بسمه تعالی

کتابچه غربالگری سلامت روان

دانشجویان و دستیاران دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت فرهنگی و دانشجویی

اداره کل دانشجویی

اداره مشاوره و سلامت روان دانشجویان

اختلال‌های افسردگی

اختلال‌های افسردگی عبارت‌اند از اختلال بی‌نظمی ایذایی[۱] (خاص کودکان)، اختلال افسردگی عمده، اختلال افسردگی پایدار[۲] (افسرده خویی)، اختلال ملال پیش‌قاعدگی[۳]، اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو، اختلال افسردگی ناشی از عارضه جسمانی دیگر، اختلال افسردگی مشخص دیگر و اختلال افسردگی نامشخص. ویژگی مشترک همه این اختلال‌ها عبارت‌اند از خلق غمگین، احساس بیهودگی، یا تحریک‌پذیری همراه با تغییرات جسمانی و شناختی که بر توانایی کارکردی فرد تأثیر چشمگیری می‌گذارد.

CCSM-I با سه سؤال که ویژگی مشترک اختلال‌های افسردگی می‌باشند، شروع به ارزیابی این دسته از اختلال‌ها می‌کند و اگر دانشجو در این دو سؤال جمعاً نمره‌ی ۶ یا بیشتر را کسب کند، از وی خواسته می‌شود تا به ۸ سؤال تکمیلی بخش الف-D نیز پاسخ دهد.

بخش الف

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)	**مجموع** (جمع دو ردیف)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. علاقه یا میل اندک به انجام دادن کارها؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۲. احساس اندوه، افسردگی یا ناامیدی؟	۰	۱	۲	۳	۴		
	هرگز	بندرت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه		
۳. احساس افسردگی می‌کردم.	۰	۱	۲	۳	٤		

[۱] Disruptive mood dysregulation disorder
[۲] Persistent depressive disorder
[۳] Premenstrual dysphoric disorder

۸ سؤال تکمیلی بخش الف-D								
در طول هفت روز گذشته:							برای استفاده روان‌شناس	نمره هر آیتم
		هرگز	بندرت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه		
۱	احساس بی‌ارزشی می‌کردم.	۱	۲	۳	٤	٥		
۲	احساس می‌کردم چیزی وجود ندارد که به آن اشتیاق یا رغبت داشته باشم.	۱	۲	۳	٤	٥		
۳	احساس درماندگی و نا امیدی می‌کردم.	۱	۲	۳	٤	٥		
٤	احساس غمگینی می‌کردم.	۱	۲	۳	٤	٥		
٥	احساس می‌کردم شکست‌خورده‌ام.	۱	۲	۳	٤	٥		
٦	احساس افسردگی می‌کردم.	۱	۲	۳	٤	٥		
۷	احساس بدبختی می‌کردم.	۱	۲	۳	٤	٥		
۸	احساس می‌کردم زنده بودنم بی‌فایده است (یا آرزوی مرگ می‌کردم).	۱	۲	۳	٤	٥		
مجموع نمره خام کلی (زمانی که به کلیه سؤالات پاسخ‌داده‌شده)								
مجموع نمره نسبی (زمانی که به کمتر از ۸ سؤال پاسخ‌داده‌شده)								
نمره استاندارد (با استفاده از جدول تبدیل نمرات خام به استاندارد)								

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش الف: افسردگی – Depression)

سطح دوم ارزیابی DSM-۵ برای افسردگی- مقیاس ۸ سؤالی CCSM-II فرم کوتاه افسردگی است که میزان افسردگی در افراد بالای ۱۸ سال را سنجش می‌کند. این سؤالات به‌منظور غربالگری مشکلات افسردگی دانشجو است و در هر سؤال از دانشجو در مورد میزان افسردگی‌اش در طی ۷ روز گذشته سؤال می‌شود.

نمره دهی و تفسیر نمرات

هر سؤال در این پرسشنامه از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (۱= هرگز، ۲= بندرت، ۳= گاهی اوقات، ۴= اغلب و ۵= همیشه) دامنه‌ی نمره بین ۸ تا ۴۰ است، نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت افسردگی است. مناسب است که مصاحبه‌گر در طول مصاحبه با دانشجویانی که نمرات آن‌ها بالای نقطه برش هستند، ابتدا خودارزیابی دانشجو را بررسی کند و در قسمت مخصوص خود برای هر سؤال ارزیابی خودش را نیز یادداشت کند.

درصورتی‌که دانشجو به تمام سؤالات پاسخ داده باشد، نمره-های ۸ سؤال باید جمع بسته شوند تا به مجموع نمره خام کلی برسیم. سپس با استفاده از جدول تبدیل نمرات خام به نمره استاندارد (نمره T) نمره خام کلی را به نمرات استاندارد (T) تبدیل می‌کنیم و با استفاده از جدول تفسیر، شدت و میزان افسردگی را مشخص می‌نماییم.

جدول تفسیر نمرات استاندارد – افسردگی	
نمره استاندارد	**تفسیر**
کمتر از ۵۵	هیچ تا کمی
۵۵ تا ۵۹/۹	خفیف
۶۰ تا ۶۹/۹	متوسط
۷۰ و بیشتر از آن	شدید

افسردگی ۸D جدول تبدیل نمرات خام به T	
نمره خام/اولیه	نمره استاندارد
۸	۳۹/۰۹
۹	۴۰/۴۴
۱۰	۴۱/۷۹
۱۱	۴۳/۱۴
۱۲	۴۴/۴۹
۱۳	۴۵/۸۴
۱۴	۴۷/۱۹
۱۵	۴۸/۵۴
۱۶	۴۹/۸۹
۱۷	۵۱/۲۴
۱۸	۵۲/۵۹
۱۹	۵۳/۹۵
۲۰	۵۵/۳
۲۱	۵۶/۶۵
۲۲	۵۸
۲۳	۵۹/۳۵
۲۴	۶۰/۷
۲۵	۶۲/۰۵
۲۶	۶۳/۴
۲۷	۶۴/۷۵
۲۸	۶۶/۱
۲۹	۶۷/۴۵
۳۰	۶۸/۸
۳۱	۷۰/۱۶
۳۲	۷۱/۵۱
۳۳	۷۲/۸۶
۳۴	۷۴/۲۱
۳۵	۷۵/۵۶
۳۶	۷۶/۹۱
۳۷	۷۸/۲۶
۳۸	۷۹/۶۱
۳۹	۸۰/۹۶
۴۰	۸۲/۳۱

نکته: چنانچه دانشجو حداقل به شش سؤال پاسخ داده باشد (۷۵٪ سؤالات)، مصاحبه‌گر باید نمره‌های ۶ سؤال را جمع بسته و با استفاده از فرمول زیر نمره نسبی را به دست آورد و سپس آن را به نمره استاندارد تبدیل نماید.

$$\textbf{نمره نسبت یافته} = \frac{\text{مجموع نمرات خام دانشجو x تعداد کل سؤالات پرسشنامه (۸ سؤال)}}{\text{تعداد سؤالات پاسخ‌داده‌شده}}$$

اگر نتیجه‌ی نمره نسبت گرفته‌شده یک عدد کسری بود، آن را به نزدیک‌ترین عدد گرد کنید. برای مثال اگر دانشجو به ۶ تا سؤال از ۸ سؤال ارزیابی افسردگی پاسخ بدهد و مجموع نمره‌های آن ۶ سؤال ۲۳ باشد، نمره خام نسبت گرفته‌شده برابر با ۳۱=۶÷(۸×۲۳) خواهد بود؛ و نمره ۳۱ در جدول تبدیل نمرات خام به استاندارد برابر است با ۶۸/۳ که تفسیر آن با توجه به جدول تفسیر بیانگر افسردگی متوسط (Moderate Depression) است.

نکته: اگر بیش از ۲ سؤال (۲۵٪) از کل سؤالات پرسشنامه خالی باشد و دانشجو به آن پاسخ نداده باشد، پرسشنامه جهت تفسیر فاقد اعتبار است؛ بنابراین دانشجو باید تشویق شود که تمام سؤالات ارزیابی را پر کند.

تعداد دفعات استفاده

برای بررسی تغییر درشدت افسردگی، با توجه به مقاومت علائم و وضعیت دانشجو می‌توان از این پرسشنامه در فواصل زمانی معین استفاده نمود.

توضیحات تکمیلی

اختلال افسردگی عمده، وجود پنج (یا بیش از پنج) نشانه شامل خلق افسرده، کاهش علاقه یا لذت به فعالیت‌هایی که فرد قبلاً لذت می‌برده، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، بی‌قرار یا کندی روانی حرکتی، خستگی یا از دست دادن انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز و یا بی‌تصمیمی، افکار عودکننده درباره مرگ (اندیشه پردازی خودکشی) این نشانه‌ها تقریباً همه‌روزه و در یک دوره دوهفته‌ای که حاکی از تغییر در کارکرد قبلی فرد است؛ و حداقل یکی از نشانه‌های خلق افسرده یا از دست دادن علاقه و لذت است باید وجود داشته باشد.

اختلال افسردگی پایدار (افسرده خویی) تعریف این اختلال ترکیبی است از اختلال افسردگی عمده مزمن و اختلال افسرده خویی به‌گونه‌ای که در DSM-IV آمده است. در این اختلال وجود خلق افسرده در بخش عمده روز و در بیشتر روزها، حداقل به مدت دو سال، به‌طوری‌که با گزارش خود دانشجو یا مشاهدات دیگران مشخص می‌شود، وجود دارد.

اختلال ملال پیش‌قاعدگی در بیشتر چرخه‌های قاعدگی حداقل ۵ نشانه‌ای که در ادامه می‌آید باید در هفته پایانی قبل از آغاز قاعدگی وجود داشته باشد که طی چند روز پس از شروع قاعدگی رو به بهبود می‌گذارد و در هفته پس از قاعدگی به حداقل می‌رسد و یا ناپدید می‌شود. این نشانه‌ها عبارت‌اند از: نااستواری عاطفی بارز، تحریک‌پذیری یا خشم چشم‌گیر یا افزایش کشمکش‌های بین فردی، خلق افسرده، احساس ناامیدی، یا افکار خود سرزنشگری، اضطراب، تنش یا احساس انگیختگی یا عصبانیت چشمگیر. علاوه بر این ۴ نشانه یک نشانه از این موارد شامل، کاهش علاقه به فعالیت‌های معمولی (مثل کار، دانشگاه، دوستان، تفریح و سرگرمی)، اشکال در تمرکز ذهنی، خمودگی، تغییر چشمگیر در اشتها، پرخوابی یا بی‌خوابی، احساس از پای درآمدن یا از دست دادن کنترل و نشانه‌های جسمی (احساس درد) نیز باید وجود داشته باشد.

سایر اختلالات این حوزه عبارت‌اند از: **اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو، اختلال افسردگی ناشی از عارضه جسمانی دیگر، اختلال افسردگی مشخص دیگر** و **اختلال افسردگی نامشخص**.

خشم

فوران‌های خشم در اختلال انفجاری متناوب شروع سریع و معمولاً دوره‌ی پیش نشانه‌ای کوتاهی دارد یا فاقد چنین دوره‌ای است. فوران‌های خشم به شکل پرخاشگری معمولاً کمتر از سی دقیقه طول می‌کشند. مشکل خشم را در اختلال‌های مختلفی می‌توان مشاهده کرد ازاین‌رو لازم به نظر می‌رسد که نمرات این بخش را در کنار نمرات سؤالات مربوط به اختلال‌های دیگر، مورد تفسیر قرارداد.

CCSM-I با سه سؤال شروع به ارزیابی خشم و پرخاشگری می‌کند (بخش ب). درصورتی‌که نمره دانشجو در پاسخ به این سؤال ۶ یا بیشتر از ۶ باشد از وی خواسته می‌شود تا به ۵ سؤال تکمیلی بخش ب-A نیز پاسخ دهد.

بخش ب

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روز-ها)	شدید (تقریباً هرروز)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. بیش از معمول احساس تحریک‌پذیری، بدخلقی یا عصبانیت می‌کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	
	هرگز	بندرت	گاهی اوقات	اغلب اوقات	همیشه	
۲. احساس می‌کنم از افرادی که می‌شناسم عصبانی‌تر هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	
۳. احساس می‌کنم دلخورم.	۰	۱	۲	۳	۴	

۵ سؤال تکمیلی بخش ب-A							
در طول هفت (۷) روز گذشته							
		هرگز	بندرت	گاهی اوقات	اغلب اوقات	همیشه	نمره هر آیتم	برای استفاده روان‌شناس
۱	احساس می‌کنم از افرادی که می‌شناسم عصبانی‌تر هستم.	۱	۲	۳	٤	۵		
۲	احساس خشم می‌کنم.	۱	۲	۳	٤	۵		
۳	احساسم این است که آماده انفجارم.	۱	۲	۳	٤	۵		
٤	اخلاق بدی دارم.	۱	۲	۳	٤	۵		
۵	احساس می‌کنم دلخورم.	۱	۲	۳	٤	۵		
مجموع نمره خام کلی (زمانی که به کلیه سؤالات پاسخ‌داده‌شده)								
مجموع نمره نسبی (زمانی که به کمتر از ۸ سؤال پاسخ‌داده‌شده)								
نمره استاندارد (با استفاده از جدول تبدیل نمرات خام به استاندارد)								

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش ب: خشم – Anger)

سطح دوم ارزیابی DSM-۵ برای خشم - مقیاس ۵ سؤالی CCSM-II فرم کوتاه خشم است که میزان خشم در افراد بزرگ‌تر از ۱۸ سال را می‌سنجد. سؤالات این بخش به‌منظور غربالگری مشکلات خشم است.

نمره دهی و تفسیر نمرات

هر سؤال در این پرسشنامه از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (۱= هرگز، ۲= بندرت، ۳= گاهی اوقات، ۴= اغلب و ۵= همیشه) دامنه نمره بین ۵ تا ۲۵ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت خشم است.

درصورتی‌که دانشجو به تمام سؤالات پاسخ داده باشد نمره‌های ۵ سؤال باید جمع بسته شوند تا به مجموع نمره خام کلی برسیم. سپس با استفاده از جدول نمرات-T نمره خام کلی را به نمرات استاندارد (T) تبدیل می‌کنیم و با استفاده از جدول تفسیر، شدت و میزان خشم را مشخص می‌نماییم.

جدول تفسیر نمرات استاندارد – خشم	
نمره استاندارد	**تفسیر**
کمتر از ۵۵	هیچ تا کمی
۵۵ تا ۵۹/۹	خفیف
۶۰ تا ۶۹/۹	متوسط
۷۰ و بیشتر از آن	شدید

خشم ۵A جدول تبدیل نمرات خام به T	
نمره خام/اولیه	نمره استاندارد
۵	۳۵/۸۳
۶	۳۸/۱۲
۷	۴۰/۴
۸	۴۲/۶۹
۹	۴۴/۹۸
۱۰	۴۷/۲۷
۱۱	۴۹/۵۵
۱۲	۵۱/۸۴
۱۳	۵۴/۱۳
۱۴	۵۶/۴۲
۱۵	۵۸/۷۱
۱۶	۶۰/۹۹
۱۷	۶۳/۲۸
۱۸	۶۵/۵۷
۱۹	۶۷/۸۶
۲۰	۷۰/۱۴
۲۱	۷۲/۴۳
۲۲	۷۴/۷۲
۲۳	۷۷/۰۱
۲۴	۸۱/۵۸
۲۵	۸۳/۳

نکته: چنانچه دانشجو حداقل به ۴ سؤال پاسخ داده باشد (۷۵٪ سؤالات)، مصاحبه‌گر باید نمره‌های چهار سؤال را جمع بسته و با استفاده از فرمول زیر نمره نسبی را به دست آورد و سپس آن را به نمره استاندارد تبدیل کند و با توجه به جدول تفسیر، میزان و شدت خشم را تعیین نماید. روش تناسب گرفتن از طریق فرمول زیر صورت می‌گیرد:

$$\textbf{نمره نسبت یافته} = \frac{\text{مجموع نمرات خام دانشجو x تعداد کل سؤالات پرسشنامه (۵ سؤال)}}{\text{تعداد سؤالات پاسخ‌داده‌شده}}$$

اگر نتیجه نمره نسبت گرفته‌شده یک عدد کسری بود، آن را به نزدیک‌ترین عدد گرد کنید. برای مثال اگر دانشجو به ۴ تا سؤال از ۵ سؤال ارزیابی خشم پاسخ بدهد و مجموع نمرات آن ۴ سؤال ۱۸ باشد، نمره خام نسبت گرفته‌شده برابر با ۲۲/۵=۴÷(۵×۱۸) خواهد بود؛ که نمره ۲۲/۵ در جدول تبدیل نمرات خام به استاندارد برابر است با ۷۶/۸ که تفسیر آن با توجه به جدول تفسیر نمرات استاندارد بیانگر خشم شدید (Severe Anger) است.

نکته: اگر بیش از ۱ سؤال (۲۵٪) از کل سؤالات پرسشنامه خالی باشد، پرسشنامه جهت تفسیر فاقد اعتبار است؛ بنابراین دانشجو باید تشویق شود که تمام سؤالات ارزیابی را پر کند.

تعداد دفعات استفاده

برای بررسی تغییر درشدت خشم، با توجه به مقاومت علائم و وضعیت دانشجو می‌توان از این پرسشنامه در فواصل زمانی معین استفاده نمود.

توضیحات تکمیلی

مشکلات خشم ممکن است در اختلال‌های مختلفی ازجمله: اختلال لجبازی و نافرمانی[۱] (بیشتر در کودکان و نوجوانان)، اختلال انفجاری متناوب[۲]، اختلال شخصیت ضداجتماعی[۳]، آتش‌افروزی بیمارگون[۴]، دزدی بیمارگون[۵] و اختلال‌های ایذایی، کنترل تکانه و مواد دیده شود. اگرچه همه این اختلال‌ها نشان‌دهنده وجود مسائلی در تنظیم هیجانی و رفتار فرد هستند، عامل تفاوت میان اختلال‌ها؛ تأکید نسبی بر مسائل مربوط به دو نوع کنترل شخصی[۶] است. بسیاری از نشانه‌های رفتاری (مثل پرخاشگری) ممکن است نتیجه‌ی ضعف کنترل هیجان‌هایی مثل فوران‌های خشم[۷] باشد که با تحریک‌شدگی[۸] میان فردی یا تحریکات دیگر، یا با عوامل تنش‌زای روانی-اجتماعی دیگر تناسب ندارند.

اختلال انفجاری متناوب شامل فوران‌های رفتاری عودکننده‌ای است که نشانگر ناتوانی در کنترل تکانه‌های پرخاشگرانه است و با یکی از این دو مورد مشخص می‌شود: مورد اول: پرخاشگری کلامی یا پرخاشگری فیزیکی که دو بار در هفته و به‌طور متوسط به مدت سه ماه رخ می‌دهد؛ مورد دوم، سه مورد فوران رفتاری شامل تخریب یا آسیب رساندن به اموال و یا مصدوم کردن حیوانات یا افراد دیگر که طی یک دوره ۱۲ ماهه رخ می‌دهد، لازم به ذکر است شدت پرخاشگری ابرازشده طی فوران‌های مکرر، بسیار نامتناسب با تحریک یا هر عامل تنش‌زای روانی آشکارساز است این فوران‌های پرخاشگری مکرر با قصد قبلی نیستند (یعنی تکانشی و یا مبتنی بر خشم‌اند) و برای دست‌یابی به هدفی عینی (مثل پول، قدرت ارعاب) انجام نمی‌شوند اما از لحاظ بالینی موجب آشفتگی قابل‌ملاحظه فرد و یا نقص در کارکرد شغلی یا میان فردی می‌شود یا پیامدهای مالی و حقوقی دارند.

آتش‌افروزی بیمارگون و دزدی بیمارگون تشخیص‌هایی با کاربرد نه چندان زیاد هستند که مشخصه‌ی آن‌ها ضعف کنترل تکانه در رابطه با رفتارهای خاص (آتش‌افروزی یا دزدی) است که تنش درونی[۹] را کاهش می‌دهند.

اختلال‌های ایذایی، کنترل تکانه و سلوک مشخص دیگر، طبقه‌ای از اختلال‌هایی است که در آن‌ها نشانه‌های اختلال سلوک، اختلال لجبازی و نافرمانی، یا اختلال‌های ایذایی، کنترل تکانه و سلوک دیگر وجود دارند.

---

۱ Oppositional defiant disorder
۲ Intermittent explosive disorder
۳ Antisocial personality disoder
۴ pyromania
۵ kleptomania
۶ Self-control
۷ Outburst of anger
۸ provocation
۹ Internal tension

مانیا

اختلال‌های دوقطبی[1] و مرتبط در DSM-۵ از اختلال‌های افسردگی جداشده و بین فصل‌های طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های روان‌پریشی و اختلال‌های افسردگی گذاشته‌شده که این کار مؤید جایگاه آن‌ها به‌عنوان پل میان این دوطبقه تشخیصی به لحاظ نشانه‌شناسی، پیشینه خانوادگی و ژنتیک است. تشخیص‌های مطرح‌شده در این دسته عبارت‌اند از اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II، اختلال ادواری خویی[2]، اختلال دوقطبی و مرتبط ناشی از مواد/دارو، اختلال دوقطبی و مرتبط ناشی از عارضه جسمانی دیگر، اختلال دوقطبی و مرتبط مشخص دیگر و اختلال دوقطبی و مرتبط نامشخص.

CCSM-I با دو سؤال که ویژگی مشترک اختلال‌های دوقطبی و مرتبط می‌باشند، شروع به ارزیابی این دسته از اختلال‌ها می‌کند و اگر دانشجو در این دو سؤال جمعاً نمره‌ی ۴ یا بیشتر از ۴ را کسب کند، از وی خواسته می‌شود تا به ۵ سؤال تکمیلی بخش پ-M نیز پاسخ دهد.

بخش پ

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)	**مجموع** (جمع دو ردیف)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. کم‌تر از معمول می‌خوابید، اما همچنان انرژی زیادی دارید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۲. بیشتر از معمول پروژه‌های مختلف را شروع کرده یا کارهای خطرساز انجام می‌دهید؟	۰	۱	۲	۳	۴		

[1] Bipolar disorder

[2] Cyclothymic disorder

۵ سؤال تکمیلی بخش پ-M			نمرات هر آیتم	برای استفاده روانشناس
سؤال ۱	۰	احساس نمی‌کنم بیشتر از معمول خوشحال و شاد باشم.		
	۱	گاهی احساس می‌کنم بیشتر از معمول **خوشحال** و شاد هستم.		
	۲	اغلب احساس می‌کنم بیشتر از معمول خوشحال و شاد هستم.		
	۳	بیشتر وقت‌ها احساس می‌کنم بیشتر از معمول خوشحال و شاد هستم.		
	٤	همه‌وقت احساس می‌کنم بیشتر از معمول خوشحال و شاد هستم.		
سؤال ۲	۰	احساس نمی‌کنم بیشتر از معمول اعتمادبه‌نفس دارم.		
	۱	گاهی احساس می‌کنم بیشتر از معمول اعتمادبه‌نفس دارم.		
	۲	اغلب احساس می‌کنم بیشتر از معمول اعتمادبه‌نفس دارم.		
	۳	بیشتر وقت‌ها احساس می‌کنم بیشتر از معمول اعتمادبه‌نفس دارم.		
	٤	همه‌وقت احساس می‌کنم به‌طور خیلی زیاد و فوق‌العاده اعتمادبه‌نفس دارم.		
سؤال ۳	۰	خوابم کمتر از معمول نیست.		
	۱	گاهی کمتر از معمول می‌خوابم.		
	۲	اغلب کمتر از معمول می‌خوابم.		
	۳	بیشتر وقت‌ها کمتر از معمول می‌خوابم.		
	٤	می‌توانم روز و شب را بدون خوابیدن سپری کنم و هنوز احساس خستگی نکنم.		
سؤال ٤	۰	بیشتر از معمول حرف نمی‌زنم.		
	۱	گاهی بیشتر از معمول حرف می‌زنم.		
	۲	اغلب بیشتر از معمول حرف می‌زنم.		
	۳	اکثر وقت‌ها بیشتر از معمول حرف می‌زنم.		
	٤	به‌طور مداوم حرف می‌زنم و نمی‌توان صحبت من را قطع کرد.		
سؤال ۵	۰	بیشتر از معمول فعالیت (اجتماعی، جنسی، در کار، خانه یا دانشگاه) ندارم.		
	۱	گاهی بیشتر از معمول فعالیت می‌کنم.		
	۲	اغلب بیشتر از معمول فعالیت می‌کنم.		
	۳	اکثر وقت‌ها بیشتر از معمول فعالیت می‌کنم.		
	٤	به‌طور مداوم فعالیت می‌کنم یا بیشتر وقت‌ها راه می‌روم.		

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش پ: مانیا – Mania)

سطح دوم ارزیابی CCSM برای مانیا، از مقیاس خود گزارشی آلتمن (Altman) گرفته‌شده است. مقیاس خود گزارشی آلتمن (Altman Self-Rating Mania Scale—ASRM) ۵ سؤال خود گزارشی است که برای ارزیابی وجود و یا شدت علائم سرخوشی (Manic) طراحی‌شده است. این ۵ سؤال توسط دانشجو زمانی که در سطح یک ارزیابی، نمره بالاتر از نقطه برش را داشته باشد، پر خواهد شد. در هر سؤال از دانشجو در مورد شدت علائم مانیا در طی ۷ روز گذشته سؤال می‌شود.

نمره دهی و تفسیر نمرات

هر سؤال در این پرسشنامه از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود، دامنه نمره بین ۰ تا ۲۰ متغیر است نمرات بالا نشان‌دهنده شدت مانیا است. نمره اولیه از جمع زدن نمره‌های تمامی سؤالات به دست می‌آید. درصورتی‌که دانشجو به تمام سؤالات پاسخ داده باشد، نمره‌های پنج سؤال جمع بسته می‌شوند و با توجه به جدول تفسیر نمرات مانیا، شدت و میزان مانیا تعیین می‌شود.

جدول تفسیر نمرات – مانیا
- نمره ۵ یا کمتر احتمال عدم وجود تشخیص مانیا
- نمره ۶ یا بیشتر احتمال نیاز به کاوش بیشتر جهت تشخیص دقیق
- نمره ۱۰ و بالاتر احتمال قوی برای وجود هیپومانیک و مانیا

نکته: اگر حداقل ۲ سؤال بدون پاسخ باقی‌مانده باشد نمرات را نباید تفسیر کرد؛ بنابراین باید دانشجو را تشویق کرد که به همه سؤال‌ها پاسخ دهد.

نکته: چنانچه دانشجو به ۴ سؤال پاسخ داده باشد (۷۵٪ سؤالات)، مصاحبه‌گر باید نمره‌های ۴ سؤال را جمع بسته و با استفاده از فرمول زیر نمره نسبی را به دست آورد و سپس آن را با توجه به جدول بالا تفسیر نماید. روش تناسب گرفتن از طریق فرمول زیر صورت می‌گیرد:

$$\text{نمره نسبت یافته} = \frac{\text{مجموع نمرات خام دانشجو} \times \text{تعداد کل سؤالات پرسشنامه (۵ سؤال)}}{\text{تعداد سؤالات پاسخ‌داده‌شده}}$$

اگر نتیجه نمره نسبت گرفته‌شده یک عدد کسری بود، آن را به نزدیک‌ترین عدد گرد کنید. برای مثال اگر دانشجو به ۴ تا سؤال از ۵ سؤال ارزیابی مانیا پاسخ بدهد و مجموع نمرات آن ۴ سؤال ۱۲ باشد، نمره خام نسبت گرفته‌شده برابر با ۱۵=۴÷(۵×۱۲) خواهد بود؛ که نمره ۱۵ با توجه به جدول تفسیر نمرات مانیا بیانگر احتمال قوی برای وجود هیپومانیک و مانیا است.

تعداد دفعات استفاده

برای بررسی تغییر در شدت مانیا، با توجه به مقاومت علائم و وضعیت دانشجو می‌توان از این پرسشنامه در فواصل زمانی معین استفاده نمود.

توضیحات تکمیلی

ملاک‌های تشخیصی **اختلال دوقطبی (I)** برداشت جدیدی از اختلال شیدایی - افسردگی (منیک. دپرسیو[۱]) کلاسیک یا روان‌پریشی عاطفی[۲] توصیف‌شده در قرن نوزدهم است و فقط این تفاوت را با توصیف کلاسیک دارد که لزوماً نباید روان‌پریشی و یک دوره افسردگی عمده در طول زندگی تجربه شود. باوجوداین، اکثر افرادی که نشانه‌هایشان با ملاک‌های یک دوره نشانگان شیدایی کامل مطابقت دارد، دوره‌های افسردگی عمده را نیز در طول زندگی تجربه می‌کنند.

اختلال دوقطبی II که در آن دست‌کم یک دوره افسردگی عمده و همچنین یک دوره شیدایی خفیف[۳] در طول زندگی قطعاً بروز می‌کند، دیگر اختلالی «خفیف‌تر» از اختلال دوقطبی تلقی نمی‌شود که دلیل اصلی آن مدت‌زمانی است که فرد مبتلا به این اختلال در افسردگی سپری می‌کند و همچنین ناپایداری خلقی فرد مبتلا به اختلال دوقطبی II که معمولاً با نقص جدی در کارکرد شغلی، اجتماعی و یا دیگر زمینه‌های مهم زندگی فرد همراه است.

تشخیص **اختلال ادواری خویی** برای بزرگسالانی مطرح می‌شود که حداقل دو سال (در مورد کودکان و نوجوانان حداقل یک سال) دوره‌های متعددی با نشانه‌های شیدایی خفیف وجود داشته که با ملاک‌های دوره‌ی شیدایی خفیف مطابقت ندارد و دوره‌های متعددی از نشانه‌های افسردگی که ملاک‌های دوره افسردگی عمده را برآورده نمی‌کند.

همچنین در مواردی چون مصرف مواد، استفاده از برخی از داروهای تجویزی و عارضه‌های جسمانی گوناگون، ممکن است با پدیده‌های شیدایی خفیف همراه باشند. این واقعیت در تشخیص‌های اختلال دوقطبی و مرتبط ناشی از مواد دارو اختلال دوقطبی و مرتبط ناشی از عارضه جسمانی دیگر ذکرشده است.

---

[۱] Manic-depressive

[۲] Syndromal episode

[۳] hypomanic

اختلال‌های اضطرابی

اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌هایی را در برمی‌گیرد که ویژگی‌های مشترک آن‌ها **ترس** و **اضطراب شدید** و **آشفتگی‌های رفتاری** مرتبط با آن است. این اختلالات شامل، اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، هراس خاص، وحشت‌زدگی، هراس از مکان‌های عمومی، سکوت بیمارگونه ارادی، اضطراب جدایی، اختلال اضطراب ناشی از مصرف مواد/دارو، اختلال اضطراب ناشی از عارضه جسمانی دیگر، اختلال اضطراب مشخص دیگر و اختلال اضطرابی نامشخص است.

ترس نوعی پاسخ هیجانی به تهدید واقعی یا خیالی قریب‌الوقوع است، درحالی‌که اضطراب پیش‌بینی تهدید آتی است. بدیهی است این دو حالت همپوشی دارند، اما متفاوت از هم هستند؛ بدین معنی که ترس اغلب با فوران‌های انگیختگی خودمختار ضروری برای جنگ یا گریز، افکار مرتبط با خطر قریب‌الوقوع و رفتارهای گریز همراه است؛ درحالی‌که اضطراب اغلب با تنش ماهیچه‌ای و گوش‌به‌زنگی و آماده‌باش بودن در مقابل خطر آتی و با رفتارهای احتیاطی یا اجتنابی همراه است.

CCSM-I با سه سؤال که ویژگی مشترک اختلال‌های اضطرابی است، شروع به ارزیابی این دسته از اختلال‌ها می‌کند و اگر دانشجو در این سه سؤال جمعاً نمره‌ی ۶ یا بیشتر از ۶ را کسب کند، از وی خواسته می‌شود تا به ۷ سؤال تکمیلی بخش ت-An نیز پاسخ دهد.

بخش ت

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)	**مجموع** (جمع سه ردیف)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. احساس عصبیت، اضطراب، ترس، نگرانی یا بی‌تابی می‌کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۲. احساس وحشت‌زدگی یا ترس می‌کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
	هرگز	**بندرت**	**گاهی اوقات**	**اغلب**	**همیشه**		
۳. احساس نگرانی داشتم.	۰	۱	۲	۳	۴		

	۷ سؤال تکمیلی بخش ت-An						نمرات هر آیتم	برای استفاده
	در طول هفت روز گذشته							
		هرگز	بندرت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه		
۱	احساس ترس داشتم.	۱	۲	۳	٤	٥		
۲	احساس اضطراب داشتم.	۱	۲	۳	٤	٥		
۳	تمام توجهم معطوف به اضطراب بود و تمرکز بر روی موضوعی به‌غیراز اضطراب برایم دشوار بوده است.	۱	۲	۳	٤	٥		
٤	احساس عصبی بودن می‌کردم.	۱	۲	۳	٤	٥		
٥	احساس پریشانی داشتم.	۱	۲	۳	٤	٥		
٦	احساس تنش می‌کردم.	۱	۲	۳	٤	٥		
		هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)		
۷	از موقعیت‌هایی که شما را مضطرب می‌کنند، اجتناب می‌کنید؟	۱	۲	۳	٤	٥		
	مجموع نمره خام کلی (زمانی که به کلیه سؤالات پاسخ‌داده‌شده)							
	مجموع نمره نسبی (زمانی که به کمتر از ۷ سؤال پاسخ‌داده‌شده)							
	نمره استاندارد (با استفاده از جدول تبدیل نمرات خام به استاندارد)							

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش ت-Anxiety)

سطح دوم ارزیابی CCSM برای اضطراب - فرم کوتاه اضطراب ۷ سؤالی است که میزان اضطراب در افراد بالای ۱۸ سال را می‌سنجد. سؤالات این بخش به‌منظور غربالگری اختلال‌های اضطرابی است.

نمره دهی و تفسیر نمرات

هر سؤال پرسشنامه از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (۱= هرگز، ۲= بندرت، ۳= گاهی اوقات، ۴= اغلب و ۵= همیشه) دامنه نمره بین ۷ تا ۳۵ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت اضطراب است.

درصورتی‌که دانشجو به تمام سؤالات پاسخ داده باشد نمره‌های ۷ سؤال باید جمع بسته شوند تا مجموع نمره خام کلی به دست آید. سپس با استفاده از جدول نمرات استاندارد (جدول T) نمره خام کلی را به نمرات استاندارد تبدیل می‌کنیم سپس با استفاده از جدول تفسیر، شدت و میزان اضطراب را مشخص می‌نماییم.

جدول تفسیر نمرات استاندارد - اضطراب	
نمره استاندارد	**تفسیر**
کمتر از ۵۵	هیچ تا کمی
۵۵ تا ۵۹/۹	خفیف
۶۰ تا ۶۹/۹	متوسط
۷۰ و بیشتر از آن	شدید

اضطراب ۷An جدول تبدیل نمرات خام به T	
نمره خام/اولیه	نمره استاندارد آزمون
۷	۳۷/۵۸
۸	۳۹/۲۵
۹	۴۰/۹۲
۱۰	۴۲/۵۹
۱۱	۴۴/۲۵
۱۲	۴۵/۹۲
۱۳	۴۷/۵۹
۱۴	۴۹/۲۵
۱۵	۵۰/۹۲
۱۶	۵۲/۵۹
۱۷	۵۴/۲۵
۱۸	۵۵/۹۲
۱۹	۵۷/۵۹
۲۰	۵۹/۲۵
۲۱	۶۰/۹۲
۲۲	۶۲/۵۹
۲۳	۶۴/۲۵
۲۴	۶۵/۹۲
۲۵	۶۷/۵۹
۲۶	۶۹/۲۵
۲۷	۷۰/۹۲
۲۸	۷۲/۵۹
۲۹	۷۴/۲۵
۳۰	۷۵/۹۲
۳۱	۸۰/۹۲
۳۲	۸۲/۵۹
۳۳	۸۴/۲۶
۳۴	۸۷/۳۱
۳۵	۸۹/۸

نکته: چنانچه دانشجو حداقل به ۵ سؤال پاسخ داده باشد (۷۵٪ سؤالات)، مصاحبه‌گر باید نمرات ۵ سؤال را جمع بسته و با استفاده از فرمول زیر نمره نسبی را به دست آورد و سپس آن را به نمره استاندارد تبدیل و با استفاده از جدول تفسیر نمرات استاندارد-اضطراب، میزان و شدت اضطراب را تعیین کند. روش تناسب گرفتن از طریق فرمول زیر صورت می‌گیرد:

$$\textbf{نمره نسبت یافته} = \frac{\text{مجموع نمرات خام دانشجو} \times \text{تعداد کل سؤالات پرسشنامه (۷ سؤال)}}{\text{تعداد سؤالات پاسخ‌داده‌شده}}$$

اگر نتیجه نمره نسبت گرفته‌شده یک عدد کسری بود، آن را به نزدیک‌ترین عدد گرد کنید. برای مثال اگر دانشجو به ۶ تا سؤال از ۷ سؤال ارزیابی اضطراب پاسخ داده باشد و مجموع نمرات آن ۶ سؤال ۱۶ باشد، نمره خام نسبت گرفته‌شده برابر با ۱۹=۶÷(۱۶×۷) خواهد بود که نمره ۱۹ با توجه به جدول تبدیل نمرات خام به استاندارد برابر است با ۵۸/۸ است که تفسیر آن با توجه به جدول تفسیر نمرات استاندارد-اضطراب بیانگر اضطراب خفیف (Mild Anxiety) است.

نکته: اگر بیش از ۲ سؤال (۲۵٪) از کل سؤالات در پرسشنامه خالی باشد، پرسشنامه جهت تفسیر فاقد اعتبار است؛ بنابراین دانشجو باید تشویق شود که به تمام سؤال‌های ارزیابی پاسخ دهد.

تعداد دفعات استفاده

برای بررسی تغییر در شدت اضطراب، با توجه به مقاومت علائم و وضعیت دانشجو می‌توان از این پرسشنامه در فواصل زمانی معین استفاده نمود.

توضیحات تکمیلی

اختلال‌های اضطرابی ازلحاظ نوع اشیا یا موقعیت‌هایی که موجب ترس، اضطراب، یا رفتار اجتنابی و اندیشه پردازی شناختی[۱] می‌شوند با یکدیگر تفاوت دارند؛ بنابراین اختلال‌های اضطرابی معمولاً هم‌زمان با یکدیگر بروز می‌کنند، اما می‌توان با بررسی دقیق انواع موقعیت‌های ترس یا اجتناب و محتوای افکار یا باورهای مرتبط، آن‌ها را از یکدیگر متمایز کرد. تفاوت اختلال‌های اضطرابی با ترس یا اضطراب عادی مربوط به دوره تحول، در افراطی بودن اختلال‌های اضطرابی به فراسوی دوره‌های تحول است. تفاوت آن‌ها با ترس یا اضطراب گذرا که اغلب نام استرس است در پایدار بودن اختلال‌های اضطرابی است (یعنی معمولاً شش ماه یا بیشتر طول می‌کشد)، اما ملاک مدت اختلال یک رهنمود کلی است.

سکوت بیمارگون ارادی عبارت است از ناتوانی مداوم در صحبت کردن در موقعیت اجتماعی که انتظار صحبت کردن در آن‌ها وجود دارد (مثلاً در مدرسه)، درحالی‌که فرد در موقعیت دیگر صحبت می‌کند. صحبت نکردن عواقب مهمی در پیشرفت تحصیلی یا شغلی دارد و مزاحم ارتباط اجتماعی بهنجار می‌شود (این اختلال بیشتر احتمال دارد در کودکان خردسال دیده شود تا نوجوانان و بزرگسالان).

افراد گرفتار **هراس خاص**[۲]، از اشیا یا موقعیت‌های محدود به موضوع خاص[۳] دچار ترس و اضطراب می‌شوند یا از آن موقعیت‌ها اجتناب می‌کنند. در این اختلال، اندیشه پردازی شناختی ویژه‌ای همانند اختلال‌های دیگر وجود ندارد. ترس، اضطراب یا اجتناب تقریباً همیشه بلافاصله از راه موقعیت هراس‌آور و به میزان پایدار و خطر واقعی پیش رو ظاهر می‌شود. هراس یا ترس مرضی انواع گوناگونی دارد: هراس از حیوانات؛ محیط طبیعی؛ خون - تزریق؛ آسیب و زخم؛ موقعیتی خاص؛ و موارد دیگر.

در اختلال **اضطراب اجتماعی**[۴] (هراس اجتماعی[۵]) فرد از تعامل‌ها و موقعیت‌های اجتماعی که در آن‌ها امکان مورد مشاهده قرار گرفتن وجود دارد بیمناک، نگران یا گریزان است. اضطراب اجتماعی در موقعیت‌هایی چون ملاقات با افراد ناآشنا، موقعیت‌هایی که فرد هنگام خوردن یا آشامیدن ممکن است مورد مشاهده قرار گیرد، یا موقعیت‌هایی که فرد در حضور دیگران کاری یا سخنرانی انجام می‌دهد، دیده می‌شود. اندیشه پردازی شناختی افراد مبتلا به این اختلال شامل مواردی چون: مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن از سوی دیگران، دستپاچه شدن، تحقیر شدن، طرد شدن، یا آزردن دیگران و مواردی ازاین‌دست است.

فرد در **اختلال وحشت‌زدگی** گرفتار حمله‌های وحشت‌زدگی غیرمنتظره عودکننده می‌شود و همواره نگران حمله‌های وحشت‌زدگی بیشتر یا تغییر در رفتار به شیوه غیر انطباقی[۶] به دلیل حمله‌های وحشت‌زدگی است (مثل اجتناب از ورزش کردن یا مکان‌های ناآشنا). حمله‌های وحشت‌زدگی به شکل فوران ناگهانی ترس با ناراحتی شدیدی است که در چند دقیقه به اوج می‌رسد و با نشانه‌های جسمانی و

---

۱ Cognitive ideation
۲ Specific phobia
۳ circumscribed
۴ Social anxiety disorder
۵ Social phobia
۶ maladaptive

یا شناختی همراه است. حمله‌های وحشت‌زدگی دارای نشانه‌های محدود، کمتر از چهار نشانه را در برمی‌گیرند. حمله‌های وحشت‌زدگی ممکن است *منتظره*[1] باشند، مثل مواردی که در واکنش به یک شیء یا موقعیت ترسناک، به‌طورمعمول ظاهر می‌شوند؛ یا ممکن است *غیرمنتظره*[2] باشند، بدین معنی که حمله‌های وحشت‌زدگی بدون دلیل آشکار رخ می‌دهند. حمله‌های وحشت‌زدگی به‌عنوان نشانگر و عامل پیش‌آگهی برای تشخیص شدت، روند و همایندی در گستره‌ای از اختلال‌ها، ازجمله اختلال‌های اضطرابی، اما نه فقط محدود به آن‌ها عمل می‌کنند.

مبتلایان به **هراس از مکان‌های عمومی**[3] در دو یا چند موقعیت دچار ترس یا اضطراب می‌شوند، مانند استفاده از وسایل حمل‌ونقل عمومی؛ بودن در فضاهای باز، ماندن در مکان‌های بسته؛ ایستادن در صف یا ماندن در میان جمعیت یا مکان‌های شلوغ؛ یا تنها بودن در بیرون از خانه، فرد از این موقعیت‌ها می‌ترسد، چون فکر می‌کند که فرار کردن از آن‌ها ممکن است دشوار باشد یا در صورت بروز نشانه‌های شبه وحشت‌زدگی یا سایر نشانه‌های ناتوان‌کننده یا خجالت‌آور، شاید کمکی در دسترس نباشد. این موقعیت‌ها تقریباً همیشه موجب ترس یا اضطراب در فرد مبتلا می‌شود بنابراین فرد تلاش می‌کند اغلب از این موقعیت‌ها اجتناب و یا برای اطمینان یک نفر همراه او باشد.

اختلال اضطراب فراگیر[4] عبارت است از اضطراب و نگرانی مداوم و افراطی فرد بابت برخی از رویدادها یا فعالیت‌ها (مانند، عملکرد شغلی یا تحصیلی) که دست‌کم شش ماه و در بیشتر روزها وجود دارد. کنترل نگرانی برای فرد دشوار است. علاوه بر این اضطراب و نگرانی با سه مورد (یا بیشتر) از پنج نشانه‌ای که در پی می‌آید همراه است؛ بی‌قراری یا احساس دل‌شوره یا عصبی بودن، زود خسته شدن و از پا افتادن، دشواری در تمرکز یا احساس تهی شدن ذهن، تحریک‌پذیری، تنش ماهیچه‌ای، اختلال خواب. این اختلال ازلحاظ بالینی موجب ناراحتی یا نقص چشمگیری در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود.

اختلال اضطرابی ناشی از مواد/دارو: در این اختلال حمله‌های وحشت‌زدگی یا اضطراب در تصویر بالینی بارز است. شواهدی از پیشینه، معاینه بدنی یا یافته‌های آزمایشگاهی مربوط به هر دو مورد زیر وجود دارد. نشانه‌ها در جریان مسمومیت با مواد یا ترک مواد بلافاصله پس‌ازآن یا پس از مصرف یک دارو ظاهر می‌شود. برای این اختلال نمی‌توان برحسب یک اختلال اضطرابی که ناشی از مواد/دارو نیست تبیین بهتری به دست داد. چنین شواهدی که وجود اختلال اضطرابی مستقل را نشان می‌دهد ممکن است شامل این موارد باشد: نشانه‌ها مقدم بر آغاز مصرف مواد/دارو هستند؛ نشانه‌ها در یک دوره‌ی زمانی چشمگیر (مثلاً تقریباً یک ماه) پس از قطع ترک یا حاد یا مسمومیت شدید استمرار می‌یابد؛ یا شواهدی دیگری حالی از وجود یک اختلال اضطرابی مستقل که ناشی از مواد نیست (مثل پیشینه‌ی دوره‌های عودکننده‌ی

---

[1] expected
[2] unexpected
[3] agoraphobia
[4] Generalized anxiety

نامرتبط با مواد/دارو) در دست است. این اختلال ازلحاظ بالینی موجب ناراحتی یا نقص چشمگیری در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود.

اختلال اضطرابی ناشی از عارضه‌ی جسمانی دیگر در این اختلال نیز حمله‌های وحشت‌زدگی یا اضطراب در تصویر بالینی بارز است. وجود شواهدی از پیشینه، معاینه بدنی یا یافته‌های آزمایشگاهی حاکی از این‌که این اختلال پیامد مستقیم فیزیولوژی نابهنجار عارضه جسمانی دیگر است. برای این اختلال نمی‌توان برحسب اختلال روانی دیگری تبیین بهتری به دست داد. این اختلال ازلحاظ بالینی موجب ناراحتی یا نقص چشمگیری در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود.

اختلال اضطرابی مشخص دیگر در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها نشانه‌های مشخصه‌ی یک اختلال اضطرابی که ازلحاظ بالینی موجب ناراحتی یا نقص چشمگیری در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود بارز هستند، اما ملاک‌های کامل هیچ‌یک از اختلال‌های طبقه‌ی تشخیصی اختلال‌های اضطرابی را برآورده نمی‌کنند.

اختلال اضطرابی نامشخص در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها نشانه‌های مشخصه‌ی یک اختلال اضطرابی که ازلحاظ بالینی موجب ناراحتی یا نقص چشمگیری در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود بارز هستند، اما ملاک‌های کامل هیچ‌یک از اختلال‌های طبقه‌ی تشخیصی اختلال‌های اضطرابی را برآورده نمی‌کنند. این تشخیص در موقعیت‌هایی به کار می‌رود که در آن‌ها متخصص بالینی ترجیح دهد دلیل عدم مطابقت ملاک‌های یک اختلال اضطرابی خاص را ذکر نکند؛ و نشانه‌هایی را در برمی‌گیرد که برای مطرح کردن تشخیص اختصاصی‌تر اطلاعات کافی در اختیار نمی‌گذارد.

اختلال‌های نشانه‌ی جسمانی و مرتبط

اختلال نشانه جسمانی[۱] و سایر اختلال‌ها شامل نشانه‌های جسمانی بارز، طبقه جدیدی در DSM-۵ با عنوان اختلال‌های نشانه جسمانی و مرتبط است. اختلال‌های این بخش شامل: اختلال نشانه جسمانی، اختلال اضطراب بیماری[۲]، اختلال تبدیلی[۳] (اختلال نشانه عصبی کارکردی[۴])، عوامل روان‌شناختی مؤثر بر عارضه‌های جسمانی دیگر، اختلال ساختگی[۵]، اختلال نشانهٔ جسمانی و مرتبط مشخص دیگر و اختلال نشانهٔ جسمانی و مرتبط نامشخص. همه این اختلال‌ها یک ویژگی مشترک دارند و آن بارز بودن نشانه‌های جسمانی همراه با ناراحتی و نقص چشمگیر است. مبتلایانِ اختلال‌های نشانه‌های جسمانی بارز معمولاً در محیط‌های پزشکی عمومی و سایر مراکز پزشکی دیده می‌شوند، اما در محیط‌های روان‌پزشکی و سلامت روانی دیگر کمتر مشاهده می‌شوند.

در اختلال نشانهٔ جسمانی که تشخیص اصلی این طبقه تشخیصی است بر نشانه‌ها و علائم مثبت (نشانه‌های جسمانی آزارنده به‌علاوه افکار، احساسات و رفتارهای نابهنجار در واکنش به این نشانه‌ها) تأکید می‌شود تا بر فقدان توجیه پزشکی برای نشانه‌های جسمانی، یکی از ویژگی‌های متمایز بین این اختلال خود نشانه‌های جسمانی نیست، بلکه شیوه بروز و تعبیر آن‌هاست. گنجاندن مؤلفه‌های شناختی و رفتاری در ملاک‌های اختلال نشانهٔ جسمانی در عمل جلوه‌ی جامع‌تر و دقیق‌تری به تصویر بالینی واقعی می‌دهد که صرفاً با ارزیابی شکایات جسمانی نمی‌توان به آن‌ها دست‌یافت.

CCSM-I با دو سؤال که ویژگی مشترک اختلال‌های نشانه‌ی جسمانی است، شروع به ارزیابی این دسته از اختلال‌ها می‌کند و اگر دانشجو در این دو سؤال جمعاً نمره‌ی ۴ یا بیشتر از ۴ را کسب کند، از وی خواسته می‌شود تا به ۱۵ سؤال تکمیلی بخش ث-So نیز پاسخ دهد.

بخش ث

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)	**مجموع** (جمع دو ردیف)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. از دردهای بدون توضیح و بی‌دلیل (مثلاً سر درد، کمر درد، درد مفاصل، درد شکم، درد پا) رنج می‌برید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۲. احساس می‌کنید که بیماری شما به‌اندازه‌ی کافی جدی گرفته نمی‌شود؟	۰	۱	۲	۳	۴		

[۱] Somatic symptom disorder
[۲] Illness anxiety disorder
[۳] Conversion disorder
[۴] Functional neurological symptom disorder
[۵] Factitious disorder

۱۵ سؤال تکمیلی بخش ث – So						
		در طی ۷ روز گذشته چقدر شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟				
		اصلاً رنج نبرده‌ام (۰)	**کمی رنج‌برده‌ام (۱)**	**خیلی رنج‌برده‌ام (۲)**	نمره هر آیتم	برای استفاده روان‌شناس
۱	دل‌درد	۰	۱	۲		
۲	کمردرد	۰	۱	۲		
۳	درد در بازوها، پاها یا مفاصل (زانوها، لگن و غیره)	۰	۱	۲		
٤	گرفتگی‌های قاعدگی و یا سایر مشکلات مربوط به قاعدگی (فقط زنان)	۰	۱	۲		
۵	سردرد	۰	۱	۲		
٦	درد قفسه سینه	۰	۱	۲		
۷	سرگیجه	۰	۱	۲		
۸	احساس خفگی	۰	۱	۲		
۹	احساس افزایش ضربان قلب	۰	۱	۲		
۱۰	تنگی نفس	۰	۱	۲		
۱۱	درد یا مشکل داشتن به هنگام ارتباط جنسی	۰	۱	۲		
۱۲	یبوست، اسهال	۰	۱	۲		
۱۳	حالت تهوع، گاز معده یا سوءهاضمه	۰	۱	۲		
۱٤	احساس خستگی یا انرژی کم	۰	۱	۲		
۱۵	مشکلات خواب	۰	۱	۲		
مجموع نمره خام کلی (زمانی که به کلیه سؤالات پاسخ‌داده‌شده)						
مجموع نمره نسبی (زمانی که به کمتر از ۵ سؤال پاسخ‌داده‌شده)						

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش ث – Somatic)

ارزیابی علائم جسمانی سطح دو CCSM نسخه‌ای از پرسشنامه سلامت بیمار علائم جسمانی ۱۵ سؤالی است که حوزه علائم جسمانی را ارزیابی می‌کند. در هر سؤال از دانشجو خواسته‌شده است تا به‌شدت علائم فیزیکی‌اش در طی **۷ روز گذشته** نمره‌ای دهد.

نمره دهی و تفسیر نمرات

هر سؤال در این پرسشنامه از ۰ تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود (۰= اصلاً رنج نبرده‌ام، ۱= کمی رنج‌برده‌ام، ۲= خیلی رنج‌برده‌ام). دامنه نمره بین ۰ تا ۳۰ است، نمرات بالا، نشان‌دهنده شدت بالای علائم جسمانی است. درصورتی‌که دانشجو به تمام ۱۵ سؤال پاسخ داده باشد نمره‌های ۱۵ سؤال جمع بسته می‌شود و با استفاده از جدول تفسیر علائم جسمی میزان و شدت علائم افسردگی تعیین می‌شود.

جدول تفسیر نمرات علائم جسمی	
خیلی خفیف	۴-۰
خفیف	۹-۵
متوسط	۱۴-۱۰
شدید	۳۰-۱۵

نکته: چنانچه دانشجو حداقل به ۱۲ سؤال پاسخ داده باشد (۷۵٪ سؤالات)، مصاحبه‌گر باید از نمره خام تناسب بگیرد. روش تناسب گرفتن از فرمول زیر صورت می‌گیرد:

$$\text{نمره نسبت یافته} = \frac{\text{مجموع نمرات خام دانشجو} \times \text{تعداد کل سؤالات پرسشنامه (۱۵ سؤال)}}{\text{تعداد سؤالات پاسخ‌داده‌شده}}$$

نکته: اگر ۴ یا بیش از ۴ سؤال (۲۵٪) از کل سؤالات پرسشنامه خالی باشد، پرسشنامه جهت تفسیر فاقد اعتبار است؛ بنابراین دانشجو باید تشویق شود که به تمام سؤال‌های ارزیابی پاسخ دهد.

تعداد دفعات استفاده

برای بررسی تغییر در شدت نشانه‌های جسمانی، با توجه به مقاومت علائم و وضعیت دانشجو می‌توان از این پرسشنامه در فواصل زمانی معین استفاده نمود.

توضیحات تکمیلی

مشخصه همه این اختلال‌ها تمرکز بارز بر نگرانی‌های جسمانی است و نخستین بار عمدتاً در مراکز پزشکی دیده می‌شوند تا مراکز سلامت روانی. عنوان اختلال نشانه جسمانی، روش بالینی سودمندتری برای مشخص کردن افرادی است که ممکن است درگذشته تشخیص اختلال جسمانی کردن[۱] بر آنان گذاشته‌شده باشد. علاوه بر این تقریباً ۷۵ درصد افرادی که قبلاً برای آنان تشخیص خودبیمارانگاری[۲] مطرح می‌شد در طبقه‌ی تشخیصی اختلال نشانه‌ی جسمانی گنجانده می‌شوند. باوجوداین، حدود ۲۵ درصد افراد خود بیمار انگار دارای اضطراب سلامتیِ[۳] قابل‌توجه بدون نشانه‌های جسمانی هستند و نشانه‌های بسیاری از چنین افرادی واجد تشخیص اختلال اضطرابی نیست. تشخیص اختلال اضطراب بیماری در DSM-۵ مخصوص این گروه از افراد است. اختلال اضطراب بیماری را می‌توان یا در این بخش تشخیصی قرار داد یا به‌عنوان یک اختلال اضطرابی در نظر گرفت. به دلیل تمرکز شدید بر نگرانی‌های جسمانی و به دلیل اینکه بیماری اغلب مواقع در مراکز پزشکی مشاهده می‌شود، مناسب‌تر این است که با اختلال‌های نشانه‌ی جسمانی و مرتبط طبقه‌بندی شود.

مبتلایان **اختلال نشانه‌های جسمانی** معمولاً یک یا چند نشانه‌های جسمانی دارند که آزارنده هستند یا به آشفتگی قابل‌ملاحظه‌ای در زندگی روزمره فرد منجر می‌شوند. فرد افکار، احساسات یا رفتارهای افراطی در رابطه با نشانه‌های جسمانی یا نگرانی‌های مربوط به سلامتی دارد که به وسیله حداقل یکی از این موارد مشخص می‌شود: افکار نامتناسب و پایدار درباره جدی بودن نشانه‌های خود، سطح اضطراب همواره بالا درباره سلامتی یا نشانه‌ها، اختصاص دادن زمان و انرژی مفرط به این نشانه‌ها و نگرانی‌ها از سلامتی. اگر نشانه‌های جسمانی با اختلال روانی دیگری (مانند اختلال وحشت‌زدگی) منطبق باشند و ملاک‌های تشخیصی آن اختلال برآورده شوند باید آن اختلال به‌عنوان تشخیص جایگزین یا اضافی موردتوجه قرار گیرد.

در **اختلال اضطراب بیماری** فرد اشتغال ذهنی به داشتن یا مبتلا شدن به یک بیمار جدی را دارد اما یا نشانه‌های جسمانی وجود ندارد و یا اگر وجود دارد شدت آن‌ها خفیف است، در این اختلال فرد میزان بالایی از اضطراب بابت سلامتی خود را تجربه می‌کند.

ویژگی اصلی **اختلال تبدیلی**، وجود یک یا چند نشانه حاکی از تغییر کارکرد حرکتی یا حسی ارادی است که موجب نقص در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود و یا ارزیابی پزشکی را ایجاب می‌کند در این اختلال یک یا چند نشانه از انواع مختلف وجود دارد: نشانه‌های حرکتی عبارت‌اند از

---

[۱] somatization
[۲] hypochondriasis
[۳] Health anxiety

فلج یا ضعف، لرزش و ... و نشانه‌های حسی شامل تغییر، کاهش یا فقدان حس لامسه، بینایی یا شنوایی است.

ویژگی اصلی **اختلال ساختگی** عبارت است از تحریف علائم و نشانه‌های جسمانی یا روانی در خود یا دیگران که با فریبکاری آشکار همراه است افرادی که اختلال ساختگی دارند ممکن است پس از القای آسیب یا بیماری، در صدد درمان خود یا فرد دیگر باشند. تشخیص این اختلال مستلزم اثبات این موضوع است که فرد به اقدامات مخفیانه‌ای برای غلط جلوه دادن، وانمود کردن، یا ایجاد علائم یا نشانه‌های بیماری یا آسیب، در صورت نبودن پاداش‌های بیرونی آشکار متوسل می‌شود. روش‌های تحریف بیماری ممکن است شامل مبالغه، جعل، وانمود و القاء باشند. درحالی‌که امکان دارد عارضه‌ی جسمانی قبلی وجود داشته باشد، رفتار فریبکارانه یا القای آسیبِ همراه با فریبکاری موجب می‌شود دیگران چنین فردی (یا شخص دیگر) را بیمارتر یا آسیب‌دیده‌تر تلقی کنند و این امر ممکن است به اقدامات بالینی بیش‌ازحد منجر شود. در اختلال ساختگی تحمیلی بر خود، فرد علائم و نشانه‌های جسمانی، روانی یا القای آسیب یا بیماری همراه با فریب‌کاری آشکار دارد و فرد خود را در برابر دیگران بیمار، آسیب‌دیده یا مصدوم جلوه می‌دهد. در اختلال ساختگی تحمیلی بر دیگری؛ فرد شخص دیگری را در برابر دیگران بیمار، آسیب‌دیده یا مصدوم جلوه می‌دهد.

اختلال نشانه جسمانی و مرتبط مشخص دیگر و اختلال نشانه جسمانی و مرتبط نامشخص شامل اختلال‌هایی است که در آن‌ها برخی، اما نه همه، ملاک‌های اختلال نشانه جسمانی یا اختلال اضطراب بیماری و نیز آبستنی کاذب برآورده می‌شوند.

اختلال‌های خواب - بیداری

اختلال‌های خواب-بیداری شامل ده اختلال یا گروه اختلال است: اختلال بی‌خوابی[۱]، اختلال خواب‌زدگی[۲]، حمله خواب[۳]، اختلال‌های خواب مرتبط با تنفس، اختلال‌های چرخه شبانه‌روزی خواب-بیداری[۴]، اختلال‌های انگیختگی خواب بدون حرکت سریع چشم[۵]، اختلال کابوس، اختلال رفتار خواب با حرکت سریع چشم[۶]، نشانگان پاهای بی‌قرار[۷] و اختلال خواب ناشی از مواد/دارو. مبتلایان این اختلال‌ها معمولاً شکایاتی از خواب - بیداری در خصوص نارضایتی از کیفیت، زمان و مقدار خواب‌دارند. ویژگی اصلی همه این اختلال‌های خواب – بیداری اصولاً ناراحتی و آشفتگی ناشی از آن‌ها در طول روز است.

CCSM-I با یک سؤال شروع به ارزیابی می‌کند. درصورتی‌که نمره‌ی دانشجو در این سؤال ۸ یا بیشتر از ۸ باشد از وی خواسته می‌شود تا به هشت سؤال تکمیلی (بخش ج-Sle) نیز پاسخ دهد.

بخش ج

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. مشکلاتی در خوابیدن دارید که بر کل کیفیت زندگی شما تأثیر گذاشته‌اند؟	۰	۱	۲	۳	۴	
در ۷ روز گذشته...	اصلاً	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	
۲. خوابم سرحال کننده بود.	۴	۳	۲	۱	۰	
در ۷ روز گذشته...	خیلی بد	بد	نسبتاً خوب	خوب	عالی	
۳. کیفیت خوابم	۴	۳	۲	۱	۰	

ساختار سؤالات بخش تکمیلی اختلال‌های خواب-بیداری به‌گونه‌ای طراحی‌شده که تشخیص را تسهیل کند و مواردی را که ارجاع فرد به متخصص خواب برای ارزیابی بیشتر و برنامه‌ریزی درمان لازم باشد را مشخص کند. طبقه‌بندی اختلال‌های خواب در DSM-۵ رویکرد ساده و مفیدی را ازلحاظ بالینی به کار می‌گیرد که درعین‌حال بازتاب پیشرفت‌های علمی در همه‌گیری‌شناسی، ژنتیک، فیزیولوژی نابهنجار، سنجش و تدابیر پژوهشیِ پس از انتشار DSM - IV است. در برخی از موارد (مثل اختلال بی‌خوابی)

---

[۱] Insomnia disorder
[۲] Hypersomnolence disorder
[۳] narcolepsy
[۴] Circadian rhythm sleep-awake disorders
[۵] Non-rapid eye movement (NREM) sleep behavior disorder
[۶] Rapid eye movement (REM) sleep behavior disorder
[۷] Restless legs syndrome

رویکرد «یکپارچه»ای اتخاذشده، درحالی‌که در موارد دیگر (مثل حمله خواب) رویکردی «تفکیکی»، اختیار شده که بازتاب وجود شاخص‌های حاصل از پژوهش همه‌گیری‌شناسی، زیست - عصب‌شناسی و تدابیر درمانی است.

	۸ سؤال تکمیلی بخش ج - SI						نمره هر آیتم	برای استفاده
	در ۷ روز گذشته...	**اصلاً**	**خیلی کم**	**کم**	**تاحدی**	**زیاد**		
۱	خواب ناآرامی داشتم.	۱	۲	۳	٤	٥		
۲	از خوابم رضایت داشتم.	٥	٤	۳	۲	۱		
۳	خوابم سرحال کننده بود.	٥	٤	۳	۲	۱		
٤	در به خواب رفتن مشکل داشتم.	۱	۲	۳	٤	٥		
		هرگز	**بندرت**	**گاهی اوقات**	**اغلب اوقات**	**همیشه**		
٥	در به خواب ماندن مشکل داشتم.	۱	۲	۳	٤	٥		
٦	با خوابیدن مشکل داشتم.	۱	۲	۳	٤	٥		
۷	خواب کافی داشتم.	٥	٤	۳	۲	۱		
	در ۷ روز گذشته...	**خیلی بد**	**بد**	**نسبتاً خوب**	**خوب**	**عالی**		
۸	کیفیت خوابم	٥	٤	۳	۲	۱		
	مجموع نمره خام کلی (زمانی که به کلیه سؤالات پاسخ‌داده‌شده)							
	مجموع نمره نسبی (زمانی که به کمتر از ۸ سؤال پاسخ‌داده‌شده)							
	نمره استاندارد (با استفاده از جدول تبدیل نمرات خام به استاندارد)							

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش ج – Sleep)

اختلال خواب-بیداری بزرگسال سطح دو CCSM، فرم کوتاه ۸ سؤالی است که میزان اختلالات خواب را در افراد بزرگتر از ۱۸ سال بررسی می‌کند. در هر سؤال از دانشجو در مورد شدت اختلالات خوابش در طی ۷ روز گذشته سؤال می‌شود.

نمره دهی و تفسیر نمرات

هر سؤال در این پرسشنامه از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (۱= هرگز، ۲= بندرت، ۳= گاهی اوقات، ۴= اغلب اوقات، ۵= همیشه) و دامنه‌ی نمرات بین ۸ تا ۴۰ است که نمرات بالا بیانگر شدت اختلال خواب است.

نکته: همکارانی که مسئولیت بررسی و نمره‌گذاری پرسشنامه را به عهده‌دارند، توجه داشته باشند که سؤالات ۲، ۳، ۷ و ۸ را به‌صورت معکوس نمره‌گذاری کنند.

درصورتی‌که دانشجو به تمام سؤالات پاسخ داده باشد نمره‌های ۸ سؤال باید جمع بسته شوند تا مجموع نمره خام کلی به دست آید. سپس با استفاده از جدول نمرات استاندارد (جدول T) نمره خام کلی را به نمرات استاندارد تبدیل می‌کنیم و با استفاده از جدول تفسیر-خواب‌وبیداری، شدت و میزان اختلال خواب را مشخص می‌نماییم.

جدول تفسیر نمرات استاندارد – خواب‌وبیداری	
نمره استاندارد	**تفسیر**
کمتر از ۵۵	هیچ تا کمی
۵۵ تا ۵۹/۹	خفیف
۶۰ تا ۶۹/۹	متوسط
۷۰ و بیشتر از آن	شدید

اختلال خواب ۸SI جدول تبدیل نمرات خام به T		
نمره خام	نمره استاندارد آزمون	انحراف معیار
۸	۲۸/۹	۴/۸
۹	۳۳/۱	۳/۷
۱۰	۳۵/۹	۳/۳
۱۱	۳۸/۰	۳
۱۲	۳۹/۸	۲/۹
۱۳	۴۱/۴	۲/۸
۱۴	۴۲/۹	۲/۷
۱۵	۴۴/۲	۲/۷
۱۶	۴۵/۵	۲/۶
۱۷	۴۶/۷	۲/۶
۱۸	۴۷/۹	۲/۶
۱۹	۴۹	۲/۶
۲۰	۵۰/۱	۲/۵
۲۱	۵۱/۲	۲/۵
۲۲	۵۱/۲	۲/۵
۲۳	۵۳/۳	۲/۵
۲۴	۵۴/۳	۲/۵
۲۵	۵۵/۳	۲/۵
۲۶	۵۶/۳	۲/۵
۲۷	۵۷/۳	۲/۵
۲۸	۵۸/۳	۲/۵
۲۹	۵۹/۴	۲/۵
۳۰	۶۰/۴	۲/۵
۳۱	۶۱/۵	۲/۵
۳۲	۶۲/۶	۲/۵
۳۳	۶۳/۷	۲/۶
۳۴	۶۴/۹	۲/۶
۳۵	۶۶/۱	۲/۷
۳۶	۶۷/۵	۲/۸
۳۷	۶۹	۳
۳۸	۷۰/۸	۳/۲
۳۹	۷۳	۳/۵
۴۰	۷۶/۵	۴/۴

نکته: چنانچه دانشجو به ۶ سؤال از ۸ سؤال پاسخ داده باشد ابتدا نمرات ۶ سؤال جمع بسته می‌شود و از طریق فرمول زیر نسبت گرفته می‌شود و سپس نمره نسبت گرفته‌شده را با استفاده از جدول (T) به نمره استاندارد تبدیل کرده و در انتها با توجه به جدول تفسیر نمرات- خواب‌وبیداری، میزان شدت اختلال خواب را تعیین می‌کنیم.

$$\textbf{نمره نسبت یافته} = \frac{\text{مجموع نمرات خام دانشجو x تعداد کل سؤالات پرسشنامه (۸ سؤال)}}{\text{تعداد سؤالات پاسخ‌داده‌شده}}$$

اگر نتیجه نمره نسبت گرفته‌شده یک عدد کسری بود، آن را به نزدیک‌ترین عدد گرد کنید. برای مثال اگر دانشجو به ۶ تا سؤال از ۸ سؤال ارزیابی خواب پاسخ داده بود و مجموع نمرات آن ۶ سؤال ۱۶ باشد، نمره خام نسبت گرفته‌شده برابر با ۲۱=۶÷(۱۶×۸) خواهد بود؛ که نمره ۲۱ در جدول تبدیل نمرات خام به استاندارد برابر است با ۵۱/۲ که تفسیر آن با توجه به جدول تفسیر–خواب‌وبیداری نشان‌دهنده عدم وجود اختلال خواب است.

نکته: اگر بیش از ۲ سؤال (۲۵٪) از کل سؤالات پرسشنامه خالی باشد، پرسشنامه جهت تفسیر فاقد اعتبار است؛ بنابراین دانشجو باید تشویق شود که به تمام سؤال‌ها پاسخ دهد.

تعداد دفعات استفاده

برای بررسی تغییر در شدت اختلال خواب، با توجه به مقاومت علائم و وضعیت دانشجو می‌توان از این پرسشنامه در فواصل زمانی معین استفاده نمود.

توضیحات تکمیلی

اختلال‌های خواب اغلب با افسردگی، اضطراب و تغییرات شناختی همراه هستند که باید در برنامه مدیریت درمان مورد رسیدگی قرار گیرند. علاوه بر این، اختلال‌های پایدار خواب (بی‌خوابی، خواب‌آلودگی مفرط) عوامل خطرساز اثبات‌شده‌ای در بروز اختلال‌های روانی و اختلال‌های مصرف مواد در آینده هستند. همچنین ممکن است نمایانگر بروز پیش نشانه‌ای از یک دوره بیماری روانی باشند و امکان اقدام به‌موقع برای پیشگیری یا کاستن از یک دوره کامل اختلال را فراهم کنند.

مبتلایان به **اختلال بی‌خوابی** شکایت بارز و نارضایتی از کمیت یا کیفیت خواب، همراه با یک (یا بیش از یک) مورد از این نشانه‌ها شامل دشواری در به خواب رفتن، دشواری در تداوم خواب که مشخصه آن بیدار شدن‌های مکرر و اشکال در خوابیدن مجدد؛ پس از بیدار شدن است یا بیدار شدن در صبح زود و ناتوانی در خوابیدن مجدد این اختلال ازلحاظ بالینی موجب ناراحتی یا نقص چشمگیری در کارکرد اجتماعی، شغلی، آموزشی، تحصیلی، رفتاری یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود، لازم به ذکر است فرد مبتلا به این اختلال علی‌رغم دارا بودن فرصت خواب کافی، دست‌کم سه شب در هفته و به مدت سه ماه نمی‌تواند خواب کافی و مناسبی داشته باشد.

مبتلایان به **اختلال خواب‌زدگی** دچار خواب مفرط یا خواب‌زدگی هستند، به‌رغم آنکه دوره خواب اصلی آنان هفت ساعت بوده و حداقل با یکی از این نشانه‌ها همراه است، دوره‌های عودکننده خواب یا غلبه خواب در طول یک روز، دوره خواب اصلی طولانی‌تر از ۹ ساعت در هر شب که نیروبخش یا ترمیم‌کننده نیست، اشکال در هوشیار شدن کامل پس از بیداری ناگهانی، ذکر این نکته ضروری است که خواب‌زدگی مفرط دست‌کم سه بار در هفته برای مدت حداقل سه ماه رخ می‌دهد و همراه با آشفتگی و یا نقص قابل‌ملاحظه در کارکرد شناختی، اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر است.

در **حمله خواب** فرد مبتلا دوره‌های مکرر نیاز مقاومت‌ناپذیر به خواب یا غلبه‌ی خواب، یا چرت زدن در طی یک روز حداقل سه بار در هفته در طی سه ماه اخیر داشته است.

اختلال‌ها خواب مرتبط با تنفس شامل سه اختلال نسبتاً متمایز شامل وقفه تنفسی و کم تنفسی انسدادی در خواب[۱]، وقفه تنفسی مرکزی در خواب[۲]، کم تهویه‌ای مرتبط با خواب[۳] است.

اختلال‌های چرخه شبانه‌روزی خواب-بیداری الگوی پایدار یا مکرر آشفتگی خواب که عمدتاً ناشی از تغییر برنامه شبانه‌روزی یا ناهماهنگی بین چرخه شبانه‌روزی درون‌زاد و برنامه خواب-بیداری الزامی محیط فیزیکی یا اجتماعی، شغلی و تحصیلی فرد است. این آشفتگی خواب به خواب‌آلودگی مفرط یا بی‌خوابی،

[۱] Obstructive sleep apena hypopea
[۲] Central sleep apnea
[۳] Sleep-related hypoventilation

یا هر دو منجر می‌شود. این آشفتگی خواب ازلحاظ بالینی به ناراحتی یا نقص قابل‌ملاحظه‌ای در کارکرد اجتماعی، شغلی و یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود.

اختلال‌های انگیختگی خواب بدون حرکت سریع چشم، این اختلال جز شایع‌ترین نابهنجاری‌های خواب است، فرد مبتلا دوره‌های مکرری از بیدار شدن ناقص از خواب که معمولاً طی اولین ثلث دوره اصلی خواب رخ می‌دهد، دارد و با یکی از این دو مورد خواب‌گردی[۱] و دهشت خواب[۲] همراه است.

اختلال کابوس[۳] رؤیاهای گسترده و به‌شدت ترسناک که همراه با یادآوری دقیق و معمولاً شامل تلاش برای اجتناب از تهدیدهایی برای زندگی، امنیت یا تمامیت شخصی است که طی نیمه دوم دوره‌ی اصلی خواب ظاهر می‌شوند. پس از بیدار شدن از رؤیاهای ترسناک فرد به‌سرعت حس جهت‌یابی و هوشیاری‌اش را به دست می‌آورد. این آشفتگی خواب ازلحاظ بالینی منجر به ناراحتی یا نقص قابل‌ملاحظه‌ای در کارکرد اجتماعی، شغلی و زمینه‌های مهم دیگر می‌شود.

اختلال رفتار خواب با حرکت سریع چشم، شامل دوره‌های مکرر انگیختگی طی خواب همراه با ایجاد سروصدا و یا رفتارهای حرکتی پیچیده است که این رفتارها در طی خواب با حرکت سریع چشم ظاهرشده بنابراین معمولاً بیش از ۹۰ دقیقه پس از آغاز خواب رخ می‌دهند. فرد موقع بیدار شدن در این دوره‌ها بسیار آگاه و هوشیار است.

نشانگان پاهای بی‌قرار، شامل میل به حرکت دادن پاها که معمولاً همراه با یا در پاسخ به احساس‌های آزارنده یا ناخوشایند در پاها است.

سایر اختلالات این گروه شامل **اختلال خواب ناشی از مواد/دارو، اختلال بی‌خوابی مشخص دیگر، اختلال بی‌خوابی نامشخص، اختلال خواب‌زدگی مشخص دیگر، اختلال خواب‌زدگی نامشخص، اختلال خواب-بیداری مشخص دیگر و اختلال خوابی-بیدرای نامشخص دیگر.**

---

[۱] Sleep walking
[۲] Sleep terror
[۳] Nightmare disorder

اختلال‌های وسواس فکری – عملی و مرتبط

اختلال‌های وسواس فکری - عملی[۱] و مرتبط با آن موارد زیر را در برمی‌گیرد اختلال وسواس فکری – عملی، اختلال بدشکلی بدن[۲]، اختلال احتکار[۳]، وسواس موکنی (اختلال موکنی[۴])، اختلال پوست‌کنی[۵]، اختلال وسواس فکری-عملی و مرتبط ناشی از مواد/دارو، اختلال وسواس فکری-عملی و مرتبط ناشی از عارضه جسمانی دیگر و اختلال وسواس فکری - عملی و مرتبط مشخص دیگر و اختلال وسواس فکری-عملی و مرتبط نامشخص (برای مثال اختلال رفتار مکرر متمرکز بر بدن[۶]، بددلی وسواسی[۷]).

CCSM-I با دو سؤال که مشخصه اصلی اختلال‌های وسواس فکری-عملی است، شروع به ارزیابی این دسته از اختلال‌ها می‌کند و اگر دانشجو در این دو سؤال جمعاً نمره‌ی ۴ یا بیشتر از ۴ را کسب کند، از وی خواسته می‌شود تا به ۵ سؤال تکمیلی بخش چ-OCD نیز پاسخ دهد.

بخش چ

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)	**مجموع** (جمع دو ردیف)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. افکار، امیال یا تصاویر ذهنی ناخوشایند به‌طور مکرر به ذهن شما وارد می‌شود؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۲. برای اجرای مکرر برخی رفتارها یا اقدامات ذهنی خاص احساس اجبار می‌کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴		

[۱] Obsessive-compulsive disorders
[۲] Body dysmorphic disorder
[۳] Hording disorder
[۴] Trichotillomania (hair-pulling)
[۵] Excoriation (skin-picking)
[۶] Body-focused repetitive disorder
[۷] Obsessional jealousy

۵ سؤال تکمیلی بخش چ-OCD							
در طول هفت روز گذشته:							برای استفاده روان‌شناس
۱. به‌طور متوسط هر روز چقدر به این افکار و رفتارها مشغول بوده‌اید؟	۰- اصلاً □	۱- کمی (کمتر از یک ساعت در روز) □	۲- متوسط (یک تا سه ساعت در روز) □	۳- شدید (سه تا هشت ساعت در روز) □	٤- خیلی شدید (بیشتر از هشت ساعت در روز) □		
۲. چقدر این افکار و رفتارها سبب پریشانی شما شده‌اند؟	۰- اصلاً □	۱- کمی (به‌ندرت پریشان کننده است) □	۲- متوسط (پریشان کننده، اما هنوز قابل‌کنترل است) □	۳- شدید (خیلی پریشان کننده است) □	٤- خیلی شدید (پریشانی کاملاً غیرقابل‌تحمل است) □		
۳. چقدر برایتان دشوار بوده است که این افکار و رفتارها را کنترل کنید؟	۰- اصلاً □	۱- تا حدی قابل‌کنترل (معمولاً می‌توانم افکار و رفتار را کنترل کنم) □	۲- کنترل متوسط (گاهی می‌تواند افکار و رفتارم را کنترل کنم) □	۳- کنترل کم (به‌ندرت می‌توانم افکار و رفتارم را کنترل کنم) □	٤- بدون کنترل (نمی‌توانم افکار و رفتارم را کنترل کنم) □		
٤. چقدر این افکار و رفتارها موجب شده‌اند شما از انجام کار، رفتن به‌جایی یا بودن باکسی اجتناب کنید؟	۰- اصلاً □	۱- کمی (گاهی اجتناب می‌کنم) □	۲- متوسط (به‌طور منظم از انجام آن‌ها اجتناب می‌کنم) □	۳- شدید (غالباً و به‌شدت اجتناب می‌کنم) □	٤- خیلی شدید (همیشه اجتناب می‌کنم؛ خانه‌نشین) □		
۵. چقدر این افکار و رفتارها در کارهای دانشگاه، کار یا زندگی اجتماعی و خانوادگی شما اختلال ایجاد کرده است؟	۰- اصلاً □	۱- کمی (تا حدی اختلال ایجاد کرده است) □	۲- متوسط (اختلال کاملاً مشخص در کارکرد، اما هنوز قابل مدیریت) □	۳- شدید (اختلال قابل‌توجه) □	٤- خیلی شدید (نزدیک به اختلال، کاملاً ناتوان‌کننده) □		
مجموع نمره خام کلی (زمانی که به کلیه سؤالات پاسخ‌داده‌شده)						نمره هر آیتم	
مجموع نمره نسبی (زمانی که به کمتر از ۵ سؤال پاسخ‌داده‌شده)							
نمره میانگین کل							

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش چ – Obsessive Compulsive)

مقیاس رفتار و تفکرات تکراری سطح دو CCSM نمونه به‌روز شده‌ای ۵-سؤالی از مقیاس بزرگسالان شدت وسواس فکری و اضطرابی (FOCI) است که برای بررسی حوزه تفکرات و رفتارهای تکرارشونده در افراد بالای ۱۸ سال استفاده می‌شود.

نمره دهی و تفسیر نمره‌ها

هر سؤال در این پرسشنامه از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره بین ۰ تا ۲۰ متغیر است، نمره بالا نشان‌دهنده شدت تفکرات و رفتارهای تکرارشونده است.

درصورتی‌که دانشجو به تمام سؤالات پاسخ داده باشد نمره‌های ۵ سؤال باید جمع بسته شوند تا مجموع نمره خام کلی به دست آید. سپس جهت به دست آوردن **نمره میانگین کل** مجموع نمره خام کلی را بر تعداد سؤال موجود در پرسشنامه (۵ سؤال) تقسیم کرده و سپس نمره به‌دست‌آمده را با توجه به جدول تفسیر نمرات – وسواس فکری-عملی میزان و شدت اختلال را تعیین می‌کنیم.

$$\text{نمره میانگین کل} = \frac{\text{مجموع نمره‌ی خام کلی (۵ سؤال)}}{\text{تعداد کل سؤالات (۵)}}$$

جدول تفسیر نمرات-وسواس فکری-عملی	
فاقد تشخیص	۰
خفیف	۱
متوسط	۲
شدید	۳
خیلی شدید	۴

نمره نسبی، اگر دانشجو به ۴ سؤال از ۵ سؤال پاسخ داده باشد، از مجموع نمرات ۴ سؤال از طریق فرمول زیر نسبت گرفته و سپس نمره میانگین کل [نمره نسبت گرفته‌شده تقسیم‌بر تعداد کل سؤالات (۵)] محاسبه می‌شود.

$$\text{نمره نسبت یافته} = \frac{\text{مجموع نمرات خام دانشجو x تعداد کل سؤالات پرسشنامه (۵ سؤال)}}{\text{تعداد سؤالات پاسخ‌داده‌شده}}$$

$$\text{نمره میانگین کل} = \frac{\text{نمره نسبت گرفته‌شده}}{\text{تعداد کل سؤالات (۵)}}$$

اگر نتیجه نمره نسبت گرفته‌شده یک عدد کسری بود، آن را به نزدیک‌ترین عدد گرد کنید. برای مثال اگر دانشجو به ۴ سؤال از ۵ سؤال ارزیابی وسواس پاسخ داده باشد و مجموع نمرات آن ۴ سؤال ۱۶ باشد، نمره خام نسبت گرفته‌شده برابر با ۲۰=۴÷(۱۶×۵) خواهد بود. حال باید با تقسیم نمره نسبت گرفته‌شده (در این مثال نمره ۲۰) بر تعداد کل سؤالات (در این مثال ۵) نمره میانگین کل محاسبه شود؛ که در این مثال برابر است با (۴=۵÷۲۰) که نمره ۴ در جدول تفسیر نمرات-وسواس فکری-عملی بیانگر میزان اختلال وسواس با درجه شدید است.

نکته: اگر بیش از ۱ سؤال (۲۵٪) از کل سؤالات موجود در پرسشنامه خالی باشد، پرسشنامه جهت تفسیر فاقد اعتبار است؛ بنابراین دانشجو باید تشویق شود که تمام سؤال‌های ارزیابی را پر کند.

تعداد دفعات استفاده

برای بررسی تغییر در شدت وسواس، با توجه به مقاومت علائم و وضعیت دانشجو می‌توان از این پرسشنامه در فواصل زمانی معین استفاده نمود.

توضیحات تکمیلی

مشخصه‌ی **اختلال وسواس فکری – عملی** وجود وسواس‌های فکری-عملی است. وسواس فکری[۱] شامل افکار، تصورات، با تکانه‌های مکرر و پایداری است که ناخواسته و مزاحم‌اند؛ درحالی‌که وسواس عملی[۲] رفتارها یا اعمال ذهنی[۳] مکرری است که شخص احساس می‌کند باید در واکنش به یک وسواس فکری یا مطابق قواعد سفت و سختی انجام دهد. مشخصه برخی دیگر از اختلال‌های وسواس فکری و عملی و مرتبط نیز، مشغله ذهنی و رفتارها یا اعمال ذهنی مکرری در پاسخ به آن اشتغال ذهنی است. مشخصه عمده دیگر اختلال‌های وسواس فکری - عملی و مرتبط با آن، اساساً رفتارهای مکرر عودکننده متمرکز بدن (مثل موکنی و پوست‌کنی) و اقدامات تکراری برای کاهش یا متوقف کردن این رفتارهاست.

محتوای ویژه وسواس‌های فکری و عملی در افراد مختلف تفاوت‌هایی دارند، اما ابعاد نشانه‌ای خاص در اختلال‌های وسواس فکری - عملی مشترک هستند ازجمله پاکیزگی (وسواس فکری پاکی و آلودگی[۴] وسواس عملی نظافت)؛ تقارن (وسواس فکری تقارن و تناسب[۵] وسواس عملی تکرار، نظم و ترتیب و شمارش)؛ افکار ممنوع یا تابو[۶] (مثل وسواس‌های فکری و عملی پرخاشگرانه، جنسی و موارد مرتبط) و آسیب و گزند (مثل ترس از آسیب رساندن به خود یا به دیگران)

مشخصه‌ی **اختلال بدشکلی بدن**، اشتغال ذهنی به مبتلا بودن خیالی به یک یا چند نقص یا عیب در وضع ظاهر است که دیگران آن را نمی‌بینند یا چندان قابل‌مشاهده نیست و عبارت‌اند از رفتارهای مکرر (مثل مدام در آینه به خود نگریستن، افراط در پوشش و آرایش یا تلاش‌های مکرر برای اطمینان مجدد) یا اعمال ذهنی (مثل مقایسه ظاهر خود با دیگران) در واکنش به نگرانی از ظاهر و سر و وضع خود، اشتغال ذهنی به‌ظاهر فرد به‌وسیله‌ی نگرانی از چاقی یا وزن بدن در اختلال خوردن توجیه بهتری ندارد. **بدشکلی ماهیچه‌ای**[۷] نوعی اختلال بدشکلی بدن با این اعتقاد است که هیکل فرد بسیار کوچک یا ازلحاظ عضلانی ضعیف است.

مشخصه‌ی **اختلال احتکار** عبارت است از ناتوانی مداوم در دور انداختن یا دل کندن از اشیای متعلق به خود بدون توجه به ارزش واقعی آن‌ها، در نتیجه نیاز خیالی شدید به نگهداری اشیاء و آشفتگی و ناراحتی از دور انداختن آن‌ها. اختلال احتکار با گردآوری معمولی تفاوت دارد. برای مثال، نشانه‌های اختلال احتکار منجر به انباشت تعداد زیادی از اشیا می‌شود که محل سکونت فرد را اشغال می‌کند و محل زندگی‌اش پر از خرت‌وپرت و اشیایی می‌شود که مصرف واقعی ندارند. نوع افراطی جمع‌آوری اشیا در اختلال احتکار که مشخصه بیشتر افراد گرفتار این اختلال، اما نه همه آنان، است شامل جمع‌آوری یا خرید افراطی یا دزدیدن اشیایی است که موردنیاز نیست یا برای نگهداری آن‌ها مکان مناسبی وجود ندارد.

---

۱ obsession
۲ compulsion
۳ Mental act
۴ Contamination obsession
۵ Symmetry obsession
۶ taboo
۷ Muscle dysmorphia

مشخصه‌ی **وسواس (یا اختلال) موکنی** عبارت است از کندن عودکننده موهای خود که منجر به از دست دادن موها و تلاش‌های مکرر برای کاستن از یا متوقف کردن موکنی می‌شود.

مشخصه‌ی **وسواس (یا اختلال) پوست‌کنی،** کندن متناوب پوست خود است که منجر به آسیب‌های پوستی و تلاش‌های مکرر برای کاستن یا متوقف کردن آن می‌شود. رفتارهای مکرر متمرکز بر بدن را که ویژگی این دو اختلال (موکنی و پوست‌کنی) هستند وسواس‌های فکری یا اشتغال ذهنی ایجاد نمی‌کنند؛ اما ممکن است مقدم بر یا همراه با حالات هیجانی گوناگون مثل احساس اضطراب یا ملالت باشند. همچنین پیش از آن ممکن است احساس تنش فزاینده‌ای وجود داشته باشد که پس از کندن مو یا پوست منجر به خشنودی، لذت یا حس آرامش شود. مبتلایان این اختلال‌ها ممکن است موقع پرداختن به این رفتارها درجات متفاوتی از هشیاری نسبت به آن‌ها داشته باشند.

اختلال وسواس فکری - عملی و مرتبط ناشی از مواد، شامل نشانه‌های ناشی از مسمومیت با مواد یا ترک آن‌ها با یک دارو است.

اختلال وسواس فکری - عملی و مرتبط مشخص دیگر و اختلال وسواس فکری - عملی مرتبط نامشخص شامل نشانه‌هایی است که به دلیل تصویر غیرمعمول یا سبب‌شناسی نامعلوم با ملاک‌های یک اختلال وسواس فکری - عملی و مرتبط خاص مطابقت ندارند.

در اختلال‌های وسواس فکری - عملی و مرتبط که دارای یک مؤلفه شناختی هستند بینش به‌عنوان مبنایی برای تعیین شاخص‌ها در نظر گرفته می‌شود. در هر یک از این اختلال‌ها دامنه بینش از «بینش خوب یا نسبتاً خوب» گرفته تا «بینش ضعیف و یا فاقد بینش/همراه با باورهای هذیانی»، در رابطه با اعتقادات مرتبط با اختلال متغیر است. در مورد کسانی که نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی و مرتبط در موردشان امکان ذکر کردن شاخص «فاقد بینش/همراه با باورهای هذیانی را می‌دهد»، این نشانه‌ها نباید به‌عنوان تشخیص یک اختلال روان‌پریشی مطرح شوند.

اختلال‌های گسستگی

اختلال‌های گسستگی[۱] از راه تجزیه[۲] و/یا گسیختگی[۳] یکپارچگی بهنجار هشیاری، حافظه، هویت، هیجان، ادراک، بازنمایی بدن[۴]، کنترل حرکتی و رفتار مشخص می‌شوند. نشانه‌های گسستگی می‌توانند به‌طور بالقوه در هر حوزه‌ای از کارکرد روانی اختلال ایجاد کنند. این اختلال‌ها شامل اختلال هویت گسستگی[۵]، یادزدودگی گسستگی[۶]، اختلال مسخ شخصیت/مسخ واقعیت، اختلال گسستگی مشخص دیگر و اختلال گسستگی نامشخص است.

CCSM-I با یک سؤال که ویژگی مشترک اختلال‌های گسستگی است ارزیابی را شروع می‌کند. اگر دانشجو در این سؤال نمره‌ی ۲ یا بیشتر از ۲ را کسب کند، از وی خواسته می‌شود تا به ۸ سؤال تکمیلی بخش ح-Dis نیز پاسخ دهد.

بخش ح

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. از خودتان، بدنتان، محیط فیزیکی اطرافتان یا خاطراتتان احساس جدایی یا دوری می‌کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	
	اصلاً	یک یا دو بار در هفته	تقریباً هرروز هفته	تقریباً یک‌بار در روز	بیشتر از یک‌بار در روز	
۲. من از موقعیتی به موقعیت دیگر آن‌چنان متفاوت رفتار می‌کنم که تقریباً انگار دو فرد متفاوتم.	۰	۱	۲	۳	۴	

[۱] Dissociative disorders
[۲] disruption
[۳] discontinuity
[۴] Body representation
[۵] Dissociative identity disorder
[۶] Dissociative amnesia

۸ سؤال تکمیلی بخش ح-Dis								
در طول هفت روز گذشته		**اصلاً**	**یک یا دو بار در هفته**	**تقریباً هرروز هفته**	**تقریباً یک‌بار در روز**	**بیشتر از یک‌بار در روز**	نمره هر آیتم	برای استفاده روان‌شناس
۱	متوجه شده‌ام که به نقطه‌ای خیره شده‌ام و به هیچ‌چیزی فکر نمی‌کنم.	۰	۱	۲	۳	٤		
۲	افراد، اشیا و دنیای اطرافم به نظرم عجیب یا غیرواقعی‌اند.	۰	۱	۲	۳	٤		
۳	من متوجه شده‌ام کارهایی انجام دادم که انجام دادن آن‌ها را به یاد ندارم.	۰	۱	۲	۳	٤		
٤	وقتی تنها هستم با صدای بلند با خودم حرف می‌زنم.	۰	۱	۲	۳	٤		
٥	من احساس می‌کنم، به دنیا از درون مه نگاه می‌کنم بنابراین افراد و چیزها به نظرم دور و محو هستند.	۰	۱	۲	۳	٤		
٦	من می‌توانم درد را نادیده بگیرم.	۰	۱	۲	۳	٤		
۷	من از موقعیتی به موقعیت دیگر آن‌چنان متفاوت رفتار می‌کنم که تقریباً انگار دو فرد متفاوتم.	۰	۱	۲	۳	٤		
۸	کارهایی را که معمولاً برایم سخت است را می‌توانم به‌آسانی انجام دهم.	۰	۱	۲	۳	٤		
مجموع نمره خام کلی (زمانی که به کلیه سؤالات پاسخ‌داده‌شده)								
مجموع نمره نسبی (زمانی که به کمتر از ۸ سؤال پاسخ‌داده‌شده)								
نمره میانگین کل								

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش ح-Dissociative disorders)

سطح دوم CCSM به‌وسیله ۸ سؤال به ارزیابی تجربیات گسستگی افراد بالای ۱۸ سال می‌پردازد. در هر سؤال از دانشجو خواسته می‌شود که شدت تجربه‌های گسستگی‌اش را در خلال **هفت روز گذشته** درجه‌بندی کند.

نمره دهی و تفسیر نمرات

هر سؤال در این پرسشنامه از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود (۰= هرگز، ۱= یک یا دو بار در هفته، ۲= تقریباً هر روز هفته، ۳= تقریباً یک‌بار در روز، ۴= بیشتر از یک‌بار در روز) دامنه نمرات ۰ تا ۳۲ است، نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت تجربیات گسستگی است.

درصورتی‌که دانشجو به تمام سؤالات پاسخ داده باشد نمره‌های ۸ سؤال باید جمع بسته شوند تا مجموع نمره خام کلی به دست آید. سپس جهت به دست آوردن **نمره میانگین کل** مجموع نمره خام کلی را بر تعداد سؤال‌های پرسشنامه (۸ سؤال) تقسیم کرده و با توجه به جدول تفسیر نمرات-اختلال‌های گسستگی میزان و شدت اختلال را تعیین می‌کنیم.

$$\text{نمره میانگین کل} = \frac{\text{مجموع نمره‌ی خام کلی (۸ سؤال)}}{\text{تعداد کل سؤالات (۸)}}$$

جدول تفسیر نمرات – اختلال‌های گسستگی	
فاقد تشخیص	۰
خفیف	۱
متوسط	۲
شدید	۳
خیلی شدید	۴

نمره نسبی، اگر دانشجو به ۶ یا ۷ سؤال از ۸ سؤال پاسخ داده باشد، از مجموع نمرات ۶ یا ۷ سؤال از طریق فرمول زیر نسبت گرفته و سپس نمره میانگین کل [نمره نسبت گرفته‌شده تقسیم‌بر تعداد کل سؤالات (۸)] محاسبه می‌شود.

$$\text{نمره نسبت یافته} = \frac{\text{مجموع نمرات خام دانشجو x تعداد کل سؤالات پرسشنامه (۸ سؤال)}}{\text{تعداد سؤالات پاسخ‌داده‌شده}}$$

$$\text{نمره میانگین کل} = \frac{\text{نمره نسبت گرفته‌شده}}{\text{تعداد کل سؤالات (۸)}}$$

اگر نتیجه نمره نسبت گرفته‌شده یک عدد کسری بود، آن را به نزدیک‌ترین عدد گرد کنید. برای مثال اگر دانشجو به ۷ سؤال از ۸ سؤال ارزیابی اختلال‌های گسستگی پاسخ‌داده باشد و مجموع نمرات آن ۷ سؤال ۲۲ باشد، نمره خام نسبت گرفته‌شده برابر با ۲۵=۷÷(۲۲×۸) خواهد بود. حال باید با تقسیم نمره نسبت یافته (در این مثال ۲۵) بر تعداد کل سؤالات (در این مثال ۸) نمره میانگین کل محاسبه شود که برابر است با (۳=۸÷۲۵) که نمره ۳ با توجه به جدول تفسیر نمرات – اختلال‌های گسستگی بیانگر میزان اختلال گسستگی با درجه شدید است.

نکته: اگر بیش از ۲ سؤال (۲۵٪) از کل سؤالات در پرسشنامه خالی باشد، پرسشنامه جهت تفسیر فاقد اعتبار است؛ بنابراین دانشجو باید تشویق شود که به تمام سؤال‌ها پاسخ دهد.

تعداد دفعات استفاده

برای بررسی تغییر در شدت اختلال‌های گسستگی، با توجه به مقاومت علائم و وضعیت دانشجو می‌توان از این پرسشنامه در فواصل زمانی معین استفاده نمود.

توضیحات تکمیلی

اختلال‌های گسستگی اغلب متعاقب رویداد آسیب‌زا ظاهر می‌شوند و بسیاری از نشانه‌ها ازجمله دستپاچگی و گیجی درباره نشانه‌ها یا میل به پنهان کردن آن‌ها، از نزدیکی به رویداد آسیب‌زا تأثیر می‌پذیرد. در DSM-۵ اختلال‌های گسستگی پس از اختلال‌های مرتبط با آسیب و عامل تنش‌زا، اما نه به‌عنوان بخشی از آن، گنجانده‌شده‌اند که بازتاب رابطه نزدیک این طبقات تشخیصی است. هر دو اختلال استرس حاد و اختلال فشار روانی پس آسیبی دارای نشانه‌های گسستگی مثل یادزدودگی، واکنش‌های تأخیری، رخوت، مسخ شخصیت/مسخ واقعیت هستند.

مشخصه‌ی **اختلال هویت گسستگی** برحسب وجود دو یا چند حالت شخصیتی متمایز مشخص می‌شود که ممکن است در برخی فرهنگ‌ها به‌عنوان تسخیرشدگی تعبیر شود اختلال هویت گسستگی این موارد را دربر می‌گیرد: وقفه چشم‌گیر در احساس خویشتن همراه با تغییرات در عواطف، رفتار، هوشیاری، حافظه، ادراک، شناخت و یا کارکرد حسی-حرکتی، خلاصه‌ای مکرر در یادآوری رویدادهای روزمره، اطلاعات شخصی مهم و یا رویدادهای آسیب‌زا که با فراموشی عادی همخوانی ندارد. این نشانه‌ها ازلحاظ بالینی موجب ناراحتی یا نقص قابل‌ملاحظه‌ای در کارکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی و یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود.

یادزدودگی گسستگی ناتوانی در یادآوری اطلاعات مهم مربوط به سرگذشت خود که معمولاً ماهیت آسیب‌زا یا پرتنش دارند و با فراموشی عادی همخوانی ندارد. این نشانه‌ها ازلحاظ بالینی موجب ناراحتی یا نقص قابل‌ملاحظه‌ای در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود. رفتارهای خود

آسیب‌رسان و خودکشی در مبتلایان به یادزدودگی گسستگی شایع هستند به‌خصوص زمانی که یادزدودگی به‌طور ناگهانی بهبود می‌یابد و خاطرات غیرقابل‌تحمل را فرد به یاد می‌آورد رفتار خودکشی گرایانه شایع است. این یادزدودگی ممکن است اختصاصی[۱] (یعنی شامل ناتوانی در یادآوری رویدادها طی یک دوره زمانی محدود)، انتخابی (فرد می‌تواند برخی اما نه همه رویدادها در دوره زمانی محدود را به یاد آورد)، یا فراگیر[۲] (یعنی از دادن کامل حافظه زندگی‌نامه خود) باشد.

اختلال مسخ شخصیت/مسخ واقعیت برحسب احساس چشمگیر بالینی پایدار و عودکننده‌ی مسخ شخصیت یا دگرسان بینی خود (یعنی احساس غیرواقعی بودن یا جدا شدن از ذهن، خود، یا بدن) و/یا مسخ واقعیت و دگرسان بینی محیط (یعنی احساس غیرواقعی بودن یا جدا شدن از محیط اطراف) مشخص می‌شود. این تغییرات در تجربه همراه با واقعیت آزمایی[۳] سالم و بدون عیب و ایراد است. شواهدی از تمایز میان افرادِ عمدتاً گرفتار مسخ شخصیت در مقابل افراد دارای نشانه‌های مسخ واقعیت وجود ندارد؛ بنابراین، مبتلایان این اختلال ممکن است دچار مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، یا هر دو باشند.

سایر اختلالات این دسته شامل **اختلال گسستگی مشخص دیگر** و **اختلال گسستگی نامشخص** است.

---

[۱] localized
[۲] generalized
[۳] Reality testing

اختلال‌های مرتبط با مواد و اعتیاد

اختلال‌های مرتبط با مواد و اعتیادآورها مشتمل بر ده طبقه جداگانه از مواد هستند الکل؛ کافئین؛ کانابیس[۱]؛ مواد توهم‌زا[۲] (با طبقات جداگانه برای فنسایکلیدین [یا آریل سایکلوهگزیل آمین‌های دارای اثر مشابه] و توهم‌زاهای دیگر)؛ مواد استنشاقی[۳] و مواد افیونی[۴]، داروهای آرام‌بخش[۵]، خواب‌آور[۶] و ضداضطراب[۷] مواد محرک[۸] (مواد آمفتامینی، کوکائین و محرک‌های دیگر)، دخانیات[۹] و مواد دیگر (یا ناشناخته). این ده طبقه کاملاً متمایز نیستند. همه مواد و داروهایی که بیش‌ازحد مصرف شوند به‌طورکلی دستگاه پاداش مغز[۱۰] را که در تقویت رفتارها و ایجاد خاطرات نقش دارند به‌طور مستقیم فعال می‌کنند. این فعال‌سازی دستگاه پاداش به‌قدری شدید است که فعالیت‌های بهنجار ممکن است نادیده گرفته شوند. مواد و داروهای مورد سوءمصرف[۱۱] به‌جای فعال‌سازی سیستم پاداش از طریق رفتارهای انطباقی، به‌طور مستقیم مسیرهای پاداش[۱۲] را فعال می‌کنند. سازوکارهای دارو شناختی‌ای که هر طبقه مواد یا داروها از طریق آن‌ها پاداش ایجاد می‌کنند متفاوت هستند، اما معمولاً این دستگاه را فعال می‌کنند و موجب احساس لذت می‌شوند.

---

۱ cannabis
۲ hallucinogens
۳ inhalants
۴ opioids
۵ sedatives
۶ hypnotics
۷ anxiolytics
۸ stimulants
۹ tobacco
۱۰ Brain reward system
۱۱ Drugs of abuse
۱۲ Reward pathways

CCSM-I با سه سؤال کلی اختلال‌های مرتبط با مواد و اعتیاد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و اگر دانشجو در این سه سؤال جمعاً نمره‌ی ۱ یا بیشتر از ۱ را کسب کند، از وی خواسته می‌شود تا به ۱۰ سؤال تکمیلی بخش خ-Sub نیز پاسخ دهد.

بخش خ

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)	**مجموع** (جمع سه ردیف)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. در یک روز حداقل ۴ بار از انواع مشروبات الکلی مصرف کرده‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۲. سیگار، سیگار برگ یا پیپ می‌کشید یا برگ توتون یا توتونی جویدنی مصرف کرده‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۳. به‌صورت خودسرانه و بدون تجویز پزشک، در مقادیر بالا یا به مدت طولانی‌تر از تجویز پزشک یکی (یا بیشتر) از داروهای زیر را مصرف کرده‌اید؟ [مثلاً داروهای ضد درد (از قبیل ترامادول یا ویکودین)؛ داروهای محرک (از قبیل ریتالین یا آدِرال)؛ داروهای رخوت‌زا یا آرام‌بخش (از قبیل قرص خواب یا والیوم)؛ یا موادی از قبیل ماری جوانا، کوکائین یا کراک، مواد محفلی (مثل اکستازی)؛ مواد توهم‌زا (مثل ال. اس. دی.)، هروئین، داروهای استنشاقی یا بوییدنی (مانند چسب)، یا مت‌آمفتامین (مانند اسپید و ...)].	۰	۱	۲	۳	۴		

	۱۰ سؤال تکمیلی بخش خ-Sub						نمره هر آیتم	برای استفاده روان‌شناس
	در طول ۲ هفته گذشته به چه میزان از داروها بدون تجویز پزشک یا طولانی‌تر از مدت تجویز پزشک استفاده کرده‌اید؟	اصلاً	یک یا دو روز (در طی دو هفته)	چند روز (بیش از سه روز در دو هفته)	بیش از نیمی از روزها (بیش از ۷ روز)	تقریباً هر روز (در طی دو هفته)		
۱	داروهای ضد درد (مانند استامینوفن کدئین، ترامادول و ...)	۰	۱	۲	۳	٤		
۲	محرک‌ها (مانند ریتالین و آدرال و ...)	۰	۱	۲	۳	٤		
۳	خواب‌آورها و آرام‌بخش‌ها (مانند قرص خواب یا والیوم ...)	۰	۱	۲	۳	٤		
یا موادی مانند:								
٤	ماری‌جوانا یا گل	۰	۱	۲	۳	٤		
٥	کوکائین یا کراک	۰	۱	۲	۳	٤		
٦	داروهای شادی‌آور (مانند اکستازی و ...)	۰	۱	۲	۳	٤		
۷	توهم‌زاها (مانند ال اس دی و ...)	۰	۱	۲	۳	٤		
۸	هروئین	۰	۱	۲	۳	٤		
۹	استنشاقی‌ها یا حلال‌ها (مانند چسب و ...)	۰	۱	۲	۳	٤		
۱۰	مت آمفتامین (مانند شیشه و ...)	۰	۱	۲	۳	٤		
	نمره کل:							

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش خ– Substance Abuse)

سطح دو CCSM با ۱۰ سؤال (با استفاده از نسخه بروز شده‌ی پرسشنامه‌ی NIDA- Modified assist) شروع به ارزیابی مصرف دارو بدون تجویز پزشک، مصرف آشکار مواد و شدت وابستگی در رده‌ی سنی ۱۸ سال به بالا می‌کند.

نمره دهی و تفسیر نمرات

هر سؤال در این پرسشنامه از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود (۰= اصلاً، ۱= یک یا دو بار در طی دو هفته، ۲= بیش از سه روز در طی دو هفته، ۳= بیش از هفت روز در طی دو هفته، ۴= تقریباً هرروز در طی دو هفته گذشته). نمرات بالاتر نشانگر شدت و پیچیدگی مصرف مواد است.

تعداد دفعات استفاده

برای بررسی تغییر در شدت اختلال‌های مصرف مواد، با توجه به مقاومت علائم و وضعیت دانشجو می‌توان از این پرسشنامه در فواصل زمانی معین استفاده نمود.

توضیحات تکمیلی

این دسته علاوه بر اختلال‌های مرتبط با مواد، شامل اختلال قماربازی هم است که بازتاب شواهدی است مبنی بر این‌که رفتارهای قماربازی دستگاه‌های پاداش را شبیه سوءمصرف مواد و داروها فعال می‌نمایند و برخی نشانه‌های رفتاری ایجاد می‌کنند که در ظاهر مشابه مواردی است که در اختلال‌های مصرف مواد دیده می‌شوند. الگوهای رفتاری افراطی دیگری، مثل بازی‌های اینترنتی، نیز مطرح است، اما پژوهش‌ها در این مورد و سایر نشانگان رفتاری چندان واضح نیستند؛ بنابراین، گروه‌هایی از رفتارهای مکرر که برخی آن‌ها را اعتیادهای رفتاری[۱] می‌نامند - با انواع فرعی آن‌ها از قبیل «اعتیاد جنسی[۲]»، «اعتیاد به ورزش[۳]»، یا «اعتیاد خرید[۴]» - در این پرسشنامه گنجانده نشده‌اند، زیرا در حال حاضر شواهد کافی و قابل قبولی برای تعیین ملاک‌های تشخیصی و توصیف روند و دوره لازم به‌منظور شناسایی این رفتارها به‌عنوان اختلال روانی در دست نیست. ازاین‌رو مناسب است که روان‌شناسان این دسته از اعتیادها را نیز در مصاحبه بالینی غربال کنند. اختلال‌های مرتبط با مواد به دو گروه تقسیم می‌شوند: اختلال‌های مصرف مواد و اختلال‌های ناشی از مواد. اختلال‌های زیر ممکن است به‌عنوان اختلال‌های ناشی از مواد طبقه‌بندی شوند: مسمومیت[۵]، ترک و اختلال‌های روانی دیگر ناشی از مواد دارو.

---

۱ Behavioral addiction
۲ Sex addiction
۳ Exercise addiction
۴ Shopping addiction
۵ intoxicaton

خودکشی

خودکشی[1] عبارت است از اقدام عمدی به‌منظور خاتمه بخشیدن به زندگی. معمولاً افرادی دست به این کار می‌زنند که در تنگنایی گرفتارشده و تنها راه نجات خود را این کار می‌پندارند. خودکشی یک مشکل چندبعدی است. خودکشی اولین اولویت اورژانسی بهداشت روانی است ازاین‌رو شناسایی و غربالگری در این حوزه از اهمیت بالایی برخوردار است.

CCSM-I با یک سؤال به‌صورت مستقیم به ارزیابی خطر خودکشی می‌پردازد و درصورتی‌که پاسخ دانشجو به این سؤال ۱ یا بیش‌تر از یک باشد ارزیابی بالینی بعدی از اهمیت بالایی برخوردار است و مصاحبه‌گر باید در صورت بالا بودن نمره دانشجو و یا قضاوت بالینی خود، فوراً نسبت به اقدامات درمانی و اورژانس بهداشت روان اقدام نماید.

بخش د							
در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روز-ها)	شدید (تقریباً هرروز)	**مجموع** (جمع ردیف‌ها)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. در مورد آسیب زدن جدی به خودتان فکر می‌کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴		

[1] suicide

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش د – Suicide)

درصورتی‌که دانشجو در این پرسشنامه میل و انگیزه خود را نسبت به آسیب زدن به خود یا دیگری آشکار ساخت، متخصصان نسبت به بررسی دقیق باید اقدام کنند و به‌عنوان اورژانس روان‌پزشکی در نظر گرفته و بر اساس پروتکل‌های موجود اقدامات لازم را انجام دهند.

توضیحات تکمیلی

آگاهی یافتن روان‌شناسان از عوامل خطرزای و عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی و نیز علائم هشداردهنده آن، می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از رفتارهای خود آسیب‌رسان داشته باشد. در این سطح از پیشگیری با ارزیابی صحیح از احتمال خطر خودکشی در میان دانشجویان، می‌توانند افراد در معرض خطر را شناسایی کرده و با کمک‌های اجتماعی، تحصیلی و روانی از خودکشی آن‌ها جلوگیری کنند، همچنین با آموزش و آگاهی دادن به دانشجویان برای افکار و قصد خودکشی می‌توانند در میان دانشجویان، خطر خودکشی را کاهش دهند. روان‌شناسان می‌بایست با آموزش و فراگیری راه‌های مدیریت بحران، مداخله‌های درمانی و اجتماعی، برخورد درستی با دانشجویانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند داشته و بدین‌وسیله از اقدام مجدد آن‌ها ممانعت به عمل‌آورند.

برخی از شاخص‌های احتمال خودکشی عبارت‌اند از:

۱. قطع ناگهانی فعالیت طبیعی به همراه انزواطلبی و گوشه‌گیری
۲. دوره‌های افسردگی (تغییر ناگهانی خلق و روحیه از افسردگی و ناامیدی به شادی و آرامش)
۳. «بخشش» دارایی‌های با ارزش
٤. پرداخت ناگهانی صورت‌حساب‌ها، بازگرداندن موارد قرض گرفته‌شده و امثالهم
٥. تهیه وصیت‌نامه و خداحافظی
٦. تهیه وسیله (مثل اسلحه یا قرص) یا صحبت کردن از وسایل کشنده
۷. تشخیص یک «حالت ناامیدی و درماندگی» در فرد.
۸. شکست‌های عاطفی
۹. داشتن سابقه خودکشی در پیشینه فرد

طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های روان‌پریشی

طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های روان‌پریشی شامل اسکیزوفرنی و اختلال‌های روان‌پریشی دیگر و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی[1] است. این اختلال‌ها با نابهنجاری‌هایی در یک یا چند مورد از پنج حوزه هذیان، توهم، تفکر (گفتار) آشفته، رفتار حرکتی بسیار درهم‌ریخته یا نابهنجار (ازجمله کلتاتونی) و نشانه‌های منفی تعیین می‌شوند.

CCSM-I با دو سؤال به ارزیابی اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی می‌پردازد. این پرسش‌ها در خصوص دو مشخصه (توهم و هذیان) از پنج مشخصه اصلی تعیین‌کننده اختلال‌های روان‌پریشی است.

بخش د

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روزها)	شدید (تقریباً هرروز)	**مجموع** (جمع ردیف‌ها)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. چیزهایی را می‌شنوید که دیگران قادر به شنیدن آن‌ها نیستند (مثلاً شنیدن صدا درحالی‌که هیچ‌کسی در اطراف حضور ندارد)؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۲. **احساس** می‌کنید که شخص دیگری می‌تواند افکار شما را بخواند یا این‌که خودتان می‌توانید افکار شخص دیگری را بخوانید؟	۰	۱	۲	۳	۴		

[1] Schizotypal personality disorder

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش د– Psychotic)

درصورتی‌که مجموع نمرات دانشجویان در این دو سؤال ۱ یا بیشتر از یک بود، نسبت به بررسی ملاک‌های دیگر این دسته از اختلالات جهت تشخیص نهایی اقدام کنید.

توضیحات تکمیلی

مشخصه‌های اصلی تعیین‌کننده اختلال‌های روان‌پریشی:

هذیان‌ها باورهای ثابتی هستند که امکان تغییر دادن آن‌ها با آوردن شواهد مخالف وجود ندارد. محتوای آن‌ها ممکن است شامل موضوع‌های گوناگونی باشد مانند هذیان گزند و آسیب[۱] (این باور که شخص در معرض آزار و اذیت یک فرد، سازمان یا گروه دیگر است) هذیان انتسابی[۲] (این باور که حرکات، اشارات، نشانه‌های محیطی و غیره، معطوف به خود شخص است)، هذیان بزرگ‌منشی[۳] (این باور که فرد احساس می‌کند شخصی توانمند، ثروتمند یا شهرت استثنایی دارد)، هذیان شهوانی[۴] (این باور نادرست که شخص دیگری عاشق فرد است)، هذیان نفی یا نیست‌انگاری[۵] (این اعتقاد راسخ را در برمی‌گیرد که فاجعه‌ای عظیم اتفاق افتاده و فرد احساس پوچی می‌کند) و هذیان جسمانی (که اشتغال و تمرکز فکری فرد بر سلامتی و کارکرد اندام‌ها متمرکز است).

توهم‌ها تجربه‌ای شبه ادراکی هستند که بدون محرک خارجی ظاهر می‌شوند. توهم‌ها واضح و شفاف‌اند و قدرت و تأثیر کاملی شبیه ادراک‌های بهنجار دارند و تحت کنترل ارادی نیستند. توهم‌ها ممکن است در هر دستگاه حسی رخ دهند، اما در اسکیزوفرنی و اختلال‌های مرتبط با آن، توهم‌های شنیداری شایع‌ترند. توهم‌های شنیداری معمولاً به شکل صداهایی هستند - اعم از آشنا یا ناآشنا - که متمایز از افکار خود شخص درک می‌شوند. توهم‌ها باید در شرایطی ظاهر شوند که نظام حسی کامل باشد؛ مواردی که موقع به خواب رفتن (پیش خواب[۶]) یا در حال بیدار شدن (پس خواب[۷]) ظاهر می‌شوند در محدوده تجربه بهنجار قرار می‌گیرند.

تفکر آشفته (اختلال فرم فکر[۸]) معمولاً از گفتار فرد استنباط می‌شود. او ممکن است از موضوعی به موضوع دیگر بپرد (خروج از خط فکری[۹] یا گسیختگی تداعی‌ها[۱۰]). پاسخ او به پرسش‌ها ممکن است تلویحی یا کاملاً بی‌ربط (از این شاخ به آن شاخ پریدن[۱۱]) باشد. گفتار گاهی ممکن است چنان آشفته باشد که تقریباً قابل‌فهم نباشد و ازلحاظ درهم‌ریختگی زبانی شبیه زبان پریشی دریافتی[۱۲] (آشفته‌گویی[۱۳] یا «سالاد کلمات[۱۴]») باشد. ازآنجاکه گفتار آشفته خفیف شایع و نامشخص است، این نشانه باید به‌قدری شدید باشد که موجب اختلال در ارتباط کارآمد شود. ارزیابی شدت این اختلال ممکن است در مواردی

---

۱ Persecutory delusion
۲ Referential delusion
۳ Grandiose delusion
۴ Erotomanic delusion
۵ Nihilistic delusion
۶ hypnagogic
۷ hypnopompic
۸ Formal thought disorder
۹ derailment
۱۰ Loose associations
۱۱ tangentiality
۱۲ Receptive aphasia
۱۳ incoherence
۱۴ Word salad

که فرد تشخیص‌دهنده زمینه زبانی متفاوتی از فرد موردبررسی دارد، دشوار باشد. تفکر یا گفتار با شدت آشفتگی کمتر ممکن است در دوره‌های پیش نشانه‌ای[۱] یا باقی‌مانده[۲] اسکیزوفرنی ظاهر شود.

رفتار حرکتی بسیار درهم‌ریخته[۳] یا نابهنجار ممکن است به شیوه‌های گوناگونی از «مسخره‌بازی کودکانه» گرفته تا بی‌قراری پیش‌بینی‌ناپذیر ظاهر شود. ممکن است در انواع رفتارهای هدفمند مشکلاتی دیده شود که به دشواری‌هایی در فعالیت‌های زندگی روزمره بینجامد.

رفتار کلتاتونیک نوعی کاهش چشمگیر واکنش به محیط است که دامنه آن از مقاومت در مقابل دستورات منفی کاری[۴] گرفته تا حفظ وضع اندامی انعطاف‌ناپذیر، نامناسب یا نامأنوس؛ و همین‌طور تا نبود پاسخ‌های کلامی و حرکتی (سکوت بیمارگون و بهت[۵]) گستردگی دارد. همچنین ممکن است فعالیت حرکتی بی‌هدف و افراطی‌ای را بدون علت آشکار (انگیختگی کاتاتونیک[۶]) در برگیرد. ویژگی‌های دیگر عبارت‌اند از حرکات قالبی مکرر، خیره شدن، شکلک درآوردن، سکوت بیمارگون و پژواک گویی[۷]. اگرچه کاتاتونی ازلحاظ تاریخی با اسکیزوفرنی مرتبط بوده است، نشانه‌های آن، غیراختصاصی است و ممکن است در اختلال‌های روانی دیگر (مثل اختلال‌های دوقطبی یا افسردگی) همراه با کاتاتونی و در عارضه‌های جسمانی ظاهر شود.

نشانه‌های منفی عامل بخش عمده‌ای از بیمارگونگی[۸] مرتبط با اسکیزوفرنی است، اما در اختلال‌های روان‌پریشی دیگر چندان بارز نیست. دو نشانهٔ منفی به‌ویژه در اسکیزوفرنی بارز است: کاهش بیان هیجان[۹] و بی‌ارادگی[۱۰]. کاهش بیان هیجانی شامل اُفت حالت هیجانی در چهره، تماس چشمی، آهنگ گفتار (عناصر زبرجَدی[۱۱]) و حرکات دست‌ها، سروصورت است که در حالت عادی نمودی هیجانی به گفتار می‌دهند بی‌ارادگی نیز کاهش فعالیت‌های خودانگیخته هدفمند را در برمی‌گیرد. فرد ممکن است مدت طولانی بنشیند و هیچ علاقه‌ای به مشارکت در کار یا فعالیت‌های اجتماعی نشان ندهد. نشانه‌های منفی دیگر شامل فقر گفتار یا محتوای گفتار[۱۲]، بی‌لذتی[۱۳] و بی‌تفاوتی اجتماعی[۱۴] است. فقر گفتار یا محتوای گفتار با کاهش تولید گفتار معلوم می‌شود. بی‌لذتی شامل کاهش توانایی لذت بردن از محرک‌های مثبت یا ناتوانی در یادآوری تجربه‌های لذت‌بخش قبلی است. بی‌تفاوتی اجتماعی حاکی از نبود آشکار علاقه به تعامل‌های اجتماعی است و احتمال دارد با بی‌ارادگی همراه باشد، اما همچنین شاید نشان‌دهنده محدود بودن فرصت‌های تعامل‌های اجتماعی باشد.

---

۱ prodromal
۲ residual
۳ Disorganized motor behavior
۴ negativism
۵ stupor
۶ Catatonic excitement
۷ Echoing of speech
۸ morbidity
۹ Diminished emotional expression
۱۰ avolition
۱۱ prosody
۱۲ alogia
۱۳ anhendonia
۱۴ asociality

حافظه

حافظه به عملکردی اطلاق می‌شود که به‌واسطه آن اطلاعات برای یادآوری و فراخوانی به هوشیاری؛ در مغز ذخیره می‌شود.

CCSM-I با یک سؤال کلی به ارزیابی حافظه می‌پردازد. این سؤال در خصوص حافظه و جهت‌یابی است و باید آن را در کنار نمرات دیگر بخش‌ها مدنظر قرار داد.

بخش د

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز در دو هفته)	خفیف (چند روز در دو هفته)	متوسط (بیش از نصف روزها در دو هفته)	شدید (تقریباً هرروز در دو هفته)	**مجموع**	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. مشکلاتی در حافظه (مثلاً یادگیری اطلاعات جدید) یا در مکان‌یابی (مثلاً پیدا کردن منزلتان) دارید؟	۰	۱	۲	۳	۴		

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش د – Memory)

مناسب است متخصص نمرات این بخش را برای رسیدن به تصویر بالینی جامع با بخش‌های اضطراب، وسواس و افسردگی به‌صورت یکپارچه در نظر گیرد. درصورتی‌که دانشجو نمره ۲ یا بیش‌تر از ۲ را کسب کند مصاحبه‌گر باید کاوش بیشتری جهت تشخیص اختلال‌های حافظه انجام دهد.

توضیحات تکمیلی

در خصوص بررسی حافظه نیز باید ترتیب زمانی آن را مدنظر قرار دهید:

- حافظه فوری[۱] (ثانیه‌ها تا دقایق)،
- حافظه اخیر[۲] (دقایق تا روزها)؛
- حافظه گذشته نزدیک[۳] (روزها تا ماه‌ها) و
- حافظه گذشته دور[۴] (سال‌ها)

عمده‌ترین علامت در اختلال حافظه، فراموشی[۵] است که ممکن است علل عضوی یا هیجانی داشته و به دو صورت پیش‌گستر، یا پس‌گستر تقسیم می‌شود. لازم است از دانشجویانی که مشکلات حافظه را بیان کرده‌اند ارزیابی در خصوص توجه و تمرکز نیز به عمل‌آورده شود.

جهت‌یابی[۶] به‌طورمعمول در سه زمینه زمان، مکان و شخص تقسیم‌بندی می‌شود. با طرح پرسش‌هایی جهت‌یابی دانشجو را بررسی کنید. مثلاً از دانشجو در مورد میزان آگاهی او به سه زمینه فوق‌الذکر ازجمله نام خودش یا اطرافیان، آگاهی به ساعت، روز، ماه و سال و مکانی که در آن به سر می‌برد یا سایر مکان‌های آشنا سؤال کنید. لازم به ذکر است که جهت‌یابی عمدتاً به ترتیبی که ذکر شد یعنی اول زمان، بعد مکان و بعد شخص مختل شده و ترتیب بازیابی آن حین بهبودی نیز برعکس است (جهت مطالعه و کسب اطلاعات بیشتر به اصول مصاحبه بالینی مراجعه شود).

---

۱ immediate
۲ recent
۳ Past recent
۴ remote
۵ amnesia
۶ orientation

اختلال‌های شخصیت

اختلال‌های شخصیت الگوی پایدار تجربه درونی و رفتار است که با انتظارات فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند مغایرت قابل‌ملاحظه‌ای دارد این اختلالات فراگیر و انعطاف‌ناپذیر هستند، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز و در گذر زمان پایدار است که منجر به ناراحتی یا نقص منجر می‌شود در هر فرایند بررسی، به‌ویژه با این سطح از پیچیدگی، دیدگاه‌های گوناگونی مطرح می‌شوند و کوشش‌هایی برای هماهنگ کردن آن‌ها صورت می‌گیرد.

CCSM-I با دو سؤال کلی شروع به ارزیابی این دسته از اختلالات می‌کند.

بخش د

در طول **دو هفته گذشته**، چقدر (چند بار، چند وقت) شما از مشکلات زیر رنج‌برده‌اید؟	هیچ (اصلاً)	کمی (بندرت، کمتر از یک یا دو روز)	خفیف (چند روز)	متوسط (بیش از نصف روز-ها)	شدید (تقریباً هرروز)	**مجموع** (جمع ردیف‌ها)	**بالاترین نمره این حوزه** (درمانگر)
۱. نمی‌دانید واقعاً چه کسی هستید یا از زندگی چه می‌خواهید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۲. نسبت به دیگران احساس نزدیکی نمی‌کنید یا از روابط خود با آن‌ها لذت نمی‌برید؟	۰	۱	۲	۳	۴		

دستورالعمل متخصصان بالینی (بخش د– Personality)

درصورتی‌که مجموع نمرات دانشجویان در دو سؤال فوق نمره ۶ یا بیشتر از ۶ باشد، نسبت به بررسی بیشتر مشکلات شخصیتی اقدام کنید.

نکته: در مورد دانشجویان تحصیلات تکمیلی نقطه برش ۲ سؤال سطح یک CCSM مجموعاً نمره ۴ یا بیشتر از ۴ است، بنابراین درصورتی‌که مجموع نمره دانشجویان تحصیلات تکمیلی در این دو سؤال نمره ۴ یا بیشتر باشد نسبت به بررسی مشکلات شخصیتی اقدام کنید.

توضیحات تکمیلی

اختلال‌های شخصیت زیر را در مصاحبه بالینی باید مدنظر قرار دهید:

- **اختلال شخصیت پارانویید** الگویی از عدم اعتماد و سوءظن به‌گونه‌ای که انگیزه‌های دیگران بدخواهانِ انگاشته می‌شود.
- **اختلال شخصیت اسکیزوئید** الگویی از کناره‌جویی[۱] از روابط اجتماعی و دامنه محدود بیان هیجانی است.
- **اختلال شخصیت اسکیزوتایپی** الگویی از ناراحتی حاد در روابط صمیمانه، تحریف‌های شناختی یا ادراکی و رفتارهای عجیب‌وغریب است.
- **اختلال شخصیت ضداجتماعی** الگویی از نادیده گرفتن و نقض حقوق دیگران است.
- **اختلال شخصیت مرزی** الگویی از بی‌ثباتی در روابط با دیگران، خود پنداره[۲] و عواطف و تکانش گری بارز است.
- **اختلال شخصیت نمایشی**[۳] الگویی از تهییج‌پذیری[۴] و توجه‌طلبی[۵] افراطی است.
- **اختلال شخصیت خودشیفته** الگویی از خودنمایی و تکبر[۶]، نیاز به تحسین شدن و فقدان همدلی[۷] است.
- **اختلال شخصیت اجتنابی** الگویی از بازداری اجتماعی، احساس بی‌کفایتی و حساسیت بیش‌ازاندازه به ارزیابی شدن منفی است.

---

۱ detachment
۲ Self-image
۳ Histrionic personality disorder
۴ emotionality
۵ Attention seeking
۶ grandiosity
۷ empathy

- *اختلال شخصیت وابسته* الگویی از رفتار سلطه‌پذیری[۱] و چسبندگی[۲] مربوط به نیاز افراطی برای مورد حمایت قرار گرفتن است.
- **اختلال شخصیت وسواسی فکری - عملی** الگویی از اشتغال ذهنی به نظم و ترتیب، کمال‌گرایی[۳] و کنترل است.
- **تغییر شخصیت ناشی از عارضه جسمانی دیگر** اختلال شخصیت پایداری است که ظاهراً ناشی از اثرات فیزیولوژیکی مستقیم یک عارضه جسمانی (مثل آسیب لوب پیشانی) است.
- **اختلال شخصیت مشخص دیگر و اختلال شخصیت نامشخص** طبقه‌ای برای دو وضعیت است ۱) الگوی شخصیت فرد ملاک‌های کلی اختلال شخصیت را برآورده می‌کند ویژگی‌های چند اختلال شخصیت وجود دارد، اما با ملاک‌های هیچ‌کدام از اختلال‌های شخصیت خاص همخوانی ندارد؛ یا ۲) الگوی شخصیت فرد با ملاک‌های کلی اختلال شخصیت همخوانی دارد، اما استنباط بر آن است که این اختلال شخصیت در طبقه‌بندی DSM-۵ وجود ندارد (برای مثال اختلال شخصیت منفعل – پرخاشگر[۴]).

[۱] submissiveness
[۲] clinging
[۳] perfectionism
[۴] Passive-aggressive personality disorder

جدول ۱: ارزیابی علائم سلامت روانی سطح یک DSM-۵ بزرگسالان

	نام حوزه	نقطه برش CCSM-I (نیاز به بررسی بیشتر)	CCSM-II
بخش الف	افسردگی	**نمره ۶ یا بیشتر**	سطح ۲- افسردگی، (نشانه مشکل عاطفی بزرگسالی پریشانی- افسردگی- کوتاه‌مدت)
بخش ب	خشم	**نمره ۶ یا بیشتر**	(سطح ۲- خشم، مشکل عاطفی بزرگسالی، پریشانی- خشم- کوتاه‌مدت)
بخش پ	مانیا	**نمره ۴ یا بیشتر**	سطح ۲- مانیا، بزرگ‌سالی (برآورد مانیا بزرگسالی)
بخش ت	اضطراب	**نمره ۶ یا بیشتر**	سطح ۲- اضطراب- مشکل عاطفی بزرگسالی- پریشانی- اضطراب
بخش ث	علائم جسمی	**نمره ۴ یا بیشتر**	سطح ۲- علائم جسمی- پرسشنامه سلامت جسمی بیمار با ۱۵ علامت جسمی
بخش ج	مشکلات خواب	**نمره ۸ یا بیشتر**	سطح ۲- اختلال در خواب، بزرگسال
بخش چ	وسواس فکری- عملی	**نمره ۴ یا بیشتر**	سطح ۲- افکار و رفتارهای تکراری، بزرگسال
بخش ح	گسستگی	**نمره ۲ یا بیشتر**	سطح ۲- پرسشنامه اختلالات گسستگی
بخش خ	مصرف مواد مخدر	**نمره ۱ یا بیشتر**	سطح ۲- مصرف مواد، بزرگسال
بخش د	فکر خودکشی	**نمره ۱ یا بیشتر**	ندارد
بخش د	روان‌پریشی	**نمره ۱ یا بیشتر**	ندارد
بخش د	حافظه	**نمره ۲ یا بیشتر**	ندارد
بخش د	عملکرد شخصیتی	**نمره ۶ یا بیشتر**	ندارد

جدول ۲: تعداد سؤالات ابزار سنجش نشانه‌های متقاطع سلامت روان CCSM-I&II

ردیف	بخش	نام حوزه	تعداد سؤالات CCSM-I	تعداد سؤالات CCSM-II
۱	الف	افسردگی	۳	۸
۲	ب	خشم	۳	۵
۳	پ	مانیا	۲	۵
۴	ت	اضطراب	۳	۷
۵	ث	جسمانی شکل (علائم جسمی)	۲	۱۵
۶	ج	مشکلات خواب	۳	۸
۷	چ	وسواس فکری-عملی	۲	۵
۸	ح	گسستگی	۲	۸
۹	خ	مصرف مواد	۳	۱۰
۱۰	د	خودکشی	۱	ندارد
۱۱	د	روان‌پریشی	۲	ندارد
۱۲	د	حافظه	۱	ندارد
۱۳	د	شخصیت	۲	ندارد
		جمع	**۲۹**	**۷۱**
		جمع کل	**۹۵**	