....                        |
| ۲۱۳..... | طیف اسکیزوفرنی و اختلال‌های روان‌پریشانه دیگر..... |
| ۲۲۴..... | اختلال دوقطبی و اختلال‌های مرتبط.....              |
| ۲۳۳..... | اختلال‌های افسردگی.....                            |
| ۲۴۴..... | اختلال‌های اضطرابی.....                            |

|     |   |
|-----|---|
| ۲۶۱ | اختلال وسواسی - جبری و اختلال‌های مرتبط |
| ۲۷۳ | تروما و اختلال‌های مرتبط با استرس       |
| ۲۷۸ | اختلال‌های تجزیه‌ای                     |
| ۲۸۴ | اختلال نشانه‌ بدنی و اختلال‌های مرتبط   |
| ۲۹۷ | اختلال‌های تغذیه‌ای و خوردن             |
| ۳۰۷ | اختلال‌های خواب- بیداری                 |
| ۳۱۴ | کژکاری‌های جنسی                         |
| ۳۱۶ | ملال جنسیتی                             |
| ۳۱۸ | اختلال‌های ایذایی، کنترل تکانه و سلوک   |
| ۳۲۶ | اختلال‌های اعتیادی و مرتبط با مواد      |
| ۳۲۹ | اختلال‌های عصبی - شناختی                |
| ۳۴۹ | اختلال‌های انحرافات جنسی (paraphilic)   |
| ۳۵۲ | <b>ضمیمه: طبقه‌بندی DSM-5</b>           |
| ۳۹۶ | <b>نمایه درخت‌های تصمیم‌گیری</b>        |

---

## پیش‌گفتار

---

تشخیص افتراقی مهم‌ترین تکلیف ما به‌عنوان متخصص بالینی است. اغلب بیمارانی که به کلینیک مراجعه می‌کنند، نمی‌گویند که «من اختلال افسردگی عمده دارم ... و به من ضد افسردگی دهید» (هرچند که برخی از آنها این کار را می‌کنند!). بسیاری از بیمارانی که با ما مشورت می‌کنند به دنبال تسکین یافتن از نشانه‌های خاصی از قبیل خلق افسرده و خستگی هستند (به زبان پزشکی شکایت‌های اصلی) که منبع آشفتگی و اختلال چشمگیری به لحاظ بالینی هستند. وظیفه ما این است که از میان همه اختلال‌هایی که در DSM-5 لحاظ شده‌اند، مواردی را که می‌توانند مسئول این نشانه‌ها باشند را از صافی خود رد کنیم (برای مثال، برای خستگی و خلق افسرده احتمال اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مداوم-افسرده‌خویی، اختلال دوقطبی نوع ۱، اختلال دوقطبی نوع ۲، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر، اختلال افسردگی ناشی از دارو/ مواد، اختلال سازگاری و ... می‌رود). زمانی که فهرستی از این اختلال‌های انتخاب شده را مشخص کردیم، کار بعدی ما این است که اطلاعات دیگری را جمع‌آوری کنیم - این اطلاعات از تاریخچه شخصی، افراد آشنا با بیمار، مکاتبات درمان، معاینه وضعیت روانی و بررسی‌های آزمایشگاهی به دست می‌آید - این کار به ما اجازه می‌دهد که فهرست تشخیص‌های افتراقی را به یک تشخیص محتمل کاهش دهیم و تشخیص اولیه به طرح درمان می‌انجامد. باین حال ما باید همواره انعطاف‌پذیر باشیم زیرا امکان این می‌رود که اطلاعات تکمیلی که پس از ارزیابی اولیه به دست می‌آیند تشخیص ما و به‌دنبال آن طرح درمان را به‌طور کامل تغییر دهند. به‌عنوان مثال تشخیص اولیه اختلال افسردگی اساسی عودکننده ممکن است با درخواستی از کپی پرونده پزشکی بستری شدن‌های قبلی به اختلال دوقطبی نوع ۱ تغییر یابد زیرا پرونده بیمار نشان می‌دهد که آنچه به‌وسیله او به‌عنوان یک دوره افسردگی اساسی در گذشته گزارش شده است در واقع یک دوره مانیک با ویژگی‌های آمیخته بوده است.

کتاب حاضر مهارت شما را در فرمول‌بندی یک تشخیص افتراقی گسترده با ارائه این مسئله از دیدگاه‌های متفاوت بهبود می‌بخشد. در فصل اول کتاب «تشخیص افتراقی گام‌به‌گام»، مسائل مربوط به تشخیص افتراقی را که باید در مورد هر بیماری ارزیابی شود، بررسی کرده‌ایم، همچنین هر بیماری باید در یک چارچوب شش مرحله‌ای ارزیابی شود. در فصل دوم «تشخیص افتراقی به‌وسیله درخت‌های تصمیم‌گیری»، دیدگاه ما در مورد تشخیص افتراقی رویکردی پایین به بالا است و در آن

نقطه آغاز از نشانه‌هایی که بیمار ارائه می‌دهد، شروع می‌شود. هر یک از این ۲۹ درخت تصمیم‌گیری نشان می‌دهد که کدام یک از تشخیص‌های DSM-5 باید در تشخیص افتراقی این نشانه‌های خاص مورد بررسی قرار گیرند. همچنین نقاط تصمیم‌گیری<sup>۱</sup> را پیشنهاد داده است که فرایند تفکر درگیر در انتخاب از میان تشخیص‌های احتمالی رقیب را منعکس می‌کند. در فصل سوم «تشخیص افتراقی به وسیله جداول» به مسئله تشخیص افتراقی از نقطه پایانی فرایند ارزیابی تشخیصی نگریسته شده است. به عبارت دیگر زمانی که به یک تشخیص شهودی دست یافتید و بخواهید مطمئن شوید که به تمام گزینه‌های معقول توجه کافی کرده‌اید از این جداول استفاده کنید. این بخش شامل ۶۶ جدول تشخیص افتراقی است که هر یک مربوط به مهم‌ترین اختلال‌های DSM-5 است. به منظور تسهیل پیوستگی بین درخت‌های تصمیم‌گیری فصل ۲ و جداول تشخیص افتراقی در فصل ۳ برای هر یک از اختلال‌ها، شاخه‌های پایانی در درخت‌های تصمیم‌گیری در نظر گرفته شده است که جدول تشخیص افتراقی مربوطه را نشان می‌دهد. علاوه بر این در ضمیمه کتاب طبقه‌بندی DSM-5 آمده است که فرایند کدگذاری را تسهیل و مروری بر تمام تشخیص‌های DSM-5 را ارائه می‌دهد که باید در فرمول‌بندی یک تشخیص افتراقی در نظر گرفته شود. همچنین شاخص‌هایی بر اساس حروف الفبا از درخت‌های تصمیم‌گیری و جداول تشخیص افتراقی، روش دیگری را برای مشخص کردن درخت تصمیم‌گیری و جداول تشخیص افتراقی فراهم می‌کند که ممکن است مفید واقع شود.

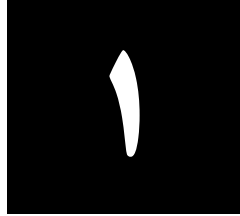
اطلاعاتی که در بخش «درخت‌های تصمیم‌گیری»، «جداول تشخیص افتراقی» آمده است تا حدودی همپوشی دارند اما هر کدام از این چارچوب‌ها توانمندی‌های خاص خود را دارند و ممکن است سودمندی هر یک کم‌وبیش منوط به موقعیت باشد. درخت‌های تصمیم‌گیری بر قواعد الگوریتمی کلی تأکید دارد که تابع طبقه‌بندی نشانه‌های خاصی هستند. جداول تشخیص افتراقی برای اغلب اختلال‌های DSM-5 تهیه شده است. این جداول نشان می‌دهند که این اختلال‌ها ویژگی‌های مهم مشترکی دارند و بنابراین باید در نظر گرفته شوند و سپس کنار گذاشته شوند. جداول تشخیص افتراقی این مزیت را دارند که مقایسه‌ای شانه‌به‌شانه<sup>۲</sup> از هر اختلال را با نزدیک‌ترین اختلال به آن فراهم می‌کند، همچنین جنبه‌های مشترک و متمایز هر یک را برجسته می‌کند. خوانندگان این کتاب مقاصد و روش‌های مختلفی در استفاده از آن دارند. برخی از افراد علاقه‌مند به مروری کلی بر فرایند دستیابی به تشخیص‌های DSM-5 هستند و مرور همه کتاب را کمک‌کننده می‌یابند. برخی دیگر از این کتاب

---

1. decision points  
2. head to head

به‌عنوان یک راهنمای ارجاعی که در تشخیص افتراقی یک بیمار خاص کمک‌کننده است، استفاده می‌کنند.

هنر و علم تشخیص روان‌پزشکی با توجه به این واقعیت که افراد پیچیده‌تر از اطلاعاتی که از طریق درخت‌های تصمیم‌گیری، جداول و شاخص‌ها ارائه می‌شود هستند، هم مورد نفرت و هم ستایش است. متخصصان می‌بایست بر وسوسه استفاده از ملاک‌های DSM-5 و درخت‌های تصمیم‌گیری و جداول تشخیص افتراقی این کتاب به‌شیوه‌ای تکراری و همانند کتاب آشپزی غلبه کنند. هدف رویکردهایی که در اینجا مطرح شده است تقویت نقش محوری قضاوت بالینی و خردی است که از طریق تجربه به دست می‌آید نه جایگزینی برای این موارد. از سوی دیگر، متخصصان بالینی که از رهنمودهای تشخیص افتراقی درج شده در DSM-5 آگاهی ندارند، ممکن است در عادت‌های تشخیصی خود فقط بر نظر شخصی تکیه کنند و یکی از کارکردهای اصلی DSM-5 را که تسهیل ارتباط در مورد اطلاعات تشخیصی در میان متخصصان بالینی، و متخصصان بالینی با بیماران و اعضای خانواده آنها است را تضعیف کنند. آگاهی و استفاده از قواعد DSM-5 که با دقت ارائه شده است سودمند خواهد بود اما کاملاً برده آنها نشوید.



---

## تشخیص افتراقی گام به گام

---

فرایند تشخیص افتراقی در DSM-5 را می‌توان به شش گام اساسی تقسیم کرد که شامل: (۱) رد اختلال ساختگی یا تمارض (۲) رد سبب‌شناسی مواد (۳) رد سبب‌شناسی بیماری‌های عمومی (۴) مشخص کردن اختلال اولیه خاص (۵) متمایز کردن اختلال سازگاری از شرایطی مشخص شده به گونه دیگر و اختلال‌های نامشخص (۶) ایجاد مرزی با مواردی که اختلال روانی نیستند، می‌باشد. با مرور این فصل چارچوب سودمندی برای درک و به‌کارگیری درخت‌های تصمیم‌گیری فصل بعد، فراهم می‌شود.

### گام اول: رد تمارض و اختلال ساختگی

نخستین گام کنار گذاشتن تمارض و اختلال ساختگی است زیرا اگر بیمار در مورد ماهیت و شدت نشانه‌های خود صادق نباشد، علی‌رغم توانایی متخصص بالینی در دستیابی به یک تشخیص روان‌پزشکی دقیق تمام تلاش‌های او بی‌نتیجه خواهد بود. بخش زیادی از کار ما مبتنی بر اعتقاد به تلاش مشترک بین متخصص و بیمار به منظور کشف ماهیت و علت نشانه‌های گزارش شده است. با این وجود، مواقعی وجود دارد که همه چیز آن‌گونه که به نظر می‌آید نیست. برخی از بیماران ممکن است که متخصصان بالینی را به وسیله ایجاد یا جعل نشانه‌ها فریب دهند. افراد دیگری ممکن است نشانه‌ها را از طریق مکانیسم‌هایی که خارج از هوشیاری آنهاست، شرح دهند. در DSM-5 دو شرایط وجود دارد که به وسیله جعل کردن نشانه‌ها مشخص می‌شوند و شامل تمارض و اختلال ساختگی

است. این دو بر اساس انگیزه‌های فریب دادن از هم متمایز می‌شوند. زمانی که انگیزه جعل نشانه‌ها دستیابی به هدفی باشد که به وضوح قابل تشخیص باشد به عنوان تمارض در نظر گرفته می‌شود (مثل گرفتن غرامت از بیمه، اجتناب از مسئولیت‌های نظامی یا قانونی، دریافت دارو). زمانی که رفتار فریب دادن حتی در غیاب پاداش‌های بیرونی آشکار وجود داشته باشد، تشخیص اختلال ساختگی داده می‌شود. اگرچه انگیزه بسیاری از بیماران دریافت نقش بیمار است اما در DSM-5 به دلیل مشکلات عمده‌ای در مشخص کردن انگیزه زیربنایی افراد از رفتار مشاهده شده آنها این ملاک کنار گذاشته شده است.

مطمئناً ما از این قضیه طرفداری نمی‌کنیم که با هر بیمار به صورت یک شاهد متخصص رفتار شود و متخصص بالینی به وکیل بدگمانی تبدیل شود. با این وجود، میزان سوء ظن متخصص بالینی در موارد زیر باید بالاتر باشد: (۱) زمانی که مشوق‌های بیرونی آشکاری برای بیماری که تشخیص یک اختلال روان‌پزشکی دریافت کرده است وجود دارد (برای مثال؛ تعیین از کارافتادگی، ارزیابی‌های قانونی در مورد‌های جنایی یا شهری و محیط‌های زندان) (۲) زمانی که بیماران دسته‌ای از نشانه‌های روان‌پزشکی ارائه می‌دهند که به جای یک کلیت بالینی مشخص، بیشتر از یک ادراک فریبنده از بیماری روانی پیروی می‌کنند (۳) زمانی که ماهیت نشانه‌ها از یک موقعیت ارزیابی بالینی نسبت به موقعیت دیگر به طور چشمگیر تغییر می‌کند (۴) زمانی که بیمار تابلوی بالینی را نشان می‌دهد که از فرد خاصی آن را تقلید می‌کند (مانند بیمار دیگری در همان واحد، بیماری ذهنی شبیه به اعضای خانواده) و (۵) زمانی که بیمار مشخصاً دست‌کاری‌کننده و تلقین‌پذیر است. و در پایان، برای متخصصان سودمند خواهد بود که از تمایل خود برای سوء ظن یا اعتماد افراطی آگاه باشند.

## گام ۲: رد سبب‌شناسی مواد

### (مانند، سوء مصرف مواد، دارو و مواجهه با سموم)

نخستین سؤالی که اغلب باید در تشخیص افتراقی بررسی شود این است که آیا نشانه‌های گزارش شده ناشی از یک ماده است که بر سیستم عصبی مرکزی تأثیر گذاشته است. در حقیقت هر نوع تابلوی نشانه‌های روان‌پزشکی که در موقعیت‌های سلامت روان با آنها مواجه می‌شویم، می‌تواند در اثر مصرف مواد به وجود آید. نادیده گرفتن سبب‌شناسی مواد ممکن است که رایج‌ترین خطای تشخیصی باشد که در کار بالینی صورت می‌گیرد. این امر پدیده نگران‌کننده‌ای است زیرا تشخیص درست، تلویحات درمانی فوری را نیز به دنبال دارد. به عنوان مثال، اگر متخصص بالینی نشانه‌های سایکوتیک را ناشی از



مسمومیت کوکائین بدانند منطقی نیست که بیمار مصرف داروهای ضد روان‌پریشی را شروع کند. این کار تنها زمانی صورت می‌گیرد که نشانه‌های سایکوتیک ناشی از مسمومیت مواد برای خود فرد و دیگران خطرات فوری ایجاد کند. اگرچه مصرف مواد به اندازه کافی شایع است و طیف گسترده‌ای از نشانه‌های مختلف به‌خاطر آن می‌توانند پدید آیند اما مشخص کردن اینکه آیا آسیب‌شناسی به‌خاطر مصرف مواد است، اغلب می‌تواند دشوار باشد. این حقیقت که مصرف مواد و آسیب‌شناسی با هم روی می‌دهند لزوماً دلالت بر روابط علت و معلولی نیست.

**بدیهی است که نخستین تکلیف ما مشخص کردن این است که آیا شخص از مواد استفاده می‌کند.** این کار مستلزم گرفتن تاریخچه دقیق و آزمایش جسمی برای علائم مسمومیت و ترک مواد است. از آنجاکه دست‌کم گرفتن مصرف در میان افرادی که سوء مصرف مواد دارند رایج است، معمولاً منطقی است که با اعضای خانواده مصاحبه شود و یافته‌های آزمایشگاهی نیز در مورد مایعات بدن برای اثبات وجود مواد خاص انجام شود. باید به‌خاطر داشته باشید بیمارانی که با مواد مواجه می‌شوند یا از آنها استفاده می‌کنند، نیز مانند سوء مصرف داروها اغلب نشانه‌های روان‌پزشکی را نشان می‌دهند. آسیب‌شناسی ناشی از دارو به‌خصوص در میان جمعیت‌های مسن و افرادی که از چندین دارو استفاده می‌کنند، خیلی رایج است و اغلب همراه‌کننده می‌باشد. اگرچه مواجهه با سموم کمتر شایع است اما در مشاغلی که افراد در تماس با سموم هستند، باید در نظر گرفته شود.

**بعد از اینکه مصرف مواد تأیید شد، گام بعدی مشخص کردن این است که آیا بین مصرف مواد و نشانه‌شناسی روان‌پزشکی ارتباطی وجود دارد.** این کار مستلزم تمایز میان سه رابطه احتمالی بین مصرف مواد و آسیب‌شناسی است و شامل: (۱) نشانه‌های روان‌پزشکی نتیجه تأثیر مستقیم مواد بر سیستم عصبی مرکزی هستند (منجر به تشخیص اختلال‌های ناشی از مواد در DSM-5 می‌شود و مثال‌هایی از آن اختلال سایکوتیک ناشی از مواد، اختلال افسردگی ناشی از ریسپریدون هستند) (۲) مصرف مواد، پیامد (یا ویژگی همراه با) یک اختلال روان‌پزشکی اولیه است (نمونه‌ای از خوددرمانی) و (۳) نشانه‌های روان‌پزشکی و مصرف مواد مستقل از هم هستند. در مورد هر یک از این روابط در زیر بحث می‌شود.

۱. در تشخیص‌گذاری اختلال ناشی از مواد، برای مشخص کردن اینکه آیا بین مصرف مواد و نشانه‌شناسی روان‌پزشکی رابطه وجود دارد، سه جنبه باید در نظر گرفت. نخست، باید مشخص کنید که آیا بین مصرف مواد یا دارو و نشانه‌های روان‌پزشکی ارتباط زمانی نزدیکی وجود دارد. سپس این احتمال که الگوی خاصی از مصرف مواد می‌تواند منجر به نشانه‌های روان‌پزشکی شود

را باید بررسی کنید. نهایتاً، باید بررسی کنید که آیا تبیین جایگزین بهتری (عواملی غیر از مواد یا دارو) برای این الگوی بالینی وجود دارد.

- باید بررسی کنید که آیا رابطه‌ی زمانی بین مصرف دارو یا مواد و شروع یا تداوم آسیب‌شناسی وجود دارد. احتمالاً بهترین راه برای ارزیابی روابط سبب‌شناسی بین مصرف دارو یا مواد و نشانه‌های روان‌پزشکی مشخص کردن این است که قبلاً در یک دوره‌ی زمانی خاصی نشانه‌های روان‌پزشکی در خارج از بافت مصرف دارو یا مواد وجود داشته‌اند (هرچند که باز جای خطا وجود دارد). در حالت‌های شدید این قاعده نسبتاً سر راست است. اگر شروع آسیب‌شناسی آشکارا بر شروع مصرف مواد یا دارو تقدم داشته باشد، این احتمال وجود دارد که بیماری روان‌پزشکی بدون دلیل مواد یا داروی اولیه و مصرف مواد ثانویه است (به‌عنوان شکلی از خوددرمانی) یا اینکه با هم ارتباطی نداشته باشند. برعکس، اگر شروع مصرف مواد یا دارو آشکارا تقدم نزدیکی بر آسیب‌شناسی داشته باشد، احتمال بیشتری برای اختلال ناشی از مواد می‌رود. متأسفانه این تفکیک به‌ظاهر ساده در عمل ممکن است دشوار باشد زیرا شروع مصرف مواد و آسیب‌شناسی ممکن است کم‌وبیش هم‌زمان باشد، یا اینکه بازسازی درون‌نگرانه آنها غیر ممکن باشد. در چنین موقعیت‌هایی شما مجبورید بر این جنبه تأکید کنید که زمانی که فرد برای مدت طولانی مصرف مواد یا دارو نداشته است برای نشانه‌های روان‌پزشکی او چه اتفاقی روی داده است. نشانه‌های روان‌پزشکی که در بافت مسمومیت یا ترک مواد و مصرف دارو روی می‌دهند در نتیجه تأثیر مواد بر سیستم انتقال‌دهنده عصبی به وجود می‌آیند. زمانی که این تأثیرات حذف شوند (در دوره پاک‌ی بعد از مرحله ترک)، نشانه‌ها باید خودبه‌خود محو شوند. استمرار نشانه‌های روان‌پزشکی در یک دوره‌ی زمانی معنادار که فراتر از دوره مسمومیت یا ترک باشد، نشان می‌دهد که آسیب‌شناسی اولیه است و ناشی از مصرف مواد نیست. استثنایی برای این قاعده اختلال عصبی‌شناختی خفیف یا اساسی ناشی از مواد یا دارو و اختلال ادراکی پایدار ناشی از توهم‌زها است. در اختلال عصبی‌شناختی بر اساس تعریف نشانه‌های شناختی باید بعد از مسمومیت حاد یا ترک و یا قطع مصرف دارو تداوم داشته باشند. اما در اختلال ادراکی پایدار ناشی از توهم‌زها، یک یا چند نشانه ادراکی که در زمان مسمومیت با توهم‌زها به‌وسیله فرد تجربه می‌شود (مانند؛ توهم‌های هندسی، جرقه‌های رنگی، زنجیره تصاویر اشیای متحرک، هاله دور اشیاء) بعداً نیز تجربه مجدد می‌شود.

- ملاک‌های DSM-5 برای تابلوی ناشی از مواد یا دارو بیان می‌کند که اگر نشانه‌های روان‌پزشکی در طول یک ماه پس از مسمومیت حاد، ترک و قطع مصرف دارو کاهش یابند، تحت تأثیر

مصرف مواد هستند. با این وجود باید متذکر شد که نیاز به انتظار در یک دوره زمانی ۱ ماه برای تشخیص یک اختلال روان‌پزشکی اولیه رهنمودی است که تنها باید همراه با قضاوت بالینی به کار رود و تحت تأثیر موقعیت درمانی است. در واقع برای اجتناب از مثبت‌ها یا منفی‌های کاذب برای تابلوهای ناشی از مواد یا دارو استفاده از دوره‌های زمانی کوتاه‌تر یا طولانی‌تر منطقی به نظر می‌رسد. برخی از متخصصان بالینی به خصوص کسانی که در مراکز درمانی مصرف مواد کار می‌کنند در مورد احتمال تشخیص غلط مشکلات ناشی از مواد یا دارو به عنوان اختلال روانی اولیه که ناشی از مصرف مواد نیست، نگران هستند. بنابراین این متخصصان یک دوره ۶-۸ هفته‌ای پاک‌ی را قبل از اینکه تشخیص اختلال روانی اولیه را در نظر بگیرند لحاظ می‌کنند. از سوی دیگر افرادی که عمدتاً در مراکز روان‌پزشکی کار می‌کنند از این نگران‌اند که با توجه به مصرف گسترده مواد در بین بیماران مراکز بالینی، ممکن است چنین دوره انتظار طولانی مدتی غیر کاربردی باشد و منجر به تشخیص بیشتر اختلال‌های ناشی از مواد و تشخیص کمتر اختلال‌های روانی اولیه گردد. علاوه بر این، باید به خاطر داشت که یک چارچوب زمانی ۱ ماهه در مورد طیف گسترده‌ای از مواد یا داروها با ویژگی‌های فارموکوتیک متفاوت و آسیب‌شناسی مختلف ناشی از آن به کار می‌رود. بنابراین، چارچوب زمانی باید به طور انعطاف‌پذیری بکار رود و گستردگی، طول مدت و ماهیت مصرف مواد یا دارو باید در نظر گرفته شود.

- بعضی مواقع مشخص کردن اینکه آیا نشانه‌های روان‌پزشکی قبلاً در یک دوره زمانی خارج از دوره‌های مصرف مواد روی داده است، به سادگی ممکن نیست. این امر ممکن است در مواجهه با موقعیتی روی دهد که بیمار چنان گزارشگر ضعیفی است که اجازه تفکیک دقیق روابط زمانی گذشته را نمی‌دهد. علاوه بر این، مصرف مواد و نشانه‌های روان‌پزشکی می‌توانند در محدوده زمانی یکسانی شروع شوند (اغلب در نوجوانی) و هر دو می‌توانند کم‌وبیش مزمن و پیوسته شوند. در چنین موقعیت‌هایی ممکن است لازم باشد بیمار را در طول دوره فعلی پاک‌ی از مواد یا توقف داروهایی که باعث نشانه‌های روان‌پزشکی می‌شوند، ارزیابی کنیم. اگر نشانه‌های روان‌پزشکی در غیاب مصرف مواد یا دارو ادامه یابند پس اختلال روان‌پزشکی را می‌توان به عنوان اولیه در نظر گرفت و اگر نشانه‌ها در طول دوره پاک‌ی کاهش یابند، مصرف مواد احتمالاً اولیه است. درک این مطلب مهم است که این قضاوت تنها پس از انتظار کافی برای سپری شدن دوره‌های خاص مواد صورت می‌گیرد، طوری که این اطمینان به وجود آید که

نشانه‌های روان‌پزشکی پیامد ترک مواد نیستند. به‌طور ایده‌آل، بهترین مکان برای ایجاد این تمایز بیمارستان است، جایی که دسترسی بیمار به مواد را می‌توان کنترل کرد و نشانه‌های روان‌پزشکی بیمار را می‌توان به‌طور دوره‌ای ارزیابی کرد. البته اغلب غیرممکن است که در یک دوره بستری کردن کوتاه‌مدت بیمار را برای ۴ هفته در یک محیط تقریباً کنترل شده مشاهده کرد. بنابراین این قضاوت‌ها باید بر مبنای مشاهداتی با کنترل محدود باشد و در مورد اطمینان متخصصان بالینی از درستی تشخیص باید احتیاط بیشتری کرد.

- برای تعیین احتمال این‌که الگوی مصرف مواد یا دارو می‌تواند مسئول نشانه‌ها باشد متخصصان بالینی همچنین باید بررسی کنند که آیا ماهیت، میزان و طول مدت مصرف مواد یا دارو با ایجاد نشانه‌های روان‌پزشکی مشاهده شده هم‌خوانی دارد. تنها یکسری از مواد و داروها که به‌خوبی شناخته شده‌اند به لحاظ علت و معلولی با نشانه‌های روان‌پزشکی خاصی مرتبط دانسته شده‌اند. علاوه‌براین میزان مصرف مواد یا دارو و طول مدت مصرف آن باید بیش از آستانه خاصی باشد، تا این‌که به‌عنوان علت نشانه‌های روان‌پزشکی در نظر گرفته شود. به‌عنوان مثال، خلق افسرده شدید و پایدار به‌دنبال مصرف کوکائین در یک دوره مجزا و به مقدار کم احتمالاً نباید به مصرف کوکائین نسبت داده شود، حتی اگر خلق افسرده در دوره‌هایی با ترک کوکائین همراه بوده باشد. مشابه این مورد مصرف حشیش در دوزهای متوسط به‌ندرت منجر به نشانه‌های سایکوتیک پایدار می‌شود. در افرادی که مصرف‌کننده منظم مواد هستند تغییرات چشمگیر در مقدار ماده مصرفی (افزایش یا کاهش شدید مقدار مصرف نشانه‌های ترک را راه می‌اندازد) ممکن است در برخی موارد باعث ایجاد نشانه‌های روان‌پزشکی گردند.
- متخصصان بالینی همچنین باید نقش عوامل دیگری که نشان می‌دهند نشانه‌ها در اثر مواد یا دارو ایجاد نشده‌اند را در نظر بگیرند. این عوامل شامل؛ تاریخچه بسیاری از دوره‌های مشابهی است که با مصرف مواد یا دارو مرتبط نیست، تاریخچه خانوادگی قوی در مورد اختلال اولیه خاص یا وجود معاینات جسمانی و یافته‌های آزمایشگاهی است که نشان می‌دهد بیماری طبی عمومی ممکن است در ایجاد اختلال نقش داشته باشند. بررسی عوامل دیگری غیر از مصرف مواد به‌عنوان علت نشانه‌های روان‌پزشکی نیازمند قضاوت بالینی مناسب (و اغلب منتظر ماندن و مشاهده کردن) برای وزن دادن به احتمال‌های مربوط به این موقعیت است. به‌عنوان مثال، فردی که بار خانوادگی بالایی برای اختلال‌های اضطرابی دارد و حملات پانیک ناشی از کوکائین را نیز تجربه می‌کند لزوماً نمی‌توان گفت گواهی بر وجود اختلال پانیک اولیه است.

۲. در برخی موارد مصرف مواد می‌تواند پیامد یا ویژگی همراه با (به جای علت بودن) نشانه‌شناسی روان‌پزشکی باشد. در نظر گرفتن مصرف مواد به‌عنوان شکلی از خوددرمانی برای بیماری روان‌پزشکی غیر عادی نیست. به‌عنوان مثال، فردی که اختلال اضطرابی اولیه دارد ممکن است که از الکل به‌طور افراطی به خاطر تأثیرات آرام‌بخش و ضد اضطرابی آن استفاده کند. یکی از تلویحات جالب مصرف مواد به‌منظور خوددرمانی این است که افرادی که اختلال‌های روان‌پزشکی خاصی دارند اغلب طبقه خاصی از مواد را انتخاب می‌کنند. به‌عنوان مثال، بیمارانی که نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی را دارند اغلب داروهای محرک و بیمارانی که اختلال اضطرابی دارند اغلب آرام‌بخش‌های سیستم عصبی مرکزی را ترجیح می‌دهند. تمایز اصلی اختلال روان‌پزشکی اولیه با مصرف مواد ثانویه در این است که اختلال روان‌پزشکی اولیه زودتر روی می‌دهد یا در دوره زمانی از زندگی فرد که هنوز مصرف مواد نداشته وجود داشته است. در بسیاری از موقعیت‌های کلاسیک، یک دوره همبودی نشانه‌های روان‌پزشکی و مصرف مواد به‌دنبال دوره‌ای همراه با نشانه‌های روان‌پزشکی در غیاب مصرف مواد روی می‌دهد. برای مثال، فردی که اخیراً ۵ ماه مصرف سنگین الکل و نشانه‌های افسردگی داشته، ممکن است شروع مصرف الکل را در اواسط دوره افسردگی گزارش کند، یا شاید به‌عنوان راهی برای مقابله با بی‌خوابی از آن استفاده کرده است. واضح است که اعتبار این قضاوت مبتنی بر صحت گزارش‌های گذشته‌نگر بیمار است. از آنجاکه چنین اطلاعاتی تا حدودی مورد تردید هستند، کسب اطلاعات از دیگر منابع اطلاعاتی (مثل اعضای خانواده) یا مرور مستندات گذشته که وقوع نشانه‌های روان‌پزشکی را در غیاب مصرف مواد ثبت کرده‌اند، ممکن است سودمند باشد.

۳. در موارد دیگری هم اختلال روان‌پزشکی و هم مصرف مواد می‌توانند بدون اینکه با هم مرتبط باشند، مستقل از یکدیگر شروع شوند. به‌خاطر شیوع بالای اختلال‌های روان‌پزشکی و اختلال‌های مصرف مواد، انتظار می‌رود که برخی از بیماران هر دو بیماری را مستقل از همدیگر داشته باشند (گرچه ممکن است برخی عوامل زیربنایی مشترک زمینه‌سازی برای هر دو اختلال مصرف مواد و اختلال روان‌پزشکی باشند). با این وجود حتی اگر این اختلال‌ها مستقل از هم شروع شده باشند، هر دو اختلال ممکن است همدیگر را تشدید کنند و درمان را پیچیده کنند. این ارتباط مستقل ضرورتاً با در نظر گرفتن ملاک‌های خروج تشخیص داده می‌شود. زمانی که با بیماری مواجه می‌شوید که هم نشانه‌های روان‌پزشکی و هم مصرف مواد را دارد، شما باید نخست اختلالی را که باعث دیگری شده است کنار بگذارید. رابطه علی زمانی وجود ندارد که دوره‌های نشانه‌های

روان‌پزشکی در غیاب مصرف مواد یا مصرف مواد بدون ارتباط با نشانه‌های روان‌پزشکی روی دهد.

زمانی که تابلوی روان‌پزشکی را ناشی از تأثیر مستقیم مواد می‌دانید باید مشخص کنید که کدام یک از اختلال‌های ناشی از مواد DSM-5 این تابلوی بالینی را بهتر توصیف می‌کند. DSM-5 تعدادی از اختلال‌های روانی ناشی از مواد یا دارو را که با مسمومیت و ترک مواد همراه هستند لحاظ کرده است. لطفاً به «درخت تصمیم‌گیری ۲.۲۶ برای مصرف افراطی مواد» در فصل دوم، برای درگیر شدن در گام‌هایی جهت این تمایز مراجعه کنید.

### گام ۳: رد اختلال ناشی از بیماری طبی عمومی

پس از رد سبب‌شناسی ناشی از مواد یا دارو، گام بعدی مشخص کردن این است که آیا نشانه‌های روان‌پزشکی ناشی از بیماری طبی عمومی هستند. این گام و گام قبلی در تشخیص افتراقی قبلاً در روان‌پزشکی با عنوان «رد علل ارگانیک» در نظر گرفته می‌شدند و از متخصصان بالینی خواسته می‌شد که ابتدا علل «جسمی» نشانه‌شناسی روان‌پزشکی را بررسی و رد کنند. با وجود اینکه DSM به دلیل دوگانه‌نگری ذهن-بدنی که به‌طور ضمنی در کلماتی مانند «ارگانیک»، «جسمی» و «کارکردی» وجود دارد از این واژه‌ها استفاده نمی‌کند اما نیاز به رد مصرف مواد و بیماری‌های طبی عمومی به‌عنوان علل اختصاصی نشانه‌شناسی روان‌پزشکی همچنان به‌ضرورت خود باقی مانده است. به دلایل مشابه‌ای، در DSM از کاربرد اصطلاح «ناشی از بیماری طبی» اجتناب می‌شود زیرا معنای تلویحی آن این است که نشانه‌شناسی روان‌پزشکی و اختلال‌های روانی از مفهوم «بیماری طبی» جدا و متمایز هستند. در واقع از دیدگاه طبقه‌بندی بیماری، اختلال‌های روان‌پزشکی تنها فصلی از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) را تشکیل می‌دهند، همان‌طور که بیماری‌های عفونی، بیماری‌های نورولوژیکی و سایر بیماری‌ها هر یک بخشی از این کتاب را تشکیل می‌دهند. زمانی که از اصطلاح «ناشی از بیماری طبی» استفاده می‌شود معنای واقعی آن این است که این نشانه‌ها ناشی از یک بیماری طبی هستند که در خارج از فصل اختلال‌های روانی ICD طبقه‌بندی شده‌اند، در واقع یک بیماری طبی غیر روان‌پزشکی. بنابراین در این کتاب و در DSM-5 قیدهایی از قبیل یکی دیگر، دیگر، عمومی به اصطلاح «بیماری طبی» افزوده شده است. این کار به‌منظور مشخص کردن این موضع است که بیماری مسبب، همانند یک اختلال روانی، اختلالی طبی است اما از بیماری‌های طبی روان‌پزشکی به‌واسطه غیر روان‌پزشکی بودن متمایز می‌شود. از لحاظ تشخیص افتراقی، رد سبب‌شناسی طبی عمومی یکی از مهم‌ترین و دشوارترین تمایزها در تشخیص روان‌پزشکی است. این اهمیت بالا به این خاطر است که بسیاری از افرادی که

بیماری‌های طبی عمومی دارند، نشانه‌های روان‌پزشکی را نیز دارند که از این بیماری نشأت گرفته و بیماری طبی عمومی آنها را پیچیده‌تر می‌کند. همچنین بسیاری از افراد دارای نشانه‌های روان‌پزشکی بیماری طبی عمومی زیربنایی را دارا هستند. تلویحات درمانی این گام تشخیص افتراقی نیز زیاد است. شناسایی و درمان مناسب بیماری طبی عمومی زیربنایی به‌خاطر اجتناب از پیچیدگی‌های پزشکی و کاهش نشانه‌های روان‌پزشکی از اهمیت بالایی برخوردار است.

**این تشخیص افتراقی بنا به دلایل زیر می‌تواند دشوار باشد: (۱)** نشانه‌های برخی از بیماری‌های روان‌پزشکی و بیماری‌های طبی عمومی می‌تواند مشابه باشد (برای مثال، نشانه‌های کاهش وزن و خستگی می‌تواند ناشی از افسردگی، اختلال اضطرابی و یا بیماری طبی عمومی باشد)، (۲) گاهی نشانه‌های اولیه یک بیماری طبی عمومی روان‌پزشکی هستند (مثلاً، افسردگی پیش از دیگر نشانه‌ها در سرطان لوزالمعده یا تومور مغز)، (۳) رابطه بین بیماری طبی عمومی و نشانه‌های روان‌پزشکی ممکن است پیچیده باشد (برای مثال، افسردگی یا اضطراب به‌عنوان واکنش روان‌شناختی به بیماری طبی یا برعکس بیماری طبی عمومی که از طریق تأثیر مستقیم بر سیستم عصبی مرکزی منجر به افسردگی و اضطراب شده است) و (۴) بیماران اغلب در مراکز دیده می‌شوند که برای شناسایی و درمان اختلال‌های روانی آمادگی دارند و متخصصان این مراکز کمتر انتظار می‌رود با تشخیص بیماری‌های طبی عمومی آشنایی داشته باشند.

در واقع، هر نوع تابلوی روان‌پزشکی می‌تواند به‌وسیله تأثیر مستقیم یک بیماری طبی عمومی به‌وجود آید و در DSM-5 این موارد به‌عنوان بیماری روانی ناشی از بیماری طبی دیگری شناخته می‌شود (برای مثال، اختلال خلقی ناشی از کم‌کاری تیروئید). اگر بیمار در بیمارستان عمومی یا مراکز مراقبتی اولیه باشد نقش سبب‌شناسی بیماری طبی عمومی خیلی مورد تردید نیست. چالش تشخیصی واقعی در مراکز سلامت روان روی می‌دهد که نسبت پایه بیماری‌های طبی عمومی خیلی پایین است اما از اهمیت بالایی برخوردار است. انجام تست غربالگری بر روی هر بیمار نیز غیر ممکن (و مقرون‌به‌صرفه نیست) است. متخصص بالینی باید کسب تاریخچه، معاینات جسمی و تست‌های آزمایشگاهی را در جهت تشخیص بیماری‌های طبی عمومی معطوف کند که بیشتر با آنها مواجه می‌شود و احتمال بیشتری می‌رود که مسئول نشانه‌های روان‌پزشکی باشند (مثلاً؛ تست‌های کارکرد تیروئید برای افسردگی، تصویربرداری مغزی برای نشانه‌های روان‌پریشی دیر آغان).

زمانی که وجود بیماری طبی عمومی تصدیق شد، گام بعدی مشخص کردن روابط سبب‌شناسی آن با نشانه‌های روان‌پزشکی است. این ارتباط ممکن است که به شکل ۵ باشد:

۱) بیماری طبی عمومی از طریق تأثیر مستقیم فیزیولوژیکی بر مغز باعث نشانه‌های روان‌پزشکی می‌شود. ۲) بیماری طبی عمومی از طریق مکانیسم‌های روان‌شناختی باعث نشانه‌های روان‌پزشکی می‌شود (برای مثال، نشانه‌های افسردگی در پاسخ به تشخیص سرطان که به‌صورت اختلال افسردگی اساسی یا اختلال سازگاری تشخیص داده می‌شود)، ۳) مصرف دارو برای بیماری طبی عمومی، باعث نشانه‌های روان‌پزشکی شده است (به گام ۲ «رد سبب‌شناسی مواد» در همین فصل مراجعه کنید)، ۴) نشانه‌های روان‌پزشکی باعث بیماری طبی عمومی شده یا باعث وخیم‌تر شدن آنها می‌شوند (در چنین موردی تشخیص عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر بیماری طبی دیگر ممکن است لازم باشد)، ۵) نشانه‌های روان‌پزشکی و بیماری طبی عمومی با هم روی داده‌اند (مثلاً، فشار خون و اسکیزوفرنی).

با این وجود، در عمل چندین مورد از این روابط ممکن است همزمان با سبب‌شناسی چند عاملی روی دهند. برای مثال، بیماری که دچار سکتته شده و با داروهای ضد فشار خون درمان می‌شود ممکن است به علت ترکیبی از عوامل از جمله؛ تأثیر مستقیم سکتته بر مغز، واکنش روان‌شناختی به فلج ناشی از آن و عوارض جانبی داروی ضد فشار خون دچار افسردگی شود.

**چندین سرخ وجود دارد که نشان می‌دهد آسیب‌شناسی روانی به وسیله تأثیر فیزیولوژیکی مستقیم یک بیماری طبی عمومی به وجود آمده است.** متأسفانه، هیچ‌یک از این موارد مصون از خطا نیست و قضاوت بالینی معمولاً برای به‌کار بردن آنها لازم است.

- نخستین سرخ شامل ماهیت رابطه زمانی بین آنها است: آیا نشانه‌های روان‌پزشکی به دنبال آغاز بیماری طبی عمومی شروع شده است، با شدت یافتن بیماری طبی عمومی تشدید شده و زمانی که بیماری طبی عمومی برطرف شده، حذف شده‌اند؟ زمانی که تمامی این روابط به اثبات رسید می‌توان گفت که بیماری طبی عمومی باعث نشانه‌های روان‌پزشکی شده است. با این وجود، چنین سرخی یک رابطه فیزیولوژیکی را نمی‌توان برقرار کرد (تغییر همزمان موقتی می‌تواند به دلیل واکنش‌های روان‌شناختی به شرایط طبی عمومی به وجود بیاید). همچنین، گاهی اوقات رابطه همزمان بین این موارد، شاخص مناسبی برای سبب‌شناسی زیر بنایی نیست. برای مثال، نشانه‌های روان‌پزشکی ممکن است پیش‌آهنگ یک بیماری طبی عمومی باشند و ماه‌ها و سال‌ها بر دیگر تظاهرات تقدم داشته باشند. برعکس آن، ممکن است که نشانه‌های روان‌پزشکی به دنبال بیماری طبی عمومی ماه‌ها و سال‌ها بعد ظاهر و تداوم یابند (برای نمونه؛ افسردگی در بیماری پارکینسون).

- سرخ دوم برای اینکه بیماری طبی عمومی در تشخیص افتراقی بررسی شود این است که تابلوی روان‌پزشکی بیماری بر اساس الگوی نشانه‌ها، سن شروع یا سیر آن غیر معمول است.