

فهرست

۷	مقدمه
۸	مقدمه DSM-5
۱۱	فصل ۱ اختلال‌های رشدی عصبی
۷۵	فصل ۲ اختلال طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های روان‌پریشانه
۱۰۱	فصل ۳ اختلال دوقطبی و سایر اختلال‌های مرتبط
۱۱۵	فصل ۴ اختلال‌های افسردگی
۱۴۳	فصل ۵ اختلال‌های اضطرابی
۱۶۳	فصل ۶ اختلال وسواسی - جبری و اختلال‌های مرتبط
۱۷۹	فصل ۷ اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زا
۲۰۵	فصل ۸ اختلال‌های تجزیه‌ای
۲۱۵	فصل ۹ اختلال علائم جسمی و اختلال‌های مرتبط
۲۳۵	فصل ۱۰ اختلال‌های تغذیه و خوردن
۲۴۷	فصل ۱۱ اختلالات دفعی
۲۵۷	فصل ۱۲ اختلال‌های خواب - بیداری
۲۸۱	فصل ۱۳ کژکاری‌های جنسی
۲۹۳	فصل ۱۴ نارضایتی جنسیتی (gender dysphoria)
۲۹۹	فصل ۱۵ اختلال‌های ایدایی، کنترل تکانه و سلوک
۳۲۱	فصل ۱۶ اختلال‌های اعتیادی و مرتبط با مواد
۳۵۳	فصل ۱۷ اختلال‌های عصبی شناختی
۳۷۷	فصل ۱۸ اختلال‌های شخصیت
۳۹۷	فصل ۱۹ اختلال‌های پارافیلیک
۴۰۵	فصل ۲۰ معیارهای ارزیابی (بخش سوم DSM-5)

فصل ۲۱ صورت‌بندی فرهنگی (DSM-5 بخش III) و فهرست مفاهیم فرهنگی ناراحتی	
ضمیمهٔ DSM-5	۴۱۳
فصل ۲۲ مدل جایگزین DSM-5 برای اختلال‌های شخصیت (DSM-5 بخش III)	۴۲۵
فصل ۲۳ فهرست اصطلاحات فنی (ضمیمهٔ DSM-5)	۴۳۵

مقدمه مترجم

دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) تلاشی است از سوی انجمن روان‌پزشکان آمریکا برای یک‌دست کردن نظام تشخیصی بالینگران حوزه بهداشت روان و تابه‌حال پنج ویرایش آن منتشر شده است. این دستنامه با ویرایش‌های پیاپی در ۶۰ سال گذشته، در تلاش بوده که تعریفی عملیاتی و مستقل از نظرات فرد ارزیاب ارائه نماید و این نظام طبقه‌بندی به تدریج به یک مرجع استاندارد اقدامات بالینی در زمینه بهداشت روان تبدیل شده است. از آنجاکه توصیف دقیق فرایندهای زمینه‌ای آسیب‌شناختی بیشتر اختلالات روانی امکان‌پذیر نیست، باید بر این نکته تأکید نمود که ملاک‌های تشخیصی فعلی بهترین توصیف موجود در مورد نحوه بروز و تشخیص‌گذاری اختلالات روانی توسط بالینگران آموزش دیده است. DSM مورد استفاده بالینگران و پژوهشگران زیادی با دیدگاه‌های مختلف (زیستی، روان‌پویشی، شناختی، رفتاری، بین‌فردی، خانواده / سیستم‌ها) است که همه آنها تلاش می‌کنند برای انتقال ویژگی‌های اساسی بیماران‌شان به یک زبان مشترک دست یابند. اطلاعات و یافته‌ها برای تمام متخصصینی که با جنبه‌های مختلف بهداشت روان سروکار دارند. ملاک‌های تشخیصی موجز و صریح هستند و هدف از ارائه آنها تسهیل ارزیابی عینی تظاهرات علائم در محیط‌های مختلف بالینی - بستری، سرپایی، بیمارستان روزانه، روان‌پزشکی رابط - مشاور، مطب‌های خصوصی، و مراقبت‌های اولیه و نیز مطالعات همه‌گیرشناختی اختلالات روانی جمعیت عمومی است. درعین‌حال DSM-5 ابزاری است در جهت گردآوری و ارائه آمارهای صحیح بهداشت عمومی در زمینه میزان‌های هم‌ابتلائی و مرگ‌ومیر اختلالات روانی. نهایتاً ملاک‌های تشخیصی و متون مربوطه به‌عنوان یک درس‌نامه عمل می‌کنند که برای دانشجویانی که در ابتدای دوره حرفه‌ای برای فهم و تشخیص اختلالات روانی نیاز به شیوه‌ای ساختار یافته دارند و نیز برای متخصصینی که برای اولین بار به یک اختلال نادر برمی‌خورند، کمک شایانی می‌کنند.

هرچند انتقاداتی به این نظام طبقه‌بندی وارد شده است اما رشته روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی بدون تعریفی عملیاتی از موضوعات مورد مطالعه این حوزه، در دنیای امروز به‌سرعت جایگاه خود را از دست خواهند داد و انجام پژوهش‌های نظام‌دار در زمینه اثربخشی داروها و مداخلات درمانی دیگر غیر ممکن خواهد شد.

کتاب حاضر مجموعه سوالات چهار گزینه‌ای مربوط به DSM-5 است که مطالعه آن به کلیه دانشجویان پزشکی، روان‌شناسی بالینی و دستیاران روان‌پزشکی به منظور آمادگی برای آزمون‌های آسیب‌شناسی روانی و آزمون‌های ارتقا و مورد روان‌پزشکی توصیه می‌شود.

دکتر فرزین رضاعی
دانشیار روان‌پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی کردستان

مقدمه DSM-5

- ۱-۱ DSM-IV از یک سیستم تشخیصی چند محوری استفاده می‌کرد. کدام یک از عبارات‌های زیر بهترین توصیف از سیستم چند محوری در DSM-5 است؟
- (ا) DSM-5 یک سیستم چند محوری متفاوت دارد.
- (ب) سیستم چند محوری DSM-IV در DSM-5 حفظ شده است.
- (ج) در DSM-5 از مستندسازی تشخیصی غیر محوری استفاده می‌شود.
- (د) محور I (اختلالات بالینی) و محور II (اختلال‌های شخصیت) در DSM-5 حفظ شده است.
- (ه) محور IV (مشکلات روانی اجتماعی و محیطی) و محور V (ارزیابی کلی عملکرد) در DSM-5 حفظ شده است.

پاسخ (ج) درست است. در DSM-5 از مستندسازی تشخیصی غیر محوری استفاده می‌شود.

توضیح: علی‌رغم استفاده وسیع و پذیرش آن توسط نهادهای دولتی و بیمه، در DSM-IV سیستم چند محوری برای گذاشتن تشخیص یک اختلال روانی لازم نبود. به همین جهت DSM-5 به سمت مستندسازی تشخیصی غیر محوری (که قبلاً در محورهای I، II و III قرار داشتند)، توأم با یادداشت‌های جداگانه عوامل روانی اجتماعی و بافتاری (که قبلاً در محور IV ذکر می‌شد) و ناتوانی (که قبلاً در محور V ذکر می‌شد) تغییر کرده است. این رویکرد که تشخیص اختلال به صورت جداگانه نسبت به عوامل روانی اجتماعی و بافتاری ذکر شود، با راهنمای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) که توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) ارائه شده است، مطابقت دارد، زیرا در سیستم ICD نیز وضعیت عملکرد فرد از وضعیت علائم یا تشخیص وی جدا در نظر گرفته می‌شود. در DSM-5 محور III با محورهای I و II ترکیب شده است و بالینگران باید لیست بیماری‌های طبی را که در درک و معالجه اختلال (یا اختلال‌های) روانی فرد اهمیت دارند، در ادامه تشخیص خود ذکر کنند.

مراجعه به سیستم چند محوری

- ۱-۲ درست یا غلط: مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) (محور V در DSM-IV) در DSM-5 به‌عنوان یک طبقه مجزا که باید کدگذاری شود، باقی مانده است.

ا درست
ب غلط

پاسخ (ب) درست است.

توضیح: محور V در DSM-IV شامل مقیاس GAF بود که بیانگر قضاوت بالینگر در مورد سطح کلی « عملکرد فرد روی یک طیف فرضی سلامتی تا ناخوشی روانی » بود. به دلایل متعدد از جمله عدم شفافیت مفهومی (یعنی استفاده از علائم، خطر خودکشی و کم‌توانی‌ها در عبارتهای توصیفی) و روان‌سنجی قابل تردید آن در طبابت معمول، توصیه شد که GAF در DSM-5 حذف شود.

مراجعه به سیستم چند محوری

۱-۳ برای افزایش ویژگی (specificity) تشخیصی، در DSM-5 عنوان قبلی " به گونه دیگر مشخص نشده" (NOS) با دو گزینه دیگر برای کاربرد بالینی جایگزین شده است که عبارت‌اند از: سایر اختلالات معین و [اختلال] نامعین. کدام یک از عبارتهای زیر در مورد عنوان " نامعین" درست است؟

ا) عنوان نامعین زمانی به کار می‌رود که بالینگر تصمیم می‌گیرد دلیل عدم احراز ملاک‌های یک اختلال اختصاصی را مشخص نکند.

ب) عنوان نامعین زمانی به کار می‌رود که هیچ‌یک از سایر اختلالات معین موجود نباشد (مثلاً افسردگی راجعه گذرا یا بی‌زاری جنسی)

ج) عنوان نامعین زمانی به کار می‌رود که بیمار کمتر از سه علامت از هریک از اختلال‌های شناخته شده موجود در طبقه تشخیصی را داشته باشد.

د) عنوان نامعین زمانی به کار می‌رود که بیمار علائم اختلال‌های موجود در دو یا چند طبقه تشخیصی را داشته باشد.

ه) عنوان نامعین زمانی به کار می‌رود که بالینگر معتقد است اختلال موجود ماهیت موقت دارد.

پاسخ (ا) درست است. عنوان نامعین زمانی به کار می‌رود که بالینگر تصمیم می‌گیرد دلیل عدم احراز ملاک‌های یک اختلال اختصاصی را مشخص نکند.

توضیح: DSM-5 برای افزایش اختصاصی بودن تشخیصی، دو گزینه جدید را برای کاربرد

بالینی جایگزین عنوان قبلی NOS کرده است. این دو انتخاب عبارت‌اند از: سایر اختلالات معین و اختلال نامعین. طبقه‌های سایر اختلالات معین زمانی به کار می‌رود که ملاک‌های تشخیصی برای هر یک از دسته‌های خاص موجود در طبقه تشخیصی، وجود ندارد و بالینگر خواهد دلیل خاص عدم مطابقت تظاهرات موجود را با ملاک‌های یک طبقه مخصوص درون یک خانواده تشخیص ذکر کند. برای این منظور نام طبقه خاص تشخیصی ذکر می‌شود و به دنبال آن دلیل خاص موردنظر ذکر می‌شود. به طور مثال برای بیماری که بیش از ۴ هفته علائم افسردگی قابل توجه دارد و تعداد علائم وی کمتر از آستانه تشخیصی برای دوره افسردگی اساسی است، گزارش بالینگر به صورت "سایر اختلالات افسردگی معین، دوره افسردگی با علائم ناکافی" خواهد بود. اما اگر بالینگر نخواهد دلیل عدم احراز ملاک‌های تشخیصی را مشخص کند، تشخیص وی "اختلال افسردگی نامعین" خواهد شد. توجه داشته باشید که استفاده از دو اصطلاح اختلال نامعین و سایر اختلالات معین بستگی به تصمیم بالینگر دارد و این موضوع حداکثر انعطاف‌پذیری را برای وی فراهم می‌کند. بالینگران مجبور نیستند که بر اساس برخی از ویژگی‌های تظاهرات بالینی اختلال، تشخیص‌های اختلال نامعین و سایر اختلالات معین را از یکدیگر متمایز کنند. وقتی که بالینگر شواهدی برای مشخص کردن ماهیت تظاهرات بالینی دارد، می‌تواند تشخیص سایر اختلالات معین را ذکر کند. اما اگر بالینگر قادر به تشخیص و توصیف تظاهرات بالینی ناخوشی نیست، می‌تواند تشخیص نامعین را به کار ببرد. بنابراین کاربرد این دو عنوان کاملاً بر اساس قضاوت بالینگر است.

مراجعه به مبحث کاربرد سایر اختلالات معین و اختلال نامعین

فصل ۱

اختلال‌های رشدی عصبی

۱-۱ کدام یک از موارد زیر برای گذاشتن تشخیص کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) در 5- DSM لازم نیست؟

- ا) بهره هوشی فرد بر اساس مقیاس کامل زیر ۷۰ باشد.
- ب) وجود نقایصی در عملکردهای هوشی که با یک ارزیابی بالینی اثبات شده باشد.
- ج) وجود نقایصی در عملکرد انطباقی که موجب عدم دستیابی به استانداردهای رشدی و اجتماعی فرهنگی موردنیاز برای استقلال فردی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی می‌شود.
- د) علائم طی دوره رشد فرد شروع شده باشد.
- ه) وجود نقایصی در عملکردهای هوشی که توسط آزمون‌های هوشی استاندارد خاص فرد اثبات شده باشد.

پاسخ (أ) درست است: بهره هوشی فرد بر اساس مقیاس کامل زیر ۷۰ باشد.

توضیح: ویژگی‌های اساسی کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) هم به نقص هوشی فرد و هم به کمبود در عملکرد انطباقی وی مربوط است. برخلاف DSM-IV که بهره هوشی تقریبی ۷۰ یا کمتر را مشخص کرده بود، در DSM-5 برای تشخیص کم‌توانی ذهنی که قبلاً عقب‌ماندگی ذهنی نامیده می‌شد، هیچ نیازی به بهره هوش مشخص ندارد.

مراجعه به ملاک‌های تشخیصی کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) و ویژگی‌های تشخیصی

۱-۲ پسر بچه ۷ ساله‌ای که در کلاس دوم است، دچار تأخیر قابل ملاحظه‌ای در توانایی استدلال، حل مسئله و یادگیری از تجربیات خود است. مهارت‌های وی در خواندن، نوشتن و ریاضی در مدرسه رشد آهسته‌ای داشته‌اند و با وجود پیشرفت آهسته‌ای که دارد، در تمام دوره رشد، در این مهارت‌ها همیشه عقب‌تر از همسالان خود بوده است. این نقایص به شکل قابل ملاحظه‌ای

توانایی وی را در انجام بازی‌های متناسب با سن با همسالان و کسب مهارت‌های مستقل در خانه مختل کرده است. وی در طول روز به شکل مداوم در مهارت‌های پایه (لباس پوشیدن، تغذیه، شستن خود و انجام هرگونه تکلیف مدرسه) نیازمند کمک است. کدام یک از تشخیص‌های زیر با این تظاهرات هم‌خوانی بیشتری دارد؟

- ا) اختلال عمدهٔ عصبی شناختی با شروع در کودکی
- ب) اختلال یادگیری اختصاصی
- ج) کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش)
- د) اختلال ارتباط
- ه) اختلال طیف درخودماندگی

پاسخ (ج) درست است: کم‌توانی هوشی (اختلال رشدی هوش)

توضیح: کم‌توانی ذهنی عبارت است از وجود کمبودهایی در توانایی‌های ذهنی کلی فرد که موجب نقص عملکرد هوشی و انطباقی وی می‌شوند. در اختلال‌های یادگیری اختصاصی و اختلال‌های ارتباط، هیچ نقص هوشی کلی وجود ندارد. تشخیص اختلال‌های طیف درخودماندگی نیازمند وجود سابقه‌ای از "نقائص پایدار در ارتباط و تعامل اجتماعی در بافتارهای متعدد" (ملاک A) یا "وجود الگوهای محدود و تکراری از رفتار، علائق و فعالیت‌ها" (ملاک B) است. ناتوانی هوشی تحت عنوان اختلال رشدی عصبی طبقه‌بندی می‌شود و با اختلال‌های عصبی شناختی که با از دست دادن عملکرد شناختی مشخص می‌شوند، تفاوت دارند. در مورد ذکر شده در سؤال، هیچ شواهدی به نفع وجود اختلال عصبی شناختی وجود ندارد، با این حال یک اختلال عصبی شناختی عمده می‌تواند هم‌زمان با ناتوانی هوشی در یک فرد وجود داشته باشد (مثل فردی که سندرم داون دارد و دچار بیماری آلزایمر می‌شود یا فرد مبتلا به کم‌توانی ذهنی که به دنبال ضربه به سر قابلیت‌های شناختی بیشتری را از دست می‌دهد). در این موارد از هر دو تشخیص کم‌توانی ذهنی و اختلال عصبی شناختی می‌توان استفاده کرد.

مراجعه به مبحث کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) - تشخیص‌های افتراقی

۱-۳ پسر بچهٔ ۷ ساله‌ای که در کلاس دوم است، دچار تأخیر قابل ملاحظه‌ای در توانایی استدلال، حل مسئله و یادگیری از تجربیات خود است. مهارت‌های وی در خواندن، نوشتن و ریاضی در

مدرسه رشد آهسته‌ای داشته است و با وجود پیشرفت آهسته‌ای که دارد، در تمام دوره رشد، در این مهارت‌ها همیشه عقب‌تر از همسالان خود بوده است. این نقایص به شکل قابل ملاحظه‌ای توانایی وی را در انجام بازی‌های متناسب با سن با همسالان و کسب مهارت‌های مستقل در خانه مختل کرده است. وی در طول روز در مهارت‌های پایه (لباس پوشیدن، تغذیه، شستن خود و انجام هرگونه تکلیف مدرسه) دائم نیازمند کمک است. بر اساس وضعیت فعلی وی، کدام گزینه برای نشان دادن کم‌توانی ذهنی وی مناسب‌تر است؟

(ا) خفیف

(ب) متوسط

(ج) شدید

(د) عمیق

(ه) بدون نمره بهره هوشی (IQ) تعیین شدت امکان‌پذیر نیست.

پاسخ (ب) درست است: متوسط

توضیح: در رابطه با شدت اختلال، استفاده از مشخصه "متوسط" در واقع انعکاسی از مهارت‌های بیمار (که به صورت مزمن همواره عقب‌تر از همسالان وی بوده است) و نیاز وی به کمک در بیشتر فعالیت‌های روزانه است. در عین حال این واقعیت را نیز مدنظر قرار می‌دهد که وی به صورت آهسته در حال کسب این مهارت‌ها است (که بر اساس DSM-5 حد نهایی تقریبی آن تا سطح مدرسه ابتدایی است). با وجود آنکه آزمون بهره هوشی قبلاً در تشخیص کم‌توانی ذهنی اطلاعات مفیدی را در اختیار بالینگر می‌گذاشت (در طبقه‌بندی‌های قبلی DSM، انواع خفیف، متوسط، شدید و عمیق بر اساس نمرات بهره هوشی تعیین می‌شدند)، اما DSM-5 مشخص کرده است که سطوح مختلف از شدت کم‌توانی ذهنی بر اساس عملکرد انطباقی و نه نمره بهره هوشی تعیین می‌شوند. زیرا این عملکرد انطباقی فرد است که سطح حمایت فرد را تعیین می‌کند. نقایص عملکرد انطباقی نشان‌دهنده این مطلب هستند که فرد چقدر توانسته است استانداردهای جامعه برای استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی را در مقایسه با سایر افراد هم سن خود با زمینه اجتماعی فرهنگی مشابه کسب کند. عملکرد انطباقی فرد هم بر اساس ارزیابی بالینی و هم بر اساس ارزیابی‌های روان‌سنجی فردمدار متناسب با فرهنگ وی ارزیابی می‌شود.

عملکرد انطباقی شامل استدلال انطباقی در سه حوزه مفهومی، اجتماعی و عملی است.

حوزه مفهومی (تحصیلی) شامل شایستگی فرد از نظر حافظه، زبان، خواندن، نوشتن، استدلال ریاضی، کسب مهارت‌های عملی، حل مسئله و قضاوت در موقعیت‌های جدید در مقایسه با دیگران است.

حوزه اجتماعی شامل آگاهی از تفکرات، احساسات و تجربیات دیگران، همدلی با دیگران، مهارت‌های ارتباطی بین فردی، توانایی دوست شدن و قضاوت اجتماعی در مقایسه با سایر افراد است.

حوزه عملی شامل یادگیری و خودگردانی در شرایط گوناگون زندگی از جمله مراقبت شخصی، مسئولیت‌های شغلی، مدیریت پول، تفریح، رفتار خودگردانی و سازمان‌دهی وظایف مدرسه و کار در مقایسه با دیگران است.

عوامل مؤثر بر عملکرد انطباقی عبارت‌اند از: ظرفیت هوشی فرد، آموزش، انگیزه فرد، اجتماعی شدن، ویژگی‌های شخصیتی، فرصت‌های شغلی، تجربیات فرهنگی و شرایط عمومی طبی یا اختلال‌های روانی هم‌زمان

مراجعه به مبحث کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) - تشخیص‌های افتراقی

۱-۴ کدام یک از عبارت‌های زیر در مورد کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) نادرست است؟

ا) افراد مبتلا به کم‌توانی ذهنی در مقایسه با همسالان هم‌جنس خود که از یک زبان و گروه اجتماعی فرهنگی هستند، دچار کمبودهایی در توانایی‌های ذهنی کلی و ناتوانی در عملکرد انطباقی روزمره هستند.

ب) برای افراد مبتلا به کم‌توانی ذهنی، نمره بهره هوشی بر اساس مقیاس کامل (full scale) یک ارزیابی معتبر برای توانایی ذهنی کلی و عملکرد انطباقی آن‌ها است. حتی اگر نمرات زیرمجموعه‌های آزمون‌های آن‌ها فوق‌العاده پراکنده باشد.

ج) افراد دچار کم‌توانی ذهنی در اداره رفتار، هیجانات و روابط بین فردی خود و حفظ انگیزه در فرایند یادگیری مشکل دارند.

د) کم‌توانی ذهنی عموماً با بهره هوشی به اندازه دو انحراف کمتر از میانگین جمعیت عمومی، همراه است که تقریباً برابر با نمره بهره هوشی حدود ۷۰ و کمتر از آن است (± 5 نمره).

ه) در روش‌های ارزیابی کم‌توانی ذهنی باید عواملی را که ممکن است کارایی را محدود کنند، نظیر پس‌زمینه اجتماعی فرهنگی فرد، زبان مادری، اختلال‌های ارتباطی زبانی همراه و معلولیت‌های حرکتی و حسی را در نظر گرفت.

پاسخ (ب) درست است: برای افراد مبتلا به کم‌توانی ذهنی، نمره بهره هوشی بر اساس مقیاس کامل (full scale) یک ارزیابی معتبر برای توانایی ذهنی کلی و عملکرد انطباقی آنها است. حتی اگر نمرات زیرمجموعه‌های آزمونی آنها فوق‌العاده پراکنده باشد.

توضیح: نمره بهره هوشی فرد به‌تنهایی فقط یک ارزیابی تخمینی از عملکرد مفهومی وی را در اختیار ما قرار می‌دهد و به‌تنهایی برای ارزیابی تسلط فرد بر وظایف عملی و استدلال کردن در موقعیت‌های زندگی واقعی کافی نیست. وجود پراکندگی بالا در نمرات زیرمجموعه‌های آزمون بهره هوشی ممکن است موجب غیر معتبر شدن نمره کلی بهره هوشی شود. بنابراین نیم‌رخ نقاط ضعف فرد در نمرات زیرمجموعه‌های آزمون هوش، تصویر دقیق‌تری از توانایی‌های ذهنی کلی فرد را نسبت به نمره بهره هوشی بر اساس مقیاس کامل در اختیار ما قرار می‌دهد.

مراجعه به مبحث کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) - تشخیص افتراقی

۱-۵ کدام یک از عبارات‌های زیر در مورد تشخیص کم‌توانی ذهنی (اختلال تکاملی هوش) نادرست است؟

ا) فردی با بهره هوشی کمتر از ۷۰ در صورتی این تشخیص را دریافت می‌کرد که هیچ کمبودی در عملکرد انطباقی نداشت.

ب) فردی با بهره هوشی بالاتر از ۷۵، هیچ‌گاه معیار تشخیصی کم‌توانی ذهنی را نداشت، حتی اگر نقایصی در عملکرد انطباقی خود داشت.

ج) در ارزیابی پزشکی قانونی، چنانچه فرد کمبودهای شدیدی در عملکرد انطباقی خود داشت، ممکن بود اجازه گذاشتن تشخیص کم‌توانی ذهنی را حتی با بهره هوشی بالای ۷۵ نیز داشته باشد.

د) در بررسی عملکرد انطباقی باید سه زمینه عملکرد مفهومی، اجتماعی و عملی را در نظر گرفت.

ه) مشخصه‌های خفیف، متوسط، شدید و عمیق بر اساس نمره بهره هوشی تعیین می‌شوند.

پاسخ (ه) درست است: مشخصه‌های خفیف، متوسط، شدید و عمیق بر اساس نمره بهره هوشی تعیین می‌شوند.

توضیح: مشخصه‌های شدت در ملاک‌های تشخیصی کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) ذکر شده‌اند. این سطوح مختلف از شدت بر اساس عملکرد انطباقی تعیین می‌شوند و نه بر اساس بهره هوشی، زیرا این عملکرد انطباقی فرد است که سطح حمایت موردنیاز از وی را تعیین می‌کند. علاوه بر این سنجش بهره هوشی در سمت پایین طیف بهره هوشی اعتبار کمتری دارد. این شیوه از تعیین شدت، بیانگر تغییری است که در DSM-5 نسبت به DSM-IV ایجاد شده است. زیرا در DSM-IV سطوح مختلف شدت عقب‌ماندگی ذهنی بر اساس نمرات بهره هوشی تعیین می‌شد.

مراجعه به مبحث کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) - مشخصه‌ها

۱-۶ کدام یک از موارد زیر یک ویژگی تشخیصی برای کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) نیست؟

- (أ) بهره هوشی فرد بر اساس مقیاس کامل کمتر از ۷۰ باشد.
- (ب) ناتوانی در اجرای وظایف پیچیده زندگی روزمره (مثل مدیریت پول خود و تصمیم‌گیری پزشکی در مورد خود) بدون حمایت دیگران
- (ج) سادگی و ساده‌لوحی در موقعیت‌های اجتماعی و تمایل به اینکه به‌سادگی تحت امر دیگران قرار بگیرد.
- (د) فقدان مهارت‌های ارتباطی متناسب با سن برای عملکردهای اجتماعی و بین فردی
- (ه) تمام موارد بالا ویژگی‌های تشخیصی کم‌توانی ذهنی هستند.

پاسخ (أ) درست است: بهره هوشی فرد بر اساس مقیاس کامل کمتر از ۷۰ باشد.

توضیح: در DSM-5 برای گذاشتن تشخیص کم‌توانی ذهنی نیازی به وجود نمره کلی بهره هوشی زیر ۷۰ نیست. زیرا برای تشخیص نقص در عملکرد انطباقی نیز باید وجود داشته باشد. در کل، افراد مبتلا به کم‌توانی ذهنی ممکن است در قضاوت اجتماعی خود دچار اشکال باشند. فقدان مهارت‌های ارتباطی نیز ممکن است زمینه‌ساز رفتارهای ایذایی و پرخاشگری در آن‌ها شود. ارتباط، مکالمه و زبان در این افراد بیشتر عینی و نابالغ‌تر از افراد هم‌سن خودشان است. علاوه بر این خود را مقصر دانستن یکی از ویژگی‌های مهم اختلال رشدی هوش است. این

موضوع خصوصاً در موقعیت‌های قانونی اهمیت دارد و ممکن است قضاوت دیگران را تحت تأثیر قرار دهد.

مراجعه به مبحث کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) - تشخیص‌های افتراقی

۱-۷ کدام یک از عبارات‌های زیر در مورد عملکرد انطباقی در تشخیص کم‌توانی ذهنی (اختلال تکاملی هوش) درست است؟

- ا) عملکرد انطباقی به نمره بهره هوشی فرد بستگی دارد.
- ب) "نقایص عملکرد انطباقی" به معنای وجود مشکلاتی در هماهنگی‌های حرکتی است.
- ج) برای آنکه فرد ملاک B تشخیص کم‌توانی ذهنی را داشته باشد، باید حداقل در دو زمینه از عملکرد انطباقی، نقص داشته باشد.
- د) عملکرد انطباقی در کم‌توانی ذهنی با گذشت زمان بهتر می‌شود، با این حال آستانه ظرفیت شناختی فرد و اختلال‌های رشدی همراه می‌تواند آن را محدود کند.
- ه) افرادی که در کودکی تشخیص کم‌توانی ذهنی دارند، در بزرگسالی نیز همچنان ملاک‌های آن را خواهند داشت. حتی اگر عملکرد انطباقی آن‌ها بهتر شود.

پاسخ (د) درست است: عملکرد انطباقی در کم‌توانی ذهنی با گذشت زمان بهتر می‌شود، با این حال آستانه ظرفیت شناختی فرد و اختلال‌های رشدی همراه می‌تواند آن را محدود کند.

توضیح: برخلاف تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی در DSM-IV، در تشخیص کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) در DSM-5 سطوح گوناگون شدت اختلال به جای اینکه فقط به نمره بهره هوشی بستگی داشته باشد، بر اساس عملکرد انطباقی فرد تعیین می‌شود، زیرا این عملکرد انطباقی فرد است که سطح حمایت موردنیاز وی را مشخص می‌کند. علاوه بر این، سنجش بهره هوشی در سمت پایین طیف بهره هوشی، اعتبار کمتری دارد. سطوح شدت فقط نشان‌دهنده شدت اختلال در زمان ارزیابی هستند و اگر فرد حمایت موردنیاز را دریافت کند و راهبردهای جبرانی لازم را اتخاذ کند، سطح شدت ناتوانی وی می‌تواند باگذشت زمان در جهت مثبت و بهتر شدن تغییر کند. بهبود عملکرد انطباقی می‌تواند تا اندازه‌ای باشد که فرد در بزرگسالی دیگر تشخیص کم‌توانی ذهنی را نداشته باشد.

مراجعه به مبحث کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش)، مشخصه‌ها، تشخیص‌های افتراقی؛ بروز و سیر

۱-۸ کدام یک از عبارات‌های زیر در مورد بروز کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) و عوامل خطر ساز آن درست است؟

ا) تشخیص اختلال کم‌توانی ذهنی نباید در حضور یک سندرم ژنتیکی شناخته شده مثل سندرم لش-نیهان یا پرادر-ویلی گذاشته شود.

ب) علل آن منحصر به عوامل حول و حوش تولد و پس از تولد است و شامل وقایع پس از تولد نیست.

ج) در اشکال شدید اکتسابی اختلال کم‌توانی ذهنی، اختلال ممکن است به صورت ناگهانی و به دنبال یک ناخوشی (مثل مننژیت) یا ضربه به سر که در دوره رشدی ایجاد می‌شود، شروع شود.

د) اگر کم‌توانی ذهنی به دلیل از دست دادن مهارت‌های شناختی اکتسابی قبلی باشد، همانند موارد آسیب مغزی تروماتیک شدید (TBI)، فقط تشخیص TBI را باید گذاشت.

ه) علل قبل از تولد، حول و حوش تولد و پس از تولد اختلال رشدی هوش تقریباً در ۳۳ درصد موارد قابل تعیین است.

پاسخ (ج) درست است: در اشکال شدید اکتسابی اختلال رشدی هوش، اختلال ممکن است به صورت ناگهانی و به دنبال یک ناخوشی (مثل مننژیت) یا ضربه به سر که در دوره رشدی ایجاد می‌شود، شروع شود.

توضیح: اگر ملاک‌های اختلال رشدی هوش وجود داشته باشد، وجود یک سندرم ژنتیکی شناخته شده موجب کنار گذاشتن تشخیص آن نمی‌شود. در ۷۰ درصد موارد علل قبل از تولد، حول و حوش تولد و پس از تولد برای ایجاد اختلال قابل شناسایی هستند. اگر کم‌توانی ذهنی ناشی از TBI باشد، بیمار هر دو تشخیص را دریافت خواهد کرد.

مراجعه به مبحث کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش)، بروز و سیر، عوامل خطر ساز و پیش‌آگهی

۱-۹ کدام یک از عبارات‌های زیر در مورد سیر تکاملی کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) درست است؟

ا) تأخیر در دستیابی به مهارت‌های رشدی حرکتی، زبانی و اجتماعی تنها پس از دو سال اول زندگی قابل شناسایی است.

ب) کم‌توانی ذهنی ناشی از یک ناخوشی (مثل انسفالیت) یا ضربه به سر که طی دوره رشدی ایجاد می‌شود را باید به‌عنوان یک اختلال عصبی شناختی تشخیص داد، نه به‌عنوان کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش).

ج) کم‌توانی ذهنی همیشه غیر پیش‌رونده است.

د) اختلال عصبی شناختی عمده می‌تواند هم‌زمان با اختلال رشدی هوش ایجاد شود.

ه) حتی اگر مداخلات درمانی زودرس و جاری در طی دوران کودکی و بزرگسالی منجر به بهبود عملکرد انطباقی و هوشی شود، همچنان تشخیص کم‌توانی ذهنی مناسب دارد.

پاسخ (د) درست است: اختلال عصبی شناختی عمده می‌تواند هم‌زمان با اختلال رشدی هوش ایجاد شود.

توضیح: کم‌توانی ذهنی تحت عنوان اختلال عصبی رشدی طبقه‌بندی می‌شود و با اختلال‌های عصبی شناختی که با از دست دادن عملکرد شناختی مشخص می‌شوند، تفاوت دارند. یک اختلال عصبی شناختی عمده می‌تواند هم‌زمان با کم‌توانی ذهنی در یک فرد وجود داشته باشد (مثل فردی که سندرم داون دارد و دچار بیماری آلزایمر می‌شود یا فرد مبتلا به کم‌توانی ذهنی که به دنبال ضربه به سر قابلیت‌های شناختی بیشتری را از دست می‌دهد). در این موارد از هر دو تشخیص کم‌توانی ذهنی و اختلال عصبی شناختی می‌توان استفاده کرد.

در موارد شدیدتر کم‌توانی ذهنی، تأخیر در دستیابی به شاخص‌های حرکتی، زبانی و اجتماعی حتی در دو سال اول هم قابل مشاهده است. ضربه به سر و نواقص شناختی پس‌از آن را می‌توان به‌عنوان یکی از اشکال اکتسابی اختلال رشدی هوش در نظر گرفت. با وجود آنکه کم‌توانی ذهنی به‌طور کلی غیر پیش‌رونده است، در برخی از اختلال‌های ژنتیکی معین (مثل سندرم رت) دوره‌هایی از بدتر شدن و سپس تثبیت عملکرد مشاهده می‌شود و در برخی دیگر نیز (مثل سندرم سن فیلیپو) اختلال در عملکرد هوشی روند کاملاً پیش‌رونده‌ای دارد. پس از اوایل کودکی، اختلال معمولاً در تمام عمر ادامه می‌یابد، با این حال شدت آن ممکن است با گذشت زمان تغییر کند. اگر مداخلات زودرس و مداوم موجب بهبود عملکرد انطباقی و بهبود قابل ملاحظه عملکرد هوشی شود، تشخیص کم‌توانی ذهنی ممکن است از فرد برداشته شود.

مراجعه به مبحث کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش)، بروز و سیر، تشخیص‌های افتراقی، هم‌ابتلایی

۱-۱۰ تشخیص اختلال رشدی هوش در DSM-5 شامل مشخصه‌های شدت (خفیف، متوسط، شدید و عمیق) است که شاخصی از میزان حمایت موردنیاز در زمینه‌های مختلف عملکرد انطباقی هستند. کدام‌یک از ویژگی‌های زیر، فردی با نقص عملکرد در سطح شدید را نشان نمی‌دهد؟

- (ا) فردی که عموماً درک اندکی از زبان نوشتاری یا مفاهیمی شامل اعداد، مقادیر، زمان و پول دارد.
- (ب) زبان صحبت شده توسط فرد از نظر دامنه لغات و دستور زبان کاملاً محدود است.
- (ج) فرد در تمامی فعالیت‌های زندگی روزانه شامل، تغذیه، لباس پوشیدن، حمام گرفتن و دستشویی رفتن نیازمند حمایت است.
- (د) در بزرگسالی فرد ممکن است قادر به حفظ استخدام رقابتی در یک شغل که نیازی به مهارت‌های مفهومی ندارد، باشد.
- (ه) فرد نمی‌تواند تصمیم‌های مسئولانه در مورد سلامتی خود یا دیگران بگیرد.

پاسخ (د) درست است: در بزرگسالی فرد ممکن است قادر به حفظ استخدام رقابتی در یک شغل که نیازی به مهارت‌های مفهومی ندارد، باشد.

توضیح: فردی با نقایص خفیف ممکن است بتواند استخدام خود را در یک محیط رقابتی حفظ کند، ولی افرادی با نقایص شدید قادر به انجام این کار نیستند. کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) اختلالی است که شروع آن در دوره رشدی فرد است و شامل نقایصی در هر دو عملکرد هوشی و انطباقی در سه حوزه مفهومی، اجتماعی و عملی است. (جدول یک 5-DSM).

حوزه مفهومی (تحصیلی) شامل کفایت فرد از نظر حافظه، زبان، خواندن، نوشتن، استدلال ریاضی، کسب مهارت‌های عملی، حل مسئله و قضاوت در موقعیت‌های جدید در مقایسه با دیگران است.

حوزه اجتماعی شامل آگاهی از تفکرات، احساسات و تجربیات دیگران، همدلی با دیگران، مهارت‌های ارتباطی بین فردی، توانایی دوست شدن و قضاوت اجتماعی در مقایسه با سایر افراد است.