

## بیماری‌های روانی

برای دانشجویان دندان پزشکی و دندان پزشکان



# بیماری‌های روانی

برای دانشجویان دندان پزشکی و دندان پزشکان

(درسنامه)

تألیف

دکتر فرهاد شاملو

متخصص روان پزشکی

عضو هیأت علمی دانشگاه

عضو هیأت ممیته گواهینامه تخصصی روان پزشکی

<p>سرشناسه: شاملو، فرهاد، ۱۳۳۴ - عنوان و نام پدیدآور: بیماری‌های روانی برای دانشجویان دندانپزشکی و دندانپزشکان (درسنامه) / تالیف فرهاد شاملو. مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند: انتشارات ارجمند و نسل فردا، ۱۳۹۰. مشخصات ظاهری: ۱۵۲ ص، قطع: وزیری شابک ۶-۱۵۶-۲۰۰-۶۰۰-۹۷۸ وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا موضوع: بیماری‌های روانی، بیماری‌های روانی -- تشخیص رده‌بندی کنگره: ۹۱۳۹۰ ب ۲ / RC۴۵۴ رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹ شماره کتابشناسی ملی: ۲۶۲۴۱۶۵</p>	<p>دکتر فرهاد شاملو بیماری‌های روانی برای دانشجویان دندانپزشکی و دندانپزشکان (درسنامه) فروست: ۱۹۹ ناشر: کتاب ارجمند (با همکاری انتشارات ارجمند و نسل فردا) حروفچینی و صفحه‌آرایی: محمدی طراح جلد: احسان ارجمند چاپ: سامان، صحافی: روشنگر چاپ اول، فروردین ۱۳۹۲، ۱۱۰۰ نسخه شابک ۶-۱۵۶-۲۰۰-۶۰۰-۹۷۸  www.arjmandpub.com</p>
---	--

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

#### مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰  
شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب تلفن: ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱  
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش تلفن: ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱  
شعبه بابل: خیابان گنج افروز، پاساژ گنج افروز تلفن: ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱  
شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن: ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱  
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

**بها: ۶۰۰۰ تومان**

تقدیم به همسر

که مشوق من در نوشتن این کتاب شد

## مقدمه

بیماری‌های روانی برای دانشجویان دندان پزشکی یکی از واحدهای درسی این رشته است که در دانشکده‌های دندان پزشکی تدریس می‌شود و با وجودی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سرفصل‌های آن مشخص شده ولی کتاب مناسبی که به ویژه به رابطه بین دندان پزشکی و روان پزشکی پردازد، دردست نیست و اکثر اساتید، همان مباحث بیماری‌های روانی برای دانشجویان پزشکی را به شکلی خلاصه‌تر برای دانشجویان دندان پزشکی هم تدریس می‌کنند.

کتاب حاضر بر اساس سرفصل‌های وزارت خانه در ۱۷ جلسه یک ساعته به صورت درس نامه تدوین گردیده و بخش‌هایی که مستقیماً به رابطه بین دندان پزشکی و روان پزشکی می‌پردازد در داخل کادر مشخص شده است.

از آنجا که سعی شده مطالب هر فصل نسبتاً کامل باشد، مباحث هر جلسه به نظر مفصل‌تر از آن چیزی است که مورد نظر وزارت خانه بوده و لذا هر مدرس می‌تواند بخش‌هایی را خلاصه یا حذف کند.

**دکتر فرهاد شاملو**

## فهرست

- ۱۴- پینش..... ۲۶
- فصل سوم: اختلال‌های خلقی**..... ۲۷
- طبقه‌بندی اختلال‌های خلقی ..... ۲۹
- تشخیص افتراقی ..... ۳۲
- فصل‌های چهارم و پنجم: اختلال‌های اضطرابی**
- ۱- اختلال پانیک (هول) ..... ۳۶
- ۲- آگورافوبیا (گذر هراسی) ..... ۳۷
- ۳- هراس اختصاصی ..... ۳۸
- ۴- هراس اجتماعی ..... ۴۰
- ۵- اختلال وسواسی- اجباری ..... ۴۱
- ۶- اختلال اضطرابی منتشر ..... ۴۲
- ۷- اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) ..... ۴۳
- ۸- اختلال اضطرابی ناشی از بیماری ..... ۴۴
- ۹- اختلال اضطرابی ناشی از مواد و داروها ..... ۴۴
- فصل ششم: اختلال‌های روان پریشانه**..... ۴۵
- ۱- اسکیزوفرنی ..... ۴۵
- ۲- اختلال اسکیزوفرنی فرم ..... ۴۸
- ۳- اختلال اسکیزوافکتیو ..... ۴۹
- ۴- اختلال روان‌پریشی گذرا ..... ۴۹
- ۵- اختلال هذیانی ..... ۵۰
- ۶- روان‌پریشی پس از زایمان ..... ۵۱
- ۷- سایر روان‌پریشی‌ها ..... ۵۱
- فصل هفتم: اختلال‌های روان تنی**..... ۵۴
- اختلالات خاص ..... ۵۶
- درمان اختلالات روان تنی ..... ۶۰
- فصل‌های هشتم و نهم: اختلال‌های وابسته به مواد**
- واژه‌شناسی**..... ۶۱
- ۱- اختلالات مربوط به اپیوئیدها (مواد شبه افیونی)..... ۶۳
- ۲- اختلالات مربوط به الکل ..... ۶۴
- ۳- اختلالات مربوط به کانابیس (حشیش و ماری جوانا)..... ۶۷
- ۴- اختلالات وابسته به آمفتامین‌ها و شبه آمفتامین‌ها ..... ۶۸
- ۵- کوکائین ..... ۶۹
- فصل اول: طبقه‌بندی بیماری‌های روانی**..... ۹
- ۱- اختلالاتی که معمولاً در کودکی یا نوجوانی آشکار می‌شوند ..... ۱۰
- ۲- اختلالات شناختی ..... ۱۱
- ۳- اختلالات روانی ناشی از مشکلات عمومی ..... ۱۲
- ۴- اختلال‌های مربوط به مصرف مواد، داروها یا سموم ..... ۱۲
- ۵- روان پریشی‌ها ..... ۱۲
- ۶- اختلالات خلقی ..... ۱۳
- ۷- اختلالات اضطرابی ..... ۱۳
- ۸- اختلالات شبه جسمی ..... ۱۴
- ۹- اختلال ساختگی ..... ۱۴
- ۱۰- اختلالات تجزیه‌ای ..... ۱۴
- ۱۱- اختلالات جنسی و هویت جنسی ..... ۱۴
- ۱۲- اختلالات خوردن ..... ۱۴
- ۱۳- اختلالات خواب ..... ۱۵
- ۱۴- اختلالات کنترل تکانه ..... ۱۵
- ۱۵- اختلالات سازگاری ..... ۱۵
- ۱۶- اختلالات شخصیت ..... ۱۵
- ۱۷- اختلالات روان تنی ..... ۱۶
- ۱۸- مشکلات ارتباطی ..... ۱۶
- ۱۹- مشکلات مربوط به آزار یا بی‌توجهی ..... ۱۶
- ۲۰- سایر اختلالات ..... ۱۶
- فصل دوم: نشانه‌شناسی بیماری‌های روانی**..... ۱۷
- ۱- ظاهر بیمار ..... ۱۷
- ۲- رفتار ..... ۱۷
- ۳- تکلم ..... ۱۸
- ۴- تفکر ..... ۱۸
- ۵- ادراک ..... ۲۱
- ۶- عاطفه ..... ۲۲
- ۷- خلق ..... ۲۳
- ۸- هشیاری ..... ۲۳
- ۹- موقعیت‌سنجی ..... ۲۴
- ۱۰- توجه و تمرکز ..... ۲۴
- ۱۱- حافظه ..... ۲۵
- ۱۲- هوش ..... ۲۵
- ۱۳- قضاوت ..... ۲۶

۶۹	۶- مواد توهم زا
۷۰	۷- فن سیکلیدین (PCP)
۷۱	۸- نیکوتین
۷۱	۹- کافئین
۷۲	۱۰- داروهای رخوت‌زا، خواب‌آور و ضد اضطراب
۷۳	۱۱- استروئیدهای آنابولیک
۷۴	۱۲- مواد استنشاقی
<b>فصل دهم: اختلال‌های شخصیت طبقه بندی ۷۵</b>	
۷۶	۱- اختلال شخصیت پارانوئید (بدگمان)
۷۷	۲- اختلال شخصیت اسکیزوئید
۷۸	۳- اختلال شخصیت اسکیزوتایپی
۷۸	۴- اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۷۹	۵- اختلال شخصیت مرزی
۷۹	۶- اختلال شخصیت نمایشی (هیستریونیک)
۸۰	۷- اختلال شخصیت خودشیفته
۸۰	۸- اختلال شخصیت دوری‌گزین
۸۱	۹- اختلال شخصیت وابسته
۸۱	۱۰- اختلال شخصیت وسواسی-جبری
۸۲	۱۱- اختلال شخصیت پرخاشگر منفعل
۸۳	۱۲- اختلال شخصیت افسرده
۱۳- اختلال شخصیت خود-دیگر آزار	
۸۳	(سادومازوخیستی)
۸۳	۱۴- اختلال شخصیت ناشی از بیماری طبی عمومی
<b>فصل یازدهم: رفتار جنسی و اختلالات آن ۸۵</b>	
۸۶	عملکرد جنسی
۸۷	اختلال‌های عملکرد جنسی
۹۳	نابهنجاری‌های جنسی
<b>فصل دوازدهم: اختلال‌های خواب و خوردن</b>	
۹۵	اختلال‌های خواب
۹۶	اختلالات خواب
۹۸	بدخوابی‌ها (پاراسومنیاه‌ها)
۱۰۱	اختلالات خوردن
<b>فصل سیزدهم: اختلال‌های شبه جسمی و تجزیه‌ای،</b>	
۱۰۵	تمارض و اختلال ساختگی
۱۰۹	تمارض
۱۱۰	اختلال ساختگی
۱۱۱	اختلال‌های تجزیه‌ای
<b>فصل چهاردهم: روانپزشکی کودک ۱۱۴</b>	
۱۱۴	۱- عقب‌ماندگی ذهنی (MR)
۱۱۵	۲- اختلال کم توجهی-بیش‌فعالی
۱۱۶	۳- اختلال‌های تیک
۱۱۷	۴- اختلال اضطراب جدایی
۱۱۸	۵- اختلال سلوک
۱۱۸	۶- اختلال نافرمانی مقابله جویانه
۱۱۹	۷- گنگی انتخابی
۱۱۹	۸- اختلالات فراگیر رشد
۱۲۰	۹- اختلال‌های دفعی
۱۲۱	۱۰- اختلال‌های ارتباطی
۱۲۱	۱۱- اختلالات تغذیه و خوردن در شیرخوارگی و اوایل
۱۲۲	کودکی
۱۲۳	۱۲- اختلال‌های یادگیری
<b>فصل پانزدهم: سایر اختلال‌های روانی ۱۲۴</b>	
۱۲۸	جنبه‌های روانپزشکی بیماری ایندز
۱۳۰	اختلالات شناختی
<b>فصل شانزدهم: درمان‌های روان‌شناختی و اشاره‌ای</b>	
۱۳۴	به انواع روان‌درمانی‌ها
۱۳۴	۱- روش‌های پایه‌ای و درمان حمایتی
۱۳۵	۲- اقدامات مشاوره‌ای
۱۳۶	۳- درمان‌های شناختی-رفتاری
<b>فصل هفدهم: مروری بر درمان‌های دارویی و سایر</b>	
۱۴۲	درمان‌های غیر روان‌شناختی
۱۴۲	اصول اساسی داروشناسی روانی
۱۴۳	داروهای ضد روان‌پریشی
۱۴۴	داروهای ضد افسردگی
۱۴۶	داروهای ضد اضطراب و خواب‌آور
۱۴۸	داروهای تثبیت‌کننده خلق
۱۵۰	آگونست‌های آلفا ۱ آدرنرژیک
۱۵۱	درمان با تشنج الکتریکی (ECT)
۱۵۱	سایر درمان‌های غیر دارویی
۱۵۲	از همین مؤلف



## فصل اول



# طبقه‌بندی بیماری‌های روانی

طبقه‌بندی<sup>۱</sup> فرایندی است که با مرتب کردن پدیده‌ها بر اساس برخی معیارهای اثبات شده، به دسته‌های مختلف، سعی می‌کند از پیچیدگی این پدیده‌ها بکاهد. طبقه‌بندی بیماری‌های روانی به درک و ارتباط بهتر پزشکان با یکدیگر کمک می‌کند و شرط اصلی این امر، توافق بر سر معیارها و اصول تشخیصی است. به طور ایده‌آل، طبقه‌بندی مناسب بیماری‌ها بر اساس سبب‌شناسی یا فیزیولوژی است اما در حال حاضر به دلیل وجود ابهامات فراوان در سبب‌شناسی بیماری‌های روانی، اکثر طبقه‌بندی‌ها بر اساس علایم بالینی اختلالات صورت می‌پذیرد.

طبقه‌بندی<sup>۱</sup> فرایندی است که با مرتب کردن پدیده‌ها بر اساس برخی معیارهای اثبات شده، به دسته‌های مختلف، سعی می‌کند از پیچیدگی این پدیده‌ها بکاهد. طبقه‌بندی بیماری‌های روانی به درک و ارتباط بهتر پزشکان با یکدیگر کمک می‌کند و شرط اصلی این امر، توافق بر سر معیارها و اصول تشخیصی است. به طور ایده‌آل، طبقه‌بندی مناسب بیماری‌ها بر اساس سبب‌شناسی یا فیزیولوژی است اما در حال حاضر به دلیل وجود ابهامات فراوان در سبب‌شناسی بیماری‌های روانی، اکثر طبقه‌بندی‌ها بر اساس علایم بالینی اختلالات صورت می‌پذیرد.

### اختلال روانی

نظام‌های طبقه‌بندی متفاوتی برای بیماری‌های روانی به کار برده می‌شوند. یکی از این نظام‌ها که به طور خلاصه DSM<sup>۲</sup> نام دارد و ویرایش تجدید نظر شده چهارم آن (DSM-IV-TR) اکنون توسط دست‌اندرکاران بهداشت و درمان اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، حاوی ملاک‌های تشخیصی برای ۱۷ طبقه اصلی اختلال‌های روانی و متشکل از ۳۷۵ بیماری جداگانه است. این سیستم طبقه‌بندی توسط انجمن روانپزشکی آمریکا تنظیم و منتشر می‌شود.

در اروپا از نظام طبقه‌بندی دیگری استفاده می‌شود که به ICD<sup>۳</sup> موسوم است و ویرایش دهم آن به نام ICD-10 اکنون در دسترس است. تقسیم‌بندی

1- Classification

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

3- International Classification of Diseases

عضوی بدین معنا نیست که بیماری‌های روانی دارای ریشه زیست‌شناختی نیستند بلکه در حال حاضر علت مشخص عضوی را نمی‌توان برای آن‌ها معین کرد. گروه‌های مختلف اختلالات روانی از این قرارند:

### ۱- اختلالاتی که معمولاً در کودکی یا نوجوانی آشکار می‌شوند.

این اختلالات می‌توانند تا دوران بزرگسالی هم تداوم یابند و شامل موارد زیرند:

**الف) عقب ماندگی ذهنی<sup>۵</sup>:** بهره هوشی کمتر از ۷۰ همراه با اختلال در رشد و کسب توانایی‌های متناسب با سن (مثل مراقبت از خود، مهارت‌های بین فردی و برقراری ارتباط مناسب اجتماعی) و وجود ناسازگاری اجتماعی. عقب‌ماندگی ذهنی به انواع ضعیف، متوسط، شدید و عمیق تقسیم می‌شود.

**ب) اختلال‌های یادگیری:** توانایی کودک در یک یا چند زمینه تحصیلی مثل ریاضیات، نوشتن یا خواندن زیر حد انتظار مربوط به سن، تحصیل و هوش است و موجب اختلال عمده در عملکرد تحصیلی او شده است. این اختلال می‌تواند با عقب‌ماندگی ذهنی هم همراه باشد یا نباشد.

**ج) اختلال مهارت‌های حرکتی:** اختلال در تکامل هماهنگی حرکات است که منجر به ناموزونی حرکات می‌شود و سبب اختلال عمده در عملکرد می‌گردد. حرکات تکاملی این کودکان مثل خزیدن، قدم زدن، پرتاب اشیاء و رفتارهای ورزشی زیر حد انتظار متناسب با سن و هوش است. این اختلالات نباید ناشی از بیماری‌های جسمی مثل فلج مغزی یا

به عنوان مثال کسی که اقدام به قتل می‌کند لزوماً دچار بیماری روانی نیست. رفتار نابهنجار را فقط زمانی باید به اختلال روانپزشکی نسبت داد که شواهد روشنی در تأیید ملاک‌های تشخیصی لازم هر اختلال موجود باشد.

### روان پریشی (سایکوز)<sup>۱</sup>

یک اصطلاح عمومی است که برای توصیف اشکال شدید اختلالات روانپزشکی به کار می‌رود که در آن‌ها توهم و هذیان وجود دارد و واقعیت‌سنجی بیمار از بین رفته و بینش به بیمار بودن خود هم وجود ندارد مثل اسکیزوفرنیا.

### روان نژندی (نوروز)<sup>۲</sup>

یک اصطلاح کلی است و برای توصیف اختلالات روانپزشکی به کار می‌رود که صرف نظر از شدت کمتر نسبت به سایکوز، فاقد هرگونه توهم و هذیان‌اند و بینش و واقعیت‌سنجی بیمار از بین نرفته است. اساس روان نژندی‌ها عموماً تعارضات درون روانی یا وقایع زندگی است که موجب بروز اضطراب می‌شوند مثل وسواس و فوبیا.

### اختلال عملکردی<sup>۳</sup>

به اختلالی گفته می‌شود که با توجه به اطلاعات علمی کنونی هیچ‌گونه تخریب ساختمانی یا علت واضح زیست‌شناختی در سبب‌شناختی آن مطرح نمی‌شود.

### اختلال عضوی<sup>۴</sup>

این اختلال به علت یک عامل اختصاصی به وجود می‌آید که تغییراتی ساختمانی یا بیوشیمیایی در مغز ایجاد می‌کند. از جمله این موارد می‌توان به تومور مغزی یا مصرف مواد اشاره کرد.

لازم به توضیح است که تقسیم‌بندی عملکردی و

1- Psychosis  
2- Neurosis  
3- Functional  
4- Organic  
5- Mental Retardation

حداقل ۲ بار در هفته و به مدت بیش از ۳ ماه تداوم داشته باشند.

**ی) سایر اختلالات دوران نوزادی، کودکی یا نوجوانی:** شامل اضطراب جدایی (بروز اضطراب شدید در هنگام دور شدن از منزل یا افرادی که وابستگی بدانها وجود دارد و فراتر از اضطراب متناسب با سن است) و گنگی<sup>۶</sup> انتخابی (خودداری از صحبت کردن در بعضی موقعیت‌های خاص مثل مدرسه، در عین توانایی تکلم در موقعیت‌های دیگر) و اختلال دلبستگی واکنشی شیرخواری یا اوایل کودکی (اختلال در شروع ایجاد رابطه یا واکنش به ارتباطات اجتماعی و ابراز دلبستگی اجتماعی ناشی از نحوه مراقبت شدیداً بیمارگونه والدین یا سایر مراقبت‌گران کودک) و اختلال حرکات کلیشه‌ای (حرکات تکراری قالبی مثل تکان دادن بدن یا دست‌ها، کوبیدن سر به اطراف، گاز گرفتن خود، ناخن جویدن و رفتارهای مشابه) است.

## ۲- اختلالات شناختی

علائم بارز این اختلالات، نقص چشمگیر در حافظه، قضاوت، تکلم، توجه و هشیاری است. این اختلالات در نتیجه اختلال عملکرد مغز به علت آسیب عضوی در داخل یا خارج مغز ایجاد می‌شوند و مهم‌ترین آن‌ها شامل دلیریوم، دمانس و اختلالات فراموشی است.

**الف) دلیریوم<sup>۷</sup>:** اختلال در هوشیاری، توجه، اورینتاسیون، حافظه و تکلم است که می‌تواند با توهم یا اشتباه حسی (ایلوژن) هم همراه باشد.

1- Autism

2- Rett

3- Asperger

4- Attention deficit Hyperactivity Disorder

5- Tourette

6- Mutism

7- Delirium

اختلالات عضلانی باشند.

**د) اختلالات ارتباطی:** اختلال در تکامل تکلم است که می‌تواند به صورت اشکال در بیان کلمات، درک کلمات، تولید اصوات و یا به شکل لکنت زبان باشد و موجب اختلال مهم عملکردی تکلمی کودک گردد.

**ه) اختلالات فراگیر رشد:** مشخصات اصلی این اختلالات عبارتند از: مشکلات در رفتارهای اجتماعی، ارتباط و علایق که به صورت رفتارهای انزواگرایانه و نامعمول خود را نشان می‌دهند و مهم‌ترین آن‌ها شامل اختلال اوتیسم<sup>۱</sup> کودکان، سندرم رت<sup>۲</sup> و سندرم اسپرگر<sup>۳</sup> است.

**و) اختلال کمبود توجه (ADHD)<sup>۴</sup> و رفتارهای تخریبی (اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه):** علایم اصلی این اختلالات شامل: عدم توجه، پرخاشگری مفرط، خصومت، احساس طرد شدگی و منفی‌گری است.

**ز) اختلالات تغذیه و غذا خوردن در دوران نوزادی و اوایل کودکی:** شامل Pica (هرزه خواری) به صورت خوردن مستمر مواد غیر خوراکی از قبیل رنگ، شن، کاغذ، نخ و پارچه - اختلال نشخوار (برگشت غذا از معده و جویدن مجدد آن) - و اختلال تغذیه‌ای شیرخواری و اوایل کودکی (ناتوانی در خوردن غذای کافی و اشکال در کسب وزن مورد نظر و متناسب که ناشی از بیماری دیگری نباشد) است.

**ح) اختلالات تیک:** وجود حرکات ناگهانی یا ادای صورت به صورت مکرر و غیرارادی و کلیشه‌ای و غیر ریتمیک است و شامل سندرم تور<sup>۵</sup>، اختلال تیک گذرا و اختلال تیک صوتی حرکتی مزمن می‌باشد.

**ت) اختلالات دفعی:** به صورت ناتوانی در کنترل ادرار (پس از ۵ سالگی) یا مدفوع (پس از ۴ سالگی) به صورت ارادی یا غیر ارادی است. این علایم باید

توهم‌زها، مواد استنشاقی، نیکوتین، مواد افیونی، فن‌سیکلیدین و داروهای خواب‌آور هستند. استروئیدهای آنابولیت و نیتريت‌ها و داروهای موسوم به داروهای تجویز نشده و خیابانی هم در این دسته جای می‌گیرند.

کلیه این مواد بجز کافئین منجر به بروز سندرم وابستگی می‌شوند. سوء مصرف درباره کلیه مواد فوق بجز کافئین و نیکوتین مطرح است و شامل مواردی می‌باشد که مصرف یک ماده منجر به بروز مشکلات عمده روانی - اجتماعی شده باشد.

### ۵- روان پریشی‌ها

اختلالاتی هستند که با آشفتگی تفکر و تفسیر نادرست واقعیت‌ها مشخص می‌شوند و اغلب با توهم و هذیان همراهند. انواع مختلف روان‌پریشی‌ها از این قرارند:

**الف) اسکیزوفرنی<sup>۲</sup>:** یک اختلال روان‌پریشی مزمن است که با تغییرات عمده در تفکر، رفتار، عواطف و ادراک همراه می‌باشد و به انواع پارانوئید، کاتاتونیک، نابسامان، تمایز نیافته و باقیمانده تقسیم می‌شود. مدت زمان وجود علایم برای حداقل شش ماه جهت تشخیص اسکیزوفرنی ضرورت دارد.

**ب) اختلال اسکیزوفرنی فرم (شبه اسکیزوفرنی):** همان علایم مرحله حاد اسکیزوفرنی را دارد ولی طول مدت آن بین یک تا شش ماه است.

**ج) اختلال روان‌پریشی گذرا:** نوعی اختلال روان‌پریشی است که حداقل یک روز و حداکثر یک ماه طول می‌کشد و بیمار به سطح عملکرد قبلی خود باز می‌گردد. در بسیاری از موارد، یک عامل فشار روانی خارجی عامل این اختلال است.

دلیریوم عمدتاً اختلالی حاد است و در اثر اختلالات طبی، مصرف یا قطع ناگهانی مواد و داروها ایجاد می‌شود.

**ب) دمانس<sup>۱</sup>:** اختلال در حافظه وجود دارد که می‌تواند با سایر علایم اختلال در کارکرد مغز و نارسایی رفتاری هم همراه باشد و سیری مزمن دارد. دمانس نوع آلزایمر، شایع‌ترین نوع دمانس است.

**ج) اختلال فراموشی:** با اختلال عمده در حافظه مشخص می‌شود. اختلال در فراموشی برجسته است ولی سایر علایم دمانس را ندارد. می‌تواند در اثر بیماری‌های طبی (مثل هیپوکسی) یا در اثر مصرف مواد و داروها به وجود آید.

### ۳- اختلالات روانی ناشی از مشکلات عمومی طبی

شامل علایم و نشانه‌های اختلالات روانپزشکی هستند که مستقیماً به دلیل بیماری‌های طبی رخ داده‌اند از جمله آنسفالیت، ضربه سر، بیماری‌های قلبی عروقی، تومورهای داخل جمجمه، اختلالات غدد و غیره.

علایم شایع شامل اضطراب، علایم خلقی مثل افسردگی، علایم روان‌پریشی، اختلال در خواب، اختلال عملکرد جنسی، تغییرات شخصیتی، فراموشی و علایم دلیریوم و دمانس است.

### ۴- اختلال‌های مربوط به مصرف مواد، داروها یا سموم

شامل سندرم‌هایی از قبیل مسمومیت، سوء مصرف، وابستگی، قطع مصرف و مجموعه علایمی چون دمانس، دلیریوم، فراموشی، روان‌پریشی، علایم خلقی، اضطراب، اختلال خواب و اختلال عملکرد جنسی می‌شوند. موادی که عامل این سندرم‌ها اند شامل الکل، آمفتامین‌ها، کافئین، کانابیس، کوکائین،

1- Dementia

2- Schizophrenia

نوع II (وجود دوره‌های هیپومانیا<sup>۳</sup> و افسردگی شدید)، اختلال خلق ادواری (وجود دوره‌های افسردگی خفیف و هیپومانیا)، اختلال خلق ناشی از بیماری‌های طبی (مثل هیپوتیروئیدسم) و اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد و داروها می‌باشد.

#### ۷- اختلالات اضطرابی<sup>۴</sup>

علائم اضطرابی عمده‌ترین تظاهر این گروه از بیماری‌هاست. این اختلالات عبارتند از اختلال پانیک<sup>۵</sup> (بروز حملات شدید ترس و وحشت در موقعیت‌هایی که عاملی برای این ترس وجود ندارد)، گذر هراسی (تلاش برای اجتناب از حضور در موقعیت‌هایی که بیمار احتمال بروز حمله پانیک یا حملات مشابه یا اشکال در کمک‌رسانی در صورت بروز این حملات را تصور می‌کند)، فوبیای<sup>۶</sup> اختصاصی (ترس بی‌دلیل و شدید از موضوعات یا موقعیت‌هایی خاص که برای اکثریت مردم ترسناک نیستند)، اجتماع هراسی (ترس از انجام کار یا صحبت کردن در حضور دیگران به خاطر نگرانی از دست‌پاچگی و تحقیر شدن)، اختلال وسواسی-جبری (مزاحمت و نفوذ غیر ارادی و پایدار افکار، تمایلات، تکانه‌ها، تصاویر و یا اعمال تکراری اجباری و یا هر دو دسته افکار و اعمال)، اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD = بروز علائم متعاقب فشار روانی بیش از حد در اثر حوادث تهدید کننده زندگی)، اختلال فشار روانی حاد (همان ویژگی‌های PTSD را دارد ولی حداکثر طول مدت آن یک ماه است)، اختلال اضطراب منتشر (اضطراب مزمن در اکثر مواقع و موقعیت‌ها)، اختلال اضطرابی ناشی از اختلالات طبی (مثل هیپرتیروئیدی) و اختلال

(د) **اختلال اسکیزوافکتیو**: با مجموعه‌ای از علائم اسکیزوفرنی و علائم خلقی (افسردگی یا مانیا) مشخص می‌شود.

(ه) **اختلال هذیانی**: نوعی اختلال روان‌پریشی است که با هذیان بارز و مشخص همراه می‌باشد مثل هذیان گزند و آسیب، خود بزرگ‌بینی، حسادت، جسمی و عاشقانه. اختلال هذیانی فاقد سایر علائم و معیارهای مربوط به اسکیزوفرنیاست. هذیان‌ها عجیب و غریب نیستند و در عالم واقع امکان‌پذیرند (بر خلاف هذیان‌های غریب مثل هذیان کنترل فکر یا فکرخوانی). این اختلال سیری مزمن دارد و سایر ابعاد شخصیتی بیمار بر خلاف اسکیزوفرنیا سالم باقی می‌مانند.

(و) **اختلال روان‌پریشی اشتراکی**: در این اختلال، فرد مبتلا به سبب وابستگی زیاد به یک بیمار، هذیان‌های مشابه هذیان‌های او پیدا می‌کند.

(ز) **اختلال روان‌پریشی ناشی از مشکلات عمومی طبی**: شامل توهمات یا هذیان‌هایی است که به علت بیماری‌های طبی به وجود آمده‌اند مثل تومور مغزی، مننژیت یا صرع لوب تمپورال.

(ح) **اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد**: شامل علائم روان‌پریشی است که در اثر مصرف یا قطع ناگهانی داروها و مواد به وجود می‌آید.

#### ۶- اختلالات خلقی<sup>۱</sup>

تغییرات غیر طبیعی خلق مهم‌ترین علامت این دسته از بیماری‌هاست. این اختلالات شامل: اختلال افسردگی اساسی (با علائم شدید و حاد افسردگی)، اختلال افسرده‌خویی (با علائم خفیف و مزمن افسردگی)، اختلال دوقطبی نوع I (به صورت نوسانات بین علائم افسردگی شدید و مانیا<sup>۲</sup> که با دوره‌های عود و بهبود همراه است)، اختلال دوقطبی

1- Mood disorders	2- Mania
3- Hypomania	4- Anxiety disorders
5- Panic disorder	6- Phobia

اضطرابی ناشی از مواد (در اثر مصرف یا ترک مواد)

### ۸- اختلالات شبه جسمی

این گروه از بیماری‌ها با اشتغال ذهنی در مورد بدن و ترس از بیماری و بروز علایمی شبیه به بیماری‌های جسمی مشخص می‌شوند و در تشخیص افتراقی بیمارانی که با بعضی شکایات جسمی مراجعه می‌کنند، مطرح می‌گردند و شامل اختلال جسمانی کردن (وجود شکایات متعدد جسمی در ارگان‌های مختلف بدن بدون آسیب‌شناسی عضوی)، اختلال تبدیلی (وجود علایم حسی یا حرکتی که یادآور اختلالات نورولوژیک یا سایر بیماری‌های جسمی‌اند و عوامل روان‌زا در ایجاد آن علایم نقش دارد و بیماران ممکن است از داشتن این علایم به طور ناخودآگاه نفع ببرند)، اختلال درد (درد و اشتغال فکری با درد که مسائل روان‌شناختی در شروع، تشدید یا تداوم آن نقش دارند)، خودبیمار انگاری (اشتغال فکری و ترس مداوم از وجود بیماری‌های جدی مزمن بر پایه تفسیر اشتباه علایم فیزیکی) و اختلال بد ریخت انگاری بدن (نگرانی غیر واقع‌بینانه در مورد بدشکلی قسمتی از بدن) هستند.

### ۹- اختلال ساختگی

ویژگی این اختلال، ایجاد عمدی یا تظاهر به علایم جسمی یا علایم روانی یا هر دوی آن‌ها به منظور بیمارنمایی خود است ولی بر عکس تمارض، انگیزه‌های بیرونی مثل کسب منافع مادی یا اجتناب از وظایف را ندارد.

### ۱۰- اختلالات تجزیه‌ای

با تغییر گذرا و ناگهانی در عملکرد هشیاری، حافظه، هویت یا ادراک مشخص می‌شوند و مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: فراموشی تجزیه‌ای (فراموش کردن اطلاعات مهم شخصی که معمولاً ماهیتی تروماتیک

دارند)، گریز تجزیه‌ای (فرار بدون توجیه از محل زندگی، همراه با از دست دادن نسبی یا کامل هویت فردی)، اختلال هویت تجزیه‌ای (به اختلال شخصیت چندگانه هم موسوم است و فرد مبتلا دارای دو یا چند هویت مجزاست که هر کدام در دوره‌ای کنترل رفتار فرد را به عهده دارند) و اختلال مسخ شخصیت (بروز دوره‌هایی از احساس غیر واقعی بودن در مورد خود و محیط).

### ۱۱- اختلالات جنسی و هویت جنسی

شامل اختلالات عملکرد جنسی، انحرافات جنسی و اختلال هویت جنسی‌اند. اختلالات عملکرد جنسی عبارتند از: اختلالات تمایل جنسی، اختلالات انگیختگی جنسی، اختلالات ارگاسم و اختلالات درد جنسی. در انحرافات جنسی، تمایلات جنسی فرد عمدتاً معطوف به اشیاء است و به افراد و یا به اعمال جنسی تمایل دارد که معمولاً با مقاربت همراه نیستند و یا تمایل بدان است که مقاربت جنسی را در شرایط غیر معمول و عجیب و غریب انجام دهد مثل عورت نمایی یا بچه‌بازی یا دگر آزاری جنسی یا نظربازی جنسی. اختلالات هویت جنسی به صورت احساس عدم رضایت و ناخشنودی از جنسیت زیست‌شناختی خود و تمایل به از دست دادن و تغییر جنسیت است.

### ۱۲- اختلالات خوردن

این اختلالات با تغییرات واضح در رفتارهای غذا خوردن مشخص می‌شوند و شامل بی‌اشتهایی عصبی (ترس از افزایش وزن و چاق شدن که منجر به اجتناب از غذا خوردن و همچنین انجام اقداماتی جبرانی برای کاهش وزن می‌شود) و پراشتهایی عصبی (با حملات غیر قابل کنترل پرخوری که می‌تواند به رفتارهای جبرانی مثل استفراغ عمدی یا ورزش شدید هم منجر شود) است.

و تعریف شده است. واکنش فرد فراتر از واکنش‌های معمول افراد نسبت به حادثه پیش آمده بوده و در حد معیارهای لازم برای تشخیص یک بیماری روانی دیگر مثل افسردگی نیست. رویدادهایی مثل طلاق، ورشکستگی یا بیمار شدن از جمله این حوادث اند.

#### ۱۶- اختلالات شخصیت

وجود الگوهای رفتاری ناسازگارانه است که عمیقاً ریشه‌دار بوده و در تمام طول عمر باقی می‌مانند. این الگوهای رفتاری را معمولاً می‌توان در دوران نوجوانی یا قبل از آن تشخیص داد. اختلال شخصیت وقتی مطرح است که رفتار، تفکر و واکنش‌های هیجانی، مستمر و غیر قابل انعطاف بوده و موجب تنش جدی یا اختلال در عملکرد شده باشند. اختلالات شخصیت شامل موارد زیراند:

**اختلال شخصیت پارانوئید:** سوء ظن بی‌مورد و بی‌اعتمادی به دیگران و انعطاف‌ناپذیری

**اختلال شخصیت اسکیزوئید:** انزواطلبی و خودداری از برقراری روابط نزدیک با دیگران و فقدان عواطف گرم و وجود بی‌اعتنایی به نظر دیگران در مورد خود

**اختلال شخصیت اسکیزوتایپال:** وجود علائم شبیه اسکیزوپسیدها همراه با از دست دادن نسبی واقعیت‌سنجی و داشتن باورهای غیر عادی و رفتارهای عجیب

**اختلال شخصیت ضد اجتماعی:** تعارض با جامعه و قانون‌شکنی، خودخواهی، سنگدلی، مسئولیت‌ناپذیری و عدم احساس گناه و درس نگرفتن از تجارب

**اختلال شخصیت مرزی:** بی‌ثباتی رفتاری و هیجانی و عقیدتی، تکانشگری، اقدام به خودزنی و خودکشی و مشکلات هویت و آشفتگی رفتارهای جنسی

#### ۱۳- اختلالات خواب

شامل بدخوابی‌ها که در آن شخص قادر نیست به خواب رفته یا در خواب بماند (بی‌خوابی) و یا زیاد می‌خوابد (پرخوابی) و نابهنجاری‌های خواب نظیر کابوس‌های شبانه یا خواب‌گردی یا اختلال وحشت شبانه و اختلالات خواب مربوط به تنفس (خر و پف، آپنه) و نارکولپسی و اختلالات چرخه شبانه‌روزی خواب است. اختلالات مزبور می‌توانند اولیه و یا ناشی از سایر بیماری‌های روانی (مثل افسردگی) یا بیماری‌های جسمی یا مربوط به مصرف مواد باشند.

#### ۱۴- اختلالات کنترل تکانه

شامل اختلالاتی‌اند که در آن‌ها فرد قادر به کنترل تکانه‌های خویش در انجام اعمالی که برای خود یا دیگران خطرناک و مضر است نمی‌باشد. بیمار احساس تنش فزاینده‌ای قبل از انجام رفتار دارد و پس از آن احساس رضایت می‌کند. اختلالات این گروه شامل: اختلال انفجاری متناوب (دوره‌های مجزای رفتار تهاجمی و حمله که شدت آن با عامل محرک تناسب ندارد)، دزدی مرضی (دزدی مکرر اشیایی که مورد نیاز شخص نیستند یا ارزش مادی ندارند)، آتش‌افروزی مرضی (آتش‌افروزی‌های مکرر به دلیل اشتغال فکری یا مجذوبیت به آتش که به دلیل نفع مالی، انتقام‌جویی یا مخفی کردن شواهد جنایت نیست)، قماربازی مرضی (الگوی غیر تطابقی اقدام به قماربازی که معیارهای اعتیاد را هم دارد)، وسواس‌کندن مو (کندن مکرر مو که منجر به طاسی مشهود می‌شود) و سایر اختلالات کنترل تکانه که در گروه‌های دیگر بیماری‌ها طبقه‌بندی شده‌اند مثل اختلالات جنسی.

#### ۱۵- اختلالات سازگاری

واکنش غیرانطباقی به یک فشار روانی کاملاً مشخص

**اختلال شخصیت هیستریونیک:** عدم ثبات هیجانی، واکنش افراطی و نیاز به جلب توجه و رفتارهای اغواگرانه)

**اختلال شخصیت خودشیفته:** احساس خود بزرگ بینی و برخورداری از مزایای خاص و نیاز به تحسین از طرف دیگران و در عین حال بی‌ارزش دانستن سایرین و فقط آن‌ها را در خدمت خود خواستن

**اختلال شخصیت دوری‌گزین:** فقدان شور و شوق و کاهش انرژی، فقدان لذت از زندگی، اعتماد به نفس پایین و حساسیت به طرد و انتقاد

**اختلال شخصیت وابسته:** رفتار انفعالی و سلطه‌پذیری، بی‌اعتمادی به توانایی‌های خود و وابستگی و اتکای کامل به دیگران و نیاز به مراقبت،

**اختلال شخصیت وسواسی-جبری:** انعطاف ناپذیری، وظیفه‌شناسی، رعایت موازین وجدانی، کمال‌گرایی، لجاجت و رعایت افراطی جزئیات،

**اختلال شخصیت افسرده:** اندوه و احساس عدم لذت و انزوا،

**اختلال شخصیت منفعل مهاجم:** یک‌دندگی و مسامحه‌کاری عمدی و لجبازی به شکل پنهان،

**اختلال شخصیت خود-دیگر آزار:** خودآزاری، دیگرآزاری یا ترکیبی از هر دو.

### ۱۷- اختلالات روان تنی

شامل اختلالاتی‌اند که با علایم فیزیکی مشخص می‌شوند ولی شروع، تشدید و عواقب این علایم با عوامل هیجانی رابطه دارد. معمولاً یک دستگاه عضوی منفرد بدن درگیر می‌شود که تحت کنترل یا درون‌داد سیستم عصبی اتونوم قرار دارد مثل بروز بیماری آسم، هیپرتانسیون، میگرن و سندرم روده تحریک‌پذیر.

### ۱۸- مشکلات ارتباطی

وجود اختلال در روابط و واکنش‌های اجتماعی است مثل مشکلات والد-فرزند، مشکلات با همسر یا با خواهر و برادر و یا همکاران.

### ۱۹- مشکلات مربوط به آزار یا بی‌توجهی

شامل آزار جسمی یا جنسی کودکان یا افراد بالغ است مثل کودک‌آزاری یا همسر آزاری.

### ۲۰- سایر اختلالات

شامل مشکلات دیگری مثل تمارض، داشتن هوش مرزی، داغ‌دیدگی، مشکلات تحصیلی، مشکلات شغلی و غیره است.



## فصل دوم



# نشانه‌شناسی<sup>۱</sup> بیماری‌های روانی

خود به نظر برسد)، قامت خمیده و سر درگیربان (مثل بیماران افسرده)، حالت چهره غیر معمول (مثل بیش از حد خندان، اخمو، عصبانی، مظنون، مضطرب، متوحش یا بهت زده)، نشانه‌های بی‌توجهی و غفلت از خود (ظاهر ژولیده، موها و ریش بلند و کثیف)، نوع لباس غیر عادی (شلختگی یا لباس غیر معمول مثل پوشیدن پالتو در تابستان یا لباسی با رنگ غیر متعارف یا غیر متناسب با سن یا لباس کهنه و پاره)، همراه داشتن وسایل غیر معمول با خود، آرایش نامتعارف، عدم تماس چشمی و بی‌توجهی یا خیرگی در نگاه.

### ۲- رفتار<sup>۲</sup>

رفتار به فعالیت قابل مشاهده و سنجش گفته می‌شود. تغییرات کمی (تندی یا کندی حرکات) و کیفی (رفتارهای غیر عادی) در رفتار می‌تواند ناشی از اختلالات روانپزشکی باشد و در این مورد باید به نکات زیر دقت کرد.

پرتحرکی و بیقراری که در بعضی اختلالات مثل اضطراب، دوره مانیا یا در بچه‌های بیش‌فعال دیده می‌شود. کم‌تحرکی که به ویژه در افسردگی مشهود

معاینه روانپزشکی مهم‌ترین ابزار تشخیص اختلالات روانی است. هدف از این معاینه، تعیین علایم و نشانه‌های بیمارگونه در فرد مورد بررسی است و در شناخت بیماری‌های روانی ارزشی معادل معاینه فیزیکی در بیماری‌های جسمی دارد. از آنجا که در حال حاضر ابزارهای پاراکلینیکی ویژه‌ای برای تشخیص اختلالات روانپزشکی وجود ندارد (اگر آزمایشی برای بیمار درخواست می‌شود، برای رد کردن علل طبی یا دارویی علایم است)، اهمیت این ارزیابی روشن‌تر می‌گردد. به همین دلیل پایه اصلی تشخیص در روانپزشکی بر روی مصاحبه و مشاهده دقیق، ماهرانه و آگاهانه بیمار قرار دارد. در این فصل به طور خلاصه به نحوه معاینه و شناخت علایم بیمارگونه می‌پردازیم.

### ۱- ظاهر بیمار

مشاهده ظاهر<sup>۳</sup> بیمار می‌تواند اطلاعات زیادی در اختیار ما قرار دهد. لازم است توصیفی از ظاهر فیزیکی او داشته باشیم و به هر نکته غیر معمولی در این مورد دقت کنیم. برخی نشانه‌های ظاهری که ممکن است بر وجود اختلال روانی دلالت کنند از این قرارند:

لاغری یا چاقی بیش از حد، ناهماهنگی سن تقویمی با سن ظاهری (مثل کسی که پیرتر از سن

1- Semiology

2- Appearance

3- Behavior

افراد طبیعی وجود دارد. فشار کلام، به تکلم سریع و حجیم که قطع آن مشکل است گفته می‌شود و از علائم مهم مانیا است. تکلم خودانگیخته در مواردی است که بیمار بدون پرسیدن سؤال شروع به صحبت می‌کند و باز هم از علائم مانیا می‌باشد. تکلم ناخودانگیخته موقعی است که بیمار فقط در مقابل پرسش یا خطاب مستقیم حرف می‌زند و در سایر موارد خاموش است. این علامت در اسکیزوفرنی، افسردگی و شخصیت‌های دوری‌گزین شایع است. صحبت با صدای بسیار بلند یا بسیار آهسته (که به ترتیب در مانیا و افسردگی) شنیده می‌شوند هم غیر عادی اند. البته تکلم با صدای بلند می‌تواند به خاطر ضعف شنوایی خود بیمار هم باشد.

آفازی<sup>۳</sup> یا دیسفازی<sup>۴</sup>: به مواردی گفته می‌شود که به سبب یک ضایعه مغزی، عدم توانایی تولید یا درک کلام ایجاد شده باشد. دیزارتری<sup>۵</sup> به اشکال در ادای کلمات ناشی از اختلالات سیستم اکستراپیرامیدال (خارج هرمی) یا منخچه اطلاق می‌شود و دیسفونی<sup>۶</sup> به اشکال یا درد در حین تکلم به خاطر ضایعات حنجره، زبان یا لب‌ها (سیستم تولید صوت)، گفته می‌شود.

لکنت زبان هم تکرار مکرر یا کشیدن یک صوت یا سیلاب است که موجب اختلال شدید در سلیس بودن تکلم می‌گردد.

#### ۴- تفکر<sup>۷</sup>

تفکر بهنجار عبارت است از جریان هدف‌دار عقاید، نمادها و تداعی‌ها که در مواجهه با یک مسأله یا تکلیف آغاز شده و به نتیجه‌ای متکی بر واقعیت

است ولی می‌تواند در اسکیزوفرنیا، بیماری پارکینسون و بعضی بیماری‌های مغزی هم دیده شود. اعمال پرخاشگرانه هم نوعی اختلال رفتاری به حساب می‌آیند و به ویژه در اختلالات شخصیت و روان‌پریشی احتمال بروز دارند. خشکی بدن، اتخاذ وضعیت‌های غیر عادی و نامتناسب برای مدتی طولانی، منفی‌کاری رفتاری، رفتارهای کلیشه‌ای (تکرار بیمارگونه منظم و بی‌هدف حرکات مثل به جلو و عقب تکان خوردن در حالت نشسته)، ژست‌ها و شکلک‌های خاص، اختلال در تعادل هنگام ایستادن یا راه رفتن، اشکال در انجام حرکات ارادی، تیک (انقباض غیر ارادی اسپاستیک یک گروه عضلات به صورت چشمک زدن یا پیچش عضلات بینی یا دهان یا بالا انداختن ناگهانی شانه)، لرزش و تشنج از جمله اختلالات در حرکات و رفتار به شمار می‌آیند.

#### ۳- تکلم<sup>۱</sup>

کلام هم در حقیقت شکلی از فعالیت حرکتی است و می‌تواند دچار انواعی از ناهنجاری‌ها شود. در این قسمت، اختلالات فیزیکی تکلم بر حسب کمیت، سرعت، شدت و کیفیت را مورد بحث قرار می‌دهیم. محتوای سخنان یا تفکر او هرچند که از طریق تکلم مشخص می‌شود ولی چون نمایش‌دهنده افکار بیمارند، در بخش مربوط به تفکر مورد بحث قرار می‌گیرند.

خموش یا موتیسم<sup>۲</sup>، به فقدان تکلم گفته می‌شود و می‌تواند در اسکیزوفرنی، افسردگی‌های شدید، اختلالات تبدیلی و خموشی انتخابی دوران کودکی و همچنین در بعضی اختلالات نورولوژیک مشاهده شود. فقر کلام، به کاهش حجم تکلم گفته می‌شود و در همان اختلالاتی که عامل موتیسم‌اند بروز می‌کند. پرگویی در دوره مانیا، صرع سایکوموتور و بعضی

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1- Speech     | 2- Mutism    |
| 3- Aphasia    | 4- Dysphasia |
| 5- Dysarthria | 6- Dysphonia |
| 7- Thinking   |              |

رابطه منطقی از موضوعی به موضوع دیگر منحرف می‌شوند و اگر شدید باشد موجب بی‌ربطی تکلم هم می‌گردد. بر خلاف پرش فکر که در هر حال در کلام بیمار و انحراف‌های کم و بیش می‌توان ارتباطی را یافت یا عامل تغییر موضوع کلام را مشخص کرد، در گسستگی تداعی‌ها این رابطه کاملاً به هم خورده است. این اختلال از علائم اسکیزوفرنی می‌باشد.

### ۵- انسداد فکر<sup>۵</sup>

قطع ناگهانی رشته‌ی افکار است؛ قبل از آن که فکر یا عقیده به نقطه پایان برسد. بیمار در حین صحبت ناگهان متوقف می‌شود و دیگر حرف نمی‌زند یا اگر شروع به صحبت کند، کلام او در ادامه موضوع قبلی نیست. انسداد فکر واضح و مکرر از علائم اسکیزوفرنی است ولی در افراد خسته یا مضطرب هم دیده می‌شود.

### اختلالات محتوای تفکر

#### ۱- هذیان<sup>۶</sup>

عقیده نادرستی است که بر برداشت غلط شخص از واقعیت متکی بوده و با استدلال و بحث اصلاح نمی‌شود و با زمینه هوشی و فرهنگی بیمار هماهنگ نیست یعنی افراد دیگر گروهی که شخص از نظر فرهنگی متعلق بدان است در آن عقیده شریک نیستند. با این تعریف، کسی که به غلط فکر می‌کند دشمنانی دارد یا همسرش به او خیانت می‌کند یا عقیده دارد امام زمان است دچار هذیان است ولی کسی که فکر می‌کند عدد سیزده نحسی می‌آورد دچار هذیان نمی‌باشد. فردی که هذیان دارد به واقعی بودن

منجر می‌شود. وقتی اشکال در شکل و ساختمان جریان تفکر است، اختلال در جریان فکر و هنگامی که مفهوم سخنان و تفکر بیمار با واقعیت و منطق مطابقت ندارد، اختلال محتوای فکر مطرح می‌شود.

### اختلالات جریان تفکر

بعضی از مهم‌ترین اختلالات جریان فکر از این قرارند:

#### ۱- حاشیه پردازی<sup>۱</sup>

جریان تفکر با شرح جزئیات غیر ضروری و با تأخیر در ادای مطلب پیش می‌رود اما سرانجام شخص به هدف گفتارش می‌رسد. هر چیز جزئی و بی‌اهمیت برای بیمار مهم و ضروری می‌نماید و آن را توضیح می‌دهد. این اختلال به ویژه در وسواس و تغییرات شخصیتی ناشی از بیماری صرع دیده می‌شود.

#### ۲- فشار کلام<sup>۲</sup>

تکلم به شکل غیر معمولی سریع، حجیم و متنوع است. این حالت مشخصاً در مانیا رخ می‌دهد ولی در اسکیزوفرنی نیز مشاهده می‌شود.

#### ۳- پرش فکر<sup>۳</sup>

تفکر با جریان سریع تداعی‌ها و عدم تمرکز بیمار همراه است. افکار و صحبت‌ها به سرعت از یک موضوع به موضوع دیگر جابجا می‌شوند. به سبب عدم تمرکز، هر محرک بیرونی یا درونی ذهنی، توجه بیمار را جلب کرده و تفکرش را اشغال و مسیر صحبت او را عوض می‌کند و بیمار در حین صحبت کردن از این شاخه به آن شاخه می‌پرد. پرش فکر وجه مشخصه مانیا است؛ هرچند در اسکیزوفرنی و اختلالات عضوی مغز هم دیده می‌شود.

#### ۴- گسستگی تداعی‌ها<sup>۴</sup>

اختلالی در جریان فکر است که در آن افکار بدون هیچ

- 1- Circumstantiality      2- Speech pressure  
3- Flight of ideas  
4- Loosening of associations  
5- Blocking                      6- Delusion

جهان وجود ندارند یا رو به نابودی می‌باشند. این هذیان در افسردگی‌های شدید به وجود می‌آید ولی می‌تواند در اسکیزوفرنی و سایر سایکوزها یا در اختلالات عضوی هم دیده شود.

ه) **هذیان فقر**<sup>۵</sup>: عقیده بر آن که شخص از هست و نیست ساقط شده یا خواهد شد. معمولاً علامتی از افسردگی است ولی در اسکیزوفرنی و سایر روان‌پریشی‌ها و اختلالات عضوی هم به وجود می‌آید.

و) **هذیان گناه**<sup>۶</sup>: به صورت اعتقاد به ارتکاب اشتباهات خیالی، گناهان بی‌اساس و جنایات انجام نشده است. بیمار در انتظار عقوبت برای گناهان خود است. این هذیان هم در افسردگی بیشتر دیده می‌شود و در اسکیزوفرنی و سایر روان‌پریشی‌ها و اختلالات عضوی هم می‌تواند به وجود آید.

ز) **هذیان جسمی**<sup>۷</sup>: اعتقاد هذیانی در مورد کارکرد بدن خود است مثل باور به پوسیدگی مغز خود یا نداشتن قلب یا وجود انگل یا تجمع حشرات در بدن یا ابتلا به بیماری‌های وحشتناک.

ح) **هذیان بی‌وفایی**<sup>۸</sup>: به حسادت هذیانی هم موسوم است و شامل باور هذیانی به بی‌وفایی و خیانت همسر می‌باشد.

ت) **هذیان عشق**<sup>۹</sup>: بیمار معتقد است فردی (معمولاً دارای موقعیت بالاتر) عاشق اوست و به دلیل شرایط موجود عشق خود را بیان نمی‌کند؛ هرچند که به طرق مختلف و غیر مستقیم که فقط برای خود او قابل درک

عقاید غلطش اعتقاد حتمی دارد و این تفکر با ارائه دلایل و شواهد متضاد با افکار او، تغییر نمی‌کند. عقاید هذیانی رفتار و اعمال بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هذیان را باید از خرافات و موهوم پرستی که شیوع فرهنگی دارند، افتراق داد.

**انواع هذیان‌ها:** بعضی از مهم‌ترین هذیان‌ها از این قرارند:

**الف) هذیان گزند و آسیب**<sup>۱</sup>: بیمار معتقد است که فرد، گروه یا سازمانی قصد آسیب زدن یا توطئه علیه او را دارند. هذیان‌های گزند و آسیب در اسکیزوفرنی شایع‌اند ولی در مانیا، افسردگی، اختلالات عضوی و سایر سایکوزها هم دیده می‌شوند.

**ب) هذیان خود بزرگ پنداری**<sup>۲</sup>: عقیده هذیانی بیمار بر این منشاء قرار دارد که از اهمیت، قدرت و توانایی خاصی برخوردار است مثلاً ثروت، زور بازو و یا اعتقادات مذهبی یا استعداد خارق‌العاده‌ای دارد یا فردی مهم است یا با خداوند ارتباط دارد و ممکن است حتی خود را امام زمان و یا خود خدا بیندارد. خودبزرگ بینی معمولاً در مانیا است ولی در اسکیزوفرنیا و سایر سایکوزها و اختلالات عضوی هم می‌تواند مشاهده شود.

**ج) هذیان انتساب**<sup>۳</sup>: بیمار رویدادهای بیرونی از جمله حرکات و رفتار و گفتار دیگران را به خودش ارتباط می‌دهد. او این اتفاقات اکثراً خنثی را دارای اهمیت ویژه دانسته و به خود مربوط می‌داند. مثلاً بیچ بیچ دیگران را به توطئه و خنده آنان را به تمسخر منتسب می‌کند یا مطالب رادیو و تلویزیون را حامل پیام خاصی برای خود می‌داند. این هذیان‌ها معمولاً با اسکیزوفرنی رابطه دارند.

**د) هذیان نیست انگاری**<sup>۴</sup>: عقیده هذیانی مبنی بر این که خود شخص یا بخشی از بدنش و یا دیگران یا

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1- Persecutory | 2- Grandiosity |
| 3- Reference   | 4- Nihilistic  |
| 5- Poverty     | 6- Guilt       |
| 7- Somatic     | 8- Infidelity  |
| 9- Love        |                |

است آن را نشان می‌دهد.

آن وجود ندارد و بر آسیب عضوی واقعی مبتنی نیست.

ی) **هذیان‌های مربوط به مالکیت تفکر**: افراد سالم هیچ شکی ندارند که افکارشان متعلق به آنهاست و فقط وقتی بر دیگران آشکار می‌شود که راجع به آنها صحبت کرده و یا با رفتار خود فکرشان را نشان دهند. هذیان‌های مربوط به مالکیت فکر می‌تواند به صورت احساس این که دیگران به افکارش پی می‌برند به طوری که گویی افکار او برای آنها پخش می‌شود و یا افراد یا نیروهای دیگر افکاری را در مغز او تزریق می‌کنند یا می‌کارند و یا افکارش توسط اشخاص یا نیروهایی از مغزش بیرون کشیده می‌شوند و مغز او خالی از فکر شده است و یا دیگران افکار او را کنترل می‌کنند، باشد. این گروه از هذیان‌ها معمولاً در اسکیزوفرنیا به وجود می‌آیند.

ب) **وسواس فکری**<sup>۴</sup>: افکار، تکانه‌ها، احساس‌ها یا تصاویر ذهنی ناخوشایند پایداری هستند که با وجود تلاش برای بیرون راندن آنها، از حیطه هشیاری بیرون نمی‌روند و با اضطراب همراهند. شخص مبتلا به وسواس فکری این افکار را از آن خود می‌داند و معمولاً به بی معنی بودن آنها آگاه است.

ج) **فوبیا**<sup>۵</sup> (هراس): ترس بیمارگونه مقاوم، مستمر، غیرمنطقی و اغراق‌آمیز از محرک یا موقعیتی خاص که منجر به میل شدید به اجتناب از آن محرک یا موقعیت می‌شود مثل ترس از بلندی، تاریکی، صحبت در حضور جمع یا رفتن به مکان‌های شلوغ.

## ۲- عقیده بیش بها داده شده<sup>۱</sup>

یک باور نادرست، نامعقول و مستمر است که ثبات آن کمتر از هذیان می‌باشد ولی قویاً فکر شخص را اشغال کرده و زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد مثل کسی که فکر می‌کند سرطان مسری است و از ملاقات و تماس با مبتلایان به سرطان خودداری می‌کند. این عقاید هم در افراد سالم و هم در بیماران روانی وجود دارد و گاهی تفکیک آن از هذیان مشکل است. بعضی افکار خرافی فراتر از فرهنگ جامعه هم در این دسته باورها جای می‌گیرند.

## ۳- اشتغال فکری<sup>۲</sup>

تمرکز ذهن روی فکر یا موضوع بخصوصی که همراه با مایه عاطفی قوی است مثل اشتغال فکری با خودکشی یا دیگرکشی یا ترس از بیماری یا وسواس فکری و یا رویاهای روزانه.

## ۵- ادراک<sup>۶</sup>

ادراک فرایندی است که از طریق آن احساس‌ها یعنی اجزای اطلاعاتی که از اندام‌های حسی (حواس پنجگانه) گرفته می‌شوند به آگاهی راه پیدا می‌کنند. مهم‌ترین اختلالات ادراکی از این قرارند:

### ۱- توهم<sup>۷</sup>

توهم را می‌توان درک بدون محرک یا ادراک حسی کاذب که به محرک‌های واقعی خارجی مربوط نیست تعریف کرد. بیماری که توهم دارد، صداهایی را می‌شنود یا تصاویر و صحنه‌هایی را می‌بیند که وجود خارجی ندارند. توهم به صورت یک ادراک واقعی تجربه می‌شود و با تجسم و تصور تفاوت دارد. بیمار

الف) **خود بیمار انگاری**<sup>۳</sup>: اشتغال فکری و نگرانی مفرط در مورد بیماری و سلامت خود که دلیلی برای

1- Overvalued idea

2- Preoccupation of thought

3- Hypochondriasis

4- Obsession

5- Phobia

6- Perception

7- Hallucination

منشاء آن را خارج از سر و در دنیای بیرونی می‌داند. توهمات ناخواسته و غیر ارادی ظاهر می‌شوند و توسط فرد قابل کنترل نیستند. اگر سایر توانایی‌های ذهنی بیمار مثل تفکر سالم باشند ممکن است شخص را به کاذب بودن آن هدایت کنند و گرنه برای او قابل تفکیک از ادراک واقعی نمی‌باشند.

توهمات شنیداری (درک کاذب کلمات، صداها، صحبت‌ها و سر و صداها) شایع‌ترین توهمات در بیماری‌های روانی‌اند. توهم‌ها می‌توانند بینایی (درک کاذب تصاویر و صحنه‌ها)، بویایی (ادراک کاذب بوهای مختلف)، چشایی (ادراک کاذب چشیدن مزه‌های مختلف) و لمسی (ادراک کاذب حس‌های سطحی مثل خریدن حشرات زیر یا روی پوست) باشند.

بعضی از انواع توهمات از این قرارند:

**الف) توهم لی‌لی پوتی<sup>۱</sup>:** بیمار اشیاء و آدم‌های ریزی را می‌بیند که وجود خارجی ندارند. این نوع از توهم در جریان محرومیت الکلی، مصرف بعضی داروها و مواد یا بیماری‌های عفونی یا ضایعات فضاگیر داخل جمجمه یا انواعی از صرع به وجود می‌آید.

**ب) توهم پیش خواب<sup>۲</sup>:** وجود توهمی است که در حین به خواب رفتن بروز می‌کند و عموماً پدیده‌ای بهنجار تلقی می‌شود.

**ج) توهم پس خواب<sup>۳</sup>:** توهمی است که در لحظات بیدار شدن از خواب ظاهر می‌شود و عموماً بهنجار است.

## ۲- ایلوژن<sup>۴</sup> (خطای ادراکی)

درک و تعبیر اشتباه محرک‌های حسی واقعی است. بر خلاف توهم‌ها در ایلوژن محرک خارجی وجود دارد ولی به صورتی متفاوت و تغییر یافته درک می‌شود مثلاً کت آویزان بر رخت‌آویز به شکل یک آدم یا صدای سرفه به صورت صدای گلوله درک می‌گردند.

ایلوژن در افراد سالم هم امکان بروز دارد. بعضی شرایط مثل کاهش وضوح محرک حسی (در هوای تاریک)، حالات هیجانی شدید (ترس و اضطراب) و کاهش سطح هوشیاری (خواب‌آلودگی) موجب تسریع بروز ایلوژن می‌گردند. ایلوژن می‌تواند در هر یک از پنج حس اصلی رخ دهد.

## ۶- عاطفه<sup>۵</sup>

عاطفه، جنبه خارجی و قابل مشاهده‌ی هیجانات است. حالت چهره، خندیدن یا گریه کردن و عصبانی بودن از جمله تظاهرات عاطفه‌اند. عاطفه در هر لحظه افکار شخص را همراهی می‌کند و باید متناسب با آن باشد. با مشاهده حالت چهره، وضعیت و تون تکلم، حالت قامت و به طور کلی ظاهر فرد می‌توان توصیفی از عاطفه او داشت.

**الف) عاطفه متناسب<sup>۶</sup>:** حالتی طبیعی است که در آن، واکنش‌های هیجانی فرد با فکر و عقیده و کلامش هماهنگ است. مثل کسی که خوشحال است و لبخند می‌زند.

**ب) عاطفه نامتناسب<sup>۷</sup>:** عدم هماهنگی بین عاطفه با عقیده، تفکر یا تکلم بیمار است. از نمونه‌های عاطفه نامتناسب می‌توان بیماری را مثال زد که در حین صحبت از مرگ پدرش که مورد علاقه او هم بوده است، می‌خندد. عاطفه نامتناسب می‌تواند از علایم اسکیزوفرنی باشد.

**ج) عاطفه محدود<sup>۸</sup>:** کاهش مشخص در بروز عواطف وجود دارد. واکنش‌های عاطفی فرد از حد انتظار کمتر

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1- Lilliputian   | 2- Hypnagogic  |
| 3- Hypnopompic   | 4- Illusion    |
| 5- Affect        | 6- Appropriate |
| 7- Inappropriate | 8- Restricted  |

## ۸- هشیاری<sup>۷</sup>

هشیاری را به طور خلاصه می‌توان آگاهی از خود و محیط تعریف کرد. هشیاری بخشی از روان است که دربرگیرنده حس‌ها، ادراکات و خاطرات می‌باشد. فرد هشیار کسی است که دارای حس و ادراک است و به محرک‌ها پاسخ می‌دهد، احساسات و تفکر و عقاید و طرح و نقشه دارد و از وجود همه این‌ها آگاه است. آسیب در هشیاری معمولاً دلالت بر آسیب عضوی مغز دارد. بعضی از واژه‌هایی که بر سطوح مختلف هشیاری دلالت می‌کنند از این قرارند.

**الف) هشیار بودن<sup>۸</sup>:** وجود آگاهی نسبت به خود و محیط و توانایی پاسخ به محرک‌ها.

**ب) خواب آلودگی<sup>۹</sup>:** پایین آمدن سطح هوشیاری که همراه با میل به خوابیدن است؛ مثل کسی که به علت خستگی و کم‌خوابی، خواب‌آلود است.

**ج) تیرگی<sup>۱۰</sup> هشیاری:** به حالتی از خواب‌آلودگی گفته می‌شود که با کاهش کلی آگاهی از محیط و اختلال در وقوف به زمان و مکان و شخص و نقص در ادراک و توجه و تفکر همراه است.

**د) نیمه اغماء<sup>۱۱</sup>:** فقدان واکنش نسبت به محیط و عدم آگاهی از آن، بیمار فقط به محرک‌های دردناک پاسخ می‌دهد.

**ه) اغماء<sup>۱۲</sup>:** درجه عمیق ناهشیاری است. بیمار به هیچ محرکی پاسخ نمی‌دهد و فعالیت حرکتی او به نفس کشیدن محدود است و فقط رفلکس‌های اساسی

است. مثل بیماری که زیاد خوشحال و یا غمگین نمی‌شود.

**د) عاطفه کند<sup>۱</sup>:** کاهش چشمگیر در بروز احساسات به درجه‌ای بیش از عاطفه محدود.

**ه) عاطفه سطحی<sup>۲</sup>:** فقدان کامل یا تقریباً کامل هر گونه بروز عواطف است. صدا یکنواخت و چهره مات و بی حرکت می‌شود.

**و) عاطفه بی ثبات<sup>۳</sup>:** وجود تغییرات سریع و ناگهانی در بروز عواطف مثل بیمار مبتلا به مانیا که به سرعت از شادی به گریه و بالعکس تغییر عاطفه می‌دهد.

## ۷- خلق<sup>۴</sup>

هیجان عمیق و مستمری است که به طور ذهنی احساس می‌شود یا از سوی شخص گزارش می‌شود و آثار آن توسط دیگران مشاهده می‌گردد. خلق شاد، خلق افسرده و خلق تحریک‌پذیر از نمونه‌های حالات خلقی هستند. عاطفه، تظاهر خارجی خلق است.

**الف) خلق افسرده:** احساس عمیقاً بیمارگونه‌ی غمگینی است.

**ب) خلق بالا:** خلق بشاش‌تر از طبیعی، همراه با لذت و افزایش اعتماد به نفس.

**ج) خلق تحریک‌پذیر:** حالتی که در آن شخص زود ناراحت شده و به خشم می‌آید.

**د) بی‌احساسی (آپاتی<sup>۵</sup>):** فقدان احساس و عاطفه و کندی هیجانات همراه با بی تفاوتی.

**ه) خلق بی ثبات<sup>۶</sup>:** تغییرات نوسانی متناوب خلق بین سرخوشی و افسردگی و یا سایر هیجانات مثل اضطراب و یا تحریک‌پذیری.

1- Blunted	2- Flat
3- Labile	4- Mood
5- Apathy	6- Labile
7- Consciousness	8- Alertness
9- Somnolence	10- Clouding
11- Semicoma	12- Coma

قلبی و تنفسی باقی مانده‌اند.

## ۹- موقعیت‌سنجی<sup>۱</sup>

این واژه را به جهت‌یابی، تشخیص موقعیت و موقعیت‌سنجی ترجمه کرده‌اند. در روانپزشکی این واژه به مفهوم وقوف به زمان، مکان و شخص است و می‌توان آن را به توانایی شناخت محیط و روابط زمانی و فضایی آن نسبت به خود و شناخت هویت خود و دیگران تعریف کرد.

چنان که از این تعریف برمی‌آید، موقعیت‌سنجی را می‌توان با پرسیدن سوالاتی در مورد شناخت زمان، مکان و افراد بررسی کرد. همچنین با مشاهده رفتار فرد نیز می‌توان پی برد که آیا او نسبت به این امر واقف است یا نه.

در عین حال باید دانست که بیماری ممکن است به دلایل فرهنگی یا تحصیلی یا عدم اهمیت، پاسخ برخی سوالات را نداند در حالی که اختلالی در اوریانتاسیون ندارد مثلاً برای یک روستایی، شناخت روزهای هفته ممکن است اهمیتی نداشته باشد ولی فصول را باید بشناسد.

حفظ توان شناسایی موقعیت به ترتیب برای شخص، مکان و زمان آسان‌تر است. وقوف به زمان زودتر آسیب می‌بیند و بعد از آن وقوف به مکان بعد به شخص و در نهایت هویت شخصی خود هم ممکن است مختل شود. اختلال در موقعیت‌سنجی تقریباً در همه موارد، علت طبی دارد.

## ۱۰- توجه<sup>۲</sup> و تمرکز<sup>۳</sup>

توجه به توانایی حاضر‌الذهن بودن نسبت به محرک خاص، بدون تحت تأثیر قرارگرفتن توسط تحریکات جانبی و محیطی گفته می‌شود. در هر لحظه محرک‌های مختلف بیرونی از طریق حواس پنجگانه توجه ما را به خود جلب می‌کنند و در همان حال

ممکن است افکار مختلفی هم در ذهن گردش کنند. فردی که توانایی حفظ توجه را دارد باید بتواند از بین این محرک‌ها، به آن که تمایل دارد، دقت نماید و بقیه را در حاشیه نگه دارد یا از ذهنش حذف کند. هوشیار بودن لازمه توجه است ولی لزوماً هر فرد هوشیار دارای توجه نیست.

اختلال توجه خود را به صورت حواس‌پرتی نشان می‌دهد؛ به طوری که محرک‌های تازه حواس شخص را منحرف می‌سازند و توجه به عوامل نامربوط یا بی‌اهمیت کشانده می‌شود. این حالت می‌تواند در اضطراب، افسردگی شدید، خستگی، حالات مانیا، اسکیزوفرنی و سایر روان‌پریشی‌ها و اختلالات عضوی مغز و همچنین در ADHD (اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه) رخ دهد.

تمرکز، به معنای توانایی حفظ توجه برای مدتی از زمان است. برای ارزیابی تمرکز، باید قدرت توجه فرد را به یک فعالیت ذهنی معطوف کنیم تا مشخص شود بدون حواس‌پرتی قادر است برای مدتی حدود ۳۰ ثانیه به آن فعالیت ذهنی تمرکز کند یا خیر. یکی از این روش‌ها استفاده از تست سریال هفت است که به صورت کم کردن زنجیره‌ای هفت از عدد صد است. از وی می‌خواهیم از صد، هفت تا هفت تا کم کند. در صورت سن کم یا سطح سواد پایین یا کم بودن هوش می‌توان از محاسبه ساده‌تری مثل کم کردن متوالی سه از عدد بیست استفاده نمود.

بی‌نیاز از توضیح است که اگر بیماری اختلال در توجه داشته باشد، در تمرکز هم اختلال خواهد داشت.

1- Orientation                      2- Attention  
3- Concentration



د) حافظه دور<sup>۵</sup>: این بخش از حافظه شامل وقایع مهم طول زندگی است مثل نام دوست دبستانی یا وقایع روز ازدواج.

### فراموشی<sup>۶</sup>

به طور کلی هرگونه فقدان نسبی یا کامل حافظه است (ناتوانی در به خاطر آوردن تجارب قبلی) و می‌تواند علت عضوی یا هیجانی داشته باشد.

الف) فراموشی پیش‌گستر<sup>۷</sup>: فراموش کردن رویدادهایی است که پس از یک مقطع زمانی خاص روی می‌دهند. این مقطع زمانی خاص ممکن است وقوع یک ضربه مغزی یا یک تشنج و با حوادث مشابه باشد. در این صورت احتمال دارد بیمار وقایعی که پس از آن حادثه برایش رخ می‌دهد را بعدها به خاطر نیابد. علل عضوی بیشتر از علل هیجانی عامل فراموشی پیش‌گسترند.

ب) فراموشی پس‌گستر<sup>۸</sup>: فراموش کردن رویدادهای قبل از یک مقطع زمانی خاص است. این مقطع زمانی خاص می‌تواند وقوع ضربه مغزی، حمله تشنجی، الکتروشوک (ECT)، آنوکسی مثل حلق‌آویز شدن ناموفق به قصد خودکشی یا تنفس گاز اکسید کربن و یا استرس‌های شدید هیجانی باشد.

### ۱۲- هوش<sup>۹</sup>

هوش را می‌توان توانایی آموختن و به خاطر آوردن و به‌کارگیری و ادغام سازنده‌ی یادگیری‌های قبلی در

### ۱۱- حافظه<sup>۱</sup>

حافظه، کارکردی است که در طی آن اطلاعات ثبت و در مغز نگهداری می‌گردند تا بعداً به خاطر آورده شوند.

سطوح حافظه: از نظر بالینی بر اساس فاصله زمانی بین دریافت اطلاعات و به خاطر آوردن آن‌ها، حافظه به چهار سطح تقسیم می‌شود و هنگام معاینه بیمار با سوالات متناسب، این سطوح مورد بررسی قرار می‌گیرند.

الف) حافظه فوری<sup>۲</sup>: شامل نگهداری و یادآوری اطلاعات برای چند ثانیه تا چند دقیقه است. بررسی حافظه فوری خود شامل دو دسته سؤال است.

ابتدا زنجیره‌ای از عناصری مثل ارقام یا حروف یا کلمات به فرد ارائه می‌شود و از او می‌خواهیم که آن‌ها را به همان ترتیب، بلافاصله تکرار کند (مثل ارقام ۳، ۹، ۷ و یا نام سه حیوان). معمولاً از سه رقم یا کلمه شروع و در صورت پاسخ درست، آن را افزایش می‌دهیم. حداکثر تعداد ارقام یا کلماتی که شخص به خاطر می‌آورد را فراخوانی حافظه می‌نامیم. این بخش را حافظه کوتاه‌مدت می‌نامند و برای یک فرد بزرگسال ۵ رقم یا کلمه، قابل قبول است.

سپس ۳ کلمه به بیمار گفته می‌شود و از او می‌خواهیم آن‌ها را ابتدا تکرار و سپس به ذهن بسپارد تا ۵ دقیقه بعد مجدداً به خاطر آورد. این سه کلمه باید با هم مربوط نباشند و از اشیاء جلوی دید بیمار هم تشکیل نشده باشند.

ب) حافظه اخیر<sup>۳</sup> یا نزدیک: مربوط به یادآوری وقایع چند روز پیش است. مثلاً دیروز با چه کسانی ملاقات کرده است.

ج) حافظه گذشته اخیر<sup>۴</sup>: شامل به یاد آوردن رویدادهای مهم چند ماه اخیر است.

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 1- Memory        | 2- Immediate memory   |
| 3- Recent memory | 4- Past recent memory |
| 5- Remote memory | 6- Amnesia            |
| 7- Anterograde   | 8- Retrograde         |
| 9- Intellect     |                       |

مواجهه با موقعیت‌های تازه دانست. وقتی کسی در مقابل مسئله‌ای قرار می‌گیرد که نیاز به یافتن راه حل دارد، هوش وی به او کمک می‌کند تا با تحلیل شرایط و استفاده از اطلاعات قبلی خود، بهترین راه حل را پیدا کند. حال این ممکن است یک مسأله ریاضی یا بحرانی در زندگی باشد. در بررسی روانی یک فرد، لازم است تخمینی تقریبی از هوش وی در دست داشته باشیم و از این رو با پرسیدن سوالاتی متناسب با سن و فرهنگ او به ارزیابی هوش وی می‌پردازیم. در صورت مبهم بودن نتایج و یا نیاز به تعیین دقیق بهره هوشی (IQ) می‌توان از آزمون‌های استاندارد هوش استفاده کرد.

### عقب‌ماندگی ذهنی<sup>۱</sup>

کمبود هوش در حدی که در عملکرد اجتماعی و شغلی تداخل ایجاد نماید.

### زوال عقل<sup>۲</sup>

پسرفت عضوی و کلی کارکرد هوشی بدون تیرگی هشیاری است.

### ۱۳- قضاوت<sup>۳</sup>

قضاوت عبارت است از توانایی ارزیابی درست یک موقعیت و اجرای اقدام مناسب در آن موقعیت و آگاهی از نتایج احتمالی رفتار خود. در اکثر مواقع با توجه به سوالاتی که در مورد رفتار، عملکرد، ادراک و سایر جنبه‌های کارکرد ذهنی به عمل آمده و طرح رفتارهای بیمار، وجود اختلال یا سلامت قضاوت وی قابل ارزیابی است و نیازی به سوالات ویژه‌ای نیست ولی در صورت ابهام در این مورد می‌توان موقعیت‌های تخیلی برای او تجسم کرد و خواستار اظهار نظر و عکس‌العمل او در آن شرایط شد، از جمله این که «اگر خانه همسایه آتش گرفته باشد، چه واکنشی نشان خواهی داد؟» یا «اگر پاکتی در بسته که

آدرس مشخص و تمبر دارد، پیدا کنی، آن را چه کار خواهی کرد؟» باید در نظر داشت که مجموعه‌ای از عوامل فکری و عقیدتی و احساسی در قضاوت موثرند و مصاحبه‌گر نباید معیار قضاوت صحیح را هم‌خوانی دیگران با معیارهای خود بداند بلکه سعی کند به عنوان یک فرد بی طرف، قضاوت بیمار و منطق او را مورد ارزیابی قرار دهد.

### ۱۴- بینش<sup>۴</sup>

بینش را می‌توان فهم و درک آگاهانه موقعیت و شرایط و عوامل ایجادگر آن دانست و در روانپزشکی به آگاهی شخص از وضعیت روانی خود گفته می‌شود. برای قضاوت در مورد بینش بیمار، بهتر است به پاسخ این سوالات دست یابیم:

۱- آیا بیمار از پدیده‌هایی در خود که دیگران مشاهده کرده‌اند، آگاه است مثلاً از وجود خلق افسرده یا اختلال خواب یا بی‌ربط بودن سخنانش؟

۲- اگر به این امر آگاهی دارد، می‌داند که این حالات غیر طبیعی شمرده می‌شوند؟

۳- اگر این پدیده‌ها را غیر طبیعی می‌داند، آن‌ها را ناشی از بیماری روانی می‌داند یا مثلاً حاصل بیماری جسمی یا دعا و جادوی دیگران؟

۴- اگر بیماری روانی خود را قبول کرده، نیاز به درمان را هم تأیید می‌کند؟

بینش کامل هنگامی است که بیمار با نقطه نظرات مصاحبه‌گر در مورد مسائل مربوط به بیماری‌اش موافقت کند.

1- Mental retardation

2- Dementia

3- Judgment

4- .....

## فصل سوم



# اختلال‌های خلقی

کارها از دیگر علائم این دوره است. معمولاً خلق بیمار صبح‌ها پایین‌تر از سایر اوقات شبانه‌روز است. کاهش یا فقدان میل جنسی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، آشفتگی‌های خواب که بارزترین شکل آن بیدار شدن در صبح زود یا سحرخیزی است، قاعدگی‌های غیرطبیعی در زنان، کاهش انرژی و خستگی پذیری، کندی حرکتی و شکایات جسمی از قبیل یبوست، خشکی دهان و سردرد هم از دیگر علائم افسردگی به شمار می‌آیند. اضطراب نیز در اغلب بیماران افسرده وجود دارد.

در افسردگی‌های شدید، علائم بیمار شدت می‌یابد و احساس گناه و بی‌ارزشی و نومیدی او را به خود مشغول می‌دارد و می‌تواند منجر به افکار خودکشی گردد. دوسوم این افراد افکار خودکشی دارند و حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد خودکشی می‌کنند. در بعضی افسردگی‌های شدید ممکن است هذیان و توهم هم به وجود آیند که معمولاً مربوط به همان موضوعاتی هستند که در تفکرات مربوط به افسردگی دیده می‌شوند مثل هذیان نیست‌گرایی، هذیان گناه، هذیان بیماری و هذیان فقر. توهمات هم معمولاً شنوایی بوده و اکثراً محتوای همان هذیان‌ها را دارند و یا بیمار را به خودکشی تشویق می‌کنند.

ویژگی اصلی اختلال‌های خلقی<sup>۱</sup>، بروز تغییرات بیمارگونه در خلق است. این تغییرات بسیار شدید و پایدارتر از نوسان‌های طبیعی خلق بوده و با ناهنجاری‌های سیستم نباتی (اختلال در خواب، اشتها و میل جنسی) و علائم رفتاری نیز همراه هستند و اغلب منجر به مشکلاتی در عملکرد خانوادگی، شغلی، تحصیلی، اجتماعی و روابط بین فردی می‌گردند.

اختلالات خلقی بسیار شایعند و با این که اکثراً درمان‌پذیر هستند، در صورت عدم توجه و درمان مناسب می‌توانند عواقب وخیمی چون خودکشی را به بار آورند.

در ابتدا لازم است در مورد دوره‌های خاصی که در اختلال‌های خلقی وجود دارند، توضیح داده شود.

### ۱- دوره افسردگی اساسی<sup>۲</sup>

خلق افسرده و از دست دادن علائق مهم‌ترین علائم دوره افسردگی اساسی‌اند. بیمار احساس غمگینی، اندوه یا دل‌مردگی دارد. توانایی لذت بردن را از دست داده و احساس بی‌ارزشی می‌کند. انگیزه‌های فرد افسرده در زندگی کم شده و از اجتماع کناره می‌جوید و تحملش نسبت به ناکامی‌ها کاهش می‌یابد. اعتماد به نفس پایین، تفکر نومیدانه، کندی و ضعف تمرکز و شکایت از فراموشی، بی‌حوصلگی و ناتمام گذاشتن

1- Mood disorders

2- Major depressive episode

### نکات کاربردی

افسرده‌ها به دلیل بی‌حوصلی، کندی حرکتی، خستگی پذیری، دل‌سردی به زندگی، کاهش انگیزه و فراموشکاری، حوصله رعایت مسائل مربوط به بهداشت خود از جمله بهداشت دهان و دندان را ندارند. احساس خستگی و تنبلی و در موارد شدید افسردگی، بیهوده دانستن زندگی و سلامت خود، موجب می‌شود که از مسواک زدن و رعایت سایر نکات بهداشتی خودداری نمایند و این امر احتمال بروز بیماری‌ها از جمله بیماری‌های دهان و دندان را افزایش می‌دهد.

### نکات کاربردی

مبتلایان به بیماری افسردگی پیگیر انجام درمان‌های تجویز شده نیز نیستند. جدای آن که کمتر برای درمان مراجعه می‌کنند، در صورت مراجعه نیز پیگیری خوبی ندارند و در رعایت توصیه‌ها و دستورات بهداشتی و درمانی دندانپزشکان هم تعلل می‌کنند. حوصله انجام آن‌ها را ندارند و برای مراجعات بعدی تأخیر داشته و یا حتی درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند. تماس تلفنی و یادآوری ساعت مراجعه و تشویق به ادامه درمان می‌تواند مؤثر باشد. تجویز کپسول فلوکستین ۲۰ میلی‌گرم هر روز صبح همراه با صبحانه می‌تواند افسردگی‌های خفیف تا متوسط را برطرف کند.

### ۲- دوره مانیا<sup>۱</sup>

علائم این دوره از بسیاری جهات در نقطه مقابل علائم افسردگی است. مهم‌ترین علامت آن وجود تغییرات خلقی می‌باشد که به صورت خلق بالا با سرخوشی و احساس شغف و یا خلق منبسط<sup>۲</sup> با ابراز بی‌مهار احساسات خود و برخوردهای بسیار دوستانه و معاشرتی و یا خلق تحریک‌پذیر با عصبانیت و

تمایل به ابراز خشم ظاهر می‌شود. معمولاً در اوایل دوره مانیا، بیمار خلق بالا یا منبسط دارد ولی پس از مدت کوتاهی به سبب وجود موانع محیطی در مقابل رفتارهای بیمارگونه و خواسته‌های غیر منطقی‌اش، خلق بیمار تحریک‌پذیر می‌شود.

سایر علائم دوره مانیا از این قرارند: پرتحرکی، پرحرفی و تکلم با صدای بلند و پرفشار، پوشیدن لباس‌های رنگارنگ و نامتناسب، آرایش مفرط، حواس‌پرتی، بی‌خوابی (به شکل بی‌نیازی به خواب)، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، احساس انرژی مفرط، افزایش میل جنسی و اقدام به رفتارهای غیر معمول و مهارگسیخته بدون در نظر گرفتن عواقب آن مثل قماربازی، ولخرجی مفرط، دست و دل بازی و بذل و بخشش، مسافرت ناگهانی، رانندگی پر سرعت، در هم شکستن مقررات اجتماعی و تمایل به شوخی. اعتماد به نفس این بیماران شدیداً بالا می‌رود و احساس خودبزرگ‌بینی و تمایل به خودمحوری پیدا می‌کنند تا حدی که بیمار ممکن است دچار روان‌پریشی شده و هذیان بزرگ‌منشی پیدا کند. توهم هم با شیوع کمتری احتمال بروز دارد. سرعت جریان فکر افزایش یافته و پرش فکر شایع است.

### ۳- دوره مختلط<sup>۳</sup>

گاهی علائم مانیا و افسردگی همراه با یکدیگر بروز می‌کنند. مثلاً ممکن است یک بیمار پرحرف و پرتحرک و ولخرج شده باشد ولی افکار نومیدانه همراه با تمایل به خودکشی پیدا کند که در این صورت دوره مختلط خلقی نام‌گذاری می‌شود.

### ۴- دوره هیپومانیا<sup>۴</sup>

علائم هیپومانیا خفیف‌تر از علائم مانیا است و با

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| 1- Manic episode | 2- Expansive         |
| 3- Mixed episode | 4- Hypomanic episode |

ب) **نوع همراه با علایم آتپیک (غیر متعارف):** به جای بی‌خوابی و بی‌اشتهایی و کاهش وزن، بیمار دچار پرخوابی، پراشتهایی و افزایش وزن می‌شود.

ج) **نوع همراه با علایم کاتاتونیک:** گوشه‌گیری شدید، حالت بهت، عاطفه‌کند، منفی‌کاری و اتخاذ وضعیت‌های خاص بدنی از ویژگی‌های این نوع از افسردگی است. معمولاً با علایم روان‌پریشی هم همراه می‌باشد.

د) **اختلال افسردگی پس از زایمان:** افسردگی شدیدی است که ظرف مدت ۴ هفته پس از به دنیا آوردن نوزاد شروع می‌شود و غالباً در زنانی رخ می‌دهد که سابقه یا زمینه اختلالات خلقی یا سایر اختلالات روانی را داشته‌اند. بروز علایم روان‌پریشی هم شایع است. لازم به ذکر است که در ۳۰ تا ۷۰ درصد مادران به دنبال تولد نوزاد، علایم خفیف افسردگی رخ می‌دهد که طی چند روز برطرف می‌شود و معمولاً نیاز به درمان ندارد.

ه) **اختلال افسردگی اساسی مزمن:** یک دوره اختلال افسردگی اساسی معمولاً حتی بدون درمان بیشتر از یک سال مداوم پیدا نمی‌کند. در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد، این اختلال مزمن شده و بیش از ۲ سال طول می‌کشد. نوع مزمن در مردان مسن شایع‌تر است و در مواردی با سوء مصرف الکل و مواد هم همراه می‌شود و پاسخ خفیفی به درمان می‌دهد.

و) **نوع همراه با الگوی فصلی:** این نوع از افسردگی معمولاً در فصول پاییز و زمستان که طول روزها کوتاه‌تر است، ایجاد می‌گردد و با اختلال در متابولیسم ملاتونین در ارتباط می‌باشد. علایم افسردگی معمولاً شکل آتپیک دارند و با پرخوری و پرخوابی همراه‌اند.

ز) **افسردگی مخفی:** گاهی افسردگی را به علت انکار

علایم روان‌پریشانه مثل توهم و هذیان همراه نمی‌باشد.

حداقل طول مدت آن ۴ روز است و علایم بیمار اگرچه موجب می‌شود که دیگران بر وجود تغییراتی در فرد صحنه بگذارند ولی آن قدر شدید نیست که سبب آشفتگی واضح عملکرد اجتماعی یا شغلی گردد و یا بستری شدن وی را ایجاب نماید.

### ۵- دوره افسردگی متوسط

علایم افسردگی در حدی نیست که در دوره افسردگی اساسی دیده می‌شود.

#### نکات کاربردی

بیمارانی که علایم مانیا یا هیپومانیا دارند به سبب دست و دل‌بازی و ولخرجی ممکن است سفارش انجام اقدامات پرهزینه را به دندانپزشک بدهند و بعداً پشیمان شده و مایه دردسر شوند. در صورت وجود علایم این دوره‌ها باید در ارتباط حرفه‌ای و مالی با این بیماران با احتیاط برخورد کرد. تمایلات جنسی بالای این بیماران هم مشکلات خاص خودش را دارد.

## طبقه‌بندی اختلال‌های خلقی

### ۱- اختلال افسردگی اساسی

این اختلال به افسردگی یک قطبی نیز موسوم است. مبتلایان به آن فقط دوره‌های افسردگی اساسی با فواصل بهبودی دارند. اشکال ویژه‌ای هم در این اختلال دیده می‌شوند از جمله:

الف) **نوع همراه با علایم روان‌پریشی:** این نوع از افسردگی اساسی با علایم روان‌پریشی مثل توهم و هذیان همراه است و پیش‌آگهی خوبی ندارد.

پاسخ به درمان شبیه به بیمارانی هستند که هم دوره‌های مانیا و هم دوره‌های افسردگی دارند.

### ۳- اختلال دوقطبی تیپ II

مشخصه این بیماران وجود دوره‌های افسردگی اساسی و هیپومانیا است.

### ۴- اختلال افسرده خوئی (دیس تایمیا)<sup>۱</sup>

علائم این اختلال شدتی کمتر از اختلال افسردگی اساسی دارد (افسردگی متوسط) و سیر آن مزمن‌تر است (حداقل دو سال).

### ۵- اختلال خلق ادواری (سیکلو تایمیا)<sup>۲</sup>

دوره‌های هیپومانیا و افسردگی متوسط وجود دارند. اختلالی مزمن و غیر روان‌پریشانه است.

### ۶- اختلال خلقی غیر اختصاصی

وجود بیماری خلقی که فاقد معیارهای انواع اختلالات خلقی ذکر شده است.

## همه گیرشناسی

اختلال افسردگی اساسی شایع بوده و ۱۵ درصد افراد در طول عمر ممکن است به آن مبتلا شوند. این اختلال در زن‌ها شایع‌تر از مردان می‌باشد (شیوع در طول عمر حدود ۲۵ درصد برای زنان و حدود ۱۰ درصد برای مردان). علت شیوع بالاتر آن در زنان مشخص نیست ولی عواملی چون تفاوت هورمون‌ها و تغییرات دوره‌ای آن‌ها، حاملگی و زایمان، عوامل تنش‌زای بیشتر روانی-اجتماعی و ناکامی بیشتر و درماندگی در مقابل مشکلات را در این امر مؤثر دانسته‌اند. افراد مجرد و مطلقه بیشتر از متأهلین دچار

غمگینی توسط بیمار، به راحتی نمی‌توان تشخیص داد و سؤال در مورد فقدان لذت در زندگی، اختلال در خواب و اشتها و وجود نومیدی و دلسردی به زندگی، افسردگی را مشخص می‌کند.

**ح) افسردگی در کودکان:** ناشایع نیست. علائم آن مشابه بزرگسالان است ولی گاهی به شکل افسردگی مخفی و با تظاهراتی چون شکایت‌های جسمی، بیقراری، اختلالات اضطرابی، رفتارهای غیرعادی مثل فرار از خانه یا مدرسه و در سنین نوجوانی به صورت سوء مصرف مواد یا بی بند و باری جنسی خود را نشان می‌دهد.

**ت) افسردگی دوران سالمندی:** با بالا رفتن سن، شیوع افسردگی هم افزایش دارد و گاهی با علایمی چون اختلال در حافظه و اورینتاسیون و گیجی که تابلوی بالینی شبیه دمانس پیدا می‌کند خود را نشان می‌دهد و به دمانس کاذب موسوم است.

**ی) افسردگی کند و افسردگی آژیته:** این نوعی تقسیم‌بندی افسردگی بر اساس تابلوی بالینی است که به ترتیب به صورت کندی و بیقراری شدید حرکتی ظاهر می‌کنند.

**ک) افسردگی درون‌زا (اندوژن) و افسردگی برون‌زا (واکنشی):** این تقسیم‌بندی بر اساس نقش مهم‌تر علل بیولوژیک یا عوامل محیطی در ایجاد افسردگی است.

### ۲- اختلال دوقطبی تیپ I

در این اختلال یک دوره یا دوره‌های مانیا یا بدون دوره‌های افسردگی اساسی وجود دارد. با این حساب بیمارانی که دوره مانیا داشته و دوره افسردگی اساسی ندارند هم در این گروه جای می‌گیرند زیرا بدون درمان مناسب، اکثراً دوره‌های افسردگی پیدا خواهند کرد و از نظر سبب‌شناسی، رابطه ژنتیک، سیر و پیش‌آگهی و

1- Dysthymia

2- Cyclothymia