

نگرش متخصصان نسبت به سیستم طبقه بندی DSM-III-R

خانم همایون مهین

خانم حمیده ازدری خسروشاهی

آقای افشین زمانی منفرد

دانشگاه تبریز

چکیده: موضوع تحقیق در ارتباط با نگرش و کاربرد سیستم طبقه بندی DSMIII, DSMIII-R در بین روانپزشکان و روانشناسان می باشد. هدف از این تحقیق بدست آوردن اطلاعات از متخصصان ایرانی از نگرش و کاربرد DSMIII-R, یافتن نیرخ از فعالیتها و کارهای بالینی متخصصان و میزان توافق و همکاری دوطرفه روانشناسی و روانپزشکی در زمینه نگرش نسبت به این سیستم تشخیصی می باشد.

جامعه آماری این تحقیق بیمارستانهای روانی و مراکز روانپزشکی چهار شهر تهران، تبریز، شیراز و اصفهان و تعداد نمونه ۵۵ نفر (۳۱ نفر روانپزشک و ۲۴ نفر روانشناس بالینی) بود. ابزار و اندازه گیری پرسشنامه ۱۷ سئوالی بود که از پرسشنامه تحقیق Weise, Kacber, Master اقتباس گردیده است.

هیئت، تهیه کتاب راهنما برای طبقه بندی روانی بود که در سال ۱۹۵۲ از طرف انجمن روان‌پزشکان آمریکا منتشر شد و با عنوان اختصاری (۱) DSM-I مورد استفاده روان‌پزشکان ممالک انگلیسی‌زبان قرار گرفت. با توجه به عدم کاربرد آن در تمام زمینه‌ها، طبقه‌بندیهای دیگر (ICD) و فرم تجدید نظر شده این سیستم DSM-II جایگزین شدند و نهایتاً منجر به دیدگاه جدیدی بنام DSM-III شد ماهیت آشکار و DSM-III نه فقط در اصلاح پایایی تشخیصی بلکه در آشکار سازی بیشتر محدودیتها و مشکلات نیز سودمند بود.

تجارب و کار با DSM-III، مسائل بسیاری را راجع به دقیق نبودن ملاکهای این طبقه‌بندی و این امر که سرتاسر طبقه‌بندیها ناپایدار و حتی متضادند، آشکار کرد. از این رو در سال ۱۹۸۳ انجمن روان‌پزشکی آمریکا یک کار گروهی را در جهت تجدید نظر DSM-III شروع کرد. روند و مراحل توسعه DSM-III-R مشابه با روند DSM-III بود، با تأکید بیشتر بر اعتبار توصیفی و همزمان تجدید نظرهای پیشنهادی (تشخیص‌های متخصصان بالینی به عنوان ملاک) تا برپایایی تشخیصی. به طور کلی با تکیه بر تشخیص‌های متخصصان بالینی به عنوان تنها ملاکهای اعتباریابی، یک سری محدودیتها در این سیستم ایجاد شد. (Kandler - ۱۹۹۰). اما این داده‌ها در چگونگی ملاکها و انتخاب ملاکهای مناسب مورد نیاز برای تشخیص، مفید و سودمند واقع شدند.

طبقه‌بندی در قلب هر علم دارد. بدون وجود یک سیستم برای تنظیم موضوعات یا تجارب، پژوهشگران قادر نخواهند بود که مراددهای با یکدیگر برقرار کنند و دانش خود را افزایش دهند. سیستم طبقه‌بندی بیماریها در حقیقت سالها مورد غفلت بود، به خصوص در میان روان‌شناسان که آنها بیشتر بر توسعه درمانهای جدید و کاوش فرایندهای آسیب‌شناختی روانی متمرکز شده بودند. فقدان دانش در مورد پدیدارشناسی و طبقه‌بندی باعث می‌شود که طبقه‌بندی متنوع در مورد مشکلات هیجانی یا انواع دیگر اختلالات شناختی یا رفتاری، بسیار مشکل باشد. فقط با داشتن این نوع اطلاعات می‌توان به طور مؤثری با تعداد کثیری که به مراکز مراقبتهای بهداشتی مراجعه می‌کنند، سر و کار داشت و در جهت تعیین دقیق آنچه آنها از آن رنج می‌برند، حرکت کرد. طبقه‌بندی بیماریهای روانی، نخستین بار در قرن نوزدهم توسط روان‌پزشکان آلمانی به صورت جدی و سیستماتیک مورد توجه قرار گرفت. نتیجه این کوششها، سیستم طبقه‌بندی پیشنهاد شده توسط امیل کرپلین پدر روان‌پزشکی علمی جدید بود که در این نظام طبقه‌بندی تأکید بیشتر روی بیماریهای روانی شدید و محتملاً دارای پایه عضوی بود و به اختلالات عاطفی نوراتیک و ناهنجاریهای شخصیتی چندان توجه نشده بود. بعد از جنگ دوم جهانی، هیئت از اعضای برجسته آمریکایی مأمور تهیه سیستم طبقه‌بندی جدیدی از بیماریهای روانی شدند که نتیجه کار این

زمینه نگرش متخصصان ایرانی مورد بررسی قرار گرفت تا کارآیی سیستم طبقه بندی DSM-III-R در ایران نیز مشخص شود و شاید یافته های تحقیق حاضر، رهنمودی دست اندرکاران ایرانی باشد.

مروری بر سابقه تحقیق

کیوتوری و شان مینگ^(۱) (۱۹۸۳) ۵۴ نفر از روان پزشکان مشهور چین را مورد بررسی قرار دادند و متوجه شدند که DSM-III به طور وسیعی در زمینه پژوهشی و کار بالینی مورد استفاده قرار گرفته و عکس العمل این متخصصان نسبت به این سیستم طبقه بندی به طور کلی مطلوب بوده است.

در سال ۱۹۸۱ بررسی گسترده ای از روان پزشکان کانادایی به عمل آمد. نتایج این بررسی آشکار ساخت که بیش از نیمی از روان پزشکان کانادایی تغییراتی را در این سیستم خواستار بودند. به نظر آنها چهارچوب چند محوری و استفاده از ملاکهای تشخیصی و رویکرد پدیدار شناختی در امر اپیدمیولوژی آموزشی و پژوهشی بسیار مفید بوده است. در مطالعه دیگری از روان پزشکان کانادایی مشخص شد که اکثر متخصصان از DSM-III استفاده می کنند. حتی در سطح دانشجویان لیسانس، استفاده از تمام محورها به طور قابل ملاحظه ای گزارش شده بود. اعضای

از خصوصیات ویژه چاپ جدید که تقریباً مقبولیت جهانی پیدا کرده است، نوعی ارزشیابی چند محوری است که طبق آن هر بیمار بر حسب پنج محور یا جنبه کلی مورد ارزشیابی قرار می گیرد. سه محور اول ۱، ۲، ۳ اساس تشخیص و طبقه بندی بیماری را تشکیل می دهد و محوره های IV، V^۵ برای استفاده در موقعیتهای درمانی و پژوهشی خاصی تهیه شده اند و شامل اختلالاتی می شوند که ممکن است با تکمیل اطلاعات تشخیصی مندرج در محوره های I، II، III به برنامه ریزی درمانی یا پیش بینی نتیجه کار کمک کنند.

این دیدگاه چند محوری باعث شد که در سیستم طبقه بندی جدید، صرفاً به علایم بیماری یا اختلال رفتاری مریض توجه نشود، بلکه شخصیت و نارساییهای رشدی خاص، سلامت یا بیماری جسمی، شرایط محیطی حاکم بر رفتار مریض و سطح سازگاری و تطابق روانی اجتماعی او نیز مورد ارزشیابی قرار گیرد. لازم به ذکر است که DSM-III-R در میان روان پزشکان آمریکایی، حکم قانون سرزمین را دارد، اما، با وجود این DSM-IV در حال آماده سازی است.

چون این سیستم تشخیص از ارزنده ترین و مقبولترین سیستمهای تشخیصی است، لازم است مشخص شود از انتشار این طرح (۱۹۸۷) تا به حال، چه استفاده های مثبتی از آن شده و تا چه حد نیاز متخصصان را بر طرف کرده است. در همین

- 1- AXIS I: Clinical syndrom
- 2- AXIS II: Developmental and personality disorders
- 3- AXIS III: Physical disorder and conditions
- 4- AXISIV: Psychological stressor
- 5- AXISV: Global Assesment of functioning of present and during the pas
- 6- Kuo-Toi and shan-ming

- آکادمی روانپزشکی کانادا، نقایص DSM-III را انعکاسی از کیفیت و وضعیت علم روان پزشکی می دیدند.
- گولفی، پایچو و کسرول^(۱) (۱۹۸۳) تأییدات متخصصان بهداشت روانی فرانسه در مورد پذیرش DSM-III را گزارش کردند، البته این متخصصان در مورد اعتبار این سیستم طبقه بندی، کمی مردد بودند.
- در سال ۱۹۹۰ بررسی دیگری تحت عنوان تمایز اختلالات محور I و II توسط توماس ویدیگرو ترسی شی^(۲) انجام گرفت. این بررسی مشخص کرد که مرزهای مسئله ساز و مشکل آفرین میان این دو محور وجود دارد و متخصصان را دچار مشکل می سازد، از جمله تشخیص اسکیزوتایپال در مقابل اسکزوفرنیا، اختلالات شخصیت مرزی در مقابل اختلالات خلقی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مقابل سوء استفاده از مواد و اختلال شخصیت اجتنابی در مقابل تشخیص فویبای اجتماعی.
- پژوهشهایی در زمینه تاریخچه خانوادگی، نشانه های بیولوژیکی و پدیدارشناختی و درمان، همخوانی قابل توجهی را بین اختلالات شخصیتی اسکیزوتایپال با اسکزوفرنیا معلوم ساخته است. بدین معنی که اختلال شخصیت اسکیزوتایپال ممکن است یک گونه بیولوژیکی یا پدیدار شناختی از آسیب شناسی اسکزوفرنیا باشد. به خاطر همین، تغییر جایگاه اختلال شخصیت اسکیزوتایپال از محور II به محور I پیشنهاد شده است (فرانسیس^(۳)، ۱۹۸۰، کلرمن^(۴))
- همچنین در بررسی دیگر (Widiger, 1987) مشخص شد که اختلال شخصیت مرزی، گونه ای از یک اختلال خلقی است تا یک اختلال شخصیتی. اختلال شخصیتی مرزی ممکن است نمونه ای از تشخیص اختلال روانی را که دقیقاً در مرز اختلال خلقی و شخصیتی قرار گرفته، نشان دهد یا احتمالاً یک اختلال شخصیتی و اختلال خلقی را با هم بازتابی کند.
- ترنر و بلدل^(۵) (۱۹۸۹) اعلام کردند که تصور یک مورد اختلال شخصیتی اجتنابی که دارای حالتهای تعمیم یافته اجتماعی نیستند، بسیار مشکل و دوراز ذهن است. در ضمن پیشنهادهایی را در تدوین DSMIV در جهت تمایز اختلالات محور I و II ارائه کردند.
- در سال ۱۹۹۰ پژوهشی تحت عنوان نگرش و کاربرد بین المللی DSMIII-R توسط کلبرومستر^(۶) انجام شد. در این بررسی تأثیرات خارجی DSMIII و DSMIII-R مورد ارزیابی قرار گرفت تا کمکی برای طراحان DSMIV باشد. این بررسی نگرش ۱۴۶ متخصص از ۴۲ کشور (به غیر از ایالات متحده) را منعکس می کند. نتایج به دست آمده نشان داد که DSM شهرت و محبوبیت بیشتری در اغلب کشورهای جهان به دست آورده و نیاز متخصصان را توانسته به خوبی رفع کند. همه اهدافی که طراحان DSMIII در صد به دست آوردن آنها بودند، مورد تأیید پاسخ دهنده ها قرار گرفت.

1- Guelf, Pichot and Kroll

2- Thomas Widiger & Tracie Shea

3-Francis

4- Klerman

5- Turner & Bulde

6- Kaelber and Master

کار بالینی و با کمی تفاوت در آموزش صرف می‌شود. روان‌شناسان در مقایسه با روان‌پزشکان فعالیت بیشتری در امر پژوهش دارند.

به طور کلی بیشترین زمان متخصصان به ترتیب صرف کارهای بالینی، آموزشی و پژوهشی می‌شد. ۳۲ درصد متخصصان (۱۶ درصد روان‌پزشک و ۵۴ درصد روان‌شناس) در یک یا بیشتر فعالیتها شرکت نداشتند. روان‌پزشکان نسبت به روان‌شناسان در زمینه‌های فعالیتی، پراکندگی بیشتری را نشان دادند.

طبق اطلاعات جمع‌آوری شده، آموزش ۳۰-۵ درصد از زمان ۴۵ درصد از متخصصان را اشغال می‌کند. ۳۲ درصد متخصصان ۷۰-۳۰ درصد اوقات خود را صرف آموزش می‌کنند (مد ۲۰ و ۳۰ درصد زمان بود)، و ۲۰ درصد متخصصان به هیچ وجه در فعالیتهای آموزشی شرکت ندارند.

پژوهش ۱۰۰-۲۵ درصد از زمان ۲۳ درصد متخصصان را به خود اختصاص می‌داد. ۴۵ درصد متخصصان ۲۵-۵ درصد از اوقات خود را صرف این مورد می‌کردند (مد توزیع ۲۰ و ۱۰ درصد زمان بود). به طور کلی فعالیتهای پژوهشی در نمونه مورد بررسی کمترین زمان را به خود اختصاص داده است.

۸۵ درصد از متخصصان ۱۰۰-۲۰ درصد از وقت خود را صرف کارهای بالینی می‌کنند و ۱۲ درصد از آنها در کار بالینی شرکت ندارند (مد توزیع ۳۰ و ۴۰ درصد زمان). فعالیتهای بالینی بیشترین زمان را نسبت به فعالیتهای دیگر به خود اختصاص داده بود. همچنین ۲۵ درصد از متخصصان ۲۰-۵ درصد از وقت خود را صرف فعالیتهای دیگری می‌کردند که

در تحقیق حاضر از پرسشنامه کلبرومستر تحت عنوان نگرش و کاربرد بین‌المللی نسبت به DSM-III-R که بر اساس نظرات شش نفر از متخصصان آمریکایی در مؤسسه علمی بهداشت روانی تهیه شده بود، استفاده شد. در این پرسشنامه بعضی از سؤالات، جنبه دموگرافیکی دارد و توصیف فعالیت متخصصان را نشان می‌دهد و تعدادی دیگر مربوط به نگرش نسبت به DSM-III و DSM-III-R است. در ضمن چهار سؤال در ارتباط با کاربرد روان‌شناسی بالینی و روان‌درمانی به پرسشنامه اضافه شده است.

نمونه آماری ۳۱ نفر روان‌پزشک و ۲۴ نفر روان‌شناس بالینی، بیمارستانهای روانی و مراکز روان‌پزشکی چهار شهر تهران، تبریز، شیراز و اصفهان است که بدون هیچ‌گونه سوگیری و بر اساس دسترس پذیری انتخاب شدند. قابل ذکر است که در این بررسی، به علت تعداد کم متخصصان روان‌شناس بالینی (pH.D) مجبور به استفاده از کارشناسان این رشته در بیمارستانها شد.

یافته‌های تحقیق

جدول ۱- درصد زمانی متخصصان در فعالیتهای روانی

موارد دیگر	کار بالینی	پژوهش	آموزش	
	۴۷	۲۴	۳۶	کل
	۳۸	۱۵	۳۲	روان‌پزشک
	۵۷	۳۵	۴۳	روان‌شناس

همان‌گونه که در جدول بالا مشخص است، پژوهش کمترین زمان صرف شده را در میان روان‌پزشکان دارا است. بیشترین زمان فعالیت آنها در

اکثر آنها از روان پزشکان بودند.

جدول ۲- جهت گیری حرفه ای متخصصان (به درصد)

روان پویایی	رفتاری	زیستی	التقاطی	موارد دیگر	
۱۰	۱۸	۱۶	۵۶	۳	کل
۱۲	۶	۱۹	۷۷	۳	روان پزشک
۸	۳۳	۱۲/۵	۵۰	۴	روان شناس

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می شود، بیشترین درصد از روان پزشکان و روان شناسان رویکرد التقاطی را ذکر کرده اند که در این مورد هم رایی بین این دو رشته تخصصی دیده می شود. نتایج به دست آمده در مقایسه با نتایج تحقیق Master در مورد جهت گیری حرفه ای، همخوانی نزدیکی دارد.

جدول ۳- نوع اختلالات بیماران (به درصد)

مشکلات طبی	اختلالات خلقی	اختلالات شخصیتی	سوء استفاده از مواد	روان پریشی	موارد دیگر	
۱۲	۸۳	۶۰	۱۲	۶۷	۳۶	کل
۲۲	۸۷	۵۱	۱۶	۷۷	۳۸	روان پزشک
۰	۷۹	۷۵	۸	۵۴	۳۳	روان شناس

در ترتیب اختلالات با نمونه مورد بررسی دارد، فقط از نظر سوء استفاده از مواد درصد بیشتری (۴۹ درصد) را در مقایسه با نمونه ما به خود اختصاص داده که این امر می تواند با توجه به مسائل اجتماعی و فرهنگی توجیه شود.

جدول ۴- نوع گروه بیماران (به درصد)

کودک و نوجوان	بزرگسال	کودک و بزرگسال	
۹	۲۱	۷۲	کل
۶	۱۲	۸۰	روان پزشک
۱۲	۳۳	۶۲	روان شناس

در مقایسه نتایج تحقیق Master با تحقیق حاضر می توان گفت که تحقیق master گستردگی فعالیت بیشتری را نسبت به نمونه مورد بررسی ما دارد. ۶۲ درصد از نمونه تحقیق Master ۱۰۰-۲۵ درصد از زمانشان را صرف پژوهش می کردند (مد ۳۰ و ۴۰ درصد زمان). در زمینه فعالیت های پژوهشی برتری متخصصان خارجی کاملاً قابل مشاهده است. اما در زمینه فعالیت های بالینی، تفاوتی مشاهده نشد.

بمراجعه به جدول شماره ۴، اگر بتوان قبول کرد که درمان توسط متخصصان بستگی به فراوانی مراجعان دارد تا به انتخاب درمانگر، می توان گفت اختلالات خلقی بیشترین مراجعان به نمونه مورد نظر ما بوده است و شاید بتوان گفت فراوانی اختلالات خلقی نسبت به دیگر اختلالات روانی، می توان توجیهی برای چنین درصد بالایی از مراجعان به متخصصان باشد.

با مراجعه به نتایج تحقیق Master بیشترین درصدها به ترتیب به اختلالات خلقی (۹۲ درصد)، اختلالات روان پریشی (۸۰ درصد) و اختلالات شخصیتی (۷۹ درصد) مربوط است که همخوانی دقیقی

با توجه به جدول فوق می توان گفت متخصصان داخلی بیماران را بدون تمرکز بر یک گروه سنی خاص مورد بررسی قرار می دهند، شاید کمبود تخصص های ویژه سنی، توجیه این امر باشد. در بررسی Master نیز بیماران عمدتاً بزرگسال بودند (۹۴ درصد). شاید بتوان گفت که مراجعه کودکان و نوجوانان برای درمان، اغلب خارج از عهده خودشان است و اغلب والدینی که دارای چنین کودکانی، به علت انکار بیماری و یا به علت مسائل خاص از مراجعه به متخصص خودداری می کنند.

جدول شماره ۵- کاربرد سیستمهای تشخیصی توسط متخصصان ایرانی و خارجی

درصد پاسخهای Master	تعداد پاسخهای تحقیق Master	درصد پاسخ روان شناسان	درصد پاسخ روان پزشکان	درصد کل	تعداد جوابها	
۲۷	۶	۱۶	۱۲	۱۴	کاربرد DSMIII-R همراه با سیستم LCD-۹	آموزشی
۲۳	۵	۸	۶	۷	۸	پژوهشی
۲۵	۵	۱۲	۱۲	۱۲	۴	بالینی
					۷	
۵۵	۲۲	۲	۸۳	۶۰	کاربرد DSMIII-R به تنهایی	آموزشی
۶۶	۲۷	۲	۸۷	۶۱	۳۳	پژوهشی
۵۰	۲۱	۸۰	۸۷/۵	۸۳	۲۴	بالینی
					۴۶	
۶	۱				کاربرد سیستمهای دیگر تشخیصی	آموزشی
۲	۴				۱	پژوهشی
۴	۸				۱	بالینی
					۱	
					کاربرد ICD-۹ به تنهایی	آموزشی
	۰				۰	پژوهشی
	۲				۱	بالینی
	۷				۱	

زمینه می کنند و بیشتر متکی بر DSMIII-R هستند، هر چند در استفاده از DSMII-R متخصصان خارجی در صد بیشتری را ذکر کرده اند فقدان سیستم های تشخیصی دیگر در بین نمونه مور بررسی به خوبی قابل مشاهده است و شاید دلیل تمرکز بیشتر متخصصان بر DSM به خاطر همین مسئله باشد.

جدول فوق نمایش است از زمینه های کاربردی ICD-DSM و دیگر سیستمهای تشخیصی در میان متخصصان داخلی و خارجی. با مقایسه درصدهای دو تحقیق در زمینه آموزش، مشخص می شود که گونه های داخلی نسبت به نمونه های خارجی استفاده کمتری را از ICD و سیستمهای دیگر در این

اهداف آموزشی	اهداف پژوهشی		تشخیص‌های بالینی			
	بله	نه	بله	نه		
۳	۶۹	۱۱	۶۵	۶	۸۴	کل
۳	۸۵	۷	۸۲	۷	۸۲	روان‌پزشک
۴	۵۰	۱۶	۴۵	۸	۸۷	روان‌شناس

در جدول فوق بیشترین درصد در مورد غیر مفید بودن DSM در رابطه با کار و پژوهشی ذکر شده است. در صورتی که در تحقیق Master ۹۹٪ بر مفید بودن سیستم DSM در امر پژوهش رأی داده‌اند و به نظر می‌رسد که این سیستم طبقه‌بندی را برای پژوهش بیشتر از تشخیص بالینی و آموزشی مفید دانسته‌اند.

جدول شماره ۸- نظر متخصصان در مورد تفسیر ICD-10 در جهت DSM-III-R. (به درصد)

مخالف تغییر در جهت DSM	موافق تغییر در جهت DSM	
۵	۹۵	کل
۷	۹۳	روان‌پزشک
-	۱۰۰	روان‌شناس

۹۵ درصد از نمونه، پیشنهاد تغییراتی را برای ICD-10 در جهت DSM-III-R داده‌اند که این درصد در تحقیق Master ۹۴ درصد می‌باشد و این نشان دهنده نظر مثبت نسبت به DSM-III-R, DSM-III در دنیاست.

جدول شماره ۹ نظر متخصصان در مورد رتبه‌بندی اهدافی که طراحان DSM-III-R درصدد به دست آوردن آنها بودند.

در مورد پژوهش نمونه مورد بررسی در مقایسه با تحقیق Master درصد کمتری را در ترکیب با ICD به دست آورده است (۲۳ درصد در مقابل ۷ درصد) همچنین درصد بیشتری از متخصصان خارجی از DSM در امر پژوهش استفاده می‌کنند.

در کار بالینی نمونه‌های داخلی بیشترین استفاده را از DSM-III-R می‌کنند، (۸۳ درصد از نمونه سیستم DSM-III یا DSM-III-R را به تنهایی و ۱۲ درصد در ترکیب با ICD) و در استفاده از این سیستم در مورد کار بالینی میان دورشته تخصصی (روان‌پزشکان و روان‌شناسان) شباهت دیده می‌شود. و تنها در مورد کار بالینی نمونه مورد بررسی درصد بیشتری را نسبت به تحقیق Master نشان می‌دهد. در این بررسی به نظر می‌رسد روان‌پزشکان تمایل بیشتری در استفاده از DSM-III-R در هر سه زمینه نسبت به روان‌شناسان داشته باشند. با توجه به یافته‌های حاضر و یافته‌های Master مشخص می‌شود که DSM محبوبیتی را در بیشتر سرزمین‌ها از آن خود ساخته است. جدول شماره ۶- نظر متخصصان در رابطه با اعتبار جایگزینی DSM-III, DSM-III-R برای ICD. (به درصد)

مردد	مخالف	موافق	
۱۸	۱۴	۶۳	کل
۲۰	۲۰	۶۰	روان‌پزشک
۱۷	۸	۷۳	روان‌شناس

همان طوری که مشخص است، روان‌شناسان بیشتر از روان‌پزشکان موافق جایگزینی DSM به جای ICD هستند. در تحقیق Master نیز ۶۶ درصد نمونه موافق مسئله جایگزینی بودند و با مقایسه نتایج این دو تحقیق می‌توان گفت که هم‌رأیی بین متخصصان داخلی و خارجی دیده می‌شود.

جدول A-۹ . نظری بودن یا بی طرفی تئوریک (به درصد)

ضعیف	نسبتاً خوب	خوب	عالی	
۱۱	۳۱	۳۷	۲۰	کل
.	۳۵	۴۵	۲۰	روان پزشکی
۲۶	۲۶	۲۶	۲۰	روان شناس

جدول B-۹ . فراهم نمودن علایم توصیفی (به درصد)

ضعیف	نسبتاً خوب	خوب	عالی	
۴	۲۵	۴۸	۲۰	کل
.	۴۱	۴۵	۱۲/۵	روان پزشکی
۱۰	۵	۵۲	۳۱	روان شناس

جدول C-۹ . شکل بندی چند محوری (به درصد)

ضعیف	نسبتاً خوب	خوب	عالی	
۹	۲۲	۴۶	۱۷	کل
۱۳	۲۱	۴۳	۲۱	روان پزشکی
۵	۲۲	۵۰	۱۱	روان شناس

جدول D-۹ . استفاده از علایم طبقه بندی شده. (به درصد)

ضعیف	نسبتاً خوب	خوب	عالی	
۴	۲۱	۴۳	۲۶	کل
۹	۲۲	۵۰	۱۳	روان پزشکی
.	۲۱	۳۶	۴۲	روان شناس

جدول ۱۰- نظر متخصصان در مورد رشد استفاده از DSM III یا DSMIII-R در کشور. (به درصد)

روز بروز	زیاد مورد استفاده	مورد استفاده	کمی مورد استفاده	
بیشتر مورد استفاده	قرار دارد	قرار دارد	قرار دارد	
قرار دارد				کل
۴۰	۲۶	۴	۳۰	روان پزشك
۲۵	۲۹	۷	۳۷	روان شناس
۵۶	۲۱	۰	۲۱	

بین روان شناسان و روان پزشكان از نظر درصد فراوانی استفاده از DSMIII تفاوت معنی دار بود ($P=5\%$).

جدول ۱۱. محورهای مشکل‌زا از نظر متخصصان (به درصد)

محور V	محور IV	محور III	محور II	محور I	
۳۲	۲۶	۱۷	۴۴	۳۲	کل
۳۷	۳۳	۱۶	۵۰	۳۷	روان پزشك
۲۰	۱۰	۲۰	۳۰	۲۰	روان شناس

با توجه به جدول ۱۱ ملاحظه می‌شود که محور II توسط اکثر متخصصان، چه روان شناس و چه روان پزشك، به صورت محوری مشکل‌زا که در امر تشخیص گیح‌کننده‌اند فرض شده است. محور I و V در درجه دوم قرار دارند. مشکل‌زا بودن محور II در DSMIII-R در تحقیق Master هم تأیید شده است.

یافته‌های مشخص شده در جدول ۱۲ نشان می‌دهد که

با مراجعه به جداول ۹، استفاده از علائم قاطع و طبقه‌بندی شده در DSMIII-R، استفاده از علائم قاطع و متخصصان مسئله‌ای بود که به شکل بسیار خوبی نسبت به اهداف دیگر DSMIII اجرا شده بود. روان‌شناسان فراهم کردن علائم توصیفی، و استفاده از علائم طبقه‌بندی را بیشتر از روان پزشكان به صورت عالی ذکر کرده بودند. روان پزشكان نیز شکل‌بندی چند محوری را در این سیستم عالی تصور کردند. در مورد بی‌طرفی تئوریک شباهت بین نظر روان شناسان و روان پزشكان وجود داشت.

به طور کلی روان پزشكان معتقد بودند که باید به پیشرفت شکل‌بندی چند محوری اهمیت و ارزش بیشتری داده شود، اما روان شناسان چنین اعتقادی را در مورد هدف تئوریک ذکر کرده بودند.

در تحقیق Master، ۶۴ درصد پاسخ‌دهندگان فکر می‌کردند که DSM-III و DSMIII-R در چهار هدف ذکر شده بسیار عالی‌اند. ۹۱ درصد روان پزشكان و ۷۲ درصد روان شناسان در تحقیق Master معتقد بودند که به پیشرفت هدف تئوریک باید ارزش بیشتری داده شود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (۱۴٪).

در مورد فراهم کردن علائم توصیفی بین روان شناسان و روان پزشكان تحقیق حاضر در مورد عالی اجرا شدن این امر در DSMIII یا DSMIII-R تفاوت نظری وجود داشت و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=5\%$). بدین معنی که روان شناسان دید بهتری در این مورد نسبت به روان پزشكان دارا بودند و این هدف را به طور عالی اجرا شده در DSMIII-R می‌دیدند.

روان‌شناسان بیماری اسکزوفرنیا را سومین اختلال ذکر کرده بودند که روان‌پزشکان با آنها هم عقیده نبودند و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/05$). سومین اختلال مشکل‌زا به نظر روان‌پزشکان، اختلالات رشدی بود که در این مورد هم بین دو گروه متخصص تفاوت معنی‌دار بود ($P=0/05$). از نظر اختلالات خلقی نیز بین این دو حرفه تفاوت معنی‌دار بود ($P=0/05$).

در مقایسه تحقیق مورد بررسی و تحقیق Master چنین به نظر می‌رسد که بین نمونه‌های دو تحقیق تنها در مورد اختلالات شخصیتی هم‌رأیی وجود دارد و در بقیه اختلالات تفاوت نظر دیده می‌شود. در بررسی Master روان‌پزشکان و روان‌شناسان فقط در مورد اختلالات اضطرابی با هم تفاوت داشتند که در تحقیق حاضر چنین تفاوتی دیده نشد.

اختلالات شخصیتی مشکل‌زاترین اختلال در تشخیص بوده و نیاز بیشتری به اصلاح و تجدیدنظر در DSMIII-R دارد.

هرچند روان‌شناسان و روان‌پزشکان اختلال شخصیتی را مشکل‌زاترین اختلال می‌دانند، اما روان‌شناسان درصد بالاتری را نسبت به روان‌پزشکان دارا هستند و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/05$). اختلال دوران کودکی و نوجوانی در درجه دوم مشکل‌زا بودن ذکر شده است. با وجود اینکه فقط ۹ درصد از متخصصان به درمان اختلالات کودکی و نوجوانی می‌پرداختند، ولی توسط ۵۸ درصد افراد تشخیص مشکل‌آفرین ذکر شده. در این ارزیابی روان‌پزشکان درصد بیشتری را ذکر کرده‌اند و از لحاظ آماری در سطح $P=0/05$ معنی‌دار بودند.

جدول ۱۲. اختلالاتی از نظر متخصصان مشکلات خاصی را در تشخیص ایجاد می‌کند.

Diagnosis	تعداد پاسخها	P	روان‌پزشک%	روان‌شناس
Personality disorder	23	67	62.5	80
Disorder of childhood and adolescence	20	58	62.5	50
Schizophrenia	12	35	29	50
Dissociative disorders	12	35	37.5	30
Developmental	10	29	45	30
Anxiety	10	29	29	30
Mood disorder	10	29	25	40
Delusional disorder	9	26	25	30
Adjustment disorder	8	23	20	30
Somato form disorders	8	23	29	10
Psycho somatic	8	23	25	20
Psycho active drug use disorder	7	20	25	10
Sleep disorders	6	17	25	-
Psychotic disorders	4	11	16	-
Organic mental disorders	2	5	8	-

جدول ۱۳. بررسی نوع بیماران درمان شده بر اساس طبقه تشخیصی که پاسخ دهنده آن را مشکل فرض کرده.

Type of patient	Substance abuse	Schizophrenia	Mood disorders	Personality disorder
Substance abuse	14	14	14	28
Mood disorder	8	17	13	34
Psychotic	13	16	10	35
Personality disorder	6	15	12	24

اکثر متخصصان معتقدند که طبقات تشخیصی در DSMIII-R نیاز بیشتری به تجدید نظر دارد، از این میان روان پزشکان درصد بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند. شاید این تفاوت نظر به خاطر درگیری زیاد روان پزشکان به این امر است.

جدول ۱۵. نوع اختلال مراجعان به درمانگران (به درصد)

مشکلات تحصیلی	مشکلات خانوادگی و رفتاری	مشکلات شخصی	اختلالات سایکوتیک	نوروتیک
۱۷	۲۳	۱۷	۲۹	۸۲
۱۸	۲۲	۱۴	۳۳	۸۸
۱۵	۲۵	۲۰	۲۵	۷۵

همان طوری که در جدول ۱۵ مشاهده می‌شود، ۸۲ درصد از نمونه، گزینه نوروتیک را انتخاب کرده‌اند و توافقی از این نظر بین روان شناسان و روان پزشکان دیده می‌شود و به نظر می‌رسد که روان شناسان بیشتر به بررسی و درمان اختلالات شخصیتی می‌پردازند.

برای محققان این سؤال پیش آمده بود که آیا متخصص بالینی که سوءاستفاده از مواد را درمان می‌کرده است، بیشتر مشکلات را با تشخیص سوءاستفاده از مواد می‌بیند تا متخصصی که اختلالات خلقی را به طور عمده درمان می‌کرده است. جدول ۱۳ نشان می‌دهد که این امر اتفاق نیفتاده است. اگر مشکلی برای تشخیص وجود داشت، توسط اکثر درمانگران این مشکل ذکر شده است، علی‌رغم انواع بیماری‌ها که درمان کرده‌اند.

اختلالات شخصیتی توسط اکثر متخصصان به عنوان یک تشخیص مشکل فرض شده است. چنین مسئله‌ای در تحقیق Master هم به خوبی مشاهده شده است.

جدول ۱۴ - نظر متخصصان در مورد تجدید نظر در طبقه‌بندی DSM

نیاز به تجدید نظر بیشتری دارد	نیاز به تجدید نظر کمتری دارد	
۶۵	۳۴	کل
۸۱	۱۸	روان پزشک
۴۲	۵۷	روان شناس

را در تشخیص و درمان بهتر اختلالات روانی به خوبی حس کرده‌اند.

به نظر می‌رسد روان‌شناسی بالینی مقبولیتی را در میان روان‌پزشکان (۵۰ درصد) یافته است و اعتماد این متخصصان را در کاربرد مؤثر خود جلب کرده و این جای بسی خوشحالی است.

جدول ۱۸. کاربرد روان‌درمانی در کار بالینی متخصصان (به درصد)

خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	
۱۸	۳۷	۳۷	۳	۳	کل
۶	۴۳	۴۳	۰	۶	روان‌پزشک
۳۳	۲۹	۲۹	۰	۸	روان‌شناس

یافته‌های فوق معین می‌کنند که روان‌درمانی و در کل، روان‌شناسی بالینی مقبولیت بیشتری را در علم روان‌پزشکی نسبت به قبل به خود اختصاص داده است. لازم به ذکر است که سه نفر از متخصصان، روان‌درمانی را در تمام بیماریها مؤثر می‌دانستند و یک نفر لزوم آن را در همه اختلالات به جز OMD و سایکوز حاد ذکر کرده است. در ضمن روان‌درمانی حمایتی در سایکوتیکها و روان‌درمانی بینشی در بیماران پارانوئیدی و روان‌درمانی را در اختلالات فاقد شکل ارگانیک و افسردگیهای غیر مازور بسیار مؤثر می‌دانستند.

جدول ۱۶. درصد فراوانی اختلالات نوروتیک

نوروتیک	اختلالات خلقی (افسردگی)	اختلالات اضطرابی
کل	۵۳	۱۹
روان‌پزشک	۵۹	۲۵
روان‌شناس	۴۵	۱۰

جدول ۱۶ نشان می‌دهد که اختلالات خلقی بیشترین درصد اختلالات مراجعان به متخصصان است و از این نظر بین هر دو حرفه هم‌رأیی وجود دارد. و نیز می‌توان چنین استنباط کرد که شیوع اختلالات خلقی در بین مراجعه‌کنندگان نسبت به بیماریهای دیگر بیشتر گزارش شده است.

جدول ۱۷. نظر متخصصان در مورد ارزیابی کاربرد روان‌شناسی بالینی در امر درمان

خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	
۲۴	۴۷	۲۲	۱	۳	کل
۱۳	۵۰	۳۰	۳	۰	روان‌پزشک
۳۹	۴۳	۱۳	۰	۴	روان‌شناس

به‌طور کلی یافته‌های جدول ۱۷ نشانگر پذیرش و مقبولیت زیاد روان‌شناسی بالینی در امر درمان است و نشان‌دهنده این است که متخصصان نیاز به این رشته

جدول ۱۹- نظر متخصصان در مورد کاربرد روان‌درمانی در انواع بیماریهای روانی.

مشکلات تحصیلی و تربیتی	اختلالات کودکی و نوجوانی	اختلالات شخصیتی	سایکوپاتکها	نوروتیکها	
۱۲	۸	۲۶	۱۶	۹۵	کل
۱۴	۱۴	۲۵	۱۴	۹۶	روان‌پزشک
۹	۴	۲۸	۱۹	۹۵	روان‌شناس

مشابه با کشور آنها استفاده می‌کردند. به خاطر همین امر در کارهای بالینی خود از DSM کمتر استفاده می‌کردند، بنابراین از متخصصان ایرانی تقاضا داریم با تشکیل سمینارها در سطح کشور به بحث و تبادل نظر در مورد تشخیص‌ها و علایم پردازند و بر این اساس طبقه‌بندی قابل استفاده‌ای را در کشور ایجاد کنند و از سیستمهای تشخیصی دیگر به عنوان ملاکی برای اعتبار این سیستم فرهنگی و اجتماعی خاص استفاده کنند.

۹۵ درصد متخصصان معتقدند که روان‌درمانی در بین بیماران نوروتیک کاربرد بیشتری دارد و از این لحاظ مشابهتی بین نظرات روان‌شناسان و روان‌پزشکان دیده می‌شود. مسائلی که به عنوان نوروتیک یاد شده، عبارتند از: وسواس، اضطراب، افسردگی غیر عمده و مشکلات سازگاری و فویاها. نهایتاً با توجه به یافته‌های چهار سؤال آخر، کاربرد و لزوم روان‌شناسی بالینی در مورد تشخیص و درمان بیماریهای روانی، به خوبی از نظر متخصصان مطرح شده است که این مسئله نشان‌دهنده موفقیت و پیشرفت ثمربخش این رشته در تشخیص و درمان است.

پیشنهادها

همان‌طوری که در اکثر کشورها چنین مسئله‌ای گزارش شده است، اکثر کشورهای مورد بررسی در تحقیق Master در کارهای بالینی خود از تقسیم طبقه‌بندی که یا مخصوص کشور خودشان بود و یا

REFERENCES

1. Journal of abnormal psychology. August 1991, Vol. 100 Number 3.
- 2- American psychiatric Association, Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders (3rd.ed.)
3. American psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Rev, 3rd, ed) Washington DC.
4. Bursten, B. (1984) DSM-III, "The medical model", and turf battles. American psychologist, 39, 703.
5. Smith, D. & Kraft, W.A. (1983). DSM-III: Do psychologists really want an alternative? American psychologist, 38, 777-785.
6. Spitzer, R.L. (1985). DSM-III and the politics - science dichotomy syndrome; American psychologist, 40, 522-526
7. World Health Organization (1977). International classification of disease, injuries, and causes of death (9th.ed.). Geneva: World Health Organization.

۸- تشخیص و درمان بیماریهای روانی در کودکان ترجمه هوشنگ مهریار

۹- خلاصه روان پزشکی ترجمه دکتر پورافکاری

۱۰- روان شناسی مرضی کودک ترجمه دکتر آزاد

۱۱- آسیب شناسی روانی ترجمه دکتر شاملو

۱۲- بیماریهای روانی ترجمه دکتر منصور، دادستان

۱۳- خلاصه و چکیده روان پزشکی ترجمه دکتر پورافکاری



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی