



مدرسان شریف

فصل اول

«رفتار نابهنجار»

آسیب‌شناسی روانی علم مطالعه ناهنجاری‌ها و اختلالات روانی است. یکی از دشوارترین چالش‌هایی که متخصصان حوزه روان‌شناسی نابهنجاری با آن مواجه هستند، تعریف رفتار نابهنجار (abnormal behavior) است. بهترین تعریفی که می‌توان برای رفتار نابهنجار ارائه کرد، باید ویژگی‌هایی همچون ندرت آماری، تخطی از هنجارها، پریشانی شخصی، ناتوانی یا کژکاری (dysfunction) و غیرقابل انتظار بودن، ناراحتی اجتماعی و خطرناک بودن را شامل شود. هرچند باید بدانیم رفتار زمانی نابهنجار است که ماندگار با واکنش‌های غیرعادی و شدید باشد.

درسنامه (۱): ملاک‌های تشخیص رفتار نابهنجار



ویژگی‌های رفتار نابهنجار عبارت است از:

۱- ندرت وقوع آماری ۲- تخطی از هنجارها ۳- پریشانی شخصی ۴- ناتوانی و کژکاری ۵- پیش‌بینی‌ناپذیری ۶- ناراحتی اجتماعی ۷- خطرناک بودن

۱- ندرت وقوع آماری (انحراف آماری)

یکی از جنبه‌های رفتار نابهنجار، ندرت وقوع (statistical infrequency) آن است. مثلاً، وقوع دوره‌های اسکیزوفرنی تنها در یک درصد از جامعه شایع است. در منحنی طبیعی یا منحنی زنگوله شکل، اکثر افراد از لحاظ یک ویژگی در وسط منحنی قرار دارند و تعداد بسیار کمی از افراد در دو طرف منحنی قرار می‌گیرند. وقتی می‌گوییم که فردی طبیعی است، تلویحاً اظهار داریم که فرد مزبور آن قدرها هم از حد متوسط یک صفت یا الگوی رفتاری خاص انحراف ندارد. یعنی بهنجاری همان شبیه دیگران رفتار کردن است.

از ندرت وقوع آماری می‌توان به صراحت در تشخیص کودکان استثنایی شامل تیزهوشان و کودکان کم‌توان ذهنی استفاده نمود. وقتی که انحراف استاندارد بیشتر و کمتر از ۲ باشد، تشخیص مطرح می‌شود.



میانگین	40	55	70	85	100	115	130	145	160
انحراف استاندارد	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

نکته ۱: در نمودار و کسلر، هر ۱ نمره انحراف معیار برابر ۱۵ نمره آزمون هوش است و به همین علت گفته می‌شود، کم‌توان ذهنی کسی است که نمره هوشی او ۲ انحراف معیار (۳۰ نمره) از میانگین، یعنی عدد ۱۰۰، پایین‌تر باشد، که عدد هفتاد خواهد بود.

۲- تخطی از هنجارها (تخلف از معیارهای اجتماعی، عرف، ارزش‌ها و ...)

ویژگی دیگری که در تعریف نابهنجاری باید مدنظر داشت، این است که آیا رفتار مورد نظر از هنجارهای اجتماعی تخطی می‌کند، یا باعث تهدید و تشویش کسانی می‌شود که شاهد آن رفتار هستند. به این ترتیب، رفتاری که از لحاظ اجتماعی و فرهنگی غیرقابل قبول است، رفتار نابهنجار خوانده می‌شود. در اینجا ذکر این نکته الزامی است که برخی از رفتارهایی که در یک فرهنگ یا جامعه عجیب و غریب محسوب می‌شود، در جای دیگری می‌تواند کاملاً عادی باشد. برای مثال، برخی افراد فرهنگ‌های مدیترانه به پدیده‌ای به نام mal de ojo (چشم‌هریمنی یا چشم‌زخم) اعتقاد دارند، به طوری که ادعا می‌کنند، سوءنیت دیگران می‌تواند تأثیر عمیقی بر آن‌ها بگذارد. اگر کسی این گونه عقاید را در فرهنگ آمریکا ابراز کند، نابهنجار، احتمالاً پارانوئید، یا بیش از حد هیجانی انگاشته می‌شود.

از ملاک تخطی از هنجار برای تشخیص شخصیت ضداجتماعی و اختلال سلوک استفاده می‌شود که ویژگی این ۲ اختلال زیر پا گذاشتن قوانین (دزدی، دروغ‌گویی، کلاهبرداری، بی‌رحمی و ...) است.

۳- پریشانی شخصی (رنج بردن)

پریشانی (distress) یک تجربه‌ی عذاب روانی یا جسمانی است که می‌تواند زمینه را برای تشخیص اختلال ایجاد کند. احساس درد و رنج شخصی (Personal suffering) یعنی، اگر رفتاری باعث درد و محنت فراوان در فرد شود، آن رفتار را نابهنجار خواهیم دانست. مثلاً افسردگی یا اختلال بی‌خوابی از آنجایی می‌تواند اختلال روانی باشد که علائم آن برای فرد عذاب‌آور و ناگوار است.

۴- ناتوانی یا کژکاری (ناسازگاری) یا ناسامانی

اگر رفتارهای فرد باعث ایجاد مشکلات جدی، در زندگی روزمره نظیر شغل، تحصیلات، روابط، زندگی شخصی و ... شود، به واسطه ملاک بدکاری یا ناتوانی، اختلال محسوب می‌شود. ناتوانی (disability)، بدین معنا که آیا فرد در برخی از حیطه‌های زندگی نظیر کار یا روابط شخصی، به دلیل نابهنجاری، دچار آسیب شده است یا نه مؤلفه‌ی دیگری از رفتار نابهنجار است. اختلالات ناشی از مصرف مواد تا حدودی با توجه به ناتوانی شغلی یا اجتماعی تعریف می‌شود که در اثر سوءمصرف مواد به وجود می‌آید.

نکته ۲: تخریب (impairment) عبارت است از کاهش توانایی فرد در عمل کردن در سطح مطلوب یا حتی متوسط.

نکته ۳: مهم‌ترین ملاک DSM-5 (ویراست پنجم منبع تشخیص اختلالات روانی) برای تشخیص اختلال روانی ملاک ناسازگاری یا بدکارکردی است.

۵- پیش‌بینی ناپذیری

رفتار زمانی نابهنجار به شمار می‌آیند که پاسخی غیرمنتظره (unexpected) به عوامل تنش‌زای محیطی باشد. مثلاً در تعریف فوبی (هراس) داریم که فوبی ترس نامربوط، تشدیدشده و غیرمنتظره از حضور شیء یا موقعیت‌های معین است. مثلاً فردی که از حضور در راه‌پله‌های ساختمان یا حتی در آسانسور به تنهایی می‌ترسد (آگورافوبی)، می‌گوییم رفتار این فرد نابهنجار است.

۶- ناراحتی اجتماعی (ناراحتی دیگران)

برخی از رفتارها که باعث آزرده‌گی و رنج دیگران می‌شود، مثل خودکشی یا خودزنی که سبب ناراحتی و عذاب دیگران می‌شود. به این رفتارها می‌توان برچسب ناهنجاری زد. برای مثال با اینکه مانیا ظاهر سرخوشی دارد اما به واسطه رفتارهای خطرناک جنسی و بی‌پروا باعث آزرده‌گی دیگران می‌شود.

۷- خطرناک بودن

یکی از ملاک‌های ناهنجاری خطرناک بودن رفتار (برای خود فرد یا دیگران) است. اینکه افراد کاری را انجام می‌دهند که سلامت و جان خود و دیگران را به مخاطره بیندازد، می‌توان برای آن‌ها برچسب ناهنجاری را به صورت معقول بالا برد.

در DSM - 5 اختلال روانی به صورت نشانگان تعریف شده است که در فرد وجود دارد و اختلال بالینی قابل ملاحظه‌ای را در رفتار، تنظیم هیجان یا عملکرد شناختی ایجاد می‌کند. این اختلالات به صورتی برداشت شده‌اند که کژکاری در فرآیندهای زیستی، روان‌شناختی یا رشدی را که برای عملکرد روانی ضروری هستند، منعکس می‌کنند.

DSM - 5 همچنین تشخیص می‌دهد که اختلالات روانی معمولاً با ناراحتی یا ناتوانی قابل ملاحظه‌ای در زمینه‌های مهم عملکرد، مانند فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و ... ارتباط دارد. پاسخ‌های شایع یا فقدان‌ها (مانند مرگ عزیزان) به حساب آورده نشده‌اند. این نیز اهمیت دارد که الگوی کژکاری رفتار، از انحراف اجتماعی یا تعارض‌هایی که فرد با جامعه در کل دارد، ناشی نشده باشد.

نکته ۴: در تشخیص یک اختلال می‌توانیم چند ملاک نابهنجاری داشته باشیم؛ مثلاً در مانیا ناراحتی دیگران و خطرناک بودن بیشتر مورد توجه است، در اختلالات جنسی هم خود فرد رنج می‌برد، هم اینکه در رابطه بین فردی دچار مشکل می‌شود و هم ناراحتی دیگران را به همراه دارد.

(سراسری ۹۳)

مثال ۱: طبق تعریف DSM-5، ویژگی اصلی اختلال روانی کدام است؟

- (۱) وجود ناسامانی در زندگی روزمره‌ی شخصی و اجتماعی
(۲) رنج بردن از زندگی و داشتن معلولیت در حواس
(۳) ایجاد اختلال در گفتار و برقراری رابطه با خودی‌ها
(۴) رنج معلولیت، ناسامانی و نقص در هیجان‌های اجتماعی

پاسخ: گزینه «۴» طبق تعریف DSM-5 ویژگی‌های اصلی اختلال روانی عبارت است از: رنج معلولیت، ناسامانی و نقص در هیجان‌های اجتماعی.

(آزاد ۹۱)

مثال ۲: DSM در تعریف اختلال‌های روانی، بر چه چیزی تأکید دارد؟

- (۱) انحراف از هنجارهای اجتماعی (۲) انحراف از هنجارهای آماری (۳) نظر شخصی فرد (۴) رنج و نقص در عملکرد

پاسخ: گزینه «۴» طبق DSM در تعریف اختلالات روانی و تشخیص‌گذاری آسیب‌ها دو مؤلفه اهمیت دارد:

۱- رنج و درد شخصی ۲- نقص یا کژکاری در عملکرد.



مدرسان شریف

فصل دوم

«تاریخچه آسیب‌شناسی روانی»

در این فصل به مطالعه تاریخچه نظریات دانشمندان در مورد اختلالات روانی پرداخته می‌شود. هرچند این فصل مورد تأکید طراحان سؤال کنکور نبوده و مطالعه آن صرفاً برای رفع کنجکاوای دانشجویان است.

درسنامه (I): اختلالات روانی در دوران کلاسیک



سه موضوع برجسته در توجیه اختلالات روانی در طول تاریخ تکرار شده‌اند: **توجیه مرموز**، **توجیه علمی** و **توجیه انسانی**.

توجیهات مرموز: اختلال‌های روانی، رفتار نابهنجار را نتیجه تسخیر ارواح اهریمنی می‌داند.

توجیه علمی: به دنبال علت‌های طبیعی است، مثل عدم توازن زیستی، فرآیندهای یادگیری معیوب یا عوامل استرس‌زای هیجانی.

توجیهات انسانی: اختلال‌های روانی را حاصل ظلم و ستم، پذیرفته نشدن یا شرایط زندگی ناگوار می‌داند.

در دوران پیش از تاریخ، رفتار نابهنجار به عنوان تسخیر روح و جسم انسان به وسیله شیطان مطرح می‌شد. در این دوران برای درمان اختلالات روانی، روش‌هایی همچون سوراخ کردن جمجمه (برای آزاد کردن ارواح شیطانی) و روش **جن‌گیری** انجام می‌شده است.

مدل‌های علمی در دوران عظمت یونان و روم باستان رواج یافت. در قرن پنجم پیش از میلاد، **بقراط** (پدر علم پزشکی جدید)، طب را از مذهب، جادو و خرافه جدا ساخت. بقراط مغز را جایگاه هشیاری، زندگی عقلانی و هیجانات می‌دانست. بنابراین، تصور می‌کرد که رفتار و افکار نابهنجار، بیانگر نوعی آسیب مغزی است. غالباً وی را یکی از نخستین پیشگامان **بدن‌زادانگاری (Somatogenesis)** می‌دانند (اعتقاد به وجود نقص در بدن که باعث اختلال در فکر و عمل می‌شود). برخلاف بدن‌زادانگاری، در **روان‌زادانگاری (Psychogenesis)** اعتقاد بر این است که برای هر اختلال، یک خاستگاه روانی در کار است.

بقراط معتقد بود که چهار مایع مهم بدن بر سلامت جسمانی و روانی تأثیر دارد: **سودا، صفرا، بلغم و خون یا دموی**. مقدار بیش از حد هر یک از این مایعات می‌تواند تغییرات در شخصیت و رفتار را توجیه کند. برای مثال، مقدار بیش از حد سودا، فرد را افسرده می‌کند (مالیخولیایی) و مقدار بیش از اندازه صفرا باعث می‌شود که فرد مضطرب و تحریک‌پذیر باشد (صفراوی). بلغم خیلی زیاد می‌تواند به صفت آرام و شاید بی‌تفاوتی منجر شود (بلغمی) و خون بیش از حد باعث می‌شود که فرد دچار تغییرات خلقی بی‌ثبات شود (دموی مزاج).

دموی مزاج

از نظر دوره‌های رشدی، بقراط معتقد است از کودکی تا ۱۵ سالگی خون بر سایر اخلاط غالب است. در این دوره، محیط بدن گرم و مرطوب بوده، بنابراین زمینه‌های رشدی بسیار مساعد می‌باشد. جنب‌وجوش، شادابی و طراوت از مشخصات این دوره است. درک مفاهیم از سوی فرد سطحی است و مسئله و مشکل برای او معنای چندانی ندارد. او به آینده بی‌توجه است و در واقع، در یک شادی و خوشحالی سطحی به سر می‌برد.

صفراوی مزاجها

از نظر دوره‌های رشدی، بقراط معتقد است از ۱۵ سالگی تا حدود ۳۵ سالگی ترشح و غلبه صفرا به اوج و شدت خود می‌رسد. محیط بدن در این دوره سرد و مرطوب است. تلاش، جستجوگری، بی‌قراری، تندخویی و بسیاری از حالت‌های دوره جوانی از ویژگی‌های این مقطع از رشد است.

سوداوی مزاجها


از نظر دوره‌های رشدی انسان، بقراط معتقد است که سودا از ۳۵ سالگی تا حدود ۶۰ سالگی بر سایر اخلاط غلبه دارد. محیط بدن در این دوره گرم و خشک است از ویژگی‌های این دوره و نوع شخصیت سودایی، بروز حکمت در گفتار و رفتار، ارائه پند و اندرز، ظهور معرفت و عقل و انتظام در امور زندگی، دوراندیشی و صحت نظر در عواقب امور و ثبات رأی و کم شدن تلون (رنگ) است. از نظر خصوصیات روانی، سوداوی‌ها مردمی جدی و با اراده‌اند و مثل دموی مزاج‌های فعال و پرکار هستند.

بلغمی مزاج‌ها


از حدود ۶۰ سالگی یعنی آغاز دوران کهولت، بلغم بر سایر اخلاط غلبه می‌کند. محیط بدنی در این دوره، سرد و خشک است. مشخصات این دوره رشدی انسان، شخصیت سرد و بی‌عاطفه است. لاغری، کم انرژی بودن، فراموشی، بی‌حالی، بی‌خوابی و عدم شفافیت پوست و مو از خصوصیات پیری و ناتوانی است. بقراط مغز را عامل هوشیاری و مهم‌ترین عضو بدن می‌دانست، ولیکن این نکته مهم است که بدانیم تا قبل از بقراط، اعتقاد بر این بود که قلب جایگاه زندگی، هیجان و حیات روان است. طبقه‌بندی بیماری‌های روانی به وسیله بقراط، ساده و روشن، اما ناقص بود. او بیماری‌های مهم روانی را صرع (Epilepsy)، مانیا (Mania)، مالیخولیا و کم‌توانی‌های ذهنی می‌دانست.

به نظر بقراط، بیماری هیستری که در اواخر قرن نوزدهم به عنوان نوروژ (روان‌نژندی) شناخته شد، صرفاً نوعی اختلال جنسی خاص زنان بود و بقراط آن را چنین تفسیر کرد که رحم سرگردان (Wandering Uterus) در جستجوی بچه است. این نظریه بیش از ۲۰۰۰ سال مورد قبول متفکران بود.

 **نکته ۱:** نوشته‌های بقراط و گالن اساس مدل علمی رفتار ناپهنجار را تشکیل دادند.

 **نکته ۲:** یکی از مشاهدات بقراط، شباهت بسیاری به یکی از نظریات فروید دارد. بقراط می‌گوید که خواب، نه تنها خواسته‌ی مربوط به واقعیت روزمره را بیان می‌کند، بلکه خواسته‌های مربوط به گذشته را نیز خاطرنشان می‌سازد.

افلاطون معتقد بود که روان تنها حقیقت و واقعیت مسلم است و ماده عنصری ثانویه است که به طور ناقص، روان را منعکس می‌سازد. این طرز تفکر فلسفی و ایده‌آلیستی (که روان را اصل و ماده را فرع و این دو را از هم جدا می‌داند) سبب شد که در بررسی خصوصیات روانی توجه به روش‌های منطقی و عینی، برای حدود دو هزار سال، متوقف گردد. افلاطون برای روان سه ساختار معرفی کرد که بعدها توسط فروید به **Ego**، **Id** و **superego** معروف شد. در علت‌شناسی اختلالات، افلاطون دیدگاه ارگانسمی را مطرح ساخت. در نظر او، رفتار محصول مجموعه فرآیندهای روان‌شناختی است و اختلال رفتار حاصل تعارض عقل و هیجان است. در فرهنگ رم قدیم، یکی از دانشمندان که نظریات علمی و عمیقی ارائه داد، **اسکلپیادس** بود. او در تاریخ پزشکی، برای اولین بار بین هذیان و توهم حد ناشی از تب و آنچه معلول اختلالات مزمن و درازمدت بیماری‌های روانی است، تفاوت قائل شد. همچنین، بین تصورات غیرعادی ناشی از محرک‌های موجود (خطای حسی) و توهم (که عامل و محرک خارجی ندارد) فرق گذاشت. اسکلپیادس روش انسانی برخورد با بیماری روانی را پیشنهاد کرد. همچنین، استفاده از حمام مخصوص برای آرامش بیماران روانی را متداول کرد و از موسیقی برای درمان آن‌ها سود جست.


 **نکته ۳:** اسکلپیادس علیه اعتقاد بقراط به اینکه عدم تعادل مواد بدن موجب اختلال‌های روانی می‌شود، به مخالفت برخاست. در عوض، او اعلام کرد که آشفتگی‌های هیجانی می‌تواند به مشکلات روانی منجر شود.

کلودیوس گالن، سیستمی پزشکی را به وجود آورد که تفکر پیشین درباره‌ی اختلال‌های روانی و جسمی را دگرگون کرد. گالن به جای توسل به گمانه‌زنی فلسفی، برای پیدا کردن جواب‌هایی به سؤالات مربوط به فعالیت‌های بدن و ذهن انسان، آناتومی را بررسی کرد. طبقه‌بندی چهار نوع عدم تعادل مایعات توسط بقراط، اساس طبقه‌بندی **هانس آیزنک** (۱۹۶۷) شد.

اریتائوس اولین کسی بود که اظهار داشت، مانیا و ملانکولیا (مالیخولیا) دو حالت یک بیماری هستند. در حقیقت، این اولین قضاوت علمی در مورد ماهیت آن چیزی است که امروز «جنون مانیک دپرسیو» یا «اختلال دوقطبی» نامیده می‌شود. او بین مانیا و اسکیزوفرنی تفاوت قائل شد و به ساختار شخصیت بیمار، قبل از ابتلا به بیماری روانی توجه کرد. این دانشمند، برای نخستین بار در تاریخ، متذکر شد که بیماری روانی و سلامت روانی، تفاوت کمی دارند نه کیفی.

اریتائوس به اهمیت استفاده از **پیش‌آگهی (Pregenes)** در تشخیص بیماری توجه کرد. او را می‌توان بانی **تشخیص افتراقی (Differential diagnosis)** دانست، یعنی تشخیص بیماری‌هایی که علائم بسیار مشترک دارند.

قرون وسطی را (در رابطه با رویکردهای اختلال روانی) می‌توان «دوران تیرگی» نامید؛ زیرا در این دوران هیچ پیشرفت علمی یا پزشکی روی نداد. در طول قرون وسطی، عقاید بدوی درباره‌ی تسخیر روح از نو پدیدار شد. افراد برای توجیه بسیاری از پدیده‌های طبیعی، از جمله بیماری‌های روانی و جسمانی، به خرافه، طالع‌بینی و کیمیاگری روی آوردند. مناسک جادویی، جن‌گیری و روش‌های پزشکی عامیانه وسیعاً اجرا می‌شد. اعتقاد به تسخیر شیطانی برای توجیه رفتار ناپهنجار نیز متداول بود. تسلط تفکر مذهبی در قرون وسطی، بر مراقبت از افراد روان‌پریش، تأثیر مثبت و منفی داشت. اعتقاد به تسخیر روحانی و درمان افراد به عنوان گنهکار عوارض زبان‌بخشی داشت. در مقابل، عقاید مربوط به عطوفت انسانی و مسیحی و نیاز به یاری‌رسانی به افراد فقیر و بیمار، اساس رویکردهای انسانی به درمان را تشکیل داد. در قرن ۱۵ و ۱۶، بستری کردن بیماران روانی شکلی جدی به خود گرفت. جذام‌خانه‌ها جای خود را به تیمارستان دادند که پناهگاه مخصوص بستری کردن و مراقبت از بیماران روانی به شمار می‌آمد.

 **مثال ۱:** از منظر بقراط فرد نوجوان به احتمال بیشتر کدام مزاج را دارا است؟


(۴) دموی

(۳) صفراوی

(۲) بلغمی

(۱) سودایی

پاسخ: گزینه «۴» بقراط معتقد است از کودکی تا ۱۵ سالگی خون بر سایر اخلاط غالب است.

 **مثال ۲:** چه کسی را پیشگام تقسیم‌بندی علل بیماری‌ها به دو بُعد زیستی و روانی می‌دانند؟

(۴) ارسطو

(۳) بقراط

(۲) کراپلین

(۱) فروید

پاسخ: گزینه «۳» بقراط را یکی از پیشگامان تقسیم‌بندی بیماری به دو بعد زیستی و روانی می‌دانند.



مدرس‌ان شریف

فصل سوم

«ارزیابی»

ارزیابی (assessment) روشی است که به موجب آن، متخصص بالینی، فرد را برحسب عوامل روانی، جسمانی و اجتماعی که بیشترین تأثیر را بر عملکرد شخص دارد، مورد سنجش قرار می‌دهد. ارزیابی شیوه‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات بسیار از گذشته و زمان حال است و شیوه‌های عمده ارزیابی رفتار در موقعیت‌های بالینی عبارت است از: مصاحبه، معاینه وضع روانی، آزمون‌های روان‌شناختی (آزمون‌های روانی)، مشاهده رفتاری و ارزیابی سیستم فیزیولوژیکی.

درسنامه (۱): مصاحبه بالینی

مصاحبه بالینی رایج‌ترین ابزار ارزیابی است که برای شناختن درمان‌جو و ماهیت مشکلات فعلی، تاریخچه و آرزوهای او، استفاده می‌شود. مصاحبه‌ی ارزیابی از یک رشته سؤال‌هایی تشکیل می‌شود که در تعامل رودررو، پرسیده می‌شوند. مصاحبه‌های بالینی دو نوع‌اند: سنجشی و درمانی. هدف **سنجش یا مصاحبه تشخیصی**، جمع‌آوری اطلاعات و ارزیابی رفتار است. در موقعیت‌های بالینی، دو نوع مصاحبه سنجشی مورد استفاده قرار می‌گیرد: مصاحبه‌ی فاقد ساختار (unstructured interview) و مصاحبه ساختاریافته (Structured interview).

مصاحبه فاقد ساختار

مصاحبه بدون ساختار سؤالاتی است که در لحظه و تابع توانمندی و مهارت درمانگر از مراجع پرسیده می‌شود، یعنی فرم از پیش تعیین شده‌ای وجود ندارد. مصاحبه فاقد ساختار یک رشته **سؤال‌های باز پاسخ** است، که هدف آن‌ها مشخص کردن دلایل درمان‌جو برای درخواست درمان و روشن کردن نشانه‌ها، وضع سلامتی، پیشینه خانوادگی و تاریخچه زندگی اوست. این مصاحبه «فاقد ساختار» نامیده می‌شود؛ زیرا مصاحبه‌گر به جای دنبال کردن سؤال و متن از پیش تنظیم‌شده، محتوا و ترتیب سؤال‌ها را تنظیم می‌کند. مصاحبه‌گر در طول مصاحبه، بر اساس پاسخ‌های شفاهی درمان‌جو به سؤال‌های قبلی، سؤال‌ها را تدوین می‌کند.

نکته ۱: سؤال‌های باز پاسخ سؤالاتی‌اند که مخاطب می‌تواند به آن‌ها پاسخ توضیحی و گسترده بدهد. مثلاً چه نظری راجع به همسران دارید. اما در مقابل، سؤالات بسته پاسخ سؤالاتی‌اند که مخاطب نمی‌تواند آن‌گونه که خود علاقه‌مند است به آن‌ها پاسخ دهد، مثل سؤالاتی که پاسخ آن‌ها صرفاً بله یا خیر است. بخش مهمی از مصاحبه‌ی فاقد ساختار، **تاریخچه‌نگاری** است که طی آن، متخصص بالینی از درمان‌جو می‌خواهد اطلاعات خانوادگی و زمان رویدادهای زندگی گذشته را در اختیار او قرار دهد.

مصاحبه ساختاریافته

مصاحبه ساختار یافته از یک رشته سؤال‌هایی تشکیل می‌شود که طرز بیان و ترتیب آن‌ها از پیش تعیین شده است. مواد این نوع مصاحبه‌ها به صورت رسمی نوشته شده‌اند و توالی سؤال کردن تعیین شده است؛ بنابراین، به تجربه‌ی متخصص بالینی و قضاوت مصاحبه‌گر متکی نیستند. مصاحبه‌های ساختار یافته بر اساس ملاک‌های عینی و از پیش تعیین‌شده ارزیابی می‌شود.

مزایای مصاحبه تشخیصی ساختاریافته

- ۱- مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته استاندارد شده‌اند و اجرای آن‌ها آسان است. در این روش کارشناسان می‌توانند سؤالات مشخصی را از مراجع بپرسند.
- ۲- مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته، عینی‌گرایی را در متخصصان افزایش و متعاقب آن ذهنی‌گرایی را کاهش می‌دهند. یعنی قضاوت ذهنی کم‌رنگ می‌شود.
- ۳- معمولاً میزان پایایی (ثبات سنجش) در مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته بیش از مصاحبه‌های فاقد ساختار است. این بدان معنا است که دو مصاحبه‌گری که از یک مصاحبه ساختاریافته استفاده می‌کنند، نسبت به مصاحبه‌گری که از مصاحبه‌های تشخیصی فاقد ساختار استفاده می‌نمایند، احتمال بیشتری دارد که در مورد یک مراجع خاص به تشخیص واحدی دست یابند. مثلاً ۲ روان‌شناس، تشخیص افسردگی را مطرح می‌کنند.
- ۴- مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته برای پژوهش‌های علمی بسیار مناسب هستند.
- ۵- جمع‌آوری اطلاعات متعدد و بررسی گستره هشیاری مراجع نمونه‌هایی از مصاحبه‌های ساختاریافته عبارتند از:

- ۱- فرم تشخیص اختلالات اضطرابی: (Anxiety Disorders Interview schedule for DSM-IV) (AIDS-IV) و
- ۲- فرم تشخیص اختلالات تابع DSM: (Structured clinical Interview For DSM-IV) (SCID).



مدرسان شریف

فصل چهارم

«تشخیص، طبقه‌بندی و درمان»

درسنامه (۱): تشخیص

تشخیص (Diagnosis) یعنی فرایند برچسب‌گذاری نوعی اختلال روانی براساس اطلاعات به‌دست آمده که یک جنبه مهم در روان‌شناسی ناپهنجاری است. متخصصان باید بتوانند درباره‌ی انواع بیماری‌هایی که مورد بررسی و درمان قرار می‌گیرند، با یکدیگر حرف بزنند. گذشته از این، برای یافتن علت‌ها و اتخاذ بهترین شیوه درمان اختلال، ابتدا باید آن را به درستی طبقه‌بندی کرد.

نتیجه نهایی فرآیند تشخیص، تشخیصی است که می‌توان از آن به عنوان مبنایی برای درمان درمانجو استفاده کرد.

تشخیص، فواید مهمی دارد:

اولین و شاید مهم‌ترین فایده تشخیص، هموارکردن راه برای ارتباط بین درمانگرها است. دومین فایده تشخیص این است که امکان انجام تحقیقات تجربی در زمینه آسیب‌شناسی روانی را فراهم می‌آورد. سومین فایده تشخیص این است که بدون یک نظام تشخیصی استاندارد نمی‌توان در مورد سبب‌شناسی یا علل رفتارهای ناپهنجار تحقیق کرد. تشخیص از این جهت اهمیت دارد که حداقل به طور نظری نشان می‌دهد کدام نوع درمان از همه مؤثرتر است. نظام تشخیص و طبقه‌بندی در سطح کاملاً عملی، مشخص می‌کند کدام نوع مشکل روانی چه سطحی از خدمات اجتماعی، درمانی و حتی مالی را می‌تواند در پی داشته باشد.

نقاط ضعف طبقه‌بندی اختلالات روانی

- ۱- از دست رفتن اطلاعات: وقتی فردی برچسب اختلال خاصی را می‌گیرد متخصصان صرفاً با آن مفهوم سروکار دارند و ممکن است بسیاری از تاریخچه زندگی فرد نادیده گرفته شود.
- ۲- داغ ننگ (Stigma): استیگما زمانی رخ می‌دهد که فرد به خاطر تشخیص یک اختلال، برچسب یک بیمار دریافت می‌کند.
- ۳- کلیشه‌سازی (Stereotyping): کلیشه‌ها یا پندارهای قالبی عقاید خودکار درباره دیگران‌اند که بر مبنای اطلاعات جزئی استوار هستند. مثلاً چون ظاهر به هم ریخته‌ای دارید، افسرده یا دیوانه‌اید!

نکته ۱: اگر به جای تشخیص، خصوصیات بیمار را در قالب یک فرمول‌بندی بیاوریم، مثلاً بگوییم فرد دارای مشکلات است نه اختلال، استیگما از بین می‌رود.

اصطلاحات مهم تشخیص:

تشخیص همزمان (Comorbid): به طور معمول هر بیمار علاوه بر تشخیص اصلی (Principal diagnosis)، دارای اختلالات دیگری نیز است. شایع‌ترین همزمانی مربوط به سوء مصرف مواد مخدر، الکل و اختلال اضطراب فراگیر است. در DSM ذکر شده است که بالای ۹۰ درصد احتمال وجود دارد که یک فرد دارای اختلال اضطراب فراگیر و سوء مصرف مواد مخدر یا الکل، به اختلال دیگری نیز دچار باشد.

تشخیص افتراقی: در بحث تشخیص باید به **تشخیص افتراقی (differential diagnosis)** توجه داشت که عبارت است از: منتفی کردن تشخیص‌های جایگزین. تشخیص افتراقی زمانی مطرح می‌شود که علائم یک اختلال به اختلال دیگر نیز شبیه است. برای مثال آسیب به خود علاوه بر اختلال شخصیت مرزی، در اوتیسم نیز وجود دارد. تشخیص افتراقی فهم دقیق تفاوت‌ها و شباهت‌های دو اختلال است.

شیوع همه‌گیرشناسی: به نسبتی از جمعیت گفته می‌شود که دارای یک بیماری یا اختلال مشخص باشند. اگر شیوع در یک نقطه زمانی بررسی شود به آن شیوع نقطه و اگر در یک بازه زمانی بررسی شود، به آن شیوع دوره می‌گویند. مثلاً شیوع افسردگی از زمان جنگ تا به امروز (شیوع نقطه به نقطه) یا شیوع افسردگی در ۶ ماهه اول سال ۹۸ (شیوع دوره).

بروز: تعداد موارد جدید ابتلا به یک بیماری خاص.

شایع‌ترین اختلالات در زنان: فوبی خاص، افسردگی، وسواس

شایع‌ترین اختلالات در مردان: مصرف مواد، فوبی خاص، افسردگی، وسواس

پایایی و اعتبار

پایایی (Reliability): پایایی به ثبات تشخیص در طول زمان گفته می‌شود. یعنی اگر فردی را مبتلا به افسردگی تشخیص داده‌ایم، این تشخیص را بتوانیم ۶ ماه بعد نیز با توجه به همان علائم مطرح کنیم یا اینکه متخصص دیگر نیز همین تشخیص را مطرح کند (پایایی ارزیاب‌ها). وجود یک رویکرد نظری ثبات تشخیص را بالا می‌برد.

اعتبار یا روایی (Validity): یعنی آزمون همان چیزی را بسنجد که برای سنجش آن طراحی شده است. برای مثال فرم مصاحبه سنجش اضطراب، علائم اضطرابی را تشخیص دهد و نه افسردگی یا اسکیزوفرنی را.

انواع اعتبار: محتوا، ملاک، صوری

۱- **روایی محتوا** یعنی جامعیت آزمون در سنجش علائم یک اختلال. برای مثال آزمون افسردگی یک تمامی علائم افسردگی را می‌سنجد.

۲- **روایی ملاک** یعنی توانایی پیش‌بینی و مشاهده رفتار. برای مثال آزمون ناامیدی یک احتمال خودکشی را پیش‌بینی می‌کند. روایی ملاک به همبستگی نمره آزمون با آزمون‌های دیگر نیز اشاره دارد. برای مثال آزمون افسردگی کتل همچون آزمون افسردگی یک نمره دقیقی از وضعیت بیمار به دست می‌دهد. روایی ملاکی یا تقارنی است یا توافقی. **روایی تقارنی** یعنی همبستگی آزمون با آزمون مشابه و **روایی توافقی** یعنی تأیید نظر متخصصین.

۳- **روایی صوری** یعنی تبعیت آزمون از یک نظریه یا تعریف. برای مثال آزمون NEO تابع مدل ۵ عاملی پل کاستا و مک کرا تدوین شده است. اعتبار صوری شامل چندین اعتبار دیگر می‌شود مثل اعتبار واگرا، همگرا، افزایشی و ...

روایی همگرا یعنی آزمون توانایی سنجش متغیرهای یک عامل را دارد. مثلاً آزمون می‌تواند افسردگی، اضطراب و وسواس را بسنجد (تأیید عامل روان رنجوری).

روایی واگرا و افتراقی یا تشخیصی یعنی آزمون توانایی تشخیص افتراقی دارد.

روایی افزایشی یعنی سنجش کیفیت آزمون نسبت به آزمون‌های مشابه.

پایایی (Reliability)

پایایی به عنوان یک ابزار اندازه‌گیری، عبارت است از درجه ثبات، همسانی و قابلیت پیش‌بینی در اندازه‌گیری متغیر. اکثر سازندگان آزمون و محققان ضریب پایایی 0.9 یا بیشتر را به دست آورند، احساس رضایت می‌کنند؛ اما از ضریب کمتر از 0.7 ناراضی می‌شوند. پایایی یک آزمون تا حدی تابع طول آزمون است؛ هر چه طول آزمون بیشتر باشد، پایایی آن بیشتر است. پایایی تا حدی تابع ناهمگنی گروه نیز است. ضریب پایایی با افزایش گستردگی یا ناهمگنی آزمودنی‌هایی که در آزمون شرکت می‌کنند، افزایش می‌یابد. برعکس، هر چه گروه نسبت به ویژگی‌ای که اندازه‌گیری می‌شود همگن‌تر باشد، ضریب پایایی کمتر خواهد بود. تبعیت از یک رویکرد نظری، پایایی تشخیص را بالا می‌برد.

برآورد پایایی

پایایی مجدد یا بازآزمایی: در این روش تمام محاسبات و اندازه‌گیری‌ها را در مورد افراد گروه نمونه در یک زمان و اجرای مجدد آن در مورد همان گروه در زمانی دیگر انجام می‌دهیم و قاعدتاً نباید اختلافی بین نتایج به دست آمده وجود داشته باشد.

اجرای فرم‌های هم‌تا: در این طریق، به جای اینکه تنها به یک روش توسل جوییم، از راه‌های مختلف اندازه‌گیری را انجام می‌دهیم و به کمک نتایج به دست آمده، اختلافات و اشتباهات را تصحیح می‌کنیم. غالباً برای انجام این منظور از طبقه‌بندی‌های مختلف استفاده می‌شود.

پایایی آزمون‌های موازی: در این روش‌ها، دو نوع آزمون ساخته می‌شود که تقریباً معادل هستند و پاسخ‌های دو آزمون مشابه، باید همبستگی زیاد داشته باشد.

دو نیمه کردن آزمون: در این روش، یک آزمون واحد بعد از اجرا به دو قسمت مساوی تقسیم می‌شود، سپس با توجه به فرمول‌های آماری، محاسبه می‌گردد که ضریب همبستگی دو آزمون باید بالا باشد.

نکته ۲: یک تشخیص خاص باید در مورد هر کسی که مجموعه نشانه‌های خاصی را نشان می‌دهد کاربرد داشته باشد.

کج مثال ۱: برای سنجش میزان پایایی لازم برای آزمون‌های تشخیصی، حداقل پایایی باید چقدر باشد؟

۴) 0.9%

۳) 0.8%

۲) 0.7%

۱) 0.6%

پاسخ: گزینه «۴» حداقل اعتبار تشخیصی 0.9% ، حداقل اعتبار پژوهشی 0.7% است.



مدرس‌ان شریف

فصل پنجم

«علائم و نشانه‌ها در روان‌پزشکی»

نشانه‌ها (signs) به یافته‌های عینی و مشاهدات بالینگر اطلاق می‌شود؛ نظیر سراسیمگی. اگر پزشک و پرستار ناهنجاری را رویت کند، این یک نشانه است. **علائم بالینی (symptoms)** تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می‌کند؛ مانند خلق افسرده. اگر بیمار خود مشکلات را گزارش کند، یک علامت محسوب می‌شود. **سندرم (syndrome)** گروهی از علائم و نشانه‌ها با همدیگر بیماری قابل تشخیصی را به وجود می‌آورند. در سندرم مشکلات قابل رویت متعددی گزارش می‌شود. مثل سندرم داون.

اختلال (disorder): مجموعه علائمی که علت مشخصی ندارند، ولی معیارهای مشخص دارند. مانند اسکیزوفرنی، اختلالات تجزیه‌ای و ... و اکثر اختلالات روان‌پزشکی که جزء اختلال به شمار می‌روند.

بیماری (disease): علت و پاتولوژی بیماری کاملاً مشخص است و عمدتاً در پزشکی مطرح است؛ مانند عفونت ناشی از باکتری استرپتوکوک. **اختلال روانی:** سندرم رفتاری یا روان‌شناختی با اهمیت بالینی همراه با ناراحتی یا ناتوانی که واکنش قابل انتظاری در مقابل حادثه‌ای خاص نبوده و یا محدود به رابطه بین فرد و جامعه نباشد.

نوروز (روان‌نژندی) روان رنجوری یا نوروتیک

روان‌نژندی (neurosis) به اختلال غیرسایکوتیک راجعه (برگشت‌پذیر) یا مزمنی اطلاق می‌شود که خصوصیت عمده‌ی آن اضطراب است. این اضطراب یا به طور مستقیم ابراز شده یا فقط تجربه می‌شود و یا به کمک مکانیسم‌های دفاعی تغییر می‌یابد. نوروز (روان‌نژندی) به صورت یک علامت بالینی ظاهر می‌شود (مانند وسواس فکری، وسواس عملی، هراس یا کژکاری جنسی).

روان‌پریشی (psychosis)

اصطلاح روان‌پریشی (سایکوتیک)، در مفهوم سنتی آن به معنای از بین رفتن واقعیت‌سنجی و تخریب کارکرد ذهنی و روانی است که خود را به صورت هذیان‌ها، توهمات، سردرگمی (کونفوزیون) و اختلال حافظه نشان می‌دهد.

اصطلاح روان‌پریشی در روان‌پزشکی بیشتر مترادف تخریب شدید کارکرد اجتماعی شخصی به کار می‌رود که با انزوای اجتماعی و ناتوانی انجام نقش‌های شغلی و خانوادگی تظاهر می‌کند.

در مفاهیم روان‌کاوی، درجه پسرفت ایگو به عنوان ملاک بیماری روان‌پریشی مطرح می‌شود. برطبق واژه‌نامه روان‌پزشکی آمریکا اصطلاح روان‌پریشی به معنای اختلال آشکار واقعیت‌سنجی است.

کلمه مثال ۱: کدام عبارت در مورد «علائم» و «نشانه‌های بیماری» صحیح است؟ (دکتری ۹۱)

- ۱) نشانه‌ها و علائم بیماری مفاهیم واحدی هستند و تفکیک آن‌ها کمکی به تشخیص نمی‌کند.
 - ۲) نشانه‌ها، تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می‌کند، ولی علائم به یافته‌های عینی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.
 - ۳) علائم تجربیات عینی هستند که بیمار توصیف می‌کند، ولی نشانه‌ها به یافته‌های ذهنی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.
 - ۴) علائم تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می‌کند، ولی نشانه‌ها به یافته‌های عینی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.
- پاسخ:** گزینه «۴» **نشانه‌ها (sign)**، شامل یافته‌های عینی و مشاهدات بالینگر است، نظیر عاطفه‌ی محدود یا کندی روانی - حرکتی.

علائم (symptom)، تجربیاتی ذهنی هستند که بیمار توصیف می‌کند (مانند خلق افسرده).

در ادامه فهرست علائم و نشانه‌های اختلال‌های روانی در روان‌پزشکی مورد بررسی قرار می‌گیرد.



درسنامه (۱): هشیاری (consciousness) حالت آگاهی



هشیاری را حالت آگاهی از محیط اطراف و حالات فیزیولوژیکی و روان خود می‌توان تعریف کرد. در سطح بالای هشیاری دقت و در سطح بالاتر از آن تمرکز قرار دارد. دقت (Attention) توجه به یک موضوع است، اما تمرکز (concentration) توجه دقیق‌تر به یک موضوع است.

الف) اختلالات هشیاری

۱- اختلال موقعیت‌سنجی (disorientation): اختلال در شناسایی و وقوف به زمان، مکان و شخص. ۲- تیرگی شعور: فقدان روشنی کامل ذهنی همراه با اختلال درک و نگرش (مثل حالات گیجی و منگی). ۳- بهت: فقدان واکنش به محیط و عدم آگاهی از آن. ۴- دلیریوم: حالتی از تیرگی هوشیاری است که آگاهی فرد از محیط کم می‌شود. ۵- اغماء: درجات عمیق ناهشیاری.

۶- اغمای گوش به زنگی (coma vigilance): اغمایی که به نظر می‌رسد بیمار در خواب است، اما آماده بیدار شدن است (لالی آکینتیک یا کوما ویژل). ۷- حالت شفقی: اختلال هوشیاری همراه با توهم. ۸- حالت رویاگونه: (مترادف صرع پارسیل مرکب یا صرع روانی - حرکتی). ۹- خواب‌آلودگی شدید ۱۰- اغتشاش شعور (سردرگمی): آشفتنگی هوشیاری که در آن واکنش به محرک‌های محیطی نامناسب است و با اختلال در وقوف و شناسایی به زمان، مکان و یا شخص بروز می‌یابد.

۱۱- خواب‌آلودگی

۱۲- غروب‌زدگی: سندرمی در افراد سالمند که معمولاً شب‌ها بروز می‌کند و مشخصه آن خواب‌آلودگی، اغتشاش شعور، آتاکسی و افتادن که در نتیجه رخوت‌زایی داروهاست. (سندرم غروب آفتاب نیز نامیده می‌شود).

نکته ۱: لتارژی: در این حالت بیمار کاملاً هشیار نیست و اگر تحریکی به او نرسد، به خواب می‌رود و اگر بیدارش کنند بی‌توجه است.

ب) اختلالات توجه

۱- گوش به زنگی: منتظر یک رخداد معمولاً منفی بودن. ۲- حواس‌پرتی: ناتوانی در تمرکز توجه. ۳- بی‌توجهی انتخابی: عدم توجه به آنچه اضطراب ایجاد می‌کند. در واقع مشکل توجه فرد کلی و فراگیر نیست (برخلاف حواس‌پرتی)، بلکه صرفاً نسبت به برخی محرک‌ها بی‌توجه است.

۴- خلسه (Trance): توجه متمرکز و هوشیاری تغییر یافته. این مورد در هیپنوتیزم و اختلالات تجزیه‌ای دیده می‌شود.

۵- مهارگسستگی: رفع اثرات مهاری که به شخص مجال می‌دهد که کنترل تکانه‌های خود را از دست بدهد، همان‌طور که در مستی روی می‌دهد.

ج) اختلال در تلقین‌پذیری (suggestibility)

واکنش سازش‌پذیر و غیرانتقادی نسبت به یک عقیده یا نفوذ یک عامل

۱- جنون دوگانه (folie a' deux): بیماری روانی القایی بین دو یا سه نفر

۲- هیپنوتیزم

نکته ۲: تلقین‌پذیری یعنی پذیرفتن یک عقیده یا نظر بدون چون و چرا.

کلمه مثال ۲: اگر از کودک بخواهیم یکی از حروف صفحه را جدا کند و بشمارد، کدام یک از فرایندها را اندازه‌گیری کرده‌ایم؟ (سراسری ۹۳)

دقت (۱) ادراک (۲) رمزگردانی (۳) رمزگردانی (۴) معنایابی

پاسخ: گزینه «۱» دقت، به یکی از ابعاد هشیاری و آگاهی اشاره دارد که طی آن یکی از محرک‌های محیط مورد توجه قرار می‌گیرد و پردازش می‌شود. به کمک آزمایش‌های مختلفی فرایند دقت افراد را می‌سنجند. برای مثال، وقتی از کودک می‌خواهیم یکی از حروف صفحه را جدا کند و بشمارد، دقت کودک را می‌سنجیم.

کلمه مثال ۳: بخشی از یک معاینه استاندارد از وضعیت ذهنی، این است که از فرد می‌خواهیم از عدد صد (۱۰۰)، هفت تا هفت تا کم کند. این تمرین

(مجموعه‌های ۷) کدام وضعیت را می‌سنجد؟ (آزاد ۸۰)

(۱) درک و فهم و مهارت‌های شناختی (۲) تمرکز و نگهداری ذهنی (۳) حافظه کوتاه‌مدت (۴) همه موارد ذکر شده

پاسخ: گزینه «۴» تفریق زنجیره‌ای ۷ از ۱۰۰ آزمون ساده‌ای است که مستلزم بی‌نقص بودن تمرکز و توانایی‌های شناختی و حافظه کوتاه‌مدت است.

کلمه مثال ۴: بیماری که نسبت به مکان جهت‌یابی خود را از دست داده است، با احتمال زیاد به کدام یک از موارد زیر آگاهی ندارد؟ (آزاد ۸۴)

(۱) زمان (۲) شخص (۳) خویشتن (۴) همه موارد

پاسخ: گزینه «۱» اختلالات جهت‌یابی (موقعیت‌سنجی) به طور سنتی برحسب زمان، مکان و شخص تقسیم‌بندی می‌شوند. هرگونه اختلال معمولاً به همین ترتیب

ظاهر می‌شود (یعنی احساس زمان قبل از احساس مکان مختل می‌شود)؛ به همین ترتیب وقتی بیمار بهبود می‌یابد رفع اختلال در جهت عکس روی می‌دهد.

به ترتیبی که ملاحظه شد، کسی که نسبت به مکان خود واقف نیست، به احتمال زیاد در مورد زمان نیز مشکل موقعیت‌سنجی دارد.



مدرسان شریف

فصل ششم

«دیدگاه‌های نظری»

مقدمه

پارادایم یا دیدگاه‌های نظری به آگاه شدن از علت رفتار انسان و درمان نابهنجاری‌ها و اختلالات گرایش دارد. دیدگاه‌های نظری بر روشی تأثیر می‌گذارند که از طریق آن متخصصان بالینی و پژوهشگران، مشاهدات خود را در مورد رفتار، تعبیر و سازمان‌دهی می‌کنند. در این فصل، رفتار نابهنجار را از شش دیدگاه نظری عمده بانفوذ بررسی خواهیم کرد که این رشته را به شکلی که امروز هست در آورده‌اند.

۱- دیدگاه زیست‌شناختی: تأکید بر نقش فرآیندهای بدنی (نابهنجاری بیماری بدن است).

۲- دیدگاه روان‌پویشی: تأکید بر نقش اضطراب و تعارض درونی.

۳- دیدگاه یادگیری: چگونگی تأثیر محیط بر رفتار؛ از طریق شرطی‌سازی یاد می‌گیریم نابهنجار باشیم.

۴- دیدگاه شناختی: تفکر ناقص و مشکلات حل مسئله را علل رفتار غیرعادی می‌داند.

۵- دیدگاه انسان‌گرایی و وجودگرایی: تأکید بر گرایش به خودشکوفایی و کمال، فردیت آدمی و آزادی آدمی برای تصمیم‌گیری در مورد خود.

۶- دیدگاه اجتماعی: متوجه نقش‌های روابط اجتماعی و تأثیر شرایط اقتصادی - اجتماعی بر رفتار غیرانطباقی.

درسنامه (۱): دیدگاه‌های زیست‌شناختی (The Biological Perspective)



دیدگاه زیست‌شناختی بر این اعتقاد است که علت وقوع رفتار و نابهنجاری‌های روانی، کارکردها و آسیب‌های مختلف مغزی و زیستی است. این دیدگاه بر سیستم عصبی به عنوان علت اصلی بروز رفتار تأکید می‌کند. هسته اصلی دیدگاه زیست‌شناختی، نتیجه یافته‌هایی در مورد ارتباط بین عفونت‌ها و نواقص بدنی با رفتار پریشان است. شاید برجسته‌ترین آن‌ها کشف ارتباط بین عفونت سفلیسی در اوایل جوانی و فلج عمومی باشد.

کسانی که از الگوی زیست پزشکی طرفداری می‌کنند معمولاً به عنوان پژوهشگران پزشکی با نابهنجاری به صورت یک بیماری برخورد می‌کنند، آن‌ها نشانه‌های گوناگون ولی هم‌آیند را با هم در یک نشانگان (syndrome) منسجم گروه‌بندی می‌کنند. بعد آن‌ها سبب‌شناسی (etiology) یا علت آن نشانگان را با بررسی چهار علت احتمالی جستجو می‌کنند: ۱- میکروب‌ها، ۲- ژن‌ها، ۳- زیست‌شیمی فرد بیمار، ۴- کالبد شکافی اعصاب.

هنگامی که سبب‌شناسی مشخص می‌شود، چند درمان زیستی، معمولاً دارو، که به علت بیماری حمله می‌برند، جستجو خواهند شد تا از این راه نابهنجاری را برطرف کنند.

میکروب‌ها

در نیمه دوم قرن ۱۹، هرکس به طور قانع‌کننده‌ای اظهار می‌کرد که علت اختلال‌های روانی، بیماری عضوی است.

بدترین دیوانگی همه‌گیر که در تاریخ ثبت شده، فلج عمومی (General paresis) است که از اوایل سال ۱۶۷۲ تا اوایل دهه ۱۹۰۰ با شدت فزاینده‌ای ادامه داشت.

فلج عمومی اضمحلال شدید مغز است و غالباً هنگامی که شخص مبتلا به عفونت به میانسالی می‌رسد، در او بروز می‌کند. این اختلال که با ضعف دست‌ها و پاها شروع می‌شود به نشانه‌های نامتعارف و بعد به هذیان‌های بزرگ می‌انجامد، یعنی شخص به صورت کاذب تصور می‌کند از آنچه واقعاً هست، مهم‌تر است. این اختلال در نهایت به فلج کلی، منگی و مرگ منجر می‌شود. در این زمان، میکروب‌ها به عنوان علت و سبب‌شناسی سفلیس و فلج عمومی به حساب می‌آمدند.

بایل اولین گام مهم را (که برای زیست پزشکی انگاشته شدن این اختلال ضروری بود) برداشت، سازمان‌دهی نشانه‌ها در یک نشانگان، که امکان توصیف و تشخیص دقیق این بیماری را فراهم می‌کرد. بعدها معلوم شد که سفلیس به گونه‌ای در فلج عمومی دخالت دارد.

ژنتیک به عنوان سبب‌شناسی

ژنتیک دومین سبب‌شناسی زیست پزشکی است که محققان را وامی‌دارد تا اختلال روان‌شناختی را بیماری جسمانی بدانند. الگوی زیست‌پزشکی معتقد است که بسیاری از بیماری‌ها مثل اسکیزوفرنی و مانیک به صورت ژنتیکی منتقل می‌شود.

نکته ۱: نه تنها بیماری روانی، بلکه تقریباً تمام شخصیت می‌تواند مؤلفه ژنتیکی داشته باشد.

بهترین روش برای جدا کردن تأثیر یادگیری و وراثت بر شخصیت، مطالعه دوقلوهای است که از لحظه تولد جدا از هم پرورش یافته باشند. تمام موارد زیر در دوقلوهای یک تخمکی که جدا از هم پرورش یافته‌اند، قویاً وابسته است؛ در حالی که در دوقلوهای دو تخمکی که جدا از هم پرورش یافته‌اند، وابستگی کمتری وجود دارد. پژوهش‌ها نشان داده است مؤلفه‌ها و فاکتورهای زیر می‌تواند از راه وراثت به ما برسد:

هوشیهر (IQ)	رضایت شغلی	مقدار تماشا کردن تلویزیون
سرعت ذهنی (سرعت پردازش اطلاعات)	انتخاب واقعی مشاغل	بهبزبستی
سرعت ادراکی و دقت	سرخوشی	خودپذیری
دینداری	افسردگی	سلطه‌گری
سنت‌گرایی	قدرت‌طلبی	بدبینی و بدگمانی
سوءاستفاده از الکل و موادمخدر	برون‌گرایی	خصوصیت
جرم و مشکلات رفتاری	روان رنجورخویی	خطر جویی

اشاره به این نکته اهمیت دارد که درجه ارثی بودن برای هریک از این صفات ارثی، بسیار کمتر از ۱ است. به طور کلی، ارثی بودن قدری پایین‌تر از ۵۰٪ در نوسان است. این بدان معنی است که ژن‌ها حداقل نیمی از صفات ارثی شخصیت را تعیین می‌کنند، اما در عین حال به معنی آن است که ژن‌ها به مقدار زیاد در آنچه واقعاً هستیم، دخالت دارند. برای درک بهتر وراثت‌پذیری باید بدانیم که وراثت رفتارهای مختلفی را برای ما به ارمغان می‌آورد، اما این محیط است که اغلب این رفتارها را بازپدیدایی می‌کند. این همان ایده جرج اینگل به نام «فرضیه وراثت‌پذیری - استرس» است.

نکته ۲: مطالعات بر تعامل پیچیده وراثت - محیط تأکید دارد.

زیست‌شیمی رفتار به عنوان سبب‌شناسی

ناقل عصبی (عصب - رسانه)، یک ماده شیمیایی است که به طور مستقیم در انتقال پیام یا تکانه‌های عصبی از یک سلول عصبی به سلول بعدی، درگیر است. انتقال‌دهنده‌ها در بروز رفتار و حالات ارگانیسم نقش مؤثر دارند. ناقلین عصبی مختلفی در سیستم زیستی موجودند که هریک از آن‌ها رفتارهای خاصی را باعث می‌شوند و اختلال در تولید و ترشح آن‌ها باعث اختلالات مختلفی می‌شود. برای مثال: **دوپامین (DA)** یک ناقل عصبی است که در ایجاد احساس لذت و سرخوشی نقش دارد. «فرضیه دوپامین» می‌گوید: رفتار اسکیزوفرنیک توسط مقدار بسیار زیاد دوپامین در مغز ایجاد می‌شود. شواهد بسیار زیادی به نفع این فرضیه وجود دارد. اما کل این فرضیه نسبتاً غیرمستقیم است. مهم‌ترین شواهد از این واقعیت به دست می‌آید که داروهایی که معمولاً نشانه‌های اسکیزوفرنی را برطرف می‌کنند، مقدار دوپامین در مغز را نیز کاهش می‌دهند. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که ازدیاد دوپامین در مغز، حداقل یکی از عوامل زمینه‌ساز اسکیزوفرنی است.

از دید مکتب زیست‌پزشکی، تغییر در زیست‌شیمی مغز، نشانه‌های یک اختلال را تغییر می‌دهد (آن را بهتر یا بدتر می‌کند). برای مثال:

- ازدیاد دوپامین: اسکیزوفرنی - مانیا، تیک توره، اوتیسم
- کاهش دوپامین: پارکینسون - افسردگی

دیدگاه کاهش‌نگری (دیدگاه مولار)

طرفدار تمام عیار الگوی زیست‌پزشکی، یک کاهش‌گر محسوب می‌شود. کاهش‌گر معتقد است که تمام پدیده‌های روان‌شناختی را می‌توان به پدیده‌های زیستی کاهش داد و به وسیله آن‌ها تبیین کرد. تبیین مولکولی یا کاهش‌گر، کل را به مجموعه‌ای از تشکیل‌دهنده‌هایش تجزیه می‌کند تا دریابد این پاره‌ها چگونه با یکدیگر در تعامل هستند.

ضدکاهش‌گر اعتقاد دارد که حداقل چندین پدیده روان‌شناختی وجود دارند که نمی‌توانند به پدیده‌های زیستی کاهش یابند. برای اینکه ضدکاهش‌گر نشان دهد یک پدیده زیستی می‌تواند به وسیله یک حالت روانی و نه جسمانی - ایجاد شود، به پدیده‌های محیطی مؤثر در اختلال روانی (مانند کوتولگی محرومیت (Psychosocial dwarfism)) اشاره می‌کند.



مدرسان شریف

فصل هفتم

«مکانیسم‌های دفاعی»

مکانیسم‌های دفاعی (defense mechanism)، دفاع روان برای گریز از تجربه احساسات و تعارض‌های ناهشیار درونی به شمار می‌رود و در واقع یکی از کارکردهای «من» است.

مکانیسم‌های دفاعی چند ویژگی دارند:

۱- ناهشیارند.

۲- ماهیت خودفریبی دارند.

۳- به طور موقت باعث کاهش اضطراب می‌شوند.

۴- از سوی من (ego) صادر می‌شوند.

افراد به ندرت با یک دفاع از خود در مقابل تنش و اضطراب دفاع می‌کنند، بلکه آن‌ها را به صورت ترکیبی به کار می‌گیرند.

طبقه‌بندی دفاع‌ها

وایلانگ (۲۰۰۰) یکی از معروف‌ترین پژوهشگران در رابطه با دفاع‌ها و طبقه‌بندی آن‌هاست. وی دفاع‌ها را به مقوله‌های خودشیفته، نابالغ، نوروتیک و بالغ تقسیم کرده است. دفاع‌های خودشیفته و نابالغ دفاع‌های واپس‌رونده محسوب می‌شوند و دفاع‌های نوروزی نیز به مؤلفه‌های وسواسی و سرکوبگر تقسیم می‌شوند. دفاع‌های زیر جزء دسته‌ی اصلی مکانیسم‌های دفاعی است:

درسنامه (۱): دفاع‌های خودشیفته



این دفاع‌ها جزء دفاع‌های واپس‌رونده هستند که در اختلالات شخصیت شایع‌اند و انواع آن‌ها عبارت است از:

دو نیم‌سازی (Splitting): کسی که این دفاع را به کار می‌گیرد افراد را به دو دسته «کاملاً بد» و «کاملاً خوب» تقسیم می‌کند. این حالت ممکن است در مورد یک شخص و یا خود فرد هم صدق کند. به طوری که فرد نه تنها دیگران بلکه خود را گاهی اوقات «خیلی خوب» و گاهی اوقات «خیلی بد» و وحشتناک می‌انگارد.

این دفاع در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شایع است. برای مثال؛ زنی را در نظر بگیرید که به دنبال مشاجره و درگیری با همسر از او یک دیو می‌سازد و با استفاده از کلمات منفی او را توصیف می‌کند، در حالی که وقتی روابط خوبی دارند از او یک بت می‌سازد و او را تا حد یک فرشته بالا می‌برد.

فرافکنی (Projection): فرد به کمک این دفاع ویژگی‌های فکری، احساسی و اضطراب خود را به دیگران نسبت می‌دهد. مصداق آن ضرب‌المثلی است که: «کافر همه را به کیش خود پندارد».

دفاع فرافکنی در افراد پارانوئید زیاد دیده می‌شود. پارانوئیدها از آن جایی که خود نسبت به دیگران بدبین هستند و به آن‌ها خصومت می‌ورزند، بر این باورند که این دیگران هستند که نسبت به آن‌ها بدبین و خصومت‌جو هستند.

انکار (Denial): اجتناب از پی بردن به یک واقعیت دردناک و یا پذیرش آن. فردی که این دفاع را به کار می‌گیرد از پذیرش یک واقعیت خارجی سرباز می‌زند. زنی را مجسم کنید که پزشک به او می‌گوید نتیجه آزمایش نشان دهنده‌ی این است که تو به بیماری سرطان مبتلا شدی و باید جراحی کنی، زن از پذیرش آن سرباز می‌زند و با خود می‌گوید، مطمئن هستم که پزشک تشخیص اشتباهی در مورد من داده است. این دفاع ممکن است در کسانی که به تازگی یکی از عزیزان خود را از دست داده‌اند، نیز دیده شود.



نکته ۱: افکار روان‌پریشانه در مواقعی به کار می‌رود که واقعاً اختلالی در واقعیت‌سنجی وجود دارد.

تحریف (Distortion): فرد واقعیت‌های خارجی را دگرگون می‌کند تا با نیازهای درونی او جور درآید. تحریف واقعیت در افراد بهنجار دیده می‌شود. مانند اینکه بین دو نفر مشاجره‌ای در می‌گیرد و یکی از آن‌ها ممکن است موضوع را تحریف کند و طبق نظر شخصی و مطابق با نیازهای درونی خود بیان نماید. استفاده بیش از اندازه از تحریف، آن هم در حد شدید در بیماران هذیانی و پسیکوتیک دیده می‌شود.

برای مثال: فردی خودبزرگ‌بین را در نظر بگیرید که سعی می‌کند نقاط مثبت و توانمندی‌های خود را بزرگ‌نمایی کند و از کنار ضعف‌ها و شکست‌های خود بگذرد و بر این باور باشد که فردی خاص و فوق‌العاده است.

آرمان‌سازی بدوی (Primitive Idealization): با این دفاع، افراد خود و دیگران را آرمان‌سازی می‌کنند و از آن‌ها یا خود بت می‌سازند. به عبارت دیگر، بزرگ‌نمایی و غلو در ویژگی‌های مثبت خود یا دیگران وجه مشخصه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

همسان‌سازی فرافکنانه (Projective Identification): فرد با این دفاع جنبه‌های ناخواسته خود را به دیگران نسبت می‌دهد و سپس با آن فرد همسان‌سازی می‌نماید. به عبارتی با برانگیختن دیگران، افکار و احساسات نفی شده خود را با دیگران به وجود می‌آورد و سپس در واکنش به رفتار فرد مقابل همان افکار و احساسات نفی شده را نشان می‌دهد. این دفاع در اختلال شخصیت مرزی زیاد دیده می‌شود.

همه‌توانی (omnipotence): فرد در برخورد با تعارض هیجانی یا فشارهای روانی درونی یا بیرونی به گونه‌ای عمل می‌کند که گویی از نیروها و توانمندی‌های خاصی برخوردار است و برتر از دیگران است.

مثال ۱: فرافکنی با کدام یک از اختلالات روانی همراه است؟

- (۱) هیستری (۲) پارانوئید (۳) تجزیه‌ای (۴) شخصیت مرزی

پاسخ: گزینه «۲» بیماران پارانوئید اغلب انگیزه‌های غیرقابل قبول خود را به اطرافیان فرافکنی می‌کنند.

مثال ۲: زمانی که افکار و احساسات و انگیزه‌های خود را به دیگری نسبت می‌دهیم، از کدام مکانیسم دفاعی استفاده شده است؟ (سراسری ۷۵)

- (۱) برگشت (۲) دلیل تراشی (۳) سرزنش دیگران (۴) فرافکنی

پاسخ: گزینه «۴» در مکانیسم دفاعی فرافکنی، فرد افکار، احساسات و انگیزه‌های خود را به دیگری نسبت می‌دهد.

مثال ۳: کدام یک از مکانیسم‌های دفاعی زیر در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی کمتر دیده می‌شود؟

- (۱) همه‌توانی (۲) همسان‌سازی فرافکنانه (۳) دو نیم‌سازی (۴) آرمانی‌سازی بدوی

پاسخ: گزینه «۱» افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی خود و دیگران را آرمان‌سازی می‌کنند. همچنین از طریق همانندسازی فرافکنانه افکار و احساسات نفی شده خود را نشان می‌دهند و از طریق دو نیم‌سازی افراد را یا کاملاً خوب یا کاملاً بد می‌بینند.



مدرس‌ان شریف

فصل هشتم

«اختلالات اضطرابی»

اختلالات اضطرابی اختلالاتی را شامل می‌شود که افراد، به دلیل تجربه بیش از حد استرس به صورت ترس غیرمنطقی یا تنش‌های مداوم دچار مشکل می‌شوند. گرچه عموماً اصطلاحات ترس و اضطراب به صورت مترادف با هم به کار می‌روند، اما روان‌شناسان در زمینه‌ی بالینی بین آن‌ها فرق می‌گذارند. ترس، پاسخی فطری و تقریباً زیستی نسبت به هشدار موقعیت خطرناک یا مهلک است. فوبی یا هراس، ترس شدید و غیرمنطقی است. در واقع، در اختلال‌های فوبیک، فرد از موضوعی می‌ترسد (مثل گربه‌ها) که در واقعیت، خطری که آن موضوع آشکار می‌سازد، هیچ تناسبی ندارد. در مقابل فوبی، اضطراب بیشتر آینده‌گرا و کلی است و به حالتی اشاره دارد که به موجب آن، فرد بیش از اندازه درباره‌ی اتفاق افتادن چیز وحشتناکی در آینده نگران، تنیده و ناراحت است. فرد مضطرب، تنش، نگرانی و دلشوره را تجربه می‌کند. به ترتیبی که ملاحظه شد، اضطراب هشدار است که فرد را گوش به زنگ می‌کند (alerting signal)؛ یعنی به فرد هشدار می‌دهد که خطری در راه است و باعث می‌شود که فرد بتواند برای مقابله با خطر، اقداماتی به عمل آورد. ترس هم هشدار است که فرد را گوش به زنگ می‌کند، ولی آن را باید از اضطراب جدا کرد: ترس در پاسخ به خطری معلوم، بیرونی و معین یا با منشأ غیرتعارضی ایجاد می‌شود، حال آنکه اضطراب در پاسخ به تهدیدی پیدای می‌شود که نامعلوم، درونی و مبهم است یا از تعارض منشأ گرفته است.

پاسخ به ترس چهار عنصر دارد:

۱- عناصر شناختی ← انتظارات آسیب‌پذیر و آسب‌پذیر وقوع.

۲- عناصر بدنی ← واکنش اضطرابی بدن به خطر و تغییرات موجود در ظاهر ما (تغییر در نظام سمپاتیک).

۳- عناصر هیجانی ← احساس‌های دلهره، وحشت و وحشت‌زدگی، تهوع و لرزش.

۴- عناصر رفتاری ← جنگ و گریز ← (مهم‌ترین رفتارهای وسیله‌ای در پاسخ به ترس).

اضطراب نیز همان چهار مؤلفه‌ی ترس را دارد، ولی با یک تفاوت مهم؛ مؤلفه شناختی ترس، انتظار خطری واضح و مشخص است، در حالی که مؤلفه‌ی شناختی اضطراب، انتظار خطری مبهم است.

ماهیت اختلال‌های اضطرابی

افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی (anxiety disorders) در مقابل تنش‌های شدید درمانده می‌شوند. این احساس‌ها به قدری نیرومند هستند که افراد مبتلا به این اختلال‌ها قادر نیستند فعالیت‌های روزمره‌ی خود را انجام دهند. اضطراب این افراد ناخوشایند است و باعث می‌شود نتوانند از موقعیت‌های عادی لذت ببرند؛ اما علاوه بر این، آن‌ها می‌کوشند از موقعیت‌هایی که باعث می‌شود احساس اضطراب کنند، اجتناب ورزند.

همه‌گیرشناسی

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین طبقات اختلالات روانی هستند و نسبت ابتلای زنان تقریباً دو برابر مردان است. طبق تحقیقات به عمل آمده از هر چهار نفر یکی واجد ملاک‌های تشخیصی حداقل یک اختلال اضطرابی است و میزان شیوع یکساله این اختلال‌ها ۱۷/۷ درصد است. زنان با شیوع مادام‌العمر ۱۹/۲ درصد، بیشتر ممکن است دچار یک اختلال اضطرابی شوند. همچنین با افزایش طبقه اجتماعی - اقتصادی از شیوع اختلالات اضطرابی کاسته می‌شود.

سهم علوم روان‌شناختی در شناخت اضطراب

هریک از مکاتب و نظریات علت اضطراب را از دیدگاه متمایز خود تبیین کرده‌اند.

نظریه‌های روانکاوی

فریود در ابتدا معتقد بود که اضطراب در ساخت فیزیولوژیکی لیبیدو ریشه دارد؛ اما بعدها، در تعریف مجدد اضطراب، آن را هشدار حاکمی از وجود خطری در ناخودآگاه دانست. یعنی آن را نتیجه‌ی تعارض‌های روانی بین خواسته‌های ناخودآگاهانه جنسی یا پرخاشگرانه و تهدیدهای مرتبط با آن‌ها در سوپرایگو یا جهان خارج تلقی کرد. ایگو در پاسخ به این هشدار، مکانیسم‌های دفاعی خود را بسیج می‌کند تا از ورود افکار و احساس‌های نامقبول به خودآگاه پیشگیری کند.



مدرس‌ان شریف

فصل نهم

«نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط»

علامت بدنی یا نشانه جسمانی (Somatic symptom) و اختلالات وابسته (یا طبق DSM-IV-TR اختلال‌های شبه جسمی (Somatoform disorder))، انواع اختلال‌هایی را شامل می‌شوند که طی آن اضطراب و تعارض‌های روانی به مشکلات یا شکایت‌های جسمانی تبدیل می‌شوند. این مشکلات جسمانی باعث اختلال در زندگی روزمره می‌شود. اصطلاح (Somatoform) از کلمه یونانی Soma به معنی «بدن» گرفته شده است. اختلالات شبه جسمی گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی، مؤلفه‌های اصلی اختلال را تشکیل می‌دهند. اختلال‌های شبه جسمی با اینکه علائم جسمانی دارند، اما در حقیقت مشکلات روانی هستند؛ زیرا هیچ ناهنجاری جسمانی وجود ندارد که بتواند شکایت جسمانی را توجیه کند. در اختلالات شبه جسمی، مشکلات بدنی پیدا می‌شود که علت آنها به جای اینکه جسمانی باشد، روانی است. مثلاً فردی که به دلیل اضطراب، دچار سردرد شدیدی می‌شود که حتی با دارو هم متوقف نمی‌شود، یا فردی که به دلیل تنش دچار تهوع و استفراغ و دل‌درد می‌شود. یعنی هیچ یافته‌ی آزمایشی دال بر مشکل جسمانی وجود ندارد. از دیدگاه بیماری‌شناسی، اختلالات شبه جسمی نخستین بار در سال ۱۹۸۰ و در (DSM-III) در یک گروه گنجانده شد. این نشانه‌ها با عنوان اختلالات تعریف شدند که احساسات یا عملکردهای جسمی کانون توجه عمده بیمار قرار گرفته و تحت تأثیر اختلالی در ذهن قرار می‌گیرند. معاینات جسمی و بررسی‌های آزمایشگاهی هیچ‌گاه نمی‌توانند داده‌های قابل ملاحظه‌ای مبنی بر اثبات شکایات بیمار فراهم کنند. بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی بر این باورند که رنج و ناراحتی ناشی از نوعی بیماری و اختلال جسمی است که احتمالاً تشخیص داده نشده یا به شکل مناسبی درمان نشده است. در رابطه با اختلال جسمانی شکل، ۵ عامل را باید مدنظر داشت:

- ۱- اول اینکه کارکرد جسمانی از بین می‌رود یا تغییر می‌یابد. ۲- نشانه را نمی‌توان با شرایط جسمانی یا عصب‌شناختی معلوم تبیین کرد. ۳- شواهد قاطعی وجود دارد که عوامل روان‌شناختی با نشانه اختلال در ارتباط هستند. ۴- بیمار اغلب اما نه همیشه نسبت به صدمه جسمانی بی‌تفاوت است و احساس اضطراب نمی‌کند. ۵- نشانه‌ها تحت کنترل اراده نیستند.

تفاوت طبقه نشانه جسمانی با بیماری روان‌تنی (سایکوسوماتیک) همچون میگردن در این است که در طبقه نشانه جسمانی گزارشات و مشکلات بدنی بدون توجیه پزشکی وجود دارد. برای مثال سردرد یا مشکل گوارشی و فلج بدون نقص بدنی. اما در بیماری‌های روان‌تنی ضایعه بدنی وجود دارد.

انواع اختلالات علامت بدنی (نشانه جسمی) طبق DSM

طبق DSM-IV-TR (تحت عنوان اختلالات شبه جسمی)

- ۱- اختلال جسمانی‌سازی (somatization disorder)
- ۲- اختلال تبدیلی (conversion disorder)
- ۳- اختلال خودبیمارانگاری یا هیپوکندری (hypochondriasis disorder)
- ۴- اختلال بدریخت‌انگاری (body dysmorphic disorder)
- ۵- اختلال درد (Pain disorder)

طبقه نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط (طبق DSM-5)

- ۱- اختلال نشانه جسمانی همراه با اختلال درد (Somatic Symptom)
- ۲- اختلال اضطراب بیماری (illness anxiety disorder)
- ۳- اختلال تبدیلی (اختلال نشانه کارکردی عصبی) (Functional neurological symptom disorder)
- ۴- اختلال ساختگی (Factitious disorder)



مدرسان شریف


فصل دهم

«اختلالات تجزیه‌ای»

طبق DSM خصوصیت اساسی اختلالات تجزیه‌ای (dissociative disorders) گسیختگی و اشکال در کارکردهای معمولاً پیوسته هشیاری، حافظه، هویت یا ادراک محیط است. این گسست و مشکل ممکن است به صورت ناگهانی یا تدریجی بروز کند و گذرا یا مزمن باشد. انواع اختلال تجزیه‌ای طبق DSM-IV-TR:

۱- اختلال هویت تجزیه‌ای، ۲- اختلال مسخ شخصیت، ۳- اختلال فراموشی تجزیه‌ای، ۴- اختلال گریز تجزیه‌ای، ۵- اختلال تجزیه‌ای نامعین (NOS) انواع اختلال تجزیه‌ای در DSM-5:

۱- اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت ۲- فراموشی تجزیه‌ای ۳- اختلال هویت تجزیه‌ای

 **نکته ۱:** اختلال گریز تجزیه‌ای در DSM جدید به‌عنوان جزئی از اختلال فراموشی طبقه‌بندی می‌شود.

درسنامه (۱): فراموشی تجزیه‌ای (یادزدودگی روان‌زاد)

طبق DSM ویژگی اساسی فراموشی تجزیه‌ای (dissociative amnesia)، ناتوانی در به یاد آوردن اطلاعات مهم شخصی است. معمولاً اطلاعات فراموش شده ماهیت آسیب‌زا یا تنش‌زا دارد و فراموشی بیش از حدی است که با فراموشکاری‌های طبیعی قابل توجیه باشد. افراد مبتلا به فراموشی تجزیه‌ای معمولاً از شکاف یا یک رشته شکاف‌هایی، در حافظه‌ی مربوط به رویدادهای ناراحت‌کننده‌ی گذشته یا قسمت‌هایی از زندگی‌شان خبر می‌دهند. یعنی قسمتی از حافظه پاک می‌شود یا مثل قطعه‌ای از نگاتیو یک فیلم از بین می‌رود. چهار نوع فراموشی تجزیه‌ای وجود دارد که هر کدام با ماهیت از دست دادن حافظه‌ی فرد ارتباط دارد:

در فراموشی موضعی (Localized amnesia) که شایع‌ترین نوع است، فرد تمام رویدادهایی را که در فاصله‌ی زمانی مشخصی اتفاق افتاده است، فراموش می‌کند. معمولاً این فاصله فوراً بعد از رویداد بسیار ناراحت‌کننده‌ای، مانند تصادف ماشین، آتش‌سوزی یا بلایای طبیعی اتفاق می‌افتد.

در فراموشی انتخابی (Selective amnesia) فرد نمی‌تواند برخی (اما نه همه جزئیات) رویدادهایی را که در دوره‌ی زمانی خاصی اتفاق افتاده است به یاد آورد. بازمانده آتش‌سوزی ممکن است حرکت آمبولانس به سمت بیمارستان را به یاد آورد، ولی نجات یافتن از خانه مشتعل را به یاد نمی‌آورد.


فراموشی فراگیر (generalized amnesia) نشانگانی است که به موجب آن فرد نمی‌تواند هیچ چیزی از زندگی‌اش را به یاد آورد.

فراموشی پیوسته (Continuous amnesia) عبارت است از ناتوانی در یادآوری رویدادها از تاریخ مشخصی تا زمان حال (فرد قادر نیست حوادث متوالی را که روی می‌دهند به یاد بیاورد).

در یک تقسیم‌بندی دیگر ۲ نوع یادزدودگی را نام برده‌اند:

۱- یادزدودگی پس‌گستر (retrograde amnesia) که فرد تمام رویدادهایی که بلافاصله قبل از آسیب واقع شده‌اند، فراموش می‌کند.

۲- یادزدودگی پیش‌گستر (anterograde amnesia) طی آن فرد موارد جدید بعد از سانحه را به یاد نمی‌آورد که تقریباً همیشه علت جسمانی دارند.

 **نکته ۲:** در DSM-5 اختلال فراموشی تجزیه‌ای با علامت گریز تجزیه‌ای نیز مطرح می‌شود.

در فراموشی تجزیه‌ای گاهی اوقات فرد رخداد‌های اخیر و گاهی اوقات رخداد‌های دورتر را نیز فراموش می‌کند.

در فراموشی تجزیه‌ای معمولاً به ناتوانی در یادآوری اطلاعات شخصی که قبلاً آندوخته شده محدود می‌شود (فراموشی پس‌گستر).

شکل کلاسیک فراموشی تجزیه‌ای

اختلال کلاسیک یک آشفتگی بالینی پرآب و تاب و چشمگیر است که اغلب سبب می‌شود بیمار، اختصاصاً به دلیل علائم مرتبط به اختلال تجزیه‌ای، سریعاً مورد توجه بالینی قرار گیرد. اغلب این حالت در کسانی دیده می‌شود که ضربه و آسیب حاد و شدیدی را متحمل شده‌اند (مثل در معرض مرگ قرار گرفتن خود



مدرس‌ان شریف

فصل یازدهم

«وسواس و اختلالات وابسته»

در DSM - 5 طبقه جدیدی به نام طبقه وسواس و اختلالات وابسته طرح‌ریزی شده است. وجه مشترک این اختلالات تکراری و اجبارگونه بودن است. این اختلالات عبارتند از:

۱- اختلال وسواسی - جبری، ۲- اختلال احتکار، ۳- اختلال وسواس موکنی، ۴- اختلال پوست‌کنی، ۵- اختلال بدریخت‌انگاری بدن، ۶- اختلال وسواس نامعین (NOS).

اختلال وسواسی - جبری سابقاً در طبقه اختلالات اضطرابی تقسیم‌بندی می‌شد.

اختلال وسواس موکنی سابقاً در طبقه اختلالات کنترل تکانه تقسیم‌بندی می‌شد.

اختلال بدریخت‌انگاری بدن سابقاً در طبقه اختلالات شبه‌جسمی تقسیم‌بندی می‌شد.

اختلال احتکار سابقاً علامتی از اختلال وسواسی - جبری بود.

اختلال پوست‌کنی سابقاً علامتی از اختلال وسواس موکنی بود.

درسنامه (۱): اختلال وسواسی - جبری (OCD)



خصیصه اصلی اختلال وسواسی جبری (Obsessive - Compulsive disorder) (OCD)، وجود وسواس‌های فکری یا عملی مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورد. این وسواس‌های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کنند. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری ممکن است فقط وسواس فکری یا فقط وسواس عملی و یا هر دو آن‌ها را با هم داشته باشد.

وسواس عملی (Compulsion) رفتار تکراری و ظاهراً هدفمند است که در پاسخ به تمایلات غیرقابل کنترل یا طبق یک رشته مقررات تشریفاتی یا قالبی انجام می‌شود. برای مثال، فرد در مورد کثیفی اتاقش یا حتی بدنش رفتار وسواسی دارد و هرچند وقت یکبار برای تمیز کردن آن تلاش می‌کند.

وسواس فکری (Obsession) نیز شامل عقاید، افکار، تکانه‌ها و تصاویر سمج و مزاحم‌اند. افراد مبتلا به وسواس فکری می‌دانند که این شناخت‌ها در درون فرآیندهای فکر آشفته‌ی خودشان ایجاد می‌شوند. آن‌ها نومیدانه سعی می‌کنند این افکار مزاحم را نادیده بگیرند یا متوقف کنند.

نکته ۱: برخلاف وسواس‌های فکری که موجب اضطراب می‌شود، وسواس‌های عملی برای کاهش دادن اضطراب یا پریشانی انجام می‌گیرند.

به ترتیبی که ملاحظه شد، وسواس فکری عبارت است از فکر، احساس و حسی عودکننده و مزاحم. برخلاف وسواس فکری که یک فرآیند ذهنی است، وسواس عملی نوعی رفتار است. اجبار رفتاری آگاهانه، استاندارد و عودکننده است؛ نظیر شمارش، واریسی یا اجتناب.

بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری از غیرمنطقی بودن وسواس‌هایش آگاهی دارد و این وسواس‌های فکری یا عملی را **خود - ناهمخوان (ego-dystonic)** می‌یابد (یعنی رفتاری که همسان با ایگو نیست). در واقع فرد از اینکه دچار وسواس است ناراحت و ناراضی است، اما نمی‌تواند آن را از خود دور کند.

نکته ۲: در DSM - 5 بینش بیمار به سه حالت تغییر یافته است: بینش خوب یا نسبتاً خوب، بینش ضعیف و فقدان بینش و عقاید هذیانی ظاهر می‌شود.

شایع‌ترین وسواس‌های عملی عبارتند از: تکرار یک رفتار خاص (مانند شستن و تمیز کردن)، شمردن، منظم کردن اشیاء واریسی کردن یا درخواست خاطر جمعی (یک فرد چندین بار از همسرش می‌خواهد که خاموش بودن گاز و یا بسته بودن پنجره را چک کند).

خصایص مشترک وسواس فکری و وسواس عملی از این قرار است: فکر یا تکانه‌ها خود را به زور و به طور دائم به حوزه‌ی خودآگاهانه‌ی فرد تحمیل می‌کند. وسواس‌های فکری معمول در OCD عبارتند از: افکار مربوط به آلودگی «دست‌هایم کثیف هستند» یا شک و تردید «یادم رفت اجاق را خاموش کنم».



مدرس‌ان شریف

فصل دوازدهم

«طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک»

این فصل به بررسی اسکیزوفرنی به عنوان شایع‌ترین اختلال سایکوتیک پرداخته می‌شود. البته در ابتدا به بررسی خصوصیات کلیدی و انواع اختلالات سایکوتیک پرداخته می‌شود.

ویژگی و انواع اختلالات سایکوتیک (روان‌پریشی)

۱- از دست دادن ارتباط با واقعیت، ۲- هذیان، ۳- توهم، ۴- تفکر و گفتار آشفته، ۵- رفتار حرکتی ناهنجار (کاتاتونیک)، ۶- نشانه‌های منفی، مثلاً بی‌ارادگی و فقدان گفتار.

انواع طبق DSM – IV – TR

۱- اسکیزوفرنی، ۲- اختلال هذیانی، ۳- اختلال اسکیزوفرنی فرم، ۴- اختلال سایکوتیک گذرا، ۵- اختلال اسکیزو افکتیو، ۶- اختلال سایکوتیک مشترک

انواع طبق DSM – 5

۱- اختلال طیف اسکیزوفرنی، ۲- اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، ۳- اختلال هذیان، ۴- اختلال کاتاتونیک، ۵- اختلال اسکیزوفرنی فرم، ۶- اختلال سایکوتیک گذرا، ۷- اختلال اسکیزوافکتیو.

تغییرات DSM:

۱- اسکیزوفرنی سابقاً انواع مختلفی داشت، اما در DSM-5 به اختلال طیف اسکیزوفرنی تبدیل شده است؛ یعنی به جای مطرح بودن انواع اسکیزوفرنی (مثلاً نوع پارانوئید) فقط طیف (شدت) اسکیزوفرنی مدنظر است.

۲- اختلال هذیانی مشترک به جای اینکه یک کد تشخیصی مجزا باشد، نوع اسپسیفایر اختلال هذیانی شده است.

۳- مطرح شدن اختلال کاتاتونیا به عنوان یک کد تشخیصی جدید

۴- اضافه شدن اختلال شخصیت اسکیزوتایپال به این طبقه

نکته: اختلال شخصیت اسکیزوتایپی علاوه بر طبقه‌ی اختلالات سایکوتیک (روان‌پریشانه) در طبقه اختلالات شخصیت نیز طبقه‌بندی شده است. از میان اختلالات فوق اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در فصل اختلالات شخصیت مورد بحث قرار می‌گیرد.

درسنامه (۱): اسکیزوفرنی



اسکیزوفرنی از واژه‌ی یونانی به معنای «ذهن دوپاره» مشتق شده است: shizo به معنای شکاف و pherno به معنای ذهن. اسکیزوفرنی (Schizophrenia) (روان گسیختگی): اختلال ویرانگری است که شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه‌های رفتار و روان را درگیر می‌کند. هیچ اختلال روانی پیچیده‌تر و عجیب‌تری از اسکیزوفرنی وجود ندارد. ویژگی اصلی اسکیزوفرنی، قطع ارتباط با واقعیت و تجربه درجاتی از دیوانگی است. اسکیزوفرنی اختلالی است با نشانه‌های متعدد که آشفتگی در محتوای فکر، حالت فکر، ادراک، عاطفه، درک خود، انگیزش، رفتار و عملکرد میان‌فردی را شامل می‌شود. اسکیزوفرنی و اختلالات وابسته (مثل اختلال هذیانی) با توجه به نشانه‌های سایکوتیک هذیان (Delusion) و توهم (Hallucination) مشخص می‌گردد و طیف وسیعی از رفتارها را شامل می‌شود. در اسکیزوفرنی بیمار از نشانه‌های سایکوتیک و همچنین اختلالات عملکردی رنج می‌برد. هذیان: باور غلطی که علی‌رغم شواهد و منطق، بیمار به صحت آن تأکید می‌کند. مثلاً یک ایستگاه فضایی رفتار و گفتار مرا کنترل می‌کند. توهم: درک بدون محرک، مثلاً دیدن تصاویر یا شنیدن صداهایی که وجود خارجی ندارد.



مدرس‌ان شریف

فصل سیزدهم

«اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی و انواع آن»

مقدمه

اختلالات خلقی که پیش از این در مجموعه DSM-IV-TR مطرح می‌شد، افرادی را توصیف می‌کند که در تنظیم خلق دچار مشکل جدی هستند. دو خلق اصلی که در اختلالات خلقی وجود دارند، عبارتند از: **مانیا (شیدایی)**، که اغلب با احساسات شدید، نامعقول و برانگیختگی مشخص می‌شود و **افسردگی** که معمولاً احساس‌های غم و اندوهگینی را شامل می‌شود. اگر بیمار فقط به دوره‌های افسردگی اساسی دچار شود، اصطلاحاً گفته می‌شود که به **اختلال افسردگی اساسی (major Depression)** یا **افسردگی یک‌قطبی** مبتلا است. برای بیمارانی که به هر دو دوره‌ی افسردگی و مانیا (شیدایی) دچار می‌شوند و یا فقط دوره‌های مانیا را تجربه می‌کنند، **اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder)** تشخیص داده می‌شود. بیمارانی مبتلا به اختلال دوقطبی را که هیچ دوره‌ای از افسردگی ندارند، گاه با اصطلاحاتی نظیر **مانیای یک‌قطبی یا مانیای خالص** توصیف می‌کنند، هر چند مانیای یک‌قطبی معمولاً بسیار نادر است؛ چرا که هر فرد دچار مانیا در نهایت وارد فاز افسردگی هم می‌شود و منطقی است که اختلال مانیا را با عنوان اختلال دوقطبی بشناسیم.

بدین ترتیب اختلالات خلقی را می‌توان در دو گروه عمده تقسیم‌بندی کرد:

گروه اول که خلق افسرده وجه مشخصه آنان است و **اختلالات افسردگی** نام دارد، این گروه بخش عمده اختلالات خلقی را تشکیل می‌دهند. گروه دوم نیز تجربه دوره‌هایی از خلق بالا، منبسط و فراگیر و یا تحریک‌پذیر و شیدایی است که در واقع نقطه مقابل افسردگی در طیف تغییرات خلق است. این گروه **اختلالات دوقطبی** نامیده می‌شود؛ چرا که بعد از تجربه علائم مانیا، افراد وارد فاز افسردگی می‌شوند.

در **DSM-5** اختلالات خلقی به دو فصل اختلالات افسردگی و دوقطبی تقسیم شد. در این فصل دو دسته اختلالات افسردگی و دوقطبی گنجانده شده است. **خلق (mood)** شکل درونی، پایدار و عمیق احساسات است و بر رفتار و درک فرد از جهان تأثیر می‌گذارد. **عاطفه (affect)** به تظاهر بیرونی خلق اطلاق می‌شود. خلق ممکن است طبیعی، بالا (elevated) یا افسرده (depressed) باشد.

اختلالات خلقی (که قبلاً **اختلال‌های عاطفی** گفته می‌شدند) عبارت است از: آشفتگی در حالت هیجانی یا خلق فرد. افراد می‌توانند این آشفتگی را به صورت افسردگی شدید، شعف و شیدایی شدید یا آمیزه‌ای از این حالت‌های هیجانی تجربه کنند.

ویژگی اصلی اختلال‌های افسردگی این است که افراد **ملال (dysphoria)** یا غم آزردهنده‌ای را احساس می‌کنند و ویژگی اختلال دوقطبی، **سرخوشی (euphoria)** است. این سرخوشی باعث مشکلات جدی در زندگی می‌شود که بستری شدن را نیز مطرح می‌کند.

در بیمارانی که خلق بالایی دارند (یعنی در **مانیا**)، علائمی مثل گشاده‌خویی (expansiveness)، پرش افکار (flight of ideas)، کاهش نیاز به خواب، افزایش اعتماد به نفس و افکار خودبزرگ‌بینانه دیده می‌شود. در بیمارانی که خلق افسرده‌ای دارند، از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، از دست دادن اشتها و افکار مرگ یا خودکشی وجود دارد.

نکته ۱: برای آگاه شدن از ماهیت اختلال‌های خلقی، فهمیدن مفهوم **دوره (episode)** اهمیت دارد. دوره یا اپیزود یعنی زمانی که در طول آن، نشانه‌های خاص و شدید اختلال مشهود است. مثلاً اختلال دوقطبی ۲ دوره مجزای مانیا و افسردگی دارد که به‌طور متناوب تجربه می‌شود.

تاریخچه اختلالات خلقی

توصیفات در مورد آنچه امروزه اختلالات خلقی نامیده می‌شود، در بسیاری از متون کهن یافت می‌شود. داستان «پادشاه شاول» در «عهد عتیق» و نیز داستان خودکشی «آژاکس» در ایلیاد «هومر» توصیف‌هایی از نشانگان افسردگی است. بقراط در حدود چهارصد سال پیش از میلاد مسیح اصطلاحات مانیا (شیدایی) و مالیخولیا (Melancholia) را برای توصیف اختلالات روانی به کار برده بود. حدود سال سی‌ام میلادی «آئولوس کورنلیوس سلسلوس» در کتابش درباره‌ی طب، مالیخولیا را نوعی افسردگی ناشی از غلبه‌ی صفرا ذکر کرده است. پزشک یهودی قرن دوازدهم «مؤسس میمونیدس» مالیخولیا را بیماری جداگانه‌ای می‌دانست.



مدرسان شریف

فصل چهاردهم


«اختلالات جنسی»


در این فصل طبق DSM-5 به بررسی انواع اختلالات جنسی یعنی: ۱- کژکاری‌های جنسی ۲- انحرافات جنسی ۳- ملال جنسیتی می‌پردازیم. عملکرد جنسی تحت تأثیر عوامل مختلف زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی قرار دارد. اختلال در یک یا چند مورد از زمینه‌های فوق سبب اختلال عملکرد جنسی خواهد شد. نتیجه نهایی همه انواع اختلالات، ایجاد اضطراب مربوط به کارکرد جنسی است که باعث مهار پاسخ‌های جنسی شده و مشکل جنسی را تشدید می‌کند. اختلالات عملکرد جنسی ممکن است از نوع مادام‌العمر یا اکتسابی (که پس از یک دوره عملکرد طبیعی رخ می‌دهد)، از نوع منتشر یا وضعیتی (که محدود به یک شریک جنسی خاص یا وضعیت خاص است) و یا پیامد عوامل فیزیولوژیک، روان‌شناختی یا عوامل مرکب باشد. این تقسیم‌بندی جهت درمان ضرورت می‌یابد و می‌تواند پیش‌آگهی درمان را تحت تأثیر قرار دهد.


تمایلات جنسی هر شخصی بستگی به چهار عامل روانی جنسی پیوسته به هم دارد: هویت جنسی، جنسیت فرد، گرایش جنسی و رفتار جنسی.

هویت جنسی (gender identity) به احساس مردانگی یا زنانگی گفته می‌شود.

جنسیت (sexual) به الگوی خصوصیات جنسی زیستی، کروموزوم‌ها، دستگاه تناسلی خارجی، دستگاه تناسلی داخلی، ترکیب هورمونی، غدد جنسی و خصوصیات جنسی ثانویه اطلاق می‌گردد.

نکته ۱: جنسیت و هویت جنسی بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. 

نکته ۲: تمایز نر و ماده در نتیجه عمل آندروژن‌های جنینی روی می‌دهد. این فرآیند حدود هفته‌ی ششم زندگی جنینی شروع می‌شود و تا پایان ماه سوم تکمیل می‌گردد. 

نکته ۳: تقریباً هر کودکی تا سن ۲ تا ۳ سالگی اعتقاد محکمی در مورد مؤنث یا مذکر بودن خود پیدا می‌کند. بدین ترتیب، هویت جنسی در ۲ تا ۳ سالگی تشکیل می‌شود. 

نکته ۴: رابرت استولر بین جنسیت اجتماعی و جنسیت زیستی تفاوت قائل شد. 

هویت جنسی در اثر این عوامل پدید می‌آید: نگرش‌های والدین و فرهنگ موجود، دستگاه تناسلی خارجی کودک و عوامل ژنتیکی که از لحاظ فیزیولوژیکی تا هفته ششم زندگی جنینی فعال است.

گرایش جنسی: گرایش جنسی به مفهوم یا هدف تکانه‌های جنسی فرد اشاره دارد و بر سه قسم است: دگر جنس‌خواه، همجنس‌گرا و دوجنس‌گرا.

رفتار جنسی بهنجار: رفتاری است که موجبات لذت فرد و شریک جنسی‌اش را فراهم می‌آورد.

پاسخ فیزیولوژیک: پاسخ جنسی یک تجربه‌ی روانی فیزیولوژیک واقعی است. انگیزختگی (arousal) هم با محرک‌های روان‌شناختی ایجاد می‌شود و هم با محرک‌های جسمی.

در مورد پاسخ فیزیولوژیک، DSM یک چرخه‌ی پاسخ چهار مرحله‌ای را مشخص نموده است که اختلال در این چرخه باعث کژکاری‌های جنسی می‌شود:

۱- میل جنسی ۲- تحریک (برانگیختگی)

۳- ارگاسم (اوج لذت جنسی به همراه تخلیه تنش جنسی) ۴- فرونشینی

۱- اختلالات میل جنسی

۲- اختلالات انگیزختگی جنسی

۳- اختلالات ارگاسم

۴- اختلالات درد جنسی

۱- کژکاری‌های جنسی

۲- انحرافات جنسی

۳- اختلال هویت جنسیتی

انواع اختلالات جنسی در
DSM-IV-TR



مدرس‌ان شریف

فصل پانزدهم

«اختلالات تغذیه و خوردن»

۱- بی‌اشتهایی عصبی	} مرتبط با دوران بزرگسالی	} انواع اختلالات تغذیه و خوردن
۲- پرخوری عصبی		
۳- پرخوری		
۱- هرزه‌خواری	} مرتبط با دوران کودکی	
۲- نشخوار		
۳- ناتوانی تغذیه‌ای (دوران کودکی)		

در DSM – IV – TR دو اختلال بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی جزء اختلالات خوردن بود. اما در DSM – 5 علاوه بر دو اختلال فوق سه اختلال دوران کودکی (شامل هرزه‌خواری، نشخوار، اختلال مصرف غذا و دوری‌جو) و اختلال پرخوری (Binge-eating) که در قسمت ضمیمه‌ی نظام قبلی (DSM-IV-TR) بود، اکنون به صورت یک اختلال جداگانه به طبقه‌ی اختلالات تغذیه و خوردن منتقل گردید.

درسنامه (۱): بی‌اشتهایی عصبی (anorexia nervosa)



اصطلاح **بی‌اشتهایی عصبی** از یک اصطلاح یونانی به معنای «از دست دادن اشتها» و واژه‌ای لاتین به معنای ریشه عصبی اختلال گرفته شده است.

مشخصه سندرم بی‌اشتهایی عصبی وجود سه ملاک اساسی است:

۱- گرسنگی کشیدن عمدی به میزان قابل توجه، ۲- تمایل بی‌وقفه برای لاغری و ترس مرضی از چاقی، ۳- وجود علائم و نشانه‌های ناشی از گرسنگی کشیدن و روزه‌داری.

بی‌اشتهایی عصبی اغلب با آشفتگی تن‌انگاره (تصور از بدن) (body image) همراه است و فرد علی‌رغم لاغری آشکار تصور می‌کند به شکل ناراحت‌کننده‌ای چاق است. در DSM بی‌اشتهایی عصبی اختلالی تعریف شده است که در آن فرد از حفظ حداقل وزن طبیعی امتناع می‌کند، شدیداً از افزایش وزن خود می‌ترسد و به میزان زیادی در مورد بدن خود و شکل آن برداشت‌های اشتباهی دارد.

در DSM همچنین ذکر شده است که اصطلاح بی‌اشتهایی (آنورکسیا یا فقدان اشتها) گمراه‌کننده است؛ زیرا فقدان اشتها به ندرت در مراحل اولیه این اختلال روی می‌دهد. نزدیک به نیمی از این افراد به علت کاهش شدید مصرف کلی غذا دچار **کاهش وزن** می‌شوند و برخی از آن‌ها برنامه‌های ورزشی سفت و سختی را انجام می‌دهند. نصف دیگر این بیماران نیز رژیم غذایی سختگیرانه‌ای را برای خود تنظیم می‌کنند، ولی کنترل خود را از دست می‌دهند و مرتب دست به پرخوری می‌زنند و سپس رفتارهای پاکسازی از خود نشان می‌دهند. برخی از این بیماران به طور معمول حتی پس از خوردن مقادیر اندکی غذا نیز پاکسازی می‌کنند.

بی‌اشتهایی عصبی در زنان شایع‌تر از مردان است و معمولاً در نوجوانی شروع می‌شود. فرضیه‌هایی برای وجود اختلال روان‌شناختی زمینه‌ای در زنان جوان مبتلا به این اختلال مطرح شده است و بر اساس این فرضیه‌ها در این زنان تعارضاتی در مورد انتقال از مرحله دختر بودن به مرحله زن بودن وجود دارد. مسائل روان‌شناختی مربوط به احساس درماندگی و اشکال در برقراری استقلال نیز از عوامل مهم در گسترش این اختلال مطرح شده است.

نکته ۱: بی‌اشتهایی عصبی معمولاً بین ۱۰-۳۰ سالگی شروع می‌شود. 

در صورت وجود علائم زیر می‌گوییم بی‌اشتهایی عصبی وجود دارد:

- ۱- فرد عمداً وزن خود را کاهش دهد و میزان کاهش غیرسالم وزن را حفظ کند و یا وزن، متناسب با رشد فرد افزایش نیابد.
- ۲- بیمار ترس شدیدی از چاق شدن دارد.
- ۳- بیمار علائم طبی چشمگیر مرتبط با گرسنگی دارد.
- ۴- این رفتارها و آسیب روانی دست‌کم ۳ ماه طول کشیده باشد.

اختلال در تصویر بدن، ویژگی اصلی بی‌اشتهایی عصبی است. افراد مبتلا به این اختلال، وقتی در آینه نگاه می‌کنند، به جای پوست و استخوانی که برای هرکسی آشکار است، آدم چاقی می‌بینند. در واقع، اعضای خانواده‌ی افراد مبتلا به این اختلال، ناکامی زیادی را متحمل می‌شوند، زیرا نمی‌توانند آن‌ها را متقاعد سازند که به طرز فجیعی لاغر هستند.

اختلال در قاعدگی زنان در مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی تقریباً رایج است. (به این حالت **قطع قاعدگی** یا **آمنوره** هم می‌گویند).

نکته ۲: در نظام DSM-5 معیار آمنوریا (توقف غیرعادی قاعدگی زنانه) از معیارهای تشخیصی این اختلال حذف شده است. همچنین اسپسیفایرهای جدیدی بر مبنای BMI (شاخص توده‌ی بدنی) برای تشخیص شدت این اختلال اضافه شده‌اند.

رفتار وسواسی - جبری، افسردگی و اضطراب، سایر علائم روانی بی‌اشتهایی عصبی هستند. بیماران اغلب غیرقابل انعطاف و کمال‌گرا هستند و شکایات جسمی بخصوص ناراحتی اپیگاستر در آن‌ها شایع است. دزدی وسواسی یافته شایعی است. پیامدهای بی‌اشتهایی می‌تواند جدی باشند، از همه مهم‌تر، سطح پایین پتاسیم خون که در اثر گرسنگی ایجاد می‌شود می‌تواند بی‌نظمی‌های ضربان قلب را منجر شود که خود موجب مرگ می‌شود.

DSM-IV-TR دو نوع اختلال بی‌اشتهایی را ذکر کرده است:

۱. **نوع محدود کننده (restricting type):** مصرف غذا به‌صورت محدود، فعالیت بدنی به‌طور بی‌وقفه و وسواسی.
 ۲. **نوع پرخوری پاکساز (purging type):** رژیم‌های سخت غذایی و در عین حال به‌طور متناوب دوره‌هایی از پرخوری یا پاکسازی.
- پاکسازی معرف جبران ثانویه دریافت ناخواسته کالری‌ها است که اغلب با **استفراغ عمدی** و در بسیاری از موارد با **سوء مصرف ملین‌ها** همراه است.

همه‌گیرشناسی

انواع اختلالات خوردن در ۴ درصد نوجوانان و جوانان گزارش شده است. طبق DSM شایع‌ترین سن شروع این اختلال بین ۱۴ تا ۱۸ سالگی است. شیوع این اختلال ۰/۴ درصد در زنان است. شیوع همزمان اختلالات افسردگی اساسی و دیس‌تایمی در ۵۰٪ بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی گزارش شده است. میزان شیوع بی‌اشتهایی عصبی در دخترها ۱۰٪ تا ۲۰٪ برابر بیشتر از پسرها است.

سبب‌شناسی

عوامل زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی در پیدایش بی‌اشتهایی عصبی دخیل شناخته شده‌اند. مواد شبه افیونی درونزاد ممکن است در انکار گرسنگی این بیماران نقش داشته باشند. برخی صاحب‌نظران کژکاری محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - فوق کلیه (نورواندوکراین) را دخیل دانسته‌اند. بی‌اشتهایی عصبی در دو قلوهای تک تخمکی شایع‌تر است. افسردگی و اعتیاد در این بیماران شایع‌تر است. نوراپی‌نفرین در این بیماران فعالیت کمتری دارد، و در آزمایش PET متابولیسم هسته دمدار بیشتر بوده است.

نکته ۳: در اختلال بی‌اشتهایی عصبی نقص در تنظیم بهنجار سروتونین گزارش شده است.

در مردان، همجنس‌گرایی عامل زمینه‌سازی است که نقش آن به اثبات رسیده است.

به نظر می‌رسد بی‌اشتهایی عصبی واکنشی در مقابل خواست نوجوانان برای استقلال بیشتر و افزایش عملکرد جنسی و اجتماعی آن‌ها است. بیماران مبتلا به این اختلال، اشتغال ذهنی وسواس‌گونه با خوردن و افزایش وزن را جایگزین سایر مسائل طبیعی نوجوانی می‌کنند. این بیماران نوعاً فاقد حس خودمختاری و «خود بودن» هستند. در واقع اغلب نظریه‌های روان‌شناختی علت بی‌اشتهایی را نیاز شدید به خودگردانی و استقلال می‌دانند که از بودن در خانواده‌ای کنترل‌کننده ناشی می‌شود. والدین دختران بی‌اشتهای، بیش از حد در زندگی آن‌ها درگیرند و به آن‌ها اجازه نمی‌دهند جدا از نقشی که در خانواده دارند استقلال کافی به دست آورند. سرانجام دختر نوجوان ممکن است پی ببرد که او می‌تواند حداقل یک جنبه از زندگی خود یعنی خوردنش را کنترل کند و از این راه عزت نفس خود را بیان می‌کند.

اغلب در تعامل بیمار و خانواده‌اش یک **همانندسازی فرافکنانه** وجود دارد. مکانیسم دفاعی دیگری که از سوی مبتلایان به اختلال بی‌اشتهایی عصبی وجود دارد، **ریاضت‌طلبی** است.

پیش‌آگهی و درمان

سیر بی‌اشتهایی عصبی بسیار متغیر است (از بهبود کامل و خودبه‌خودی بدون درمان گرفته تا بهبود با انواع درمان‌ها و حتی مرگ).

قرائن فرجام خوب: قبول گرسنگی، کاهش ناپختگی و عزت نفس بیشتر.

قرائن فرجام بد: روان رنجوری دوران کودکی، تعارض با پدر و مادر، پراشتهایی عصبی، استفراغ، سوء مصرف ملین‌ها و تظاهرات متعدد رفتاری (نظیر علائم وسواس - جبری، نمایشی، افسردگی، روان‌تنی، نوروتیک و انکار).



مدرس‌ان شریف

فصل شانزدهم

«اختلالات خواب و بیداری»

انسان بعد از فعالیت روزانه ابتدا وارد خواب متعارف می‌شود. خوابی آرام‌بخش و تجدیدکننده قوا که مراحل از آن نیز خواب عمیق نامیده می‌شود. این خواب حدود ۹۰ دقیقه طول می‌کشد، سپس بعد از این مدت وارد خواب متناقض می‌شویم که به دلیل دیده شدن حرکات چشم به خواب REM معروف است. این خواب نیز حدود ۱۵ دقیقه طول می‌کشد، سپس وارد خواب متعارف می‌شویم. یعنی در طول دوره خواب یک چرخه منظم خواب متعارف به متناقض را داریم. ماده شیمیایی ملاتونین باعث می‌شود ما به خواب برویم (یعنی وارد خواب متعارف شویم). سروتونین در تداوم خواب متعارف نقش دارد و استیل کولین با سرکوب سروتونین باعث خواب متناقض می‌شود. در این میان سطوح نوراپی‌نفرین در هر دو خواب مؤثر است و از بین رفتن آن خواب متناقض را از بین می‌برد. البته اینکه هورمون اوروکسین (هیپوکرتین) عامل هشیاری، بیداری و تداوم رفتار انگیزتی روزانه است. بدین ترتیب خواب از دو حالت فیزیولوژیک تشکیل شده است:

۱- خواب بدون حرکات سریع چشم (NREM) (Non Rapid Eye Movement)

۲- خواب همراه با حرکات سریع چشم (REM) (Rapid Eye Movement)

NREM از مراحل ۱ تا ۴ تشکیل می‌شود و طی آن اکثر کارکردهای فیزیولوژیک نسبت به حالت بیداری به میزان چشمگیری کاهش می‌یابد. REM از لحاظ کیفی، نوع متفاوتی از خواب بوده و طی آن فعالیت مغزی و فعالیت فیزیولوژیک در سطح بالایی بوده و شبیه حالت بیداری است. حدود ۹۰ دقیقه پس از شروع خواب، NREM جای خود را به اولین دوره REM شبانه می‌دهد. این دوره ۹۰ دقیقه‌ای **نهفتگی REM** در بالغین طبیعی، یافته ثابتی است. دیدن رؤیا عمدتاً در مرحله‌ی خواب REM رخ می‌دهد، اما در مراحل ۳ و ۴ هم تا حدی رؤیا دیده می‌شود. کوتاه شدن نهفتگی REM اغلب در اختلالاتی نظیر افسردگی، اختلال شخصیت وسواسی - جبری و حمله خواب (نارکولپسی) روی می‌دهد. مراحل خواب طبق ارزیابی بصری سه شاخص تعریف می‌شود: ۱- الکتروانسفالوگرام (EEG) ۲- الکترو اکولوگرام (EOG) که حرکات چشم را می‌سنجد. ۳- الکترومیوگرام (EMG) که قوام عضلات را بررسی می‌کند.

خصوصیات خواب REM اصطلاحاً **خواب متناقض (Paradoxical sleep)** نیز نامیده‌اند؛ نبض، تنفس و فشارخون انسان در حین خواب REM خیلی بالاتر از خواب NREM و حتی اغلب بالاتر از حالت بیداری است. در حین خواب REM مصرف اکسیژن مغز بالا می‌رود. تقریباً هر دوره از REM با نعوظ نسبی یا کامل آلت تناسلی در مردان همراه است. به طور میانگین، ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد تا یک شخص به خواب رود. این فاصله زمانی را دوره‌ی **نهفتگی خواب** می‌گویند. اولین دوره REM معمولاً کوتاه‌ترین دوره آن است و کمتر از ۱۰ دقیقه طول می‌کشد، دوره‌های بعدی REM هر کدام ۱۵ تا ۴۰ دقیقه طول می‌کشند. اکثر دوره‌های REM در ثلث آخر خواب روی می‌دهند، در حالی که بیشتر مرحله‌ی ۴ خواب در ثلث اول شب پدید می‌آیند.

مشخصات خواب REM یا متناقض شامل موارد زیر است که باعث تفاوت خواب REM از NREM می‌شود:

۱- ناپایداری دستگاه اتونوم مانند افزایش ضربان قلب و فشارخون و EEG حالت بیداری، ۲- مهار تونیک و شل شدن تونوس عضلات که به فلج عضلانی منجر می‌شود، ۳- حرکات سریع چشم، ۴- رؤیا دیدن، ۵- پوئی کیلوترمی یا حالت خونسرد شدن نسبی (Relative poikilothermic)، ۶- کاهش حساسیت به صداها، ۷- کاهش تحریک تنفسی (هیپرکاپنیک)، ۸- نعوظ آلت یا لغزنده شدن مهبل (نعوظ پنیس یا لوبریکشن واژن).

توزیع مراحل خواب در جوانی تا پیری		
	(۷۵ درصد)	NREM
مرحله ۱:	۵ درصد	امواج تتا
مرحله ۲:	۴۵ درصد	امواج دوکی بتا و K
مرحله ۳:	۱۲ درصد	امواج دلتا ← عمیق‌ترین بخش‌های خواب NREM
مرحله ۴:	۱۳ درصد	
REM	(۲۵ درصد)	امواج تتا



مدرس‌ان شریف

فصل هفدهم

«اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک»

تعریف تکانه (impulse): ناتوانی در کنترل انجام عملی که ممکن است برای خود یا دیگران خطرناک باشد. عمل تکانشی یعنی عمل، بدون در نظر گرفتن عاقبت بالقوه خطرناک رفتار.

در این فصل به مجموعه اختلالاتی می‌پردازیم که به موجب آن‌ها افراد به‌طور مکرر کنترل رفتار خود را در پاسخ به تکانه‌های مقاومت‌ناپذیر از دست می‌دهند. ویژگی بارز این اختلالات، ناتوانی ظاهری در مقاومت کردن در برابر میل به انجام دادن رفتارهای نامعقول و زیان‌بخش است. این اختلال‌ها آشفتگی‌هایی را در توانایی تنظیم کردن تکانه، یعنی میل به عمل کردن، دربرمی‌گیرند.

افراد مبتلا به **اختلال‌های کنترل تکانه (impulse-control disorders)**، مکرراً رفتارهایی را انجام می‌دهند که به صورت بالقوه زیان‌بخش هستند، احساس می‌کنند نمی‌توانند جلوی خودشان را بگیرند و اگر جلوی انجام دادن رفتار تکانشی آن‌ها گرفته شود، احساس درماندگی می‌کنند. رفتار تکانشی به خودی خود لزوماً زیان‌بخش نیست؛ در واقع، گاهی همی ما به صورت تکانشی عمل می‌کنیم. معمولاً اعمال تکانشی ما عوارض زیانبار ندارند، اما در برخی موارد، مخاطره‌آمیز هستند.

در DSM-IV-TR، طبقه اختلالات کنترل تکانه که در جای دیگری طبقه‌بندی نشده‌اند، شامل ۶ اختلال زیر هستند:

- ۱- اختلال انفجاری متناوب،
- ۲- جنون دزدی،
- ۳- جنون آتش‌افروزی،
- ۴- قماربازی بیمارگون،
- ۵- وسواس کندن مو،
- ۶- اختلال کنترل تکانه‌ی نامعین (NOS).

در DSM-5 عنوان اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک (disruptive, impulsive conduct, control) برای این طبقه مطرح شده است که شامل ۱- اختلال لجبازی و نافرمانی، ۲- اختلال انفجاری متناوب، ۳- اختلال سلوک، ۴- اختلال شخصیت ضداجتماعی، ۵- آتش‌افروزی بیمارگون، ۶- دزدی بیمارگون است. ویژگی مشترک این اختلالات، مشکلاتی است که در زمینه خویشتنداری هیجانات و رفتارها دیده می‌شود و به‌طور معمول در این اختلالات، حقوق دیگران نقض می‌شود یا فرد را در تعارض مهم با هنجارهای اجتماعی یا صاحبان قدرت قرار می‌دهد.

این اختلالات در مردان شایع‌تر است و البته از دوران کودکی یا نوجوانی شروع می‌شوند. قابل ذکر است که این طبقه با طیف برونی کردن رایج در ارتباط با ابعاد شخصیت به نام بازداری‌زدایی و بازداری به میزان کمتر و تهییج‌پذیری منفی، پیوند خورده‌اند. تفاوت‌های DSM: اضافه شدن اختلالات سلوک، نافرمانی مقابله‌ای و اختلالات ضداجتماعی به این طبقه و حذف اختلالات وسواس موکنی و قماربازی بیمارگون.

در ادامه، ملاک‌های تشخیصی طبق DSM-5 مطرح می‌شود، سپس به توضیح کامل هر یک از این اختلالات پرداخته خواهد شد.

ملاک‌های تشخیصی

۱- ملاک‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه (Oppositional Defiant Disorder) (ODD)

الگوی رفتار منفی‌گرایانه، خصمانه و نافرمان حداقل به طول ۶ ماه که ضمن آن حداقل چهار تا از خصوصیات دسته‌های زیر در فرد وجود داشته باشد، حداقل در تعامل با یکی از افراد غیرخانواده نمایش داده شود:

خلق زود رنج / عصبانی: ۱- اغلب از کوره در می‌رود. ۲- اغلب زودرنج است، زود از دست دیگران ناراحت می‌شود. ۳- اغلب عصبانی و آزرده است. **رفتار جدلی / سرکشانه:** ۴- اغلب با اولیای امور یا بزرگسالان (برای بچه‌ها و نوجوان) بحث و جدل می‌کند. ۵- اغلب فعالانه نسبت به درخواست‌ها و مقررات بزرگسالان نافرمانی یا عدم پذیرش نشان می‌دهد. ۶- اغلب به‌طور عمد کارهایی می‌کند که موجب آزار دیگران می‌شود. ۷- اغلب برای رفتارها و اشتباهات خود دیگران را سرزنش می‌کند.

کینه‌جویی: ۸- اغلب کینه‌توز و انتقام‌جو است (حداقل دو بار در ۶ ماه گذشته).



مدرس‌ان شریف

فصل هجدهم

«اختلالات مرتبط با آسیب (تروما) و عامل استرس‌زا»

در DSM - 5 طبقه‌بندی جدیدی به نام اختلالات مرتبط با آسیب در نظر گرفته شده که طی آن، مشکلاتی که به دلیل یک تجربه ناگوار و آسیب‌زا (تروماتیک) رخ داده‌اند، در یک فصل طبقه‌بندی می‌شوند. بدین ترتیب اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا اختلالاتی را شامل می‌شوند که در آن‌ها مواجهه با واقعه‌ی آسیب‌زا یا استرس‌زا آشکارا به عنوان ملاک تشخیصی ثبت شده و شامل موارد زیر است:

- ۱- اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)،
- ۲- اختلال استرس حاد (ASD)،
- ۳- اختلال دلبستگی واکنشی،
- ۴- اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری‌نشده،
- ۵- اختلال سازگاری.



درسنامه (۱): اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

اختلال استرس پس از سانحه (Post-traumatic stress disorder ؛ PTSD) عبارت است از مجموعه‌ای از علائم ناهنجار که در پی مواجهه با «حوادث آسیب‌زای زندگی» پیدا می‌شود؛ فرد به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد، واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می‌کند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند. PTSD عبارت است از: تداوم واکنش اضطرابی شدید به یک رخداد تهدیدکننده حیات. بدین ترتیب PTSD افرادی را توصیف می‌کند که یک حادثه بسیار ناگوار و غیرعادی را (مافوق تجارب عادی بشر) که تهدیدکننده حیات است (مثل تجربه حضور در جنگ، تصادف، بلایای طبیعی، تجاوز و ...) را تجربه کرده‌اند.

در همان لحظات اولیه بیمار واکنش شوک و ترس شدید را تجربه می‌کند و اینجا شرطی شدن رخ می‌دهد. بدین ترتیب که در روزهای بعدی با یک فلش‌بک در قالب کابوس و یا افکار وقوع مجدد، مجدداً واکنش ترس و وحشت‌زدگی شدید رخ می‌دهد، به همین دلیل است که بیماران تلاش می‌کنند از محرک‌های یادآورنده آسیب اولیه اجتناب کنند. برای تشخیص این اختلال علائم باید بعد از یک‌ماه از تجربه رخداد ناگوار دیده شود.

ملاک‌های تشخیصی PTSD

(A) مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، جراحت جدی (مثل تصادف) یا خشونت جنسی (در DSM-5 مواجهه می‌تواند مستقیم یا غیرمستقیم باشد و الزامی ندارد فرد در آن لحظه در مقابل عامل استرس‌زا دچار وحشت و درماندگی شود).

(B) نشانه‌های مزاحم: (۱) خاطرات ناراحت‌کننده، (۲) رؤیاهای ناراحت‌کننده.

(C) اجتناب مداوم از رخداد‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا.

(D) تغییرات منفی در مورد شناخت و خلق:

۱- حالات هیجانی منفی مثل احساس گناه و ترس و غم، ۲- ناتوانی در به یاد آوردن جنبه مهمی از رویداد، ۳- عقاید و انتظارات منفی.

(E) تغییرات محسوس در برانگیختگی و واکنش‌پذیری:

۱- رفتار تحریک‌پذیر و طغیان خشم، ۲- رفتار بی‌پروا، ۳- گوش به‌زنگی، ۴- یکه خوردن، ۵- مشکلات تمرکز، ۶- اختلال خواب.

(F) مدت علائم حداقل یک ماه.

نکته: علائم PTSD در دو شکل قبل از ۶ سالگی و بعد از ۶ سالگی مطرح می‌شود.



خصایص بالینی اصلی PTSD عبارت است از: احساس دردناک وقوع مجدد واقعه، الگویی از اجتناب و کرختی هیجانی و برانگیختگی مفرط نسبتاً دائم.

PTSD شامل سه خوشه علائم است: اجتناب، تجربه مجدد و بیش‌انگیختگی.

نشانه‌های PTSD در دو گروه جای می‌گیرند: گروه اول که «مزاحمت‌ها و اجتناب» نامیده می‌شود؛ افکار مزاحم، رؤیاهای مکرر، صحنه‌های بازگشت به گذشته (فلاش‌بک)، درگیر شدن نسبت به علائم آسیب، احساس گناه و اجتناب از افکار یادآوری را دربرمی‌گیرند. گروه دوم به نام «بیش‌انگیختگی و کرختی»، نشانه‌هایی را شامل می‌شوند که از دست دادن علاقه به فعالیت‌های روزمره، خواب آشفته، تحریک‌پذیری و احساس کوتاه‌تر شدن آینده را دربردارند. بنابراین، افکار مزاحم موجب اجتناب از یادآوری ناراحت‌کننده می‌شوند و بیش‌انگیختگی به پاسخ کرختی می‌انجامد.

افراد بعد از یک رویداد آسیب‌زا، یک رشته پاسخ‌های شاخص را انجام می‌دهند که در دو مرحله روی می‌دهند:

واکنش مقدماتی، **مرحله اعتراض (Outcry phase)** است که طی آن فرد با حالت هشدار و هیجان نیرومند، مانند ترس یا غم، واکنش نشان می‌دهد. فرد در این مرحله ممکن است جیغ بکشد یا به چیزی ضربه بزند. در صورتی که رویداد تهدید فوری برای فرد داشته باشد (مانند زمین‌لرزه)، مرحله اعتراض ممکن است فوری روی ندهد؛ زیرا افراد باید با موقعیت ایجادشده کنار بیایند. اعتراض بعداً شاید در مکانی امن، زمانی صورت گیرد که تهدید برطرف شده است.

مرحله دوم پاسخ به رویداد استرس‌زا، **مرحله انکار / مزاحمت (denial/intrusion phase)** است که به موجب آن، شخص بین انکار، یعنی فراموش کردن رویداد یا وانمود کردن به اینکه اتفاقی نیفتاده است و مزاحمت، یعنی تجربه افکار و احساسات مزاحم در مورد آن رویداد، در نوسان است. گاهی چند روز بعد از آسیب، افکار مزاحم برای اولین بار پدیدار می‌شوند. برخی افراد درمی‌یابند که **رویداد تروماتیک (آسیب‌زا)** مکرراً به شکل صحنه‌های بازگشت به گذشته به هشیاری هجوم می‌آورد. منظور از بازگشت به گذشته، برگشت احساس یا تجربه ادراکی قدرتمندی از گذشته است که گاهی خطاهای حسی و توهمات وحشتناکی را دربردارد. کابوس‌ها و افکار ناخواسته‌ی مربوط به حادثه تروماتیک، همراه با نشانه‌های جسمانی، مانند ضربان تند قلب یا تعریق شدید، فرد را در طول این مرحله به ستوه می‌آورد. برای اینکه بتوان تشخیص PTSD را مطرح کرد، علائم مزبور باید حداقل ۱ ماه طول کشیده باشد و بر حوزه‌های مهمی از زندگی بیمار نظیر حوزه‌های خانوادگی و شغلی او تأثیر چشمگیری نهاده باشد.

نکته ۲: فشاری که موجب PTSD می‌شود، به قدری ناتوان‌کننده است که تقریباً هرکسی را از پا درمی‌آورد. این فشار می‌تواند از تجربه جنگ، شکنجه، بلاهای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح نظیر تصادف با ماشین و آتش‌سوزی ساختمان ناشی شده باشد. بنابراین نکته اصلی برای مطرح کردن PTSD این است که خود فرد در معرض حادثه تروماتیک جدی، که احتمال مردن یا آسیب جسمانی جدی در آن مطرح است، قرار گرفته باشد یا حداقل، اینکه به‌صورت غیرمستقیم، سانحه را تجربه کند (مثل تماشای فیلم و عکس مرتبط با حادثه ناگوار برای عزیزان).

سه نشانه PTSD را توصیف می‌کنند:

- ۱- شخص آسیب را در رؤیاهای بازگشت‌های ناگهانی خاطره و در عالم خیال بارها **مجسم می‌کند**.
 - ۲- شخص نسبت به دنیا **بی‌حس** می‌شود و از محرک‌هایی که آسیب را به یاد او می‌آورند، **اجتناب می‌کند**.
 - ۳- شخص نشانه‌های **اضطراب** و **انگیختگی** را تجربه می‌کند که قبل از آسیب وجود نداشته‌اند.
- نشانه‌های اضطراب شامل مشکل خوابیدن، بیش‌هشیاری، مشکل تمرکز، یکه خوردن افراطی و طغیان خشم هستند. از این گذشته، ممکن است فرد از اینکه دیگران زنده نیستند و او زنده است، دچار عذاب و گناه شود (احساس گناه ماندگاری). به تریبی که ملاحظه شد، علائم PTSD در سه مقوله اصلی دسته‌بندی می‌شوند:

- ۱- تجربه دوباره سانحه آسیب‌زا، ۲- اجتناب از محرک‌های مرتبط با سانحه همراه با کرختی عمومی پاسخ‌دهی، ۳- علائم افزایش برانگیختگی.
- نکته ۳:** افکار خودکشی، خشم‌های آتشی و علائم جسمی مرتبط با فشار روانی، مانند پشت درد خفیف، سردرد و اختلال‌های معده‌ای روده‌ای در میان مبتلایان به PTSD شایع است.

عوامل خطر در PTSD:

- ۱- وجود آسیب در دوران کودکی
- ۲- صفات مربوط به اختلالات مرزی، پارانوئید، وابسته یا ضداجتماعی
- ۳- جنسیت زن
- ۴- نظام حمایتی ضعیف
- ۵- آسیب‌پذیری وراثتی
- ۶- تغییرات پر استرس اخیر در زندگی
- ۷- منبع کنترل بیرونی (این فکر که محیط در وقوع همه شرایط دخیل است و نه ویژگی‌های درونی)
- ۸- سابقه اخیر افراط در مصرف الکل



مدرسان شریف

فصل نوزدهم

«اختلالات شخصیت»

شخصیت شامل مجموعه الگوهای بادوام شناخت، هیجان و رفتار است که از کودکی و نوجوانی شروع و تا پایان زندگی ثابت است. صفات مخصوص، سبک‌های مقابله و تعامل، نوع تفکر و احساسات بادوام ویژگی‌های اصلی شخصیت است.

اختلال شخصیت (Personality disorder) عبارت است از: الگوی ناسازگارانه و بادوام تجربه‌ی درونی و رفتار که به زمان نوجوانی یا جوانی برمی‌گردد و حداقل در دو زمینه‌ی زیر آشکار می‌شود:

۱- شناخت، ۲- هیجان‌پذیری، ۳- عملکرد بین‌فردی، ۴- کنترل تکانه.

این الگوی انعطاف‌ناپذیر، در موقعیت‌های فردی و اجتماعی مختلف مشهود است و موجب پریشانی یا اختلال می‌شود. اختلال‌های شخصیت، بیانگر مجموعه‌ای از الگوهای رفتار گوناگون و پیچیده هستند. این افراد در دور و تسلسل باطلی گرفتار می‌شوند که در آن، سبک شخصی آشفته‌شان، دیگران را بیزار نموده و از این رو، شیوه‌های برقراری ارتباط مشکل‌آفرین آن‌ها را تشدید می‌کند.

اختلالات شخصیت، کل ساختار وجود فرد را دربرمی‌گیرد و از این رو درمان این بیماران بسیار دشوار است (این افراد داشتن هرگونه بیماری را انکار می‌کنند). همچنین به سختی می‌توان اینگونه افراد را روان‌پزش دانست؛ زیرا آن‌ها تسلط تقریباً مناسبی بر واقعیت دارند.

اختلال شخصیت، اختلالی شایع و مزمن است. میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود و علائم آن در طی چند دهه تظاهر می‌کند. افراد دچار اختلال شخصیت اغلب برچسب اعصاب خردکن، پرتوقع یا انگلی دریافت می‌کنند و عموماً پیش‌آگهی آن‌ها نامساعد محسوب می‌شود. حدود نیمی از تمامی بیماران روان‌پزشکی، دچار اختلال شخصیت هستند که اغلب همراه با اختلالات محور I است.

اختلال شخصیت، عامل زمینه‌ساز (پیش‌مرضی) سایر اختلالات روان‌پزشکی (مانند مصرف مواد، خودکشی، اختلالات عاطفی، کنترل تکانه، خوردن و اختلالات اضطرابی) است و میزان از کار افتادگی، بیماری‌ها و مرگ‌ومیر این بیماران را افزایش می‌دهد. علائم اختلالات شخصیت، اغلب **برون‌دگرساز** (آلپلاستیک) است، یعنی محیط بیرونی خود را تغییر می‌دهد و نیازهای خود را برطرف می‌سازد و نیز اکثراً **خود – همخوان** (ego-syntonic) است، یعنی برای ایگوی فرد قابل قبول و پذیرفتنی است. بنابراین افراد دچار اختلال شخصیت از بابت رفتار غیرانطباقی و ناسازگارانه خود احساس اضطراب نمی‌کنند و همان‌طور که ذکر شد این افراد فاقد انگیزه درمان و مقاوم در برابر آن هستند.

تفاوت اختلالات شخصیتی با روان‌پریشی‌ها در این است که تظاهرات آسیب‌شناختی روانی به ندرت خود را به صورت نابهنجاری‌های شدید و پس‌رفت رفتار، عاطفه یا اندیشه که در روان‌پریشی‌ها دیده می‌شود، نشان می‌دهد.

افتراق اختلالات شخصیتی با روان‌نژندی‌ها و اختلالات اضطرابی نیز گذشته از آغاز زود هنگام و سیر معمولاً ثابت اختلالات شخصیت، این است که مبتلایان به اختلالات شخصیت **دفاع‌های آلپلاستیک (Alloplastic)** دارند، یعنی نسبت به استرس به وسیله کوشش برای دگرگون کردن محیط بیرونی واکنش‌های متعددی انجام می‌دهند. برای نمونه، چنین بیمارانی با سرخوردگی بالقوه، به وسیله تهدید به تلافی، روبه‌رو می‌شوند و به این وسیله افراد دیگر را وادار به ارضای خواسته خود می‌کنند. برعکس، بیماران با اختلالات اضطراب، **دفاع‌های اتوپلاستیک (Autoplastic)** دارند و به استرس به وسیله دگرگون کردن فرآیندهای روان‌شناختی درون خویش واکنش نشان می‌دهند. برای نمونه، فرد روان‌نژند در برابر سرخوردگی ممکن است این دلیل تراشی را به کار ببرد که سرخوردگی اصلاً اهمیتی نداشته است.

اختلال شخصیت طبق تعریف DSM-IV-TR عبارت است از: تجارب درون‌ذهنی و رفتار بادوامی که بر ملاک‌های فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می‌شود. هرگاه صفات شخصیتی، غیرقابل انعطاف و غیرانطباقی باشد و مشکلات جدی ایجاد کند، تشخیص اختلال شخصیت را می‌توان مطرح کرد.

اختلال‌های شخصیت اساساً **اختلال‌های صفات** هستند؛ صفات همان گرایش یا رفتار بادوام است.

در DSM-IV-TR اختلالات شخصیت به سه دسته (کلاستر) تقسیم می‌شوند:

دسته «A» (cluster A): اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپی

دسته «B» (cluster B): اختلال شخصیت ضداجتماعی، مرزی، خودشیفته، نمایشی

دسته «C» (cluster C): اختلال شخصیت وابسته، دوری‌گزین، وسواسی جبری

ویژگی اختلالات دسته A: عجیب و غریب، غیرعادی و نامتعارف

ویژگی اختلالات دسته B: نمایشی، نامتعادل، هیجانی، دمدمی یا غیرقابل پیش‌بینی

ویژگی اختلالات دسته C: رفتارهای مضطرب و هراسان

اگر بیمار، واجد ملاک‌های مربوط به بیش از یک اختلال شخصیت باشد، همه‌ی آن‌ها را باید در تشخیص مطرح کرد. اختلالات شخصیت را طبق DSM-IV-TR روی محور II کدگذاری (coding) می‌کنند.

ملاک‌های تشخیصی اختلالات شخصیت در 5 – DSM

A) الگوی بادوام تجربه درونی و رفتار که به طور محسوسی از انتظارات فرهنگ فرد منحرف می‌شود. این الگو در دو یا (تعداد بیشتری) از زمینه‌های زیر آشکار می‌شود:

۱- شناخت (یعنی روش‌های درک کردن و تعبیر کردن خود، دیگران و رویدادها)

۲- حالت عاطفی (یعنی دامنه، شدت تغییرپذیری و مناسب بودن پاسخ هیجانی)

۳- عملکرد میان‌فردی

۴- کنترل تکانه

B) این الگوی بادوام در دامنه وسیعی از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی انعطاف‌ناپذیر و فراگیر است.

C) این الگوی بادوام به ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد منجر می‌شود.

D) این الگو پایدار و طولانی‌مدت است و شروع آن می‌تواند حداقل به نوجوانی یا اوایل بزرگسالی برگردد.

سبب‌شناسی

نظریات مختلفی در مورد علل وقوع مشکلات و اختلالات شخصیتی وجود دارد:

عوامل ژنتیکی

اختلالات شخصیت دسته (A) در بستگان تنی اسکیزوفرن‌ها شایع‌تر از گروه‌های شاهد است. تعداد بستگان مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در سابقه خانوادگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به مراتب بیشتر از گروه‌های شاهد است. **اختلالات شخصیت دسته (B)** نیز اساس وراثتی دارند. اختلال شخصیت ضداجتماعی با اختلالات مربوط به مصرف الکل رابطه دارد.

افسردگی در سابقه خانوادگی بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی شایع است (اختلال شخصیت مرزی اغلب با اختلالات خلقی همراه می‌شود). رابطه‌ای قوی میان اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت جسمانی‌سازی (somatization) یا سندرم بریکه دیده شده است.

اختلال شخصیت دسته (C) و اختلال شخصیت نامعین (NOS) هم ممکن است مبنای وراثتی داشته باشند. بیماران دچار اختلال شخصیت دوری‌گزین، اغلب سطح اضطراب بالایی دارند. امکان همگامی دوقلوهای تک‌تخمکی (MZ) با یکدیگر از نظر ابتلا به اختلالات شخصیت، چندین برابر دوقلوهای دو تخمکی (DZ) است.

همگامی صفات وسواسی - جبری در دوقلوهای تک‌تخمکی بیشتر از دوقلوهای دو تخمکی است و افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی - جبری برخی از علائم مربوط به افسردگی را هم دارند: مثل کوتاه بودن دوره نهفتگی REM و غیرطبیعی بودن نتایج آزمون فرونشانی دگزامتازون (DST).

عوامل زیستی

هورمون‌ها: افرادی که صفات تکانشی (impulsive) از خود نشان می‌دهند، اغلب سطح تستوسترون، استرادیول و استروژن بالایی دارند. در نخستی‌ها (پریمات) مثل گوریل، آندروژن‌ها احتمال پرخاشگری و رفتار جنسی را بیشتر می‌کنند.

برخی از بیماران مرزی که علائم افسردگی هم دارند، نتایج غیرطبیعی در DST (تست فرونشانی با دگزامتازون) نشان می‌دهند.

پایین بودن سطح مونوآمین اکسیداز (MAO) پلاکت‌ها در میمون‌ها را با پرتحرکی و معاشرتی بودن آن‌ها مرتبط دانسته‌اند. افرادی که MAO پلاکتی‌شان کم است، وقت بیشتری را در فعالیت‌های اجتماعی صرف می‌کنند. پایین بودن سطح MAO پلاکتی را در برخی از بیماران اسکیزوتایپی نیز ذکر کرده‌اند.



مدرس‌ان شریف

فصل بیستم

«اختلالات عصبی - شناختی»

شناخت (Cognitive)، شامل توانایی پردازش اطلاعات و فرایندهای عالی مغزی نظیر قضاوت، پیش‌بینی، استدلال، استنتاج، عملکرد زبانی، واقعیت‌مداری، بازداری و ... است. در اختلال‌های این فصل، اختلال در عملکرد شناختی وجود دارد که از علت‌های گوناگونی مانند آسیب مغزی، بیماری یا قرار گرفتن در معرض مواد سمی (احتمالاً از جمله داروها) ناشی می‌شود. شناخت شامل موارد زیر است:

حافظه، زبان، موقعیت‌سنجی، قضاوت، برقراری روابط بین‌فردی، انجام کنش‌ها، حل مسئله و شناخت اجتماعی

اختلالات شناختی شامل اختلال در یک یا چند حوزه‌ی فوق است که اغلب با علائم بالینی رفتاری نیز همراه‌اند. اختلالات شناختی، نمونه‌ای از فصل مشترک پیچیده نورولوژی، طب داخلی و روان‌پزشکی است چرا که اختلالات طبی یا عصبی اغلب به اختلالات شناختی منجر می‌شوند.

نکته ۱: می‌توان گفت که از بین همه‌ی اختلالات روان‌پزشکی، اختلالات شناختی به بهترین شکل، نحوه‌ی بروز علائم رفتاری بر اثر ضایعات زیستی را نشان می‌دهند.

در DSM-IV-TR مشخصه سه گروه از اختلالات (دلیریوم، دمانس و اختلالات نسیانی) **تخریب شناخت** (در حوزه حافظه، زبان یا توجه) ذکر شده است که نشانه اولیه مشترک در همه این اختلالات است؛ نشانه اصلی در این اختلالات، **نقایص شناختی** است. این اختلالات در گذشته تحت عنوان «اختلالات روانی - عضوی» یا «اختلالات مغزی - عضوی» تقسیم می‌شدند. به‌طور سنتی اختلالات عضوی مغز به اختلالاتی اطلاق شده است که در آن‌ها یک حالت بیمارگون قابل شناسایی نظیر تومور مغزی، بیماری عروق مغزی یا مسمومیت دارویی وجود دارد.

درسنامه (۱): دلیریوم (روان‌آشفتگی)



مشخصه دلیریوم (delirium) اختلال در توجه و آگاهی، اغتشاش شعور، سردرگمی و تغییرات شناختی کوتاه‌مدت است.

دلیریوم بر اساس عامل ایجادکننده به ۴ نوع تقسیم می‌شود:

۱) اختلال طبی عمومی (مانند عفونت)، ۲) ناشی از مواد (مانند کوکائین)، ۳) علل متعدد مانند ضربه سر، ۴) دلیریوم که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است (مانند محرومیت از خواب)

دلیریوم (روان‌آشفتگی)، طبق تعریف عبارت است از: نوعی تخریب شناختی نوسان‌دار و اختلال هشیاری که به صورت حاد شروع شده است. دلیریوم یک سندرم (نشانگان) است نه یک بیماری؛ علل زیادی دارد که همه آن‌ها موجب بروز الگوی مشابهی از نشانه‌های مربوط به سطح هشیاری و تخریب شناختی می‌شوند.

نکته ۲: طبق DSM-5 **دلیریوم نوعی اختلال هشیاری و تغییر شناختی است** که ظرف مدت کوتاهی پدید می‌آید. افراد در دلیریوم اختلال توجه یا آگاهی پیدا می‌کنند که در مدت زمان کوتاهی (معمولاً چند ساعت یا چند روز) نوسان می‌کند و اغلب هنگام عصر و شب که محرک‌های هدایت‌کننده بیرونی کاهش می‌یابند، بدتر می‌شوند.

علامت مشخصه دلیریوم، تخریب هشیاری است که معمولاً همراه با تخریب کلی اعمال شناختی بروز می‌کند. ناهنجاری‌های خلق، ادراک و رفتار، نشانه‌های شایع بوده و لرزش، حرکات بال بال زدن، نیستاگموس، ناهماهنگی حرکتی و بی‌اختیاری ادراری، نشانه‌های عصبی معمول هستند. گفتار فردی که در حالت دلیریوم قرار دارد، درهم و برهم یا گسیخته است، به‌طوری‌که از یک موضوع به موضوع دیگر جابه‌جا می‌شود.

نکته ۳: به‌طور کلاسیک، دلیریوم شروع ناگهانی و سیری کوتاه و نوسان‌دار دارد و وقتی عوامل سببی آن شناسایی و رفع شوند با بهبود سریع همراه است.



مدرسان شریف

فصل بیست و یکم

«اختلالات مرتبط با مواد»

ماده (substance) فرآورده‌ای شیمیایی است که وقتی به صورت تدخینی، تزریقی، استنشاقی یا به صورت قرص مصرف می‌شود، خلق یا رفتار فرد را تغییر می‌دهد.

اختلالات مرتبط با مواد طبق DSM-5 ۱۰ طبقه مجزای داروها را دربرمی‌گیرد:

۱- الکل، ۲- کافئین، ۳- حشیش، ۴- مواد توهم‌زا (طبقه مجزای فن‌سیکلیدین)، ۵- مواد استنشاقی، ۶- مواد شبه‌افیونی، ۷- داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور و ضداضطراب، ۸- مواد محرک (آمفتامین، کوکائین و...)، ۹- توتون، ۱۰- مواد دیگر.

تمام داروهایی که بیش از حد مصرف شوند از نظر فعال‌سازی مستقیم سیستم پاداش مغزی، مشترک هستند که در تقویت رفتارها و تولید خاطرات مشارکت دارند. آن‌ها به قدری سیستم پاداش را فعال می‌کنند که از فعالیت‌های عادی غفلت می‌شود. داروهایی که سوءمصرف می‌شوند به جای اینکه از طریق رفتارهای انطباقی به فعال‌سازی سیستم پاداش دست یابند، مستقیماً گذرگاه‌های پاداش را فعال می‌کنند.

تغییرات نظام DSM-5 در اختلالات اعتیادی و مصرف مواد

DSM-5 در طبقه‌بندی خود یک تغییر بسیار انقلابی یا رادیکال داده است، به این صورت که دو طبقه مستقل «سوء مصرف مواد» و «وابستگی به مواد» را حذف کرده و یک طبقه واحد به نام اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد را جایگزین آنها کرده است. منطق پشت پرده ادغام این دو طبقه این است که گروه تحقیقاتی DSM-5 به این نتیجه رسید که بین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد هیچ مرز مشخصی وجود ندارد و هر دو، روی یک بُعد قرار دارند. به غیر از این مورد مهم‌ترین تغییرات DSM-5 در این شامل:

۱- معرفی دو معیار الزامی برای این اختلال (که در DSM-IV-TR تنها یک ملاک کفایت می‌کرد).

۲- اضافه کردن سندرم پرهیز از حشیش و سندرم پرهیز از کافئین به عنوان دو اختلال جدید.

۳- تغییر دادن طبقه اختلال قمار به عنوان اولین اختلال رفتاری که در این فصل در DSM-5 قرار داده شده است (این امر به این دلیل است که رفتارهای قماربازی، سیستم پاداش را شبیه داروهایی که سوء مصرف می‌شوند، فعال کرده و نشانه‌های رفتاری را ایجاد می‌کند که به نظر می‌رسد مشابه نشانه‌هایی باشد که با اختلالات مصرف مواد تولید می‌شود).

نکته ۱: تغییر ملاک‌ها از یک به دو ملاک باعث حل مشکل «یتیم‌های بی‌تشخیص» (Diagnostic Orphans) در DDSM-IV-TR شد. (یتیم‌های بی‌تشخیص اصطلاح خاصی در DDSM-IV-TR بود، بدین صورت که اگر شدت وابستگی به مواد را به صورت یک اختلال در نظر بگیریم، بعضی درمانجویان در انتهای آن سوی پیوستار قرار می‌گیرند و معیارهای کامل برای وابستگی، سوءمصرف یا مصرف مضر ماده را ندارند).

نکته ۲: نشانه وجود مشکلات قضایی مرتبط با ماده از DSM-5 حذف شده‌اند.

نکته ۳: معیار Craving (هوس یا میل یا نیاز شدید به استفاده از یک ماده‌ی خاص) به DSM-5 اضافه شده است.

نکته ۴: تشخیص وابستگی به چند ماده در DSM-5 حذف شده است و وقتی که درمانجو به مصرف بیش از یک ماده تشخیص داده می‌شود، هر کدام از این مواد به طور جداگانه ثبت می‌شود.

نکته ۵: در DSM-5 الگوهای رفتاری افراطی همچون «بازی اینترنتی، اعتیاد جنسی، اعتیاد ورزش، اعتیاد خرید و...» که روی هم‌رفته اعتیاد رفتاری نامیده می‌شود، به دلیل عدم شواهد پژوهشی دقیق منظور نشده‌اند.

اختلالات مرتبط با مواد را می‌توان به دو گروه ۱- اختلالات مصرف مواد و ۲- اختلالات ناشی از مواد (مسمومیت، ترک و اختلالات روانی دیگر ناشی از مصرف مواد مثل افسردگی، اضطراب، سایکوتیک و...) تقسیم کرد.



درسنامه: انواع اختلالات مرتبط با مواد

۱- **اختلالات مصرف مواد:** ویژگی اصلی اختلال مصرف مواد، مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهد و تشخیص اختلال مصرف مواد می‌تواند در مورد هر ۱۰ طبقه که در این فصل وارد شده‌اند (به جز کافئین) به کار برده شوند.

ویژگی مهم اختلالات مصرف مواد، تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که امکان دارد بعد از مسمومیت‌زدایی ادامه یابد.

ملاک‌های تشخیص اختلال مصرف مواد:

۱. **کنترل معیوب:** امکان دارد فرد ماده‌ای را با مقادیر بیشتر، طی مدت طولانی‌تر از آنچه در آغاز در نظر داشته است، مصرف کند. امکان دارد فرد وقت زیاد را صرف به دست آوردن مواد، مصرف مواد یا بهبود یافتن از تأثیرات آن کند.

۲. **اختلال اجتماعی:** مصرف مواد باعث ناتوانی در برآورده کردن تعهدات نقش عمده‌ای در طی کار، مدرسه یا خانه می‌شود، مشکلات بین‌فردی پیدا می‌کند و ...

۳. **رفتار مخاطره‌آمیز:** مصرف مواد می‌تواند باعث مشکلات جسمانی ... شود.

۴. **ملاک دارویی:** تحمل با نیاز به افزایش قابل ملاحظه مقدار مواد برای دستیابی به تأثیر مطلوب یا کاهش چشمگیر تأثیر هنگامی که محصول به‌طور مداوم مصرف شده است، مشخص می‌شود.

۲- **اختلالات ناشی از مواد:** طبقه کلی اختلالات ناشی از مواد، مسمومیت، ترک و اختلالات روانی دیگر ناشی از مصرف مواد را شامل می‌شود.

مسمومیت و ترک مواد

ویژگی اصلی مسمومیت، ایجاد نشانگان برگشت‌پذیر خاص مواد به علت مصرف اخیر مواد است. تغییرات رفتاری یا شناختی مشکل‌آفرین مرتبط با مسمومیت که اهمیت بالینی دارند (مثل ستیزه‌جویی، تغییرپذیری خلق و قضاوت معیوب)، ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد بر CNS است و مدت کوتاهی بعد از مصرف مواد ایجاد می‌شود. این طبقه در مورد توتون کاربرد ندارد. رایج‌ترین تغییرات در رابطه با مسمومیت عبارتند از: اختلالات ادراک، بیداری، توجه، تفکر، قضاوت، رفتار روانی - حرکتی و رفتار میان‌فردی.

نکته ۶: اصطلاح مسمومیت در صورتی که به مفهوم فیزیولوژیکی مورد استفاده قرار گیرد، گسترده‌تر از مسمومیت با مواد است که در اینجا تعریف شده است.

ویژگی اصلی ترک، ایجاد تغییر رفتاری مشکل‌آفرین خاص مواد، همراه با مشکلات فیزیولوژیکی و شناختی که ناشی از توقف یا کاهش مصرف مواد زیاد و طولانی است. این نشانگان خاص مواد موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در زمینه اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد می‌شود. در ادامه به بررسی مفاهیم مرتبط با اختلالات وابسته به مواد می‌پردازیم.

اصطلاح **وابستگی دارویی** جای اصطلاح **اعتیاد (addiction)** را گرفته است و برای تعریف آن از دو مفهوم وابستگی روانی و وابستگی رفتاری استفاده شده است.

در مفهوم **وابستگی رفتاری** بر فعالیت‌های موادجویی و شواهد مربوط به الگوهای مصرف بیمارگون تأکید می‌شود، در حالی که **وابستگی جسمی** به اثرات فیزیولوژیکی دوره‌های متعدد مواد اطلاق می‌شود.

وابستگی توأم: اصطلاح اعتیاد توأم، الکلیسم توأم و وابستگی توأم به گروهی از الگوهای رفتاری اعضای خانواده اطلاق می‌شود که تحت تأثیر عضو دیگری از خانواده قرار دارند.

مشخصه **وابستگی روانی** که خوگیری (**habituation**) نیز نامیده می‌شود، میل شدید مداوم یا متناوب برای مصرف مواد به منظور اجتناب از حالت ملال است. **قادرسازی:** یکی از نخستین خصوصیات مورد توافق در مورد وابستگی توأم است. گاهی اعضای خانواده احساس می‌کنند کنترل چندانی روی اعمال قادرسازانه ندارند. منظور از قادرسازی رفتاری، اعضای خانواده فرد معتاد است که رفتار اعتیادی فرد را تسهیل می‌کنند. اعضای خانواده طوری عمل می‌کنند که گویی رفتار مصرف مواد، رفتاری اختیاری و ارادی است (اعتیاد فردی در خانواده یا راه را برای اعتیاد دیگر اعضای خانواده باز می‌کند).

انکار: با وجود مشکلات عمده مصرف مواد، اعضای خانواده و مصرف‌کننده مواد طوری عمل می‌کنند که گویی مصرف مواد مشکل چندانی محسوب نمی‌شود.

نکته بالینی: هنگام ارزیابی افسردگی، اضطراب یا روان‌پریشی، همواره باید احتمال اختلالات ناشی از مصرف مواد را در نظر داشت؛ در شرایطی که اختلالات روان‌پزشکی به درمان‌های معمول پاسخ نمی‌دهند، اغلب سوءمصرف همزمان مواد وجود دارد.

همه‌گیرشناسی و سبب‌شناسی

شیوع سوءمصرف مواد در طول عمر حدود ۲۰ درصد است. سطح پایین تحصیلات و درآمد، یک عامل پیش‌بینی‌کننده وابستگی در طول عمر محسوب می‌شود (نسبت برتری بیش از دو برابری مردان در برابر زنان).



مدرسان شریف

فصل بیست و سوم

«اختلالات طیف اوتیسم»

در دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ انقلاب آسیب‌شناسی روانی کودک به پا شد. لئوکانه اختلالی را تشخیص داد که علائم آن مشکلات متنوعی را نشان می‌دهد (از مشکلات در رابطه بین فردی گرفته تا نقص زبان و مشکلات حرکات کلیشه‌ای و رفتارهای غیرعادی و عجیب)، لئوکانه عنوان این اختلال را اوتیسم گذاشت. مارگارت ماehler عنوان این اختلال را روان‌پریشی همزیستی و آنا فروید (در خودخزیدگی من) یا بازداری ارتباطی را برای این اختلال مطرح کردند.

طبق DSM – IV – TR اختلالات فراگیر رشد (pervasive development disorder) گروهی از اختلالات هستند که در آن‌ها رشد مهارت‌های اجتماعی، زبان و ارتباط و ذخایر رفتاری، با تأخیر و به صورت ناهنجار صورت می‌گیرد. کودکان مبتلا به این اختلال اغلب علاقه شدید و منحصربه‌فردی نسبت به طیف محدودی از فعالیت‌ها نشان می‌دهند، در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند و حساسیت و پاسخ‌دهی مناسبی نسبت به محیط اجتماعی نشان نمی‌دهند.

نکته ۱: استفاده از اصطلاح «اختلال‌های فراگیر رشد» تنها می‌تواند دربرگیرنده مشکلاتی باشد که از سال‌های نخستین زندگی تا حداکثر ۱۰ سالگی بروز می‌کند.

DSM-IV-IR، پنج اختلال فراگیر رشد را ذکر کرده است:

۱- اختلال در خودماندگی (Autistic disorder)، ۲- اختلال رت (rett's disorder)،

۳- اختلال فروپاشنده دوران کودکی (childhood disintegrative disorder)،

۴- اختلال آسپرسرگر (Asperser's disorder)، ۵- اختلال فراگیر رشد که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است (NOS).

در DSM – 5 به جای انواع اختلالات فراگیر رشد، طیف اختلال اوتیسم مطرح شده است. بدین ترتیب که به جای مطرح کردن انواع، طیف شدید و خفیف در نظر گرفته می‌شود. این یعنی، در DSM – 5 انواع اختلالات طیف اوتیسم جایگزین انواع اختلالات فراگیر رشد شده‌اند. البته در این فصل به جز اوتیسم، سایر اختلالات مطرح شده در DSM-IV-IR هم آورده شده است.

درسنامه (۱): اختلال در خودماندگی (اوتیسم)



کودکان اوتیسم از همان ابتدای زندگی در تعامل اجتماعی نقص جدی دارند. نگاه چشمی برقرار نمی‌کنند، میل به آغوش مادر ندارند، حتی ممکن است در مقابل لمس شدن حساسیت نشان دهند، برای هم‌بازی ذوق و شوق نداشته باشند و ...

با افزایش سن مشخص می‌شود این کودکان در زمینه زبان دچار مشکل جدی هستند. به نظر می‌رسد کودکان در زمینه زبان دچار تأخیر تحول شده‌اند. همچنین کودکان، دچار رفتارهای قالبی و عجیب و غریب می‌شوند و به شدت نسبت به تغییر شرایط حساسیت پیدا می‌کنند. اصطلاحاً می‌گوییم (خواهان یکنواختی محیط یا همان خواه). اینجا مشخصاً از ۳ دسته علائم سخن گفتیم: (۱) مشکل در تعامل اجتماعی؛ (۲) مشکل در ارتباط (زبان)؛ (۳) رفتارهای قالبی (محدود) عجیب. این مشکلات باید قبل از ۳ سالگی دیده شود و البته اولین علامت مشهود، نقص در تعامل اجتماعی است.

اصطلاح در خودماندگی برای نخستین بار توسط **بلولر**، برای مشخص کردن نشانگان بنیادی روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنی)، یعنی «قطع تماس با واقعیت» و همچنین توصیف «فرآیندهای صوری فکر بیماران» به کار رفته است. **مودزلی**، نخستین روان‌پزشکی بود که توجه جدی به کودکان دچار اختلالات شدید روانی داشت.

لئوکانر در یکی از مقالات خود اصطلاح «در خودماندگی شیرخوارگی» را بیان کرد و شرحی جامع و روشن از این سندرم زودرس دوران کودکی ارائه داد. ویژگی کودکان توصیفی کانر: تنهایی مفرط اوتیسمی، ناتوانی برای اتخاذ وضعیت بدنی قابل انتظار، تأخیر یا انحراف رشدی همراه با پژواک کلام و وارونگی ضمیرها، تکرار یکنواخت صداها، حافظه طوطی‌وار عالی، رفتارهای قالبی و ادا و اطوار، میل به حفظ یکنواختی و ترس از تغییر، تماس چشمی ضعیف، روابط غیرطبیعی با دیگران و ترجیح دادن تصاویر و اشیای بی‌جان.



مدرسان شریف

فصل بیست و چهارم

«اختلالات دفعی»

کنترل روده و مثانه به تدریج و در طی یک دوره زمانی شکل می‌گیرد. یادگیری کنترل دفعی تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند توانایی هوشی کودک، پختگی اجتماعی، عوامل فرهنگی و تعامل روان‌شناختی بین کودک و والدین قرار دارد. روال طبیعی شکل‌گیری کنترل ادرار و مدفوع به ترتیب زیر است:

۱- کنترل مدفوع شبانه ۲- کنترل مدفوع روزانه ۳- کنترل ادرار روزانه ۴- کنترل ادرار شبانه

نظریه‌های روان‌شناختی حول اختلالات دفعی

اولین نظریه از دیدگاه سنتی روانکاوی است. از نظر روانکاوان کودک خردسال می‌تواند از این راه پدر و مادرش را راضی نماید و یا برای انتقام از آنها، در رقابت با کودک کوچکتر، توجه آنها را جلب نماید. همچنین گاهی با حفظ مدفوع می‌خواهد لذت برد به منظور ارضای تمایلات برآورده نشده‌اش و یا اینکه از طریق دفع مدفوع احساس ترس از دست دادن چیزی را دارد؛ که در نهایت این‌گونه کودکان در بزرگسالی رفتاری صرفه‌جو و لجوج و منظم و وسواسی پیدا می‌کنند.

نظریه دوم رویکرد رفتاری می‌باشد؛ افراد این گروه معتقد هستند که کودک آموزش استفاده از توالت را نیاموخته و یا غلط آموخته و یا این امر را وسیله‌ای برای برانگیختن واکنش حتی منفی والدین می‌داند و همچنین ممکن است، نتیجه رفتارهای اجتنابی مانند ترس از توالت رفتن مانند درد هنگام یبوست و غیره باشد. نظریه سوم دیدگاه جدید روان‌پویشی است که بی‌اختیاری ادرار را در دو مقوله بیان می‌کند (سورز):

۱- شرطی شدن ناتوانی: بیشتر اوقات در طبقه کم‌درآمد جامعه ناشی از محرومیت‌ها و در طبقه مرفه جامعه مجاز شناختن عمل ناشی می‌شود.
۲- فروپاشی رابطه مادر و فرزند: نبود مادر به هر دلیل (مرگ، طلاق والدین، مسافرت طولانی، بیماری مادر و بستری شدن طولانی وی و ...) و یا قطع ارتباط عاطفی. البته از نظر سورز بی‌اختیاری دفع می‌تواند دلایل دیگر هم داشته باشد: ۱- عامل فشار بیرونی باشد (تولد یک فرزند دیگر) و ۲- عامل فشار درونی باشد (از نوع جنسی یا ادیپی یا روانی باشد).

نظریه چهارم از دیدگاه آدلر است؛ او معتقد است که ناتوانی در کنترل دفع یک حقارت ذاتی است و به علاوه همه اعضای بدن انسان به یک اندازه توانایی ندارد و هرکس ممکن است در یکی از اعضای خود ضعف سرشتی داشته باشد. بنابراین کودک مبتلا به عدم کنترل دفع دچار حقارت عضوی در دستگاه پیشاب خود است. از نظر او انسان ممکن است مبتلا به چند حقارت عضوی باشد.

نظریه پنجم دیدگاه فیشر و فراری است که معتقد به ارثی بودن اختلال دفع هستند. از نظر آنها ۵۲٪ موارد یک یا چندتن از اعضای خانواده مبتلا به این مشکل هستند و ۸۰٪ موارد پدر یا مادر، مبتلا به یکی از ناراحتی‌های عصبی - روانی بوده‌اند و یا در کودکی مبتلا به اختلال دفع بوده‌اند. لذا پیش‌بینی می‌شود که این افراد تأخیر رشد اعصاب مثانه را به ارث می‌برند (این دیدگاه هنوز ثابت نشده است).

نظریه ششم دیدگاه گودمن و مایکلز ارتباط زیادی بین عدم کنترل دفع و مکیدن شصت، جویدن ناخن، لکنت زبان و خشم دارد؛ به علاوه، در همین تحقیقات بین عدم کنترل دفع و بزهکاری افراد رابطه وجود دارد. در تاریخچه مردان بزهکار شب ادراری به فراوانی دیده شده است در واقع بین شب ادراری و بزهکاری رابطه وجود دارد؛ زیرا منشأ بعضی از دلایل آنها یکی بوده (آشفته‌گی محیط خانه، ناامنی و اختلالات روانی کودک).
دو نوع اختلال دفعی در DSM منظور شده است: بی‌اختیاری مدفوع و بی‌اختیاری ادرار.

درسنامه (۱): بی‌اختیاری مدفوع (Encopresis)



اختلال بی‌اختیاری مدفوع، الگوی دفع ارادی یا غیرارادی مدفوع در مکان‌های نامناسب است. این الگو باید حداقل ۳ ماه طول بکشد و حداقل یک بار در هر ماه و سن کودک دست‌کم ۴ سال باشد.

پس از ۴ سالگی، بی‌اختیاری مدفوع در همه سنین در پسرها ۳ تا ۴ برابر شایع‌تر از دخترهاست. در سنین ۷ تا ۸ سالگی شیوع این اختلال در پسرها ۱/۵ درصد و در دخترها ۵/۰ درصد است. بی‌اختیاری مدفوع حاصل تأثیر متقابل و غالباً پیچیده‌ای بین عوامل روان‌شناختی و فیزیولوژیک است. فقدان یا ناکافی بودن آموزش آداب توالت رفتن، ممکن است سبب تأخیر در کسب کنترل شود.

کج مثال ۱: با عدم مداخله مادران در یاددهی مهار کردن دفع، تمیز شدن خودبه‌خود کودک در حدود چند سالگی واقع می‌شود؟

پنج (۴)

سه (۳)

دو (۲)

یک (۱)

پاسخ: گزینه «۴» با عدم مداخله مادران در یاددهی مهار کردن دفع، تمیز شدن خودبه‌خود کودک در حدود ۵ سالگی واقع می‌شود. ویژگی اصلی بی‌اختیاری مدفوع (Encopresis)، دفع مکرر مدفوع در لباس یا روی زمین پس از سن ۴ سالگی است (درباره بی‌اختیاری ادرار، این سن ۵ سالگی است).



کلمه مثال ۶۸: در نسخه‌ی جدید راهنمای آماری و تشخیصی (DSM-5) کم توانی ذهنی در چند سطح و در چه زمینه‌هایی دیاگنوز می‌شود؟

- (۱) سه سطح (خفیف، متوسط، شدید یا عمیق)، سه زمینه (مفهومی، کاربردی و اجتماعی)
- (۲) سه سطح (خفیف، متوسط و شدید)، دو زمینه (کاربردی و اجتماعی)
- (۳) چهار سطح (خفیف، متوسط، شدید و عمیق)، سه زمینه (مفهومی، کاربردی و اجتماعی)
- (۴) چهار سطح (خفیف، متوسط، شدید و عمیق)، سه زمینه (ساختاری، کاربردی و اجتماعی)

پاسخ: گزینه «۳» بر مبنای نسخه‌ی جدید راهنمای آماری تشخیصی (DSM-5) کم توانی ذهنی در ۴ سطح (خفیف، متوسط، شدید و عمیق) و سه زمینه مفهومی، کاربردی و اجتماعی تشخیص‌گذاری می‌شود.

کلمه مثال ۶۹: نسبت شیوع عقب‌ماندگی‌های ذهنی در بین پسرها و دخترها چگونه است؟

- (۱) پسرها بیشتر
- (۲) دخترها بیشتر
- (۳) پسران پیش‌دبستانی بیشتر و با بالا رفتن سن، معکوس
- (۴) هر دو جنسیت برابر

پاسخ: گزینه «۱» شیوع کم توانی ذهنی در هر زمان، یک تا سه درصد کل جمعیت تخمین زده می‌شود. بالاترین میزان بروز آن در کودکان سنین مدرسه است و اوج آن بین ۱۰ تا ۱۴ سالگی است. کم توانی ذهنی در بین مردان، حدود یک و نیم برابر شایع‌تر از زنان است. در افراد مسن‌تر میزان شیوع کمتر است.

کلمه مثال ۷۰: طبق تعریف معتبر درباره عقب‌ماندگی ذهنی، در زمان حاضر تقریباً چند درصد جمعیت هر کشور عقب‌مانده ذهنی هستند؟

- (۱) ۱
- (۲) ۲
- (۳) ۵
- (۴) ۱۵

پاسخ: گزینه «۱» شیوع کم توانی ذهنی در هر زمان، یک تا سه درصد کل جمعیت تخمین زده شده است. قابل ذکر است که نوع تعریفی که هر جامعه از کم توانی دارد، نقش اصلی را در تعیین درصد این افراد ایفا می‌کند.

کلمه مثال ۷۱: در سطوح اجتماعی - اقتصادی پایین، درصد شیوع کدام‌یک از انواع عقب‌ماندگی‌های ذهنی بیشتر است؟

- (۱) تربیت‌پذیر
- (۲) آموزش‌پذیر
- (۳) حمایت‌پذیر
- (۴) تربیت‌پذیر و حمایت‌پذیر

پاسخ: گزینه «۲» یکی از عوامل مؤثر در سبب‌شناسی کم توانی ذهنی خفیف (گروه آموزش‌پذیر)، سطح پایین شرایط اجتماعی و اقتصادی است. به عبارت دیگر، اکثریت کودکان کم توان ذهنی آموزش‌پذیر از طبقه محروم (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) جامعه هستند.

کلمه مثال ۷۲: کدام‌یک از کم توانی‌های زیر نسبت به سایر گزینه‌ها شیوع کمتری دارد؟

- (۱) سندرم داون
- (۲) اپی‌لوئیا
- (۳) X شکننده
- (۴) PKU

پاسخ: گزینه «۲» اختلال اپی‌لوئیا نسبت به سندرم داون، X شکننده و PKU شیوع کمتری دارد.

کلمه مثال ۷۳: سندرم داون به چه دلیل است؟

- (۱) تغییرات هورمونی در مادر
- (۲) عدم واپس‌زنی در مادر
- (۳) سن بالای مادر
- (۴) همه موارد مذکور

پاسخ: گزینه «۳» سندرم داون به علت ازدیاد سن مادر و اختلال عمل تخمدان‌های مادران مسن ایجاد می‌شود.

کلمه مثال ۷۴: ابتلای کودک در کدام‌یک از اختلالات، ارتباط نزدیکی با سن مادر دارد؟

- (۱) سندرم داون
- (۲) فنیل‌کتونوری
- (۳) عقب‌ماندگی خفیف ذهنی
- (۴) عقب‌ماندگی شدید ذهنی

پاسخ: گزینه «۱» سندرم داون (منگولیسیم) به علت اختلال و نقص کروموزومی (کروموزوم شماره ۲۱) ایجاد می‌شود. یکی از علل ایجاد این اختلال، بالا بودن سن مادر و اختلال در عملکرد تخمدان‌های مادران مسن است (۹۵٪ بروز سندرم داون با مسن بودن مادر ارتباط دارد).



مدرس‌ان شریف

فصل بیست و ششم

«درمان‌های دارویی و الکتروشوک»

درسنامه (۱): اصول فارماکولوژی در روان‌پزشکی



داروهای مورد استفاده برای درمان اختلالات روانی با سه اصطلاح کلی داروهای روان‌گرا (psychotropic)، داروهای روان‌گردان (psychoactive) و داروهای روان‌درمان‌بخش (psychotherapeutic) معرفی می‌شوند.

این داروها به طور مستقیم بر رفتار و عملکرد فرد تأثیر می‌گذارند، بنابراین رسیدن به نتیجه مطلوب ناشی از دارودرمانی، مستلزم ایجاد رابطه‌ای مستقیم و نزدیک بین پزشک، بیمار، پرستار و اطرافیان بیمار است. روش مرسوم این است که داروهای مزبور به چهار طبقه تقسیم شوند:

۱- داروهای ضدجنون (ضد روان‌پریشی) یا نورولپتیک (Neuroleptic) که برای درمان پسیکوزها (Psychoses) به کار می‌روند.

۲- داروهای ضد افسردگی که برای درمان افسردگی به کار می‌روند.

۳- داروهای ضدمانیا (Manic) که برای درمان اختلال دوقطبی به کار برده می‌شوند.

۴- داروهای ضداضطراب یا اضطراب‌زداها که برای درمان حالات اضطرابی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

با این حال، اعتبار این تقسیم‌بندی به دلایل زیر کمتر از گذشته است:

الف - بسیاری از داروهای ضد افسردگی برای درمان اضطراب به کار می‌روند و برخی داروهای ضد اضطراب به عنوان داروی کمکی در درمان پسیکوزها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

ب - داروهایی از هر چهار طبقه برای درمان اختلالات بالینی دیگر به کار برده می‌شوند، مثل اختلالات خوردن، اختلال هراس و اختلال کنترل تکانه.

ج - داروهایی مثل کلونیدین (clonidine)، پروپرانولول (propranolol) و وراپامیل (verapamil) می‌توانند به طور مؤثر، برخی از اختلالات روانی را درمان کنند ولی در طبقات فوق‌الذکر قرار نمی‌گیرند.

د - برخی از اصطلاحات توصیفی داروشناسی روان، همپوشی در معنی پیدا می‌کنند. مثلاً اضطراب‌زداها، اضطراب را کم می‌کنند، مسکن‌ها (sedatives) اثر آرام‌بخش یا راحت‌کننده دارند و منوم‌ها خواب می‌آورند. بنابراین، اکثر اضطراب‌زداها به عنوان مسکن عمل می‌کنند و در دوزهای بالا به عنوان خواب‌آور قابل استفاده هستند و تمام منوم‌ها با دوز پایین حالت تسکین روزانه هم به وجود می‌آورند.

ک - مثال ۱: داروهای نورولپتیک کدام دسته از داروهای زیر هستند؟

(۱) ضد افسردگی (۲) ضد جنون (۳) ضد اضطراب (۴) ضد مانیا

پاسخ: گزینه «۲» داروهای نورولپتیک همان داروهای ضد روان‌پریشی (ضد جنون) هستند.

اعمال فارماکولوژیکی

واکنش‌های فارماکوکینتیک (pharmacokinetics) چگونگی مدارای بدن را با دارو توصیف می‌کند و واکنش‌های فارماکودینامیک (pharmacodynamics) آثار دارو را در بدن توصیف می‌نماید. به شیوه‌ای مشابه می‌توان گفت که واکنش‌های فارماکوکینتیک دارویی به غلظت‌های پلاسمایی دارو و واکنش‌های فارماکودینامیک دارویی به فعالیت گیرنده‌های دارو اشاره دارد.

فارماکوکینتیک

تقسیمات اساسی فارماکوکینتیک شامل جذب، انتشار، متابولیسم و دفع است.

در مواردی همچون علائم افسردگی شدید، تهییج شدید، خطر فوری خودکشی، علائم مانیا، بهت کاتاتونیک، اسکیزوفرنی‌های مقاوم به درمان و بیمارانی که به خصوص در معرض خطرات مرتبط با اثرات جانبی موارد هوشبهر هستند، بهتر است از همان ابتدا روش دوطرفه را استفاده کنیم.

تحریک الکتریکی

تحریک الکتریکی باید در حد آستانه تحریک (درجه‌ای از شدت که برای ایجاد تشنج لازم است) باشد. در طی درمان ECT، آستانه تشنج تغییر می‌کند و در حدود ۲۵ تا ۲۰۰ درصد افزایش می‌یابد و در ضمن، آستانه تشنج در مردان نسبت به زنان و در افراد مسن نسبت به افراد جوان بالاتر است. در عمل بهتر است که درمان با مقدار الکتریکی که کمتر از آستانه تشنج است، آغاز شده و سپس این مقدار در روش یک‌طرفه، ۱۰۰ درصد و در روش دوطرفه، ۵۰ درصد افزایش داده شود تا به حد آستانه تشنج برسد. در مورد مقدار انرژی الکتریکی که باید در طی ECT به کار رود نیز همانند انتخاب محل الکترود توافق وجود ندارد، اما ذکر می‌شود که مقادیر در حدود سه برابر آستانه سریع‌ترین پاسخ درمانی و مقادیر اندکی بالاتر از آستانه، با حداقل عوارض جانبی همراه‌اند.

تشنج القایی (Induced Seizur)

نخستین نشانه تشنج عبارت است از اکستانسیون کف پای (بروز علامت باینسکی) که ۱۰ تا ۲۰ ثانیه به طول می‌انجامد و مشخص‌کننده مرحله تونیک (Tonic) است. به دنبال این مرحله، انقباض‌های موزون (کلونیک) ظاهر می‌شود که تواتر آنها قدری کاهش یافته و از بین می‌رود. برای مؤثر بودن یک حمله تشنجی در یک دوره درمانی ECT، تشنج حداقل باید ۲۵ ثانیه به طول انجامد. اگر تحریک مشخصی نتواند به تشنج با مدت کافی بینجامد، باید تا ۴ بار القای تشنج انجام شود؛ زیرا گاهی شروع فعالیت تشنجی، تأخیری در حدود ۲۰ تا ۴۰ ثانیه به دنبال تشنج دارد. اگر القای تشنج به وقوع تشنج منجر نشود، باید محل تماس الکترود با پوست سر مجدداً بازبینی شود و شدت تحریکات در حدود ۲۵ تا ۱۰۰ درصد افزایش یابد.

کدام مثال ۵۱: نخستین نشانه تشنج القایی کدام است؟

- (۱) بازتاب مورو (۲) بازتاب باینسکی (۳) بازتاب چنگ زدن (۴) بازتاب پلک زدن

پاسخ: گزینه «۲» نخستین نشانه تشنج القایی، بازتاب باینسکی است.

تعداد و فاصله جلسات درمان با ECT

جلسات درمانی ECT معمولاً ۲ یا ۳ نوبت در هفته انجام می‌شوند که اگر تعداد جلسات، ۲ نوبت در هفته باشد با اختلالات حافظه‌ای کمتری همراه است. در مجموع در مورد اختلال افسردگی، ۶ تا ۱۲ جلسه، مانیا ۸ تا ۲۰ جلسه، اسکیزوفرنی، بیش از ۱۵ جلسه و در مواد کاتاتونی و دلیریوم در حدود ۱ تا ۴ جلسه، ممکن است الکتروشوک درمانی لازم باشد.

درمان باید تا حصول به حداکثر پاسخ درمانی ادامه یابد؛ زیرا بعد از تعداد جلسات معینی ECT، درمانی نه تنها سودمند نیست بلکه شدت و مدت زمان طول کشیدن درمان، اثرات جانبی را افزایش می‌دهد. بیمار هنگامی حداکثر بهره‌دهی درمانی را کسب کرده است که پس از ۲ جلسه درمانی با ECT نشانه‌های بهبودی در او ظاهر گردد. اگر بیمار پس از ۶ تا ۱۰ جلسه بهبودی نشان ندهد، روش دوطرفه با شدت زیاد (سه برابر آستانه تشنج) پیش از منصرف شدن از درمان با ECT باید امتحان شود.

ECT کنترل شده چندگانه (Multiple Monitored ECT (MMECT))

ECT کنترل شده چندگانه عبارت است از وارد آوردن چند تحریک ECT و معمولاً دو تحریک دوطرفه در عرض دو دقیقه در یک جلسه. این روش را افراد شدیداً بیمار و بیمارانی که به خصوص از نظر کاربرد مواد هوشبهر در معرض خطر زیاد هستند، می‌توان به کار برد. کاربرد این روش در اکثر موارد با اختلالات شناختی شدیدی همراه است.

درمان نگهدارنده

کاربرد کوتاه‌مدت ECT موجب تخفیف علائم می‌شود اما از عود آنها جلوگیری نمی‌کند، بنابراین درمان نگهدارنده معمولاً ضرورت پیدا می‌کند. معمولاً درمان نگهدارنده به صورت دارودرمانی است اما درمان نگهدارنده با ECT (هفتگی، ۲ هفته یکبار یا ماهیانه) هم مؤثر و هم پیشگیری‌کننده است، هرچند نیاز به بررسی بیشتری در این زمینه احساس می‌شود. مواردی که باید از درمان نگهدارنده سود جست عبارتند از: عود سریع علائم به دنبال انجام ECT، شدید بودن علائم و وجود علائم سایکوتیک.

شکست در درمان با ECT

اگر بیمار به یک دوره درمان با ECT پاسخی ندهد باید تحت درمان با دارودرمانی قرار بگیرد، حتی اگر قبلاً موفق نبوده است؛ زیرا بررسی‌ها نشان داده‌اند که میزان پاسخ بیمار به داروهای ضدافسردگی پس از اتمام ECT (حتی اگر نتیجه‌بخش هم نبوده باشد) بیشتر می‌شود.

کدام مثال ۵۲: اگر بیمار پس از ۶ تا ۱۰ جلسه ECT بهبود نیافت، باید چه روشی انجام داد؟

- (۱) یک‌طرفه خفیف (۲) یک‌طرفه شدید (۳) دوطرفه خفیف (۴) دوطرفه شدید

پاسخ: گزینه «۴» اگر بیمار پس از ۶ تا ۱۰ جلسه ECT بهبود نیافت، تحریک دوطرفه شدید انجام می‌شود.