

فهرست

جلد دوم

۵	مقدمه مترجم
۷	پیشگفتار
۱۵	فصل ۵: طیف اسکیزوفرنی (روان گسیختگی) و سایر اختلالات روان پریشی
۶۴	فصل ۶: اختلالات دوقطبی
۸۸	فصل ۷: اختلالات افسردگی
۱۲۷	فصل ۸: اختلالات اضطرابی
۱۵۱	فصل ۹: اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط
۱۷۶	فصل ۱۰: اختلالات مربوط به ضربه روانی (تروما) و سرانگ استرس‌زا
۱۹۲	فصل ۱۱: اختلالات تجزیه‌ای (گسستی)
۲۱۵	فصل ۱۲: اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط
۲۴۷	فصل ۱۳: اختلالات خوردن و تغذیه
۲۶۹	فصل ۱۴: اختلالات دفعی
۲۷۹	فصل ۱۵: اختلالات خواب - بیداری
۳۳۰	فصل ۱۶: رفتارها و تمایلات جنسی، انسان و کژکاری‌های جنسی
۳۸۵	فصل ۱۷: نارضایتی جنسیتی، هویت جنسی و بیماری‌های مرتبط
۳۹۵	فصل ۱۸: اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک
۴۰۶	فصل ۱۹: اختلالات شخصیت
۴۴۲	فصل ۲۰: حالات دیگری که ممکن است کانون توجه بالینی باشند
۴۶۱	نمایه



طیف اسکیزوفرنی (روان‌گسیختگی) و سایر اختلالات روان‌پریشی

بیماری به وجود می‌آید؛ مبتلایان به این بیماری نیاز زیادی به مراقبت‌های بیمارستانی دارند؛ و مراقبت‌های مداوم بالینی، توان‌بخشی، و خدمات حمایتی، لازمه درمان این بیماری است. گزارش‌ها حاکی است که بیماران دچار اسکیزوفرنی ۱۵ تا ۴۵ درصد بی‌خانمان‌های آمریکا را تشکیل می‌دهند، و سالانه حدود ۵ درصد از این بیماران بی‌خانمان می‌شوند. در سطح جهان، اسکیزوفرنی یکی از ۲۵ اختلال اول ناتوانی است. با در نظر گرفتن شیوع نسبتاً پایین اختلال، این واقعیت تکان‌دهنده است. هرچند، علاوه بر بیماران، این اختلال خانواده‌ها، مراقبان و به طور کلی جوامع را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. به همین علت، هزینه‌های غیرمستقیم بسیار زیاد و اغلب غیرقابل تخمین است.

تظاهر بالینی

هیچ نشانه یا علامت بالینی وجود ندارد که برای اسکیزوفرنی، مشخصه قطعی (پاتوگنومونیک) باشد؛ یعنی هر نشانه یا علامتی که در اسکیزوفرنی دیده می‌شود در سایر اختلالات روان‌پزشکی و عصب‌شناختی هم ممکن است دیده شود. بنابراین بالینگر نمی‌تواند تشخیص اسکیزوفرنی را صرفاً بر اساس معاینه وضعیت روانی، که ممکن است متغیر باشد، مطرح سازد، و تاریخچه بیمار، لازمه تشخیص اسکیزوفرنی است، زیرا علایم هر بیمار در طول زمان تغییر می‌کند. مثلاً بیمار ممکن است توهم‌های متناوبی داشته باشد و قدرتش برای عملکرد با کفایت در موقعیت‌های اجتماعی گاه خوب و گاه بد باشد، یا علایم چشمگیر یک اختلال خلقی ممکن است در سیر اسکیزوفرنی گاه پیدا و گاه ناپدید شود. ثالثاً بالینگر باید به سطح آموزش بیمار، توانایی

هرچند که اسکیزوفرنی به مثابه یک بیماری واحد توصیف می‌شود، احتمالاً مرکب از یک گروه اختلالاتی است که سبب‌شناسی ناهمگونی داشته، و بیمارانی را دربر می‌گیرد که تظاهرات بالینی، پاسخ درمانی، و سیر بیماری آنها یکسان نیست. نشانه‌ها و علایم متغیر هستند و دربرگیرنده تغییرات در ادراک، هیجان، شناخت، تفکر و رفتار هستند. بروز این تظاهرات در افراد مختلف و در طول زمان متغیر است اما تأثیر بیماری همواره شدید و معمولاً دیرپا است. اسکیزوفرنی معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود، تا آخر عمر پایدار باقی می‌ماند و هیچ یک از طبقات اجتماعی از ابتلای به آن مصون نیستند. کم‌توجهی و طرد اجتماعی که به دلیل نآگاهی عمومی نسبت به این اختلال گریبانگیر بیماران می‌شود، این بیماران و خانواده‌هایشان را در غالب موارد آزار می‌دهد. اسکیزوفرنی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی شدید است، اما ماهیت دقیق آن هنوز به طور کامل مشخص نیست. بنابراین، گاهی اسکیزوفرنی را «ندرم‌می‌دانند»، گاهی آن را شامل گروهی از اختلال‌ها می‌دانند، و گاهی نیز مطابق با DSM-5 آن را اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی می‌گویند. بالینگران باید بدانند که تشخیص اسکیزوفرنی باید تماماً بر مبنای تاریخچه روان‌پزشکی و معاینه وضعیت روانی باشد. هیچ‌گونه تست آزمایشگاهی برای شناسایی اسکیزوفرنی وجود ندارد.

تخمین زده می‌شود که زیان‌های مالی ناشی از اسکیزوفرنی در ایالات متحده، از مجموع خسارات حاصل از تمام سرطان‌ها نیز بیشتر است. عوامل سهیم در ایجاد این زیان اقتصادی چشمگیر به این قرارند: این بیماری از اوایل زندگی شروع می‌شود؛ اختلالات شدید و دیرپایی در اثر این

می‌کنند و کسی با او رابطه جنسی داشته است که هر چند نمی‌تواند او را ببیند اما او همیشه در همین اطراف است.

بیمار در یک بیمارستان روان‌پزشکی دولتی بستری شد. با ورود به دفتر پذیرش با صدای بلند خندید و چندین بار فریاد زد: «او نمی‌تواند اینجا بماند، او باید به خانه برود». بیمار شکلک در می‌آورد و با دستش حرکت قالبی مختلفی را انجام می‌داد. وقتی یک ساعت بعد در بخش ویزیت شد به سؤالات توجهی نداشت، هر چند با لحنی کودکانه با خودش صحبت می‌کرد. او پیوسته در حال حرکت بود، با حالتی رقص مانند روی انگشتان پاره می‌رفت، بی‌هدف اشاره می‌کرد و مثل یک نوزاد زنبش را بیرون می‌آورد و لب‌هایش را می‌مکید. گاهی می‌نالید و شکر بچه‌ها گریه می‌کرد اما اشکی نمی‌ریخت. با گذشت چند ماه همچنان رفتاری ابلهانه، کودکانه، توأم با شکلک و ادا و اطوار داشت، به اطراف بی‌توجه بود، ارتباط کلامی با وی دشوار بود و به شکلی قالبی به اشیاء اشاره می‌کرد. او معمولاً با صدایی زیر با خودش صحبت می‌کرد و صحبت‌هایش چندان قابل فهم نبود. وضعیت خاتم AB همچنان رو به تباهی بود، ظاهری زولیده و نامرتب داشت و نمایی از درون‌گرایی مفرط و پسرقت نشان می‌داد و هیچ علاقه‌ای به فعالیت‌های مؤسسه یا بستگان ملاقات‌کننده نشان نمی‌داد.

بهبهت کاتاتونیک، که اغلب به آن کاتاتونی اطلاق می‌شود، موقعیتی است که در آن بیمار به نظر می‌رسد که هیچ حیاتی ندارد و ممکن است نشانه‌هایی نظیر سکون منفی‌کاری، یا اطاعت خودکار^۲ از خود نشان دهد. انعطاف مومی شکل در گذشته نشانه شایعی در کاتاتونی بود اما امروزه، همانند رفتار ادایی، نادر است. تظاهرات کم‌شدت‌تری در نوع کاتونیا عبارت است از انزوای شدید اجتماعی و خودمحوری (egocentricity)، فقدان تکلم خودبه‌خود یا حرکات خودبه‌خود، و فقدان هرگونه رفتار هدفمندانه. بیماران کاتاتونیک ممکن است بی‌هیچ حرکت یا حرفی روی صندلی‌شان بنشینند، به سؤالات تنها جواب‌های کوتاهی

هوشی، و اینکه از چه فرهنگ و خرده‌فرهنگی است، نیز توجه داشته باشد. مثلاً ناتوانی از فهم مفاهیم انتزاعی ممکن است به آموزش یا هوش بیمار مربوط باشد. سازمان‌ها و فرقه‌های مذهبی، مراسمی دارند که به نظر افراد خارج از آن سازمان عجیب می‌آید، اما برای افرادی که درون آن مجموعه فرهنگی به سر می‌برند کاملاً طبیعی تلقی می‌شود.

ظاهر عمومی بیماران اسکیزوفرنی طیفی وسیع دارد که در یک سر آن فردی کاملاً زولیده قرار گرفته که سرآسیمه است و جیغ و فغان می‌کند، و در سر دیگرش فردی است که به نحوی وسواسی آراسته و کاملاً ساکت و بی‌حرکت است. بین این دو قطب نیز بیماری قرار دارد که حراف است و وضعیت‌های غریب به خود می‌گیرد. رفتار بیمار ممکن است سرآسیمه یا خشونت‌بار گردد و به‌ظاهر نیز هیچ عامل برانگیزنده‌ای برای آن در کار نباشد، اما این اتفاق معمولاً در پاسخ به توهم‌های او رخ می‌دهد. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اغلب سر و وضع بدی دارند، نمی‌توانند استحمام کنند، و لباس‌هایی می‌پوشند که برای فصلی که در آن به سر می‌برند بسیار گرم است. رفتارهای عجیب دیگری هم مثل پرش (تیک)، حرکات قالبی^۱، حرکات ادایی^۱، و گاه پرشاک رفتار (اکوپراکسی) دارند؛ پرشاک رفتار آن است که بیمار، وضعیت یا رفتارهای معاینه‌گر را تقلید کند.

بیمار زن ۳۲ ساله‌ای به نام AB بود که دچار کاهش وزن شده بود و در مورد کارش بی‌دقت شده بود. او معتقد بود شغلش از نظر کمیت و کیفیت افت کرده بود. او معتقد بود زنان دیگر محل کارش در مورد او داستان‌های افتراآمیز نقل می‌کنند و مرد جوانی که در محل کارخانه کار می‌کرد دستانش را دور او حلقه کرده و به او اهانت کرده است. خانواده بیمار درخواست کردند موضوع این اتهام بررسی شود و بررسی‌ها نشان داد نه تنها این اتهام بی‌پایه است بلکه مرد مزبور ماههاست که با وی صحبت نکرده است. یک روز که خانم AB از محل کار به منزل باز می‌گشت با ورود به منزل با صدای بلند خندید، به زن برادرش با سوءظن نگاه کرد، از پاسخ به سؤالات امتناع نمود و در پیش چشم برادرش شروع به گریه کرد. او از حمام رفتن امتناع می‌کرد و می‌گفت مردی از پنجره حمام به او نگاه می‌کند. آن روز غذا نخورد و روز بعد اعلام کرد که خواهرانش 'زنان بدی' هستند، همه در مورد او صحبت

1- stereotypes

2- mannerisms

3- automatic obedience

شدیداً هیجانی ممکن است دچار احساسات وجدآمیزی نظیر قدرت مطلق (omnipotence)، سرمستی مذهبی، وحشت به‌خاطر ازهم‌گیختگی روحشان، یا اضطراب طاقت‌فرسا به‌خاطر نابودی جهان گردند سایر حالات احساسی عبارت‌اند از گم‌گشتگی (perplexity)، احساس انزوا، دودلی طاقت‌فرسا، و افسردگی.

افکار

اختلالات روان‌پریشی، بیش از هر چیز، اختلالات فکر هستند و ممکن است بر فرایند فکر یا محتوای فکر یا بر هر دو تأثیر بگذارند. ممکن است درک و استنباط افکار بیمار دشوار باشد. هر چند، با توجه به اینکه علایم تفکر ممکن است بیانگر علایم هسته‌ای اسکیزوفرنی باشند، انجام این کار ضروری نیست.

اختلالات فکر به روش جمع‌بندی افکار و گفتارها مربوط می‌شوند. گاهی اوقات آنها را اختلالات شکل فکر^۱ می‌نامند. با توجه به اینکه بیمار چه چیزی و چگونه می‌گوید، می‌تواند ترسیم می‌کند، معاینه‌گر وجود اختلال را تعیین می‌یابد. همچنین با مشاهده رفتار بیمار به‌ویژه در زمان انجام تکالیفی معین و مشخص مثلاً در کاردرمانی، معاینه‌گر می‌تواند فرایند فکر بیمار را ارزیابی کند.

هنگامی که اختلالات فکر خفیف هستند و ممکن است پرآب‌وتاب یا مبهم باشند، با وخیم‌تر شدن اختلال، تداعی‌ها شل‌تر می‌شوند. بیمار ممکن است حاشیه‌پردازی، موازی‌گویی، درجاماندگی، واژه‌سازی، پژواک کلامی، مکررگویی مرضی، سالاد کلمات و سکوت را نشان دهد.

هذیان‌ها

هذیان، بازرترین نمونه اختلال در محتوای فکر است و ممکن است اشکال مختلفی داشته باشد: گزند، خودبزرگ‌بینی، مذهبی یا جسمی.

بیمار ممکن است معتقد باشد که یک موجود خارجی بر افکار یا رفتار مسلط است، و یا او خود به‌شکلی غیرمتعارف بر وقایع خارجی سلطه دارد (مثلاً طلوع خورشید را موجب

بدهند، و فقط در صورتی حرکت کنند که هدایت‌شان کرده باشند یکی دیگر از رفتارهای آشکار آنها یک جور حالت دست‌وپاچلفتی یا سفتی غیرعادی در حرکات بدنی است.

نشانه‌های عصبی موضعی و غیرموضعی (که آنها را به‌ترتیب نشانه‌های زمخت [hard] و ظریف [soft] نیز می‌نامند) طبق گزارش‌های موجود، در مبتلایان به اسکیزوفرنی شایع‌تر از سایر بیماران روان‌پزشکی است. نشانه‌های غیرموضعی عبارت است از ناظریف‌کاری (دیس‌دیادوکوکینزی^۱)، فضانشناسی (آسترئوگنوزیس^۲)، رفلکس‌های بدوی، و کاهش چیره‌دستی^۳ (dexterity). وجود نشانه‌ها و علایم عصبی، با شدیدتر بودن بیماری، کندی حالت عاطفی، و پیش‌آگهی بد همبستگی دارد. دیگر نشانه‌های عصبی نابهنجار عبارت است از پرش‌های عضلانی (تیک)، حرکات قالبی، شکلک درآوردن، مختل شدن مهارت‌های ظریف حرکتی، نابهنجار شدن قوام عضلات حرکتی، و وجود حرکات نابهنجار. اغلب بیماران از حرکات نابهنجار غیرارادی خود آگاه نیستند.

بیماران اسکیزوفرنی، علاوه بر اختلالی که در حرکات تعقیبی ظریف چشمی (حرکات ساکادیک) دارند، میزان پلک‌زدن بالایی هم دارند. به‌نظر می‌رسد که این بالا بودن میزان پلک‌زدن، بازتاب فعالیت زیاد دوپامینرژیک باشد.

ناتوانی بیماران اسکیزوفرنی از درک آهنگ کلام دیگران یا از تغییر دادن آهنگ کلام خودشان را می‌شود عصبی از اختلال در لوب آهیانه غیر غالب دانست. سایر علایم اسکیزوفرنی که به علایم لوب آهیانه شباهت دارند، از این قرارند: ناتوانی از انجام تکالیف (یعنی کردارپریشی [آپراکسی])، اختلال در موقعیت‌سنجی راست و چپ، و نگران بودن از بابت بیماری.

خلق

دو علامت عاطفی شایع در اسکیزوفرنی یکی کاهش پاسخ‌دهی هیجانی است که گاه به قدری شدید است که می‌شود عنوان بی‌لذتی را به آن داد و دیگری حالات هیجانی بسیار فعال و نامتناسب نظیر درجات مفرط خشم، شادی، و اضطراب است. حالت عاطفی تخت (flat) یا کند (blunt) ممکن است علامتی از خود بیماری، یا از عوارض پارکینسونی داروهای ضدروان‌پریشی، یا علامتی از افسردگی باشد. افتراق این سه از نظر بالینی، کار دشواری است. بیماران

1- dysdiadochokinesia 2- astereognosis

• Dexterity البته به معنای راست‌دستی هم هست، اما در آن صورت، دیگر نشانه‌ای غیرموضعی به‌شمار نمی‌رود - م.

3- formal thought disorder