



فهرست مطالب

۷	مقدمه استاد
۹	پیشگفتار
۱۷	۵. طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی
۸۰	۶. اختلالات دوقطبی
۱۰۸	۷. اختلالات افسردگی
۱۵۸	۸. اختلالات اضطرابی
۱۸۸	۹. اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات مرتبط
۲۱۸	۱۰. اختلالات مرتبط با تروما و عوامل استرس‌زا
۲۳۸	۱۱. اختلالات تجزیه‌ای
۲۶۷	۱۲. اختلالات جسمانی شکل و اختلالات مرتبط
۳۰۴	۱۳. اختلالات تغذیه و خوردن
۳۳۱	۱۴. اختلالات دفعی
۳۴۴	۱۵. اختلالات خواب- بیداری
۴۰۶	۱۶. تمایلات جنسی و اختلالات کارکرد جنسی در انسان
۴۷۳	۱۷. ملال جنسیتی، هویت جنسیتی و اختلالات مرتبط
۴۸۶	۱۸. اختلالات اخلاص گرانه، کنترل تکانه و سلوک
۵۰۱	۱۹. اختلالات شخصیت
۵۴۵	۲۰. سایر مسائلی که ممکن است مورد توجه بالینی باشند
۵۷۱	نمایه
۱-۱	واژه‌نامه



اختلالات افسردگی

تظاهرات بالینی

خلق افسرده و از دست دادن علاقه یا لذت، علائم کلیدی افسردگی هستند. بیماران ممکن است بگویند که آنها اندوه، ناامیدی، غمگینی یا بی‌ارزشی را احساس می‌کنند. برای یک بیمار، خلق افسرده اغلب کیفیت مشخصی دارد که آن را از احساس عادی غم یا سوگ متمایز می‌کند. بیماران اغلب علائم افسردگی را به عنوان یکی از دردهای عاطفی متداول توصیف می‌کنند. آنها به طور متناوب افسردگی را به عنوان یک بیماری جسمانی که در آن، احساس خستگی و بی‌انگیزگی دارند درک می‌کنند. سایر بیماران احساسی جزئی را گزارش می‌کنند معنی بر این که نمی‌توانند گریه کنند و برایشان بسیار است که هر لذتی را تجربه کنند.

تظاهرات کلاسیک بیمار افسرده، شخصی با حالت خمیده، تحرک کم و نگاهی اجتنابی رو به پایین است. در عمل، دامنه قابل توجهی از رفتارهای اشخاصی بدون علائم قابل مشاهده تا بیمار افسرده کاتاتونیک متفاوت است. در میان نشانه‌های مشهود افسردگی، کندی روانی - حرکتی کلی اغلب بیشتر از همه توصیف می‌شود که در آن، بیماران حرکت خودجوش ناچیزی نشان می‌دهند. گاهی اوقات ممکن است این علائم آنقدر شدید باشند که تشخیص آن از کاتاتونی چالش برانگیز شود.

خانم (الف)، یک استاد ادبیات ۳۴ ساله با این شکایت که: "من در حیرت، سردرگم، گیج و مات و مبهوت هستم. افکارم جریان ندارند، ذهنم قفل شده. به نظر می‌رسد من هیچ حسی از هیچ‌یابی و هدف ندارم ... من چنین سکونی ندارم، من نمی‌توانم خودم را اثبات کنم. من نمی‌توانم بجنگم؛ من اراده‌ای ندارم" به کلینیک خلق مراجعه کرد.

سرآسیمگی روانی - حرکتی، شامل رفتارهایی مانند پیچاندن دست‌ها به هم و کشیدن مو ممکن است رخ دهد. بسیاری از بیماران افسرده، میزان و حجم کمی از تکلم دارند؛ آنها با کلماتی منفرد به سوالات پاسخ می‌دهند و جواب‌های به تأخیر افتاده‌ای نسبت به سوالات از خود نشان می‌دهند.

علائم قابل مشاهده در صورت وجود، در تشخیص‌گذاری کمک‌کننده هستند؛ با این حال فقدان چنین علائمی به این معنی نیست که بیمار هیچ اختلالی ندارد. این امر غیرعادی نیست، برای مثال، مواجهه با بیمارانی که می‌توانند علی‌رغم وجود احساس بدبختی درونی، حتی با لبخند زدن و خندیدن هنگامی که با دیگران ارتباط دارند، طبق

مناسبات اجتماعی عمل کنند.

"افسرده" ندارند زیرا ممکن است به سختی با این کلمات به همراه تشخیص‌گذاری در مورد آنها کنار بیایند. در چنین مواردی، سایر کلمات مترادف، شامل آنهایی که در بالا گفته شد، ممکن است برای بیمار کمتر تهدیدکننده به نظر برسند.

بعضی بیماران دیسفوریا را کاملاً انکار می‌کنند، اما در عوض، احساس عدم توانایی در لذت بردن از چیزهای مختلف را توصیف می‌کنند که معمولاً برای آنها لذت‌بخش هستند. ما این حالت را *آنهدونیا* یا فقدان لذت می‌نامیم. علاوه بر دیسفوریا و آنهدونیا، بسیاری از بیماران افسرده احساس اضطراب را نیز گزارش می‌کنند.

نکته مهم این است که گرچه غم و اندوه و حتی افسردگی ممکن است به نوبه خودشان، به صورت واکنش‌های طبیعی وجود داشته باشند، هنگامی که در متن یک اختلال افسردگی قرار می‌گیرند، بیماران اغلب را به صورت عادی تجربه نمی‌کنند. بیماران اغلب احساس خواهند کرد که واقعاً بیمارند و قادرند حالت هیجانی خود را از احساس غمگینی "عادی" تشخیص دهند. در ابتدا، بسیاری این امر را به عنوان نشانگر بیماری طبیی تفسیر می‌کردند و به پزشک مراقبت‌های اولیه برای شکایت از احساس "مریض بودن"، به جای افسرده بودن مراجعه می‌کردند.

بیماران افسرده معمولاً دیدگاه‌های منفی نسبت به دنیا و خودشان دارند. محتوای تفکر آنها اغلب شامل اندیشه‌های غیرهذیبانی در مورد از دست دادن، گناه، خودکشی و مرگ می‌باشد. حدود ۱۰ درصد از کل بیماران افسرده، علائم قابل توجهی از یک اختلال تفکر، معمولاً انسداد تفکر و فقر عمیق محتوا دارند.

معمولی‌ترین علائم بدنی افسردگی، علائم رشدکننده عصبی افسردگی نامیده می‌شوند و نوعاً شامل انواع علائم جسمانی هستند. جدول ۱-۷ لیست علائم رشدکننده عصبی معمولی را نشان می‌دهد. تقریباً همه بیماران افسرده (۹۷ درصد) از انرژی کم شکایت دارند؛ آنها در به اتمام رساندن کارها مشکل دارند، و در مدرسه و محل کار دچار نقص هستند و انگیزه کمتری برای انجام پروژه‌های جدید دارند. در حدود ۸۰ درصد از بیماران از مشکل در خواب شکایت می‌کنند، مخصوصاً بیدار شدن صبح زود (به عنوان مثال، بی‌خوابی در انتهای زمان خواب) و بیدار شدن‌های متعدد در شب که در طی آن، آنها در مورد مشکلات فکر می‌کنند. بسیاری از بیماران دچار کاهش اشتها و پایین آمدن وزن می‌شوند، ولی بقیه افزایش اشتها و بالا رفتن وزن را تجربه می‌کنند و خواب آنان همواره عادی است. این علائم بعضی اوقات علائم رشدکننده عصبی معکوس یا ویژگی‌های آتیپیک نامیده می‌شوند.

طبق تعریف، افسردگی یک اختلال خلقی و آشفنگی‌هایی در خلق است. بیماران احساس "بد" دارند و ممکن است از کلماتی مانند "غمگین"، "افسرده"، "دارای خلق افسرده" و "دل‌تنگ" یا کلماتی مشابه این احساسات استفاده کنند. در اینجا ما از اصطلاح *دیسفوریا* برای دربرگرفتن این احساسات مختلف افسردگی به عنوان راهی برای جلوگیری از سردرگمی ذاتی در استفاده از کلمه "افسرده" استفاده می‌کنیم که هم تشخیص‌گذاری و هم علامت اصلی را هدف قرار می‌دهد. همچنین، بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از کلمه

جدول ۱-۷

علائم رشدکنندهٔ عصبی در افسردگی



علائم رایج:

خستگی، انرژی کم
عدم توجه
بی‌خوابی، بیدار شدن صبح خیلی زود
اشتهای کم، همراه با از دست دادن وزن
علائمی که گاهی اوقات بروز می‌کنند:
تمایلات جنسی و عملکرد جنسی کاهش یافته
قاعدگی‌های نامنظم
بدتر شدن افسردگی تا قبل از ظهر

تقریباً ۸۰٪ و ۱۰ تا ۱۵ درصد از آنها مرتکب خودکشی می‌شوند. کسانی که اخیراً به خاطر اقدام به خودکشی یا افکار گرایش به خودکشی بستری شده‌اند، خطر مادام‌العمر بیشتر در زمینهٔ خودکشی موفق در مقایسه با کسانی که هرگز به خاطر افکار خودکشی بستری نبوده‌اند، دارند.

بیماران افسرده‌ای که ویژگی‌های روان‌پریشانه دارند گاهی در اثر سیستم‌های هدیانی‌شان به فکر کشتن یک فرد می‌افتند، ولی اکثر بیماران به شدت افسرده، اغلب انگیزه یا انرژی برای عمل کردن به طور تکانشی یا به صورت خشونت‌آمیز ندارند. بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی در معرض خطر خودکشی هستند زیرا آنها شروع به بهبود کرده و دوباره انرژی موردنیاز برای برنامه‌ریزی و اقدام به خودکشی را به دست می‌آورند (خودکشی پارادوکسیکال).

تقریباً ۵۰ تا ۷۵ درصد از کل بیماران افسرده بعضی از معیارهای نقص شناختی را دارند. علائم شناختی، شامل گزارش‌های ذهنی از یک ناتوانی در تمرکز (۸۴٪ از بیماران در یک بررسی) و نقابسی در تفکر (۶۷٪ از بیماران در بررسی دیگر) است.

یک کارمند دولتی ۴۲ ساله می‌گفت که او آنقدر به خاطر افسردگی، فلج شده که احساس می‌کند که او هیچ ابتکار عمل شخصی و اراده‌ای از خود ندارد؛ او باور داشت که بعضی از نیروهای قوی، جلوی اعمالش را گرفته‌اند و این که آن نیروها در مورد هر عملی که او انجام می‌دهد اظهارنظر می‌کنند. بیمار با مصرف داروی نگهدارندهٔ هیجانان به طور کامل بهبود پیدا کرد. هیچ دلیلی وجود ندارد که باور کنیم که در این بیمار احساسات قابل قبول از لحاظ بدنی و صداها در حال اظهارنظر، یک فرآیند اسکیزوفرنی را مشخص می‌کند.

بیماران افسرده ممکن است از هذیان‌ها یا توهم‌های همراه با دوره افسردگی شکایت کنند. چنین بیماری‌هایی ممکن است یک دوره افسردگی اساسی به همراه ویژگی‌های روان‌پریشانه داشته باشند که اغلب افسردگی روان‌پریشانه نامیده می‌شود. هذیان‌ها و توهم‌هایی که با اختلال افسرده بیمار همخوانی داشته باشند، به عنوان هذیان‌ها و توهم‌های هماهنگ با خلق گفته می‌شوند. هذیان‌های هماهنگ با خلق در فرد افسرده شامل هذیان‌های گناه، معصیت، بی‌ارزشی، فقر، شکست، گزند و آسیب، و بیماری‌های جسمانی صعب‌العلاج (از قبیل سرطان و "پوسیدگی مغز") می‌شوند. محتوای هذیان‌ها یا توهم‌های ناهماهنگ با خلق، با خلق افسرده همسو نیست. برای مثال، یک هذیان ناهماهنگ با خلق در یک شخص افسرده ممکن است شامل موضوعات خودبزرگ‌بینانه‌ای در مورد قدرت، دانش، و ثروت مبالغه‌آمیز باشند.

افسردگی قبلی اثر نکرده‌اند را باور کنیم. چنین اظهاراتی ممکن است نادرست باشد و تأیید گفته‌ها مستلزم تأیید از طرف منابع دیگر است. روان‌پزشکان نباید اطلاعات غلط بیماران را به عنوان یک جعل عمدی در نظر بگیرند؛ پذیرش هر اطلاعات امیدوارکننده‌ای ممکن است برای یک شخص در حالت افسردگی ذهنی غیرممکن باشد.

سایر بیماران، مخصوصاً آنهایی که بینش ضعیفی دارند، ممکن است در گزارش دادن علائم یا دوره‌های قبلی اشکال داشته باشند. پرسش در مورد تغییرات در عملکرد ممکن است بیشتر از آن که در مورد حالت‌های هیجانی و عاطفی باشد ممکن است کمک‌دهنده باشد ("آیا زمان‌هایی بوده که شما احساس کنید در زمینه کار کردن یا مراقبت از فرزندان ناتوان هستید؟").

تظاهر در گروه‌های خاص

افسردگی در کودکان و نوجوانان. هراس از مدرسه و چسبیدن بیش از حد به والدین ممکن است از علائم افسردگی در کودکان باشند. عملکرد تحصیلی ضعیف، سوء مصرف مواد، رفتار ضد اجتماعی، بی‌بندوباری جنسی، مدرسه‌گریزی، و فرار ممکن است علائم افسردگی در نوجوانان باشند.

افسردگی در سالخورده‌گان. افسردگی در افراد مسن‌تر در مقایسه با میزان آن در جمعیت عمومی، شایع‌تر است. بررسی‌های مختلف، میزان شیوع افسردگی را در دامنه‌ای از ۲۵ تا تقریباً ۵۰ درصد گزارش کرده‌اند، گرچه درصد این موارد که در اثر اختلال افسردگی اساسی ایجاد می‌شوند، نامشخص است. بررسی‌های متعدد نشان می‌دهند که افسردگی

اکثر بیماران افسرده دارای جهت یابی هستند، گرچه بعضی از آنها ممکن است انرژی یا علاقه کافی برای پاسخ به سئوالات در مورد این موضوعات را در طول مصاحبه، نداشته باشند. جدا کردن حافظه از مشکلات تمرکز می‌تواند چالش‌برانگیز باشد. با این حال، به نظر می‌رسد بعضی از بیماران علاوه بر سایر نقایص شناختی، مشکلاتی در حافظه اصلی دارند.

به نظر می‌رسد بعضی از بیماران افسرده گاهی اوقات از افسردگی‌شان ناآگاهند و با این که آنها دور شدن از خانواده، دوستان، و فعالیت‌هایی که قبلاً مورد علاقه‌شان بوده را نشان می‌دهند، از آشفتگی خلقی شکایت نمی‌کنند. سایر بیماران افسرده، مخصوصاً آنهایی که افکار مختلی دارند ممکن است بیش از حد منفی، در توصیف علامت‌دار خود اغراق‌آمیز و در مورد آینده ناامید باشند. ممکن است متقاعد کردن چنین بیمارانی در زمینه این که بهبودی امکان‌پذیر است دشوار باشد.

ما می‌توانیم قضاوت را از طریق مرور بررسی اعمال بیمار در گذشته اخیر و رفتارشان در طول مصاحبه ارزیابی کنیم. بیماران دارای حسم اندازه‌های منفی به ویژه باید محتاط باشند تا زمانی که دوباره آنها "به صورت عادی فکر می‌کنند"، تصمیم‌های مهم در زندگی (به عنوان مثال، در مورد یک رابطه یا شغل) نگیرند.

در مصاحبه‌ها و مکالمات، بیماران افسرده ممکن است بر مسائل بد پافشاری کرده و موارد خوب را به حداقل برسانند. آنها ممکن است در مورد کارآزمایی‌های درمانی قبلی بدبین باشند. یک اشتباه بالینی متداول این است که بدون شک یک بیمار افسرده را که اظهار می‌کند کارآزمایی داروهای ضد