

فهرست

«جلد اول»

۵/۱ مصاحبه روان‌پزشکی، شرح حال روان‌پزشکی و معاینه وضعیت روانی ۳۴۹	فصل ۱: علوم اعصاب..... ۱۵
۵/۲ گزارش روان‌پزشکی و پرونده پزشکی ۳۸۴	۱/۱ مقدمه ۱۵
۵/۳ مقیاس‌های درجه‌بندی روان‌پزشکی ۳۹۵	۱/۲ اکالیدشناسی عصبی رفتاری و کارکردی ۱۹
۵/۴ عصب‌روان‌شناسی بالینی و ارزیابی هوشی بزرگسالان ۴۲۹	۱/۳ رشد عصبی و عصب‌سازی ۴۷
۵/۵ ارزیابی شخصیت: بزرگسالان و کودکان ۴۴۶	۱/۴ نوروفیزیولوژی و نوروشیمی ۷۹
۵/۶ ارزیابی عصب‌روان‌شناسی و شناختی کودکان ... ۴۷۱	۱/۵ درون‌ریش‌شناسی عصبی ۱۲۷
۵/۷ ارزیابی طبیی و آزمون‌های آزمایشگاهی در روان‌پزشکی ۴۹۱	۱/۶ تعاملات دستگاه ایمنی و دستگاه عصبی مرکزی .. ۱۳۵
۵/۸ تصویربرداری از دستگاه عصبی ۵۰۸	۱/۷ ژنتیک عصبی (نوروزنتیک) ۱۴۲
۵/۹ معاینه جسمی در روان‌پزشکی ۵۲۲	۱/۸ الکتروفیزیولوژی کاربردی ۱۶۴
	۱/۹ کرونیولوژی (شناخت چرخه‌های زیستی) ۱۷۱
فصل ۲: سهم علوم روانی - اجتماعی در شناخت رفتار آدمی..... ۱۷۹	
۱۷۹ ژان پیازه و رشد شناختی ۱۷۹	
۱۸۷ نظریه دلبستگی ۱۸۷	
۱۹۳ نظریه یادگیری ۱۹۳	
۲۰۹ زیست‌شناسی حافظه شناختی ۲۰۹	
۲۳۱ بهنجاری و سلامت روان ۲۳۱	
فصل ۳: سهم علوم اجتماعی فرهنگی در شناخت رفتار آدمی..... ۲۴۳	
۲۴۳ زیست‌شناسی اجتماعی و کردارشناسی ۲۴۳	
۲۵۶ روان‌پزشکی بین فرهنگی ۲۵۶	
۲۶۷ سندرم‌های وابسته به فرهنگ ۲۶۷	
فصل ۴: نظریه‌های شخصیت و آسیب‌شناسی روانی..... ۲۷۶	
۲۷۶ زیگموند فروید: بنیانگذار روان‌کاوی کلاسیک ... ۲۷۶	
۳۰۴ اریک اریکسون ۳۰۴	
۳۱۸ سایر مکاتب روان‌پویشی و روان‌شناسی ۳۱۸	
۳۴۱ روان‌شناسی مثبت‌نگر ۳۴۱	
فصل ۵: معاینه بالینی در روان‌پزشکی..... ۳۴۹	
فصل ۶: طبقه‌بندی در روان‌پزشکی..... ۵۵۱	
۵۵۱ اسکیزوفرنی ۵۵۱	
۵۹۲ اختلال اسکیزوافکتیو ۵۹۲	
۵۹۸ اختلال اسکیزوفرنی فرم ۵۹۸	
۶۰۳ اختلال هذیانی و اختلال روان‌پریشی مشترک ۶۰۳	
۷/۵ اختلال روان‌پریشی گذرا، اختلال روان‌پریشی نامعین (NOS) سایر اختلالات روان‌پریشی و کاتاتونیا ۶۲۰	
فصل ۷: طیف اسکیزوفرنی (روان‌گسیختگی) و سایر اختلالات روان‌پریشی..... ۶۳۳	
فصل ۸: اختلالات خلقی..... ۶۳۳	
۶۳۳ افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی ۶۳۳	
۸/۲ اختلال دیس‌تایمی (افسرده‌خوبی) و اختلال سیکلوتایمی (خلق ادواری) ۶۸۹	
فصل ۹: اختلالات اضطرابی..... ۷۰۱	
۷۰۱ مرور اجمالی ۷۰۱	
۷۱۰ اختلال وحشت‌زدگی ۷۱۰	
۷۲۰ مصاحبه روان‌پزشکی ۷۲۰	

۱۰/۵ اختلال خراش پوست (کندن پوست) ۷۷۹

فصل ۱۱: اختلالات مربوط به سانحه و عوامل

استرس ۷۸۳

۱۱/۱ اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد

..... ۷۸۳

۱۱/۲ اختلالات سازگاری ۷۹۸

فصل ۱۲: اختلالات تجزیه ای ۸۰۵

نمایه ۸۲۷

۹/۴ هراس اختصاصی ۷۲۴

۹/۵ اختلال اضطراب اجتماعی (جمعیت هراسی) ۷۳۲

۹/۶ اختلال اضطراب فراگیر ۷۳۶

۹/۷ سایر اختلالات اضطرابی ۷۴۵

فصل ۱۰: اختلال وسواسی جبری و اختلالات

مرتبط ۷۵۳

۱۰/۱ اختلال وسواسی - جبری ۷۵۳

۱۰/۲ اختلال بدریخت انگاری بدن ۷۶۸

۱۰/۳ اختلال انباشت گری (ذخیره سازی) ۷۷۲

۱۰/۴ وسواس کندن مو ۷۷۵

«جلد دوم»

فصل ۱۳: طب روان تنی

۱۳/۱ مقدمه و مرور کلی

۱۳/۲ اختلال نشانه جسمانی

۱۳/۳ اختلال اضطراب بیماری

۱۳/۴ اختلال نشانه عصبی کارکردی (اختلال تبدیلی)

۱۳/۵ عوامل روانشناختی مؤثر بر سایر وضعیت‌های طبی

۱۳/۶ اختلال ساختگی

۱۳/۷ اختلال درد

۱۳/۸ روانپزشکی مشاوره - ارتباط

۲۰/۶ اختلالات مربوط به مواد استنشاقی

۲۰/۷ اختلالات مربوط به مواد افیونی (اپیوئیدها)

۲۰/۸ اختلالات مربوط به مواد مخدر، خواب‌آور یا

ضد اضطراب

۲۰/۹ اختلالات مربوط به مواد محرک

۲۰/۱۰ اختلالات مربوط به مواد تنباکو

۲۰/۱۱ سوء مصرف استروئیدهای آنابولیک - آندروژنیک

۲۰/۱۲ سایر اختلالات سوء مصرف مواد و اعتیادی

۲۰/۱۳ اختلال قماربازی

فصل ۱۴: سندرم خستگی مزمن و فیبرومیالژی

فصل ۱۵: اختلالات تغذیه و خوردن

۱۵/۱ بی‌اشتهایی عصبی

۱۵/۲ پراشتهایی عصبی

۱۵/۳ اختلال شکمبارگی و سایر اختلالات خوردن

۱۵/۴ چاقی و سندرم متابولیک

فصل ۱۶: اختلالات عصبی - شناختی

۲۱/۱ مقدمه و مرور کلی

۲۱/۲ دلیریوم

۲۱/۳ دمانس (اختلال عصبی شناختی شدید)

۲۱/۴ اختلالات شدید یا خفیف عصبی شناختی ناشی از سایر

وضعیت‌های پزشکی (اختلالات نسیانی)

۲۱/۵ اختلالات عصبی شناختی و سایر اختلالات ناشی از

وضعیت‌های عمومی طبی

۲۱/۶ اختلال شناختی خفیف

فصل ۱۶: خواب طبیعی و اختلالات خواب - بیداری

۱۶/۱ خواب طبیعی

۱۶/۲ اختلالات خواب - بیداری

فصل ۲۲: اختلالات شخصیت

فصل ۲۳: طب فوریت‌های روانپزشکی

۲۳/۱ خودکشی

۲۳/۲ فوریت‌ها روانپزشکی بزرگسالان

۲۳/۳ فوریت‌های روانپزشکی کودکان

فصل ۱۷: تمایلات جنسی بهنجار و کژکاری‌های جنسی

۱۷/۱ جنسیت طبیعی

۱۷/۲ کژکاری‌های جنسی

۱۷/۳ انحراف‌های جنسی (پارافیلی‌ها)

فصل ۲۴: طب مکمل و جایگزین در روانپزشکی

فصل ۲۵: سایر حالاتی که ممکن است کانون توجه

بالینی باشند

فصل ۱۸: نارضایتی جنسی

فصل ۱۹: اختلال‌های گسستگی، کنترل تکانه و سلوک

فصل ۲۰: اختلالات اعتیادی و مصرف مواد

۲۰/۱ مقدمه و مرور کلی

۲۰/۲ اختلالات مربوط به الکل

۲۰/۳ اختلالات مربوط به کافئین

۲۰/۴ اختلالات مربوط به حشیش

۲۰/۵ اختلالات مربوط به مواد توهم‌زاد

فصل ۲۶: سوء رفتار جنسی و جسمی بزرگسالان

فصل ۲۷: روانپزشک و طب تولیدمثل

فصل ۲۸: روان‌درمانی‌ها

- ۲۸/۱ روان‌کاوی و روان‌درمانی تحلیل‌گرا
- ۲۸/۲ روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت
- ۲۸/۳ گروه درمانی، روان‌درمانی ترکیبی گروهی و فردی و روان‌درمانی نمایشی (سایکودرام)
- ۲۸/۴ خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی
- ۲۸/۵ رفتاردرمانی دیالکتیک
- ۲۸/۶ پسخوراند زیستی (بايوفیدبک)
- ۲۸/۷ شناخت‌درمانی
- ۲۸/۸ رفتاردرمانی
- ۲۸/۹ هیپنوتیزم
- ۲۸/۱۰ روان‌درمانی بین فردی
- ۲۸/۱۱ روان‌درمانی روایتی
- ۲۸/۱۲ توان‌بخشی روانپزشکی
- ۲۸/۱۳ ترکیب روان‌درمانی و داروشناسی
- ۲۸/۱۴ مشاوره ژنتیک
- ۲۸/۱۵ ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر ذهن‌گرایی

«جلد سوم»

فصل ۲۹: درمان‌های روان - داروشناختی

- ۲۹/۱ اصول اساسی داروشناسی روانی
۲۹/۲ اختلالات حرکتی ناشی از دارو
۲۹/۳ آگونیست‌های گیرنده α_p - آدرنرژیک، آنتاگونیست‌های گیرنده α_p - آدرنرژیک: کلونیدین، گوانفکسین، پرازوسین و یوهیمین
۲۹/۴ آنتاگونیست‌های گیرنده β - آدرنرژیک
۲۹/۵ عوامل آنتی‌کولینرژیک
۲۹/۶ داروهای ضد تشنج
۲۹/۷ آنتی‌هیستامین‌ها
۲۹/۸ باریتوراتها و داروهای مشابه اثر
۲۹/۹ بنزودیازپین‌ها و داروهای مؤثر برگیرنده‌های گابا
۲۹/۱۰ بوپروپیون
۲۹/۱۱ بو سپیرون
۲۹/۱۲ مهارکننده‌های مجرای کلسیم
۲۹/۱۳ کاربامازپین و اسکاربازپین
۲۹/۱۴ مهارکننده‌های کولین استراز و ممانتین
۲۹/۱۵ دی‌سولفیرام و آکامپروسات
۲۹/۱۶ آگونیست‌های گیرنده دوپامین و پیش‌سازها
۲۹/۱۷ آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین (داروهای ضد روانپریشی نسل اول)
۲۹/۱۸ لاموتریژین
۲۹/۱۹ لیتیوم
۲۹/۲۰ آگونیست‌های ملاتونین: راملتئون و ملاتونین
۲۹/۲۱ میرتازاپین
۲۹/۲۲ مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز
۲۹/۲۳ نفازودون
۲۹/۲۴ آگونیست‌های گیرنده شبه افیونها: متادون، لوومتادیل و بوپرنورفین
۲۹/۲۵ آنتاگونیست‌های گیرنده مواد شبه افیونی: نالترکسون
نالمفن و نالوکسون
۲۹/۲۶ مهارکننده‌های فسفودی استراز ۵
۲۹/۲۷ مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین - نوراپی نفرین
۲۹/۲۸ مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین
۲۹/۲۹ آنتاگونیست‌های سروتونین - دوپامین و داروهای با

- اثر مشابه (داروهای ضد روانپریشی نسل دوم یا آتیپیک)
۲۹/۳۰ داروهای محرک و اتوموکستین
۲۹/۳۱ هورمون‌های تیروئید
۲۹/۳۲ داروهای سه حلقه‌ای و چهار حلقه‌ای
۲۹/۳۳ والپروات
۲۹/۳۴ مکمل‌های غذا و غذاهای طبی
۲۹/۳۵ داروهای کاهش وزن

فصل ۳۰: روش‌های تحریک مغزی

- ۳۰/۱ تشنج درمانی الکتریکی
۳۰/۲ سایر روش‌های تحریک مغزی
۳۰/۳ درمان‌های جراحی عصبی و تحریک عمیق مغزی

فصل ۳۱: روانپزشکی کودک

- ۳۱/۱ رشد شیرخوار، کودک و نوجوان
۳۱/۲ ارزیابی، معاینه و آزمون روان‌شناختی
۳۱/۳ کم‌توانی ذهنی
۳۱/۴ اختلالات ارتباط
۳۱/۴a اختلال زبانی
۳۱/۴b اختلال آوای گفتار
۳۱/۴c اختلال شروع روان‌گفتار (لکنت زبان)
۳۱/۴d اختلال ارتباط اجتماعی (عملی)
۳۱/۴e اختلالات ارتباطی نامشخص
۳۱/۵ اختلالات طیف درخودماندگی
۳۱/۶ اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی
۳۱/۷ اختلالات یادگیری ویژه
۳۱/۸ اختلالات حرکتی
۳۱/۸ a اختلال هماهنگی رشدی
۳۱/۸ b اختلال حرکت قالبی
۳۱/۸ c اختلال توره
۳۱/۸ d اختلال تیک صوتی یا حرکتی مداوم (مزمز)
۳۱/۹ اختلال‌های تغذیه و خوردن در دوره شیرخوارگی یا اوایل کودکی
۳۱/۹ a هرزه‌خواری (بیکا)
۳۱/۹ b اختلال نوش‌خوار
۳۱/۹ c اختلال اجتناب / محدودکننده جذب غذا

۳۱/۱۸c درمان روزانه و اقامتی و درمان در بیمارستان
۳۱/۱۸d دارو درمانی
۳۱/۱۸e درمان روانپزشکی نوجوانان
۳۱/۱۹ روانپزشکی کودک: سایر مسایل خاص
۳۱/۱۹a مسایل قانونی در روانپزشکی کودک
۳۱/۱۹b فرزندخواندگی و مراقبت پرورشگاهی (شبه
خانواده)
۳۱/۱۹c سوء رفتار و بدرفتاری با کودک
۳۱/۱۹d اثرات تروریسم بر کودکان

فصل ۳۲: بزرگسالی

فصل ۳۳: روانپزشکی سالمندی

فصل ۳۴: مسایل مربوط به مراحل پایانی زندگی

۳۴/۱ مرگ، مرگ قریب الوقوع، داغدیدگی
۳۴/۲ مراقبت تسکینی
۳۴/۳ یوتانازی (قتل از روی ترحم) و خودکشی به کمک
پزشک

فصل ۳۵: روانپزشکی عمومی

فصل ۳۶: روانپزشکی قانونی و اخلاق در روانپزشکی

۳۶/۱ روانپزشکی قانونی
۳۶/۲ اخلاق در روانپزشکی

فصل ۳۷: وجوه جهانی روانپزشکی

واژه‌نامه نشانه‌ها و نشاتگان در روانپزشکی

۳۱/۱۰ اختلالات دفعی
۳۱/۱۰a بی‌اختیاری دفع
۳۱/۱۰b بی‌اختیاری ادرار
۳۱/۱۱ اختلال وابسته به عامل تنش‌زا یا آسیب‌زا در کودکان
۳۱/۱۱a اختلال دلبستگی واکنش و اختلال مشارکت
اجتماعی بازداری نشده
۳۱/۱۱b اختلال استرس پس از سانحه در شیرخواری،
کودکی و نوجوانی
۳۱/۱۲ اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و نوجوانان
۳۱/۱۲a اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و
نوجوانان
۳۱/۱۲b اختلالات دو قطبی زودآغاز
۳۱/۱۲c اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر
۳۱/۱۲d اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه
۳۱/۱۲e اختلال سلوک
۳۱/۱۳ اختلالات اضطرابی در نوزادی، کودکی و نوجوانی
۳۱/۱۳a اختلالات اضطرابی، شیرخواری، دوران
کودکی و نوجوانی
۳۱/۱۳b گنگی انتخابی
۳۱/۱۴ اختلال و سواسی جبری در کودکی و نوجوانی
۳۱/۱۵ اسکیزوفرنی زودآغاز
۳۱/۱۶ سوء مصرف مواد در نوجوانان
۳۱/۱۷ روانپزشکی کودک: سایر حالات
۳۱/۱۷a سندرم روانپریشی خفیف
۳۱/۱۷b مشکلات تحصیلی
۳۱/۱۷c مشکل هویت
۳۱/۱۸ درمان روانپزشکی کودکان و نوجوانان
۳۱/۱۸a روان‌درمانی انفرادی
۳۱/۱۸b روان‌درمانی گروهی

مقدمه مترجم

کتاب خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک سالهاست در بین روانپزشکان و روانشناسان بالینی به عنوان منبعی معتبر شناخته شده است و رویکرد چندجانبه مولفین سبب شده روانپزشکان، روانشناسان و سایر متخصصین علوم رفتاری بتوانند از این کتاب بهره گیرند. تفاوت مهم ویراست فعلی کتاب با ویراست قبلی لحاظ کردن نسخه جدید دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) و ملاکهای تشخیصی آن است. با آنکه به DSM انتقاداتی وارد است اما به عنوان زبان مشترک متخصصین علوم رفتاری و پیشبرد پژوهشهای این حوزه نقش ارزشمند و غیرقابل انکاری داشته است و آموختن آن مقدمه ضروری شناخت بیماریهای روانپزشکی محسوب می شود.

در مورد ترجمه حاضر و نیز تفاوتهای مهم DSM-5 با DSM-IV موارد زیر شایان توجهند:

در ویراست پنجم DSM به جای واژه عقب ماندگی ذهنی (mental retardation) از اصطلاح کم توانی ذهنی (Intellectual disability) استفاده شده که به نظر می رسد بیشتر به علت استیگما (انگ) و بار معنایی منفی عقب ماندگی ذهنی بوده است. این دیدگاه در ترجمه قبلی کتاب خلاصه روانپزشکی از سوی اینجانب اعمال شده بود و در ترجمه قبلی به دلیل همین استیگما در برابر واژه mental retardation از اصطلاح کم توانی ذهنی استفاده شده بود. استیگمای اختلالات روانپزشکی موضوع مهمی است که باید جدی گرفته شود و نامگذاری اختلالات باید عاری از هرگونه بار ارزشی و قضاوتی باشد. در مورد ترجمه دمانس نیز همین سیاست در پیش گرفته شد و به جای واژه «زوال عقل» که متأسفانه به متون رسمی و اداری کشور نیز راه پیدا کرده است از واژه «زوال ذهن» استفاده شد. در زبان فارسی عقل بار ارزشی خاصی دارد و به عقیده اینجانب استیگمای نهفته در این اصطلاح می تواند در راه مراجعه زود هنگام بیماران و یا خانواده ایشان مانع ایجاد کند. به خاطر داشته باشیم استیگمای بیماریها پدیده‌ای عمدتاً فرهنگی است و به کارگیری اصطلاحات نامناسب از سوی ما مترجمین می تواند بر شدت آن بیفزاید.

یکی از عناوین تشخیصی جدید DSM-5 اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی (disruptive mood dysregulation) است که هدف از طراحی آن نگرانی مربوط به تشخیص گذاری بیش از حد و متورم اختلال دوقطبی در کودکان بوده است. متأسفانه به کرات مشاهده شده در کودکان و نوجوانان از عنوان تشخیصی اختلال دوقطبی NOS استفاده می شود که نتیجه این کار برجسی تشخیصی است که کنار گذاشتن آن به سادگی امکانپذیر نیست. استدلال مولفین DSM-5 این است که مطالعات طولی نشان داده اند بسیاری از کودکانی که دچار کژتنظیمی خلقی و حملات خشم می شوند و ملاکهای کامل اختلال دوقطبی را تکمیل نمی کنند در دوران بزرگسالی بیشتر به اختلالات افسردگی و اضطرابی مبتلا خواهند شد تا اختلالات دوقطبی.

در بخش اختلالات وسواسی جبری عنوان تشخیصی جدیدی به نام اختلال انباشت‌گری (hoarding disorder) افزوده شده است که در ترجمه چاپ نخست DSM-5 واژه احتکار یا ذخیره سازی را برابر آن قرار دادیم، اما پس از مشورت با برخی همکاران به این نتیجه رسیدیم واژه انباشت‌گری بار قضاوتی کمتری دارد. تفاوت مهم ملاکهای تشخیصی اختلالات وسواسی جبری افزودن مشخصه بدون بینش/با باورهای هذیانی است که در واقع DSM-5 با اینکار مرز اختلالات روانپریشی و اختلالات وسواسی را به هم نزدیک کرده است. در اختلالات طیف اسکیزوفرنیا تأکید بر هذیانهای غریب و توهمات شنیداری شخص سوم حذف شده و در تشخیص اسکیزوفرنیا باید حتماً یکی از علائم ملاک A توهم، هذیان یا گفتار آشفته باشد. با این تغییر صرفاً براساس وجود علائم منفی و رفتارهای آشفته نمی توان تشخیص اسکیزوفرنیا گذاشت.

اختلال نارضایتی جنسیتی (gender dysphoria) جایگزین اصطلاح اختلال هویت جنسی شده است تا بر موضوع ناهماهنگی ادراک شده فرد با جنسیت زیستی خود تأکید بیشتری صورت گرفته باشد. اختلال قماربازی در گروه اختلالات مرتبط با مواد گنجانده شده است و نکته مهم دیگر اینکه عناوین تشخیصی وابستگی به مواد و سوءمصرف حذف شده عنوان جدید اختلال مصرف مواد جایگزین شده است و در ملاک‌های تشخیصی آن مشکلات قانونی حذف شده و ملاک جدید میل شدید (craving) برای مصرف افزوده شده است.

در بخش اختلالات تجزیه‌ای به جای دو اصطلاح مسخ شخصیت (depersonalization) و مسخ واقعیت (derealization) به ترتیب از اصطلاحات گسست از خویشتن و گسست از واقعیت استفاده شده که به نظر می‌رسد بیشتر به مفهوم تجزیه‌ای این اصطلاحات نزدیک باشند. ضمناً در زبان فارسی واژه مسخ بار معنایی ارزشی خاصی دارد و استفاده از آن در روانپزشکی توصیفی مناسب به نظر نمی‌رسد.

متأسفانه کتاب حاضر با وجود اینکه منبعی بی‌بدیل در روانپزشکی محسوب می‌شود اما به دلیل شتاب در نگارش ویراست جدید و تطبیق دادن با DSM-5 محدود اشتباهاتی در متن دیده می‌شود که بیشتر مربوط به عدم تطابق متن با ملاک‌های جدید DSM-5 است و تلاش کرده‌ام تا حد امکان این موارد در پانویس توضیح داده شود.

در پایان جا دارد از دوست و همکار قدیمی آقای دکتر محسن ارجمند تشکر کنم که همچون همیشه در ترجمه این کتاب نیز یاری ارزشمندشان ستودنی است. همچنین از همکار عزیزم جناب آقای دکتر سامان توکلی که در برابرگذاری برخی اصطلاحات از نظرات ایشان بهره برده‌ام صمیمانه سپاسگزارم.

دکتر فرزین رضاعی

دانشیار روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی کردستان

در مورد مؤلفین

متخصصان پزشکی حضور داشت و نماینده گروه اجرایی انجمن روانپزشکی آمریکا در هیئت رئیسه ممتحنین پزشکی و بورد روانپزشکی و نورولوژی آمریکا بود. در سال ۱۹۸۵ او جایزه دستاوردهای آکادمیک را از کالج پزشکی نیویورک دریافت کرد و در سال ۲۰۰۰ به عنوان استاد دانشکده پزشکی NYU منصوب شد. او مؤلف یا ویراستار بیش از صد اثر منتشر شده است، مسئول نقد کتب در مجلات روانپزشکی است و در دامنه وسیعی از موضوعات روانپزشکی عمومی سخنرانی کرده است. دکتر سادوک طبابت خصوصی را برای مشاوره‌های تشخیصی و درمان روانپزشکی حفظ کرده است. او پس از پایان دوره دستیاری با دکتر ویرجینیا آلکوت سادوک، استاد روانپزشکی دانشکده پزشکی NYU از دواج کرد. دکتر سادوک از اپرا، گلف، اسکی و مسافرت لذت می‌برد و عاشق ماهیگیری با طعمه است.

دکتر ویرجینیا آلکوت سادوک: در ۱۹۸۰ به دانشکده پزشکی دانشگاه NYU ملحق شد و در حال حاضر استاد روانپزشکی و روانپزشک بیمارستان Tisch و بیمارستان Bellevue است. او مدیر برنامه تمایلات جنسی انسان در مرکز پزشکی NYU (یکی از بزرگترین برنامه‌های آموزش و درمانی در نوع خود در ایالات متحده) است. دکتر سادوک بیش از ۵۰ مقاله و فصول کتب مختلف در مورد رفتار جنسی را تألیف کرده است و ویراستار کتاب تجربه جنسی است؛ این کتاب یکی از نخستین درسی‌نامه‌های عمده در مورد تمایلات و رفتار جنسی انسان است که شرکت ویلیامز و ویلکینز آن را منتشر کرده است. او در چندین مجله پزشکی از جمله مجله روانپزشکی آمریکا و مجله انجمن پزشکی آمریکا داوری و نقد کتاب را به عهده دارد. او از مدت‌ها پیش به نقش زنان در پزشکی و روانپزشکی علاقمند بوده و پایه‌گذار کمیته زنان در روانپزشکی شاخه نیویورک انجمن روانپزشکی آمریکا است. او در مسائل آکادمیک فعال بوده و از ۱۵ سال پیش دستیار ممتحن بورد روانپزشکی و نورولوژی است. دکتر ویرجینیا سادوک قبلاً عضو کمیته آزمون روانپزشکی در بورد روانپزشکی آمریکا و نیز عضو

دکتر بنیامین جیمز سادوک: استاد روانپزشکی دانشگاه مناس سنت گریگوری و قائم مقام بخش روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه نیویورک (NYU)، واقع در شهر نیویورک است. او فارغ التحصیل کالج یونیون است و درجه دکترای طب خود را در کالج پزشکی نیویورک دریافت کرد و دوره کارورزی را در بیمارستان آلبانی گذراند. پس از اتمام دوره دستیاری در بیمارستان روانپزشکی Bellevue وارد خدمت نظامی شد و به عنوان مدیر موقت بخش عصب - روانپزشکی در پایگاه نیروی هوایی شپارد در تگزاس خدمت کرد. او در دانشکده پزشکی جنوب غرب و بیمارستان پارکلند در دالاس و کالج پزشکی نیویورک، بیمارستان سنت‌لوک و مؤسسه روانپزشکی ایالتی نیویورک و بیمارستان متروپولیتن در نیویورک پست‌های آموزش و علمی را احراز نمود. دکتر سادوک در ۱۹۸۰ به دانشکده پزشکی NKU پیوست و در مناصب مختلفی خدمت کرد: مدیر آموزش روانپزشکی دانشجویان، معاون آموزش دستیاران روانپزشکی، سرپرست آموزش پزشکی فارغ التحصیلان. در حال حاضر دکتر سادوک معاون خدمات بهداشت روان دانشجویان، مشاور روانپزشکی کمیته پذیرش و معاون آموزش مداوم روانپزشکی در دانشکده پزشکی NYK است. او در بیمارستان Bellevue و بیمارستان Tisch کار می‌کند و یکی از روانپزشکان مشاور در بیمارستان لنوکس هیل است. دکتر سادوک دارای مدرک بورد روانپزشکی و نورولوژی آمریکا است و برای بیش از یک دهه عضو هیئت بورد بوده است. او یکی از اعضای شاخص انجمن روانپزشکی محسوب می‌شود و در کالج پزشکان آمریکا، آکادمی طب نیویورک، و جامعه Alpha Omega Alpha Honor عضویت دارد. او در سازمان‌های روانپزشکی متعددی فعالیت دارد و پایه‌گذار و رئیس جامع روانپزشکی NYU-Bellevue است. وی عضو کمیته ملی آموزش مداوم روانپزشکی انجمن روانپزشکی آمریکا است؛ دکتر سادوک در کمیته غیررسمی درمانگاه‌های درمان جنسی انجمن پزشکی آمریکا کار می‌کرد و به عنوان نماینده انجمن در کنفرانس تأیید مجدد گواهی دانش‌نامه

برنامه خودسنجی و دانش روانپزشکی (PKSAP) انجمن روانپزشکی آمریکا بوده است. همچنین ریاست کمیته روابط عمومی شاخه نیویورک انجمن روانپزشکی آمریکا را بر عهده دارد و در مجموعه زنان در پزشکی و برنامه مستند زنان و افسردگی شبکه تلویزیون پزشکی ملی شرکت داشته است. دکتر ویرجینیا سادوک قائم مقام جامعه پژوهش و درمان جنسی و عضو شورای محلی انجمن مشاورین و درمانگران آموزش جنسی آمریکا بوده است. او در حال حاضر ریاست انجمن فارغ التحصیلان درمانگران جنسی را بر عهده دارد. او به نحو گسترده‌ای در ایالات متحده و خارج از آن در مورد کژکاری جنسی، مشکلات ارتباطی و اختلالات افسردگی و اضطرابی سخنرانی کرده است. دکتر ویرجینیا سادوک عضو ثابت انجمن روانپزشکی آمریکا بوده و در آکادمی پزشکی عضویت دارد و دارای مدرک بورس روانپزشکی و نورولوژی آمریکا است. دکتر سادوک فارغ التحصیل کالج بنیگتون است، درجه دکترای پزشکی خود را از کالج پزشکی نیویورک دریافت کرده و در بیمارستان متروپولیتن دوره دستیاری روانپزشکی را گذرانده است. او در کار طبابت نیز فعال است و به روان‌درمانی انفرادی، زوج‌درمانی و درمان زناشویی، درمان جنسی، مشاوره روانپزشکی و دارودرمانی می‌پردازد. او و همسرش دو فرزند به نام‌های جیمز و ویکتوریا دارند (که هر دوی آنها پزشک فوریت‌ها هستند) و دارای دو نوه به نام‌های امیلی و سلیا هستند. دکتر سادوک در اوقات فراغت خود از تئاتر، دیدن فیلم، گلف، مطالعه رمان و مسافرت لذت می‌برد.

دکتر پدرو روئیز

دکتر پدرو روئیز استاد و رئیس بخش روانپزشکی و علوم رفتاری در دانشکده پزشکی تگزاس در هوستون است. او از دانشکده پزشکی پاریس در فرانسه فارغ التحصیل شده است. دکتر روئیز دوره دستیاری روانپزشکی را در دانشکده پزشکی میامی در فلوریدا گذرانده است. او در کالج پزشکی آلبرت انیشتین در نیویورک و کالج پزشکی بایلور در

دانشکده پزشکی دانشگاه تگزاس در فلوریدا با درجه استادی تدریس کرده است. دکتر روئیز در سمت‌های مختلفی خدمت کرده است: مدیر مرکز بهداشت روان جامعه‌نگر بیمارستان لینکولن، مدیر مرکز روانپزشکی بروکس، قائم مقام دیارتمان روانپزشکی در کالج پزشکی بایلور در هوستون تگزاس، مدیر پزشکی مؤسسه علوم روانی دانشگاه تگزاس و قائم مقام دیارتمان روانپزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه تگزاس هوستون. او یکی از اعضای برجسته انجمن روانپزشکان آمریکا بوده و عضو کالج آمریکایی روانپزشکان، انجمن روانپزشکی اجتماعی آمریکا، جامعه بنیامین راش و انجمن روان‌درمانی گروهی آمریکا و عضو افتخاری انجمن جهانی روانپزشکی است. او همچنین عضو آکادمی روانپزشک است. او قبلاً رئیس کالج روانپزشکان آمریکا (۲۰۰۱-۲۰۰۰)، انجمن روانپزشکی اجتماعی آمریکا (۲۰۰۲-۲۰۰۰)، بورس روانپزشکی و نورولوژی آمریکا (۲۰۰۳-۲۰۰۲)، انجمن روانپزشکان آمریکا (۲۰۰۷-۲۰۰۶) بوده است و در حال حاضر رئیس برگزیده انجمن جهانی روانپزشکان است. او در بیش از ۴۰ هیئت تحریریه شرکت داشته است از جمله آنها می‌توان از موارد زیر نام برد: مجله روانپزشکی آمریکا، خدمات روانپزشکی؛ مجله اعتیاد آمریکا و روانپزشکی جهانی. او بیش از ۶۰ جایزه و تشویق نامه دریافت کرده است از جمله: جایزه روانپزشکی اجرایی، جایزه سیمون بولیوار، جایزه تارجان، تقدیرنامه نانسی روستوک، و جایزه ایرما بلاند از سوی انجمن روانپزشکان آمریکا و نیز جایزه بوئیس از سوی کالج روانپزشکان آمریکا. او تألیف یا ویراستاری بیش از ۶۰۰ اثر منتشر شده را بر عهده داشته است؛ بیش از ۲۰۰ گراندراند و سخنرانی در سراسر جهان ارائه کرده است و بیش از ۴۰۰ ارائه علمی در جهان داشته است. او و همسرش آنجلا دو فرزند به نام‌های پدرو پابلو و آنجلا ماریا دارند و دارای چهار نوه هستند: فرانسیسکو آنتونیو، پدرو پابلو، عمر ژوزف و پابلو آنتونیو. دکتر روئیز از مطالعه رمانهای ادبی، دیدن تئاتر و فیلم و مسافرت و ماهیگیری لذت می‌برد.

پیشگفتار

بررسی فراگیر، مفصل و دایرةالمعارفی از کل رشته روانپزشکی نیاز دارند. تلاش شده است که درسنامه مزبور تا حد امکان جامع باشد و برای آن که مطالب مختلف را به نحو مناسبی دربرگیرد در دو مجلد منتشر شده است، اما این امر سبب شده است که درسنامه جامع روانپزشکی برای برخی گروههای خاص و به خصوص دانشجویان پزشکی که به مطالبی مختصر و فشرده‌تر در مورد رشته روانپزشکی نیاز دارند بیش از حد مفصل باشد. برای این منظور بخشهایی از آن کتاب حذف یا فشرده شده‌اند، موضوعات جدیدی مطرح شده است و تمامی بخشها به خصوص برخی مطالب کلیدی نظیر روان‌داروشناسی به روز شده‌اند. در این جا لازم است از لطف بیش از ۲۰۰۰ نفری که در ویرایش فعلی و ویرایش‌های قبلی درسنامه جامع روانپزشکی نقش داشتند و به ما اجازه خلاصه کردن کارشان را دادند تشکر کنیم. در عین حال در این کار جدید، مسؤولیت جرح و تعدیل‌ها و تغییرات به عمل آمده را بر عهده می‌گیریم.

نظام آموزشی جامع

این درسنامه یکی از اجزای نظام جامعی است که مؤلفان برای تسهیل آموزش روانپزشکی و علوم رفتاری تدوین کرده‌اند. در رأس این نظام، درسنامه جامع روانپزشکی (CTP) قرار گرفته که از عمق و گستره‌ای تام و تمام برخوردار است و به گونه‌ای طراحی شده است که به کار روانپزشکان، رفتار پژوهان، و همه کارگزاران حوزه بهداشت روان بیاید. خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک در واقع روایتی نسبتاً مختصر، با جرح و تعدیل بسیار، اما اصیل و روزآمد از آن درسنامه است

این یازدهمین ویرایش خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک است. نخستین ویرایش خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک^۱ حدود ۴۰ سال پیش منتشر شد در طول این مدت این کتاب به عنوان چکیده‌ای مستقل، منسجم، دقیق، عینی و قابل اتکا از رویدادهای جدید رشته روانپزشکی شهرت یافته است. از همان ابتدا هدف این کتاب پرورش قابلیت حرفه‌ای و تضمین عالی‌ترین کیفیت مراقبت برای افراد دچار بیماری‌های روانی بوده است. علامت مشخصه این کتاب رویکرد چند رشته‌ای و التقاطی آن است؛ بنابراین تأثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی بر سلامت و بیماری انسان را به یک میزان مطرح کرده است.

خلاصه روانپزشکی نیازهای گروه‌های تخصصی مختلف را برآورده می‌کند: روانپزشکان و اطباء غیرروانپزشک، دانشجویان پزشکی، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران روانپزشکی و سایر متخصصان بهداشت روانی نظیر کاردرمانگران و هنردرمانگران. این کتاب به عنوان راهنمای مرجع مورد استفاده افراد غیرمتخصص نیز قرار می‌گیرد و به آنها کمک می‌کند در مراقبت از اعضای خانواده یا دوست بیمار خود مشارکت کنند. برای ما به عنوان مؤلفین و ویراستاران کتاب، مقبولیت گسترده و کاربرد آن در ایالات متحده و سرتاسر دنیا مایه مسرت است.

پیشینه

این درسنامه براساس تجربه ما در ویرایش درسنامه جامع روانپزشکی^۲ شکل گرفت. کتاب مزبور حاوی ۴۰۰۰ صفحه دو ستونی است و بیش از ۴۵۰ روانپزشک و دانشمند برجسته علوم رفتاری در تدوین آن شرکت داشته‌اند. درسنامه جامع روانپزشکی مختص افرادی است که به یک

1. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry

2. Comprehensive Textbook of Psychiatry

که برای دانشجویان پزشکی، دستیاران روانپزشکی، روانپزشکان شاغل، و متخصصان بهداشت روان مفید است. دو کتاب ویژه مشتق از این کتاب یعنی چکیده در سنامه روانپزشکی بالینی و چکیده روانپزشکی کودک و نوجوانان حاوی توصیفات از همه اختلالات روانپزشکی از جمله تشخیص و درمان این اختلالات در بزرگسالان و کودکان هستند. این کتابها برای کارکنان بالینی و دستیاران روانپزشکی که به مرور سریع درمان مشکلات بالینی نیاز دارند مفید است. جزء دیگری از این نظام را راهنمای مطالعه و خودآزمایی خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک تشکیل می‌دهد که حاوی سؤلهایی چندگزینه‌ای همراه با پاسخهای آنهاست و برای آن دسته از دانشجویان روانپزشکی و روانپزشکان بالینی طراحی شده است که می‌خواهند برای شرکت در امتحانات مختلف آماده شوند و لذا به مروری بر علوم رفتاری و روانپزشکی عمومی نیاز دارند. سؤلهای به گونه‌ای تنظیم شده است که با الگوی «هیئت (بورد) ملی طراحان سؤلهای امتحانات پزشکی» و «امتحان گواهینامه پزشکی ایالات متحده» (USMLE) و بورد ملی پزشکی (NBME) همخوانی داشته باشد. اجزای دیگر این نظام را کتابهای راهنمای جیبی یا دستنامه تشکیل می‌دهند: راهنمای جیبی روانپزشکی بالینی^۱، راهنمای جیبی درمانهای دارویی روانپزشکی^۲، راهنمای جیبی روانپزشکی فوری (اورژانس)^۳، و راهنمای جیبی روانپزشکی در مراقبتهای اولیه^۴. مجموعه این کتابها به ترتیب، تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی، روان‌داروشناسی، فوریت‌های روانپزشکی، و روانپزشکی در مراقبتهای اولیه را پوشش می‌دهند و چنان مختصر و فشرده طراحی و تألیف شده‌اند که بالینگران و پزشکان با هر تخصصی می‌توانند آنها را به راحتی با خود حمل کنند و در صورت لزوم به سرعت به آنها مراجعه کنند. آخرین جزء نظام آموزشی ما را واژه‌نامه جامع روانپزشکی و روان‌شناسی تشکیل می‌دهد که تعاریف کتبی ساده‌ای از این واژه‌ها را در اختیار روانپزشکان و سایر پزشکان، روان‌شناسان، دانشجویان، سایر متخصصان بهداشت روان، و نیز عموم مردم قرار می‌دهد. این کتابها در مجموع برای آموزش، مطالعه، و یادگیری روانپزشکی، رویکردی

چندوجهی ایجاد کرده‌اند.

طبقه‌بندی اختلالات DSM-5

ویرایش پنجم کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی (DSM) متعلق به انجمن روانپزشکی آمریکا که DSM-5 نامیده می‌شود در سال ۲۰۱۳ منتشر شد. DSM-5 حاوی نظام نام‌گذاری رسمی مورد استفاده روانپزشکان و سایر متخصصان بهداشت روانی در ایالات متحده است؛ اختلالات روانی که در این در سنامه تشریح شده‌اند با سیستم نام‌گذاری فوق مطابقت دارد. تمامی بخش‌های مربوط به اختلالات بالینی کاملاً مورد بازنگری قرار گرفته‌اند و تجدیدنظرهای DSM-5 در آنها لحاظ شده است. خواننده در خواهد یافت که همچون تمامی ویراست‌های پیشین، در این ویراست نیز جداول DSM-5 برای اکثر اختلالات روانی عمده عیناً آورده شده است.

DSM "قانون زمین" است و همچنانکه قبلاً اشاره شد نظام نام‌گذاری مورد استفاده در سراسر این در سنامه محسوب می‌شود؛ اما برخی بالینگران و پژوهشگران در مورد جنبه‌های مختلف DSM ملاحظاتی دارند که در این کتاب به آنها اشاره شده است. با ظهور ویراست‌های آتی DSM، این در سنامه همچون همیشه، فضایی برای مخالفت‌های قبل و بخصوص بعد از هر ویراست جدید را فراهم می‌کند. کتاب سیناپس (خلاصه روان‌پزشکی) در عین حال که نظام نام‌گذاری رسمی را پذیرفته است، فضایی برای تبادل نظر، ارزیابی، نقد و مخالفت فراهم می‌سازد.

ICD-10

خوانندگان همچنین باید از نظام طبقه‌بندی موازی سازمان بهداشت جهانی (WHO) که طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماریها و مشکلات بهداشتی مرتبط (ICD-10) نامیده

1- Pocket Handbook of Clinical Psychiatry

2- Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

3- Pocket Handbook of Emergency Psychiatry Medicine

4- Pocket Handbook of Primary Care Psychiatry

کتاب هم تصاویر رنگی اشکال تجاری داروهای رایج روانپزشکی و انواع دوزهای مختلف آنها ارائه شده است. تمامی داروهای جدیدی که از زمان ویراست قبلی تولید شده‌اند لحاظ شده‌اند. به علاوه تصاویر رنگی جدیدی در بسیاری از بخش‌ها افزوده شده‌اند.

شرح حال بیماران

شرح حال بیماران بخشی تفکیک‌ناپذیر از این کتاب محسوب می‌شود. این موارد به‌طور گسترده در متن به‌کار گرفته شده است تا اختلالات بالینی توصیف شده در متن ملموس‌تر جلوه کنند. این موارد از منابع مختلفی اخذ شده‌اند از جمله از نویسندگانی که در ویراست‌های فعلی و پیشین درسنامه جامع روان‌پزشکی نقش داشته‌اند و همکاران بیمارستانی ما که از همه آنها به دلیل این نقش‌شان تشکر می‌کنیم. برخی از این گزارش‌ها برگرفته از تجربه بالینی مؤلفین در بیمارستان بلووو در نیویورک هستند. شرح حال موارد با حروف مجزایی چاپ شده‌اند تا خواننده آنها را به راحتی پیدا کند.

بخش‌های تازه و روزآمد

ارائه DSM-5 در ۲۰۱۳ چارچوب طبقه‌بندی روان‌پزشکی را تغییر داد و همه بخش‌های کتاب خلاصه روان‌پزشکی برای بازتاب این تغییرات مورد بازنگری قرار گرفت. فصل طبقه‌بندی در روان‌پزشکی شامل تعریف کلیه اختلالات روان‌پزشکی فهرست شده در DSM-5 و مرور موجز آنهاست. در مابقی کتاب هر یک از این اختلالات در فصول و بخش‌های مجزا به تفصیل تشریح شده‌اند. به‌علاوه تقریباً برای هر اختلال روانی عمده، جدول مربوط به آن از جداول تشخیصی DSM-5 افزوده شده است.

فهرست فصول تغییر داده شده است و کتاب با فصل علوم اعصاب شروع می‌شود که در آن بخش‌های جدیدی افزوده شده است: رشد عصبی و عصب زایی بازتاب نقش مهم رشد دستگاه عصبی در ایجاد بیماری روانی است؛ الکتروفیزیولوژی کاربردی اثرات تکانه‌های الکتریکی در مغز و ارتباط آن با روان‌پزشکی بالینی را توصیف می‌کند؛

می‌شود آگاه باشند. متون DSM و ICD تفاوت‌هایی با همدیگر دارند، اما طبق توافق‌های ایالات متحده و سازمان بهداشت جهانی قرار است شماره کدهای تشخیصی DSM با ICD یکسان شود تا بتوان در گزارش آماری و بین‌المللی روانپزشکی روال یکسانی را در پیش گرفت. در حال حاضر در ایالات متحده کدهای عددی و تشخیصی ICD و DSM از نظر خدمات درمانی سالمندان (Medicare)، خدمات درمانی نیازمندان (Medicaid) و شرکت‌های بیمه خصوصی برای بازپرداخت معتبر است.

تصاویر و نقاشی روی جلد

«خلاصه روانپزشکی» جزو اولین درسنامه‌هایی بود که در آن از تصاویر موضوعات روانپزشکی استفاده شد تا آموزش‌های آن غنی‌تر گردد و ما در هر ویراستی این سنت را ادامه داده‌ایم.

نقاشی روی جلد متعلق به هنرمند زاده بلژیک بنام جیمز انسور (۱۹۴۹-۱۸۶۰) است که این اثر هنرمند احاطه شده توسط نقاب‌ها نام دارد و از دید نقاش معرف دورویی انسان است. نقاب‌ها در تمام تاریخ بشر نقش داشته‌اند. نقاب هم پنهان‌کننده و هم آشکار ساز است؛ آنچه را دوست نداریم به دیگران یا خودمان نشان دهیم و آنچه را که می‌خواهیم مخفی بماند پنهان می‌سازد و آنچه را دوست داریم دیگران ببینند عیان می‌کند. هنر درمانگران در توانبخشی بیماران روانپزشکی از نقاب و ماسک استفاده کرده‌اند تا به بیماران کمک کنند احساسات خود را واری کرده خلاقیت خود را تجربه کنند. روانپزشکی بنام هروری کلکلی (Hervey Cleckley) اصطلاح "نقاب سلامت" را برای اشاره به افراد جامعه ستیز (سایکوپات) به کار گرفت که دیگران را بازی می‌دهند اما در زیر نقاب بهنجاری آشفتگی عمیقی دارند. کارل یونگ پرسونا (مشتق از واژه لاتین به معنای نقاب) را تصویری توصیف کرد که ما دوست داریم به جهان نشان دهیم و در زیر آن تصاویر دیگری از خود نهفته است. امیدواریم این نقاشی روی جلد تجربه یادگیری را برای خوانندگانمان غنی سازد.

همچون تمامی کتاب‌های کاپلان و سادوک، در این

روابط متقابل دستگاه ایمنی و دستگاه عصبی مرکزی اثرات پیچیده دستگاه ایمنی بر روی مغز در زمینه سلامت و بیماری را توضیح می‌دهد.

بخش جدیدی تحت عنوان بهنجاری و سلامت روان افزوده شده که به خواننده چارچوبی می‌دهد که در قالب آن مرزهای بیماری روانی را درک کند. به همین ترتیب بخش جدید دیگری تحت عنوان روان‌شناسی مثبت‌نگر رویکردهای درمانی و نظریات نوظهوری را توضیح می‌دهد که در سلامت روان نقش دارند.

فصل سهم علوم اجتماعی فرهنگی حاوی سه بخش جدید تحت عناوین زیر است:

جامعه‌شناسی و کردارشناسی، روان‌پزشکی بین‌فرهنگی و سندرم‌های وابسته به فرهنگ که روی هم رفته منعکس‌کننده تأثیر عظیمی است که فرهنگ بر تظاهرات و شیوع اختلالات روانی در سراسر جهان دارد.

فصل مسائل مربوط به اواخر عمر حاوی بخش‌های مرگ، مردن و داغ‌دیدگی و مراقبت تسکینی بوده و نشان‌دهنده نقش مهمی است که روان‌پزشکان در تخصص بالینی طب تسکینی دارند. این فصل همچنین حاوی کنترل درد است که حوزه نسبتاً جدید و در عین حال مهمی است که روان‌پزشکان می‌توانند در آن نقش مهمی ایفا کنند. در فصل نارضایتی جنسیتی (طبقه تشخیصی جدیدی که در DSM-5 لحاظ شده) به مسائلی که بر افراد هم‌جنس‌گرای مرد و زن، افراد دوجنس‌گرا و افراد طالب تغییر جنسیتی تأثیر می‌گذارد توجه خاصی شده است. فصل روان‌پزشکی و طب تولید مثل به میزان گسترده‌ای بازنگری شده تا با پیشرفت‌های حاصل شده در مسائل بهداشت و سلامت زنان هماهنگ باشد. فصل اخلاق در روان‌پزشکی به‌روز شده و بحث گسترده خودکشی به کمک پزشک را شامل شده است. به این موضوع در بخشی تحت عنوان یوتانازی و خودکشی به کمک پزشک توجه ویژه‌ای مبذول شده است. در

ویراست قبلی، بخش اختلال استرس پس از سانحه، رویدادهای غم‌انگیز ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ شامل مرکز تجارت جهانی در نیویورک و پنتاگون در واشنگتن را در بر می‌گرفت. متأسفانه از آن زمان فجایع دیگری نظیر طوفان هوریکان و

کشتار نیوتاون روی داده است. اثرات روان‌شناختی این رویدادها و نیز اثرات جنگ‌های عراق و افغانستان بر سلامت روان سربازان این جنگ‌ها به کتاب افزوده شده است. در همین راستا دو موضوع جدید اثرات تروریسم و شکنجه مورد توجه قرار گرفته است، دو حوزه‌ای که به‌ندرت در درسنامه‌های روان‌پزشکی به آنها اشاره می‌شود اما برای روان‌پزشکانی که قربانیان این وقایع را درمان می‌کنند اهمیت بسیار زیادی دارد.

در این ویراست دو فصل جدید تحت عنوان روان‌پزشکی عمومی و جنبه‌های جهانی روان‌پزشکی افزوده شده که هر دو بازتاب چشم‌انداز جهانی و ملی روان‌پزشکی و نیاز بالینگران برای درک اختلالاتی است که در سراسر جهان ظهور می‌کنند. در بخش جدیدی تحت عنوان روش‌های تحریک مغز پیشرفت‌های جدیدی نظیر تحریک عمقی مغز و تحریک از طریق مغناطیس برای بازیافت سلامتی بیمارانی که به درمان‌های مرسوم پاسخ نمی‌دهند و بیماری آنها جزو شدیدترین بیماری‌های روانی هستند مطرح شده است.

فصل روان‌درمانی گسترش یافته و درمان‌های جدیدی نظیر ذهنیت‌سازی (Mentalization) و ذهن‌آگاهی (Mindfulness) اضافه شده که هر دوی آنها در بخشی جدید پوشش داده شده‌اند. همچنین همچون سایر ویراست‌های پیشین در فصل درمان‌های دارویی هر داروی مورد استفاده روان‌پزشکان برای درمان بیماری‌های روانی توضیح داده شده‌اند. این فصل به‌طور کامل به‌روز شده تا تمامی داروهای جدیدی که از زمان انتشار ویراست قبلی این کتاب وارد بازار شده‌اند پوشش داده شود.

نکته‌آخر اینکه تمامی فصول در بخش علوم رفتاری بازنویسی و به‌روز شده تا منعکس‌کننده آخرین پیشرفت‌ها در این حوزه باشد.

روان‌داروشناسی

داروهایی که برای درمان اختلالات روانی به کار می‌روند بر طبق خصوصیات داروشناختی و مکانیسم اثر طبقه‌بندی شده‌اند و این طبقه‌بندی جایگزین طبقاتی نظیر داروهای

ضدافسردگی، داروهای ضد روان‌پریشی، داروهای ضد اضطراب و تثبیت‌کننده‌های خلق شده است. طبقه‌بندی اخیر بسیار گسترده بوده و کاربرد بالینی داروهای روانگردان را نشان نمی‌دهد. برای مثال بسیاری از داروهای ضدافسردگی برای درمان اضطراب به کار می‌روند. برخی داروهای ضد اضطراب در درمان افسردگی و اختلالات دوقطبی تجویز می‌شوند و داروهای تمام طبقات فوق برای درمان سایر اختلالات بالینی نظیر اختلالات خوردن، اختلال وحشتزدگی و اختلال کنترل تکانه به کار می‌روند. همچنین بسیاری از داروها در درمان انواعی از اختلالات درمانی به کار می‌روند که در قالب یک طبقه‌بندی وسیع نمی‌گنجد. اطلاعات مربوط به تمام داروهای مورد استفاده در روان‌پزشکی از جمله فارماکودینامیک، فارماکوکینتیک، دوز داروها، عوارض جانبی و تداخلات دارویی به طور کامل روزآمد شده تا پژوهش‌های اخیر را منعکس کنند.

اختلالات دوران کودکی

فصول مربوط به اختلالات دوران کودکی به‌طور گسترده‌ای بازنگری شده‌اند تا مطالب مهم جدید را پوشش دهند. DSM-5 طبقات تشخیصی جدیدی در اختلالات دوران کودکی اضافه کرده و برخی طبقات را حذف کرده است. برای مثال تشخیص‌هایی نظیر اختلال نافذ رشد، اختلال رت و اختلال آسپرگر هم‌بند تحت عنوان اختلال طیف درخودماندگی جمع شده‌اند و عناوین تشخیصی جدید اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی و سندرم روان‌پریشی تخفیف‌یافته اضافه شده‌اند. این تغییرات و تغییرات دیگر در پوشش وسیع اختلالاتی که معمولاً در دوران کودکی و نوجوانی شروع می‌شوند بازتاب یافته است. فصل مربوط به تأثیر تروریسم به‌روز شده تا منعکس‌کننده اطلاعات جدید در مورد اختلال استرس پس از سانحه در کودکان از جمله آخرین یافته‌ها در مورد اثرات روان‌شناختی بر کودکان قربانی فجایع ساخته دست انسان و فجایع طبیعی باشد. بخش اختلالات اضطرابی به طور کامل بازنگری و به‌روز شده و اختلال وسواسی جبری اینک در فصل مجزایی قرار داده شده است. بخش مربوط به کاربرد داروها در کودکان به

میزان گسترده‌ای به‌روز شده تا بازتاب تغییرات زیادی باشد که در دارو درمانی اختلالات کودکی از زمان آخرین انتشار این کتاب روی داده است.

واژه‌نامه

ویژگی منحصر به فرد این ویراست، افزودن واژه‌نامه‌ای جامع، به‌روز شده و جدید از علایم و نشانه‌های روان‌پزشکی است. روان‌پزشکی علمی توصیفی است و آگاهی و کاربرد صحیح بسیاری اصطلاحات موجود برای بالینگران در تشخیص و درمان موفق اهمیت زیادی دارد. امیدواریم این بخش افزوده شده برای خوانندگان مفید باشد.

منابع

در پایان هر بخش کتاب خلاصه روان‌پزشکی، تعدادی از ارجاعات و منابع ذکر شده که شامل مرور متون و منابع به‌روز شده و نیز فصول مرتبط در درسنامه بزرگ‌ترمان یعنی درس‌نامه جامع روان‌پزشکی است. تعداد منابع محدود شد که بخشی از این محدودیت برای کاستن از حجم کتاب بود اما دلیل مهم‌تر آن این بود که ما می‌دانیم خوانندگان روزگار مدرن برای دستیابی به جدیدترین متون موجود به پایگاه‌های داده‌های اینترنتی نظیر پاب مد و گوگل اسکولار مراجعه می‌کنند و ما این روند را تشویق می‌کنیم.

سپاسگزاری

از ویراستاران کتاب که با سخاوتمندی وقت و مهارت خود را به کار گرفتند صمیمانه سپاسگزاریم. ویراستاران این کتاب شامل افراد زیر بودند: دکتر کارولی پاتاکی، مسئول به‌روز کردن و بازنگری بخش اختلالات کودکی و نوجوانی؛ او در بسیاری از ویراست‌های بخش روان‌پزشکی درسنامه جامع روان‌پزشکی نقش داشته است؛ ما از کمک بیدریغ وی در این زمینه سپاسگزاریم. دکتر نورمان ساسمن بحث روان‌داروشناسی را به‌روز کرد و ما را قادر ساخت در این حوزه متغیر که به سرعت رو به گسترش است، مطالب به‌روز را به خواننده ارائه کنیم. او همچنین به عنوان ویراستار در بخش روان‌داروشناسی درسنامه جامع روان‌پزشکی نقش

داشت. دوریس ویرا معاون کتابخانه پزشکی فریدریک ل. هرمن دانشکده پزشکی نیویورک در آماده‌سازی این ویرایش و ویرایش‌های قبلی کمک فراوانی به ما نمود.

ما صمیمانه از دو ویراستار پروژه در نیویورک تشکر می‌کنیم: نیتزا جونز-سپولودا برای بیش از یک دهه با ما همراه بوده و پیش از آنکه به بخش خصوصی برود بر روی این کتاب و بسیاری کتب دیگر کاپلان و سادوک کار کرده است. دانش وسیع او در مورد هر جنبه از نشر کتاب برای ما حیاتی بود. جای خالی او بسیار احساس می‌شود. همچنین از هالوی وینبرگ سپاسگزاریم که نقش عمده‌ای در خلق این کتاب ایفا نمود. او با شور و اشتیاق، فراست و نشاط کار کرد. ما همچنین از گلوریا رابلز در میامی قدردانی می‌کنیم که به تمامی مؤلفین و بخصوص دکتر روئیز کمک‌های ارزشمندی می‌نمود. همچنین لازم است از دکتر سیبا آنام، دکتر رنه رابینسون، دکتر نورا اوبرفیلد، دکتر ماریسا کامینسکی، دکتر کارولین پرس، دکتر میشل استانگر، دکتر راجان باهل و دکتر جی کانتور تشکر کنیم و همه این افراد در ویراست‌های مختلف کتاب خلاصه روان‌پزشکی نقش داشته‌اند. جا دارد به طور ویژه از دکتر لورا اریکسون - اشروث به خاطر کمک وی در زمینه نارضایتی جنسیتی سپاسگزاری کنیم. از دکتر سامون احمد تشکر می‌کنیم که به عنوان ویراستار مشاور در حوزه روان‌داروشناسی کمک عظیمی به ما نمود.

از دکتر جیمز سادوک و دکتر ویکتوریا گرگ به خاطر کمک‌هایشان در حوزه‌های تخصصی خود (به ترتیب، فوریت بزرگسالان و طب فوریت کودکان) ممنونیم.

از آلن و مریلن زوبلات به خاطر کمک سخاوتمندانه‌شان در این درسنامه و سایر درسنامه‌های کاپلان و سادوک سپاسگزاریم. در طول سال‌ها این افراد حامیان فداکار در بسیاری از پروژه‌های پژوهش، بالینی و آموزشی در مرکز پزشکی NYU بوده‌اند. ما عمیقاً از باری ارزشمندشان سپاسگزاریم. در اینجا از فرصت استفاده کرده و از کسانی که این کتاب و سایر کتب کاپلان و سادوک را به زبان‌های

خارجی از جمله چینی، کرووات، فرانسوی، آلمانی، یونانی، اندونزیایی، ایتالیایی، ژاپنی، لهستانی، پرتغالی، رومانیایی، روسی، اسپانیولی و ترکی برگرداندند و نیز کسانی که ویرایش ویژه دانشجویان آسیایی و بین‌المللی را ارائه کرده‌اند، قدردانی می‌کنیم.

شرکت لیپینکات ویلیامز و ویلیکینز برای حدود نیم قرن ناشر آثار ما بوده است و همچون همیشه کارکنان آن کارآمد عمل کرده‌اند. جمی الفرانک ویراستار LWW در بسیاری جنبه‌های کار ما بسیار مفید بود و ما کمک‌های او و نیز رفتار دوستانه‌اش را ارج می‌نهیم. همچنین از آندره و سبورگ ویراستار تولید در LWW متشکریم که در بسیاری از جزئیات فراهم کردن این کتاب کمک‌های بسیاری به ما نمود. او بسیار بیش از نقش خود به عنوان ویراستار تولید ظاهر شد و در واقع به‌عنوان یک ویراستار کپی پاره وقت، ویراستار تصاویر، ویراستار جواز و بسیاری نقش‌های دیگر عمل کرد که مجال اشاره به همگی آنها نیست. خوش بینی و پرکاری او در زمینه این پروژه بی‌نهایت مفید بود. جا دارد از کریس میلر در آبتارا نیز بخاطر کار روی این عنوان و سایر عناوین کاپلان و سادوک تشکر کنیم. ما از چارلی میچل، ویراستار اجرایی سابق در LWW سپاسگزاریم که به مدت بیش از ۲۰ سال پیش از آنکه وارد کار دانشگاهی شود مشوق و راهنمای ما بود. ما اینک همچون تمام سالهایی که در LWW حضور داشت دوستی او را ارج می‌نهیم.

سرانجام جا دارد صمیمانه‌ترین سپاس‌های خود را نثار دکتر چارلز مارمار، استاد و رئیس روان‌پزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه نیویورک کنیم که در تمام طول این پروژه حمایت کاملی از ما به عمل آورد. او با مهارت، اشتیاق و از خود گذشتگی گروه روان‌پزشکی را در قرن بیست و یکم هدایت کرده است. تحت رهبری او NYU به یکی از مراکز پیشگام روان‌پزشکی و علوم اعصاب در ایالات متحده و در سطح جهان تبدیل شده است.



علوم اعصاب

۱/۱ مقدمه

نشانه‌های جسمانی، شرح حال پزشکی و نتایج آزمون‌های آزمایشگاهی و پرتونگاری است. در روان‌پزشکی تشخیص عمدتاً مبتنی بر برداشت بالینگر از تفسیر بیمار از افکار و احساسات خود است. سپس علایم بیمار به کتابچه طبقه‌بندی و تشخیصی ارجاع می‌شود (مانند کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی «DSM-5») و طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط «ICD») که حاوی صدها سندرم بالقوه هستند و یک یا چند تشخیص در مورد هر بیمار کاربرد پیدا می‌کند. این نظام‌های طبقه‌بندی استاندارد، معرف پیشرفت چشم‌گیری در پایایی نظام‌های تشخیصی قبلی هستند اما دلیل چندانی وجود ندارد که باور کنیم این طبقات تشخیصی معتبرند، به‌خصوص از آن جهت که معرف ماهیت‌های مجزای زیستی نیستند. هرچند بر اساس آزمون‌های آزمایشگاهی، پرتونگاری یا علایم حیاتی در مورد بیماری که هیچ علامت یا شکایتی ندارد، می‌توان تشخیص دیابت، سرطان یا پرفشاری خون را گذاشت. اما در بیماری که هیچ علامتی ندارد نمی‌توان مثلاً تشخیص اسکیزوفرنیا را گذاشت زیرا در حال حاضر هیچ نوع ارزیابی شناخته‌شده عینی و مستقلی برای این بیماری وجود ندارد. هدف بالینگران و پژوهشگران کاهش رنج انسان توسط افزایش درک ما از بیماری‌ها، تدوین درمان‌های جدید برای پیشگیری یا شفای بیماری‌ها و مراقبت بهینه از بیماران است. اگر مغز کانون بیماری‌های روانی است، زمان آن رسیده که بلندپرواز تر بوده و به فکر ساختن طبقه‌بندی بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی مستقیماً بر اساس دانش زیستی خود و

مغز انسان مسئول پردازش شناختی هیجانات و رفتارها و در واقع هرآن چیزی است که مامی‌اندیشیم، احساس می‌کنیم و انجام می‌دهیم. هرچند رشد اولیه و کارکرد مغز در بزرگسالی به‌وسیله عوامل متعددی شکل می‌گیرد (مانند تجربیات اپی ژنتیک، محیطی و روانی اجتماعی)، اما مغز ادغام‌کننده نهایی این عوامل و تأثیرات است. علی‌رغم اینکه در طول چندین دهه گذشته (از جمله در دهه ۱۹۹۰) پیشرفت‌های زیادی در علوم اعصاب انجام شده است، و با وجود پذیرش گسترده این مفهوم که مغز زیرمایه زیستی کارکردهای روانی بهنجار و نابهنجار است، اما برای بیش از نیم قرن گذشته پیشرفت تحولی واقعی در درمان اختلالات روانی روی نداده است. بارزترین دلیل فقدان پیشرفت بیشتر، پیچیدگی بسیار زیاد مغز انسان است. دلیل کمتر آشکار آن روش فعلی تشخیص روان‌پزشکی است که در مورد اکثر بالینگران بر اساس نظام‌های طبقه‌بندی مبتنی بر سندرم است.

هدف این فصل ارائه بخش‌های علوم اعصاب است که کالبدشناسی و کارکرد مغز انسان را توضیح می‌دهند و سپس تشریح این موضوع است که چگونه تحول تفکر به سمت نظام تشخیصی بیماری‌های روانی بر اساس زیست‌شناسی یا مغز ممکن است اقدامات ما برای پیشرفت تحقیقات مغز، تدوین درمان‌های بهتر و بهبود مراقبت بیمار را تسهیل کند. در سایر رشته‌های پزشکی، تشخیص مبتنی بر علایم و

نه صرفاً بر اساس ارزیابی علایم بیمار باشیم.

(شناخت چرخه‌های زیستی) است.

مغز انسان

بخش‌های علوم اعصاب زیر هرکدام به یک حیطة از زیست‌شناسی مغز می‌پردازند. هر یک از این حیطه‌ها ممکن است با توفیق‌یولوژی و درمان بیماری‌های روانی مرتبط باشد. هرچند پیچیدگی مغز انسان در مقایسه با سایر اعضای بدن رعب‌آور است، پیشرفت فقط زمانی حاصل می‌شود که به شیوه‌ای روش‌مند، به صورتی پیوسته و با شهامت با این پیچیدگی روبرو شویم.

سلول‌های نورون‌ها و گلیای مغز انسان به شیوه مشخصی سازمان‌دهی شده‌اند که این سازمان‌دهی از طریق روش‌های کالبدشناسی عصبی نوین روز به‌روز بیشتر روشن می‌شود. به‌علاوه در دهه گذشته دانش ما در مورد رشد بهنجار مغز انسان استحکام بیشتری یافته است. مغز آدمی واضحاً از مغز گونه‌های حیوانی پست‌تر تکامل یافته و این سبب می‌شود بتوان بر اساس مطالعات انسانی استنتاجاتی در مورد مغز انسان به‌عمل آورد. نورون‌ها از طریق انتقال عصبی الکتریکی و شیمیایی با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند. ناقلین عصبی (عصب‌رسانه‌های) عمده عبارتند از مونوآمین‌ها، آمینواسیدها و نوروپپتیدها. سایر پیام‌برهای شیمیایی شامل موارد زیراند: عوامل نوروتروفیک و طیفی از سایر مولکول‌ها نظیر اکسید نیتریک، انتقال عصبی الکتریکی از طریق طیف وسیعی از کانال‌های یونی انجام می‌شود. سیگنال‌های الکتریکی و شیمیایی که توسط نورون دریافت می‌شوند بعداً مسیرهای مولکولی مشخصی را درون نورون‌های دیگری آغاز می‌کنند که سبب تنظیم زیستی و عملکرد هر یک از نورون‌ها می‌شود از جمله بیان ژن‌ها و تولید پروتئین.

مغز آدمی علاوه بر دستگاه عصبی مرکزی دارای دو سیستم دیگر است که شبکه‌های پیچیده ارتباطی درونی دارند: سیستم درون‌ریز و دستگاه ایمنی. شناخت این واقعیت که این سه بخش با یکدیگر ارتباط دارند سبب تولد رشته درون‌ریز شناسی روانی و ایمنی‌شناسی عصبی - روانی شده است. یک خصوصیت دیگر مشترک دستگاه عصبی مرکزی، دستگاه درون‌ریز و دستگاه ایمنی تغییرات منظمی است که در گذر زمان در این دستگاه‌ها ایجاد می‌شود (مانند چرخه‌های روزانه و ماهانه) که پایه رشته کرونوبیولوژی

روان‌پزشکی و مغز انسان

در نیمه نخست قرن بیستم پیشرفت‌های روان‌پزشکی روان‌پویشی و نیز روان‌پزشکی همه‌گیرشناسی و روان‌پزشکی اجتماعی منجر به جدا شدن تحقیقات روان‌پزشکی از مطالعه مغز انسان شد. از دهه ۱۹۵۰ با مشخص شدن اثربخشی داروها در درمان اختلالات روانی و اثرات روانی داروهای غیرقانونی مجدداً نگاه زیستی به بیماری روانی احیا شد که بذریع این حرکت قبلاً با معرفی درمان با تشنج الکتریکی (ECT) و توصیف جیمز پاپز از مدار لیمبیک در دهه ۱۹۳۰ کاشته شده بود. این نگاه زیستی با پیشرفت فنون تصویربرداری مغز که به آشکارسازی عملکرد مغز در شرایط بهنجار و ناهنجار کمک کرده‌اند تقویت شد. در طول این دوره با استفاده از فنون آزمایشگاهی و برای بررسی رشد، ساختار زیستی و عملکرد دستگاه عصبی مرکزی انسان‌ها و حیوانات کشفیات بی‌شماری در تحقیقات علوم اعصاب پایه، به‌وقوع پیوست.

روان‌دارو شناسی

اثربخشی داروها در درمان بیماری روانی ویژگی عمده کار روان‌پزشکی نیمه دوم قرن بوده است. ۵ ویراست نخست این درسمنامه درمان‌های روان‌دارو شناسی را به ۴ فصل زیر تقسیم می‌کرد: ضدروان‌پریشی، ضد افسردگی، ضد اضطراب و تثبیت‌کننده خلق. تقسیم‌بندی قبلی داروهای روان‌پزشکی به ۴ طبقه اینک به دلایل زیر کمتر معتبر است: (۱) بسیاری از داروهای یک طبقه برای درمان اختلالاتی به‌کار می‌روند که پیش‌تر مربوط به طبقه دیگری تلقی می‌شد. (۲) داروهای متعلق به هر ۴ طبقه برای درمان اختلالاتی به‌کار می‌روند که قبلاً قابل درمان با داروها نبودند (برای مثال اختلالات خوردن، اختلالات وحشتزدگی و اختلالات کنترل تکانه) و (۳) داروهای نظیر کلونیدین (Catapres)، پروپرانولول (ایندرال) و واپامیل (Isoptin) به‌نحو مؤثری انواعی از اختلالات روان‌پزشکی را درمان می‌کنند و به‌راحتی در طبقه‌بندی دارویی بالا قرار نمی‌گیرند.

انگیزه اصلی برای این تغییر آن بود که تنوع و کاربرد درمان‌های دارویی دیگر به‌روشنی در قالب تقسیم‌بندی

طبقه تقسیم نموده است، یک موضوع موازی مرتبط با تشخیص برای این شیوه تقسیم‌بندی، موضوع اندوفنوتیپ در بیماران روان‌پزشکی است. اندوفنوتیپ یک فنوتیپ درونی و مجموعه‌ای از خصوصیات عینی فرد است که با چشم غیرمسلح قابل مشاهده نیست. از آنجایی که گام‌ها و متغیرهای زیادی وجود دارد که مجموعه خاصی از ژن‌ها را از عملکرد نهایی کل مغز انسان جدا می‌کند شاید بهتر باشد ارزیابی‌های واسطه را به‌عنوان اندوفنوتیپ در نظر بگیریم. این نظریه مبتنی بر این فرض است که تعدادی از ژن‌ها که در یک اندوفنوتیپ دخالت دارند ممکن است کمتر از تعداد ژن‌هایی باشد که در ایجاد آنچه به‌عنوان بیماری می‌شناسیم نقش دارند. ماهیت یک اندوفنوتیپ در روان‌پزشکی از لحاظ زیستی تعریف می‌شود و تعریف آن مبتنی بر داده‌های عصبی روانی، شناختی، عصبی فیزیولوژی، کالبدشناسی عصبی، بیوشیمیایی و تصویربرداری مغز است. چنین اندوفنوتیپی برای مثال ممکن است شامل تخریب‌های شناختی اختصاصی به‌عنوان یکی از خصوصیات باشد که به‌صورت عینی اندازه‌گیری شده است. این اندوفنوتیپ محدود به بیمارانی با تشخیص اسکیزوفرنیا نیست زیرا ممکن است آن را در برخی بیماران دچار افسردگی یا اختلال دو قطبی نیز مشاهده کنیم.

برای تبیین نقش بالقوه اندوفنوتیپ شاید بهتر باشد که توضیح دهیم اندوفنوتیپ چه چیزی نیست. اندوفنوتیپ علامت نیست، و نشانگر تشخیصی هم نیست. طبقه‌بندی مبتنی بر وجود یا فقدان یک یا چند اندوفنوتیپ، بر مقیاس‌های عینی زیستی و عصبی روانی در ارتباط اختصاصی آنها با ژن‌ها و کارکرد مغز استوار است. طبقه‌بندی مبتنی بر اندوفنوتیپ همچنین ممکن است رویکرد سازنده‌ای در مورد طراحی مدل‌های حیوانی مرتبط با بیماری‌های روانی و در نتیجه تولید درمان‌های جدید باشد.

روان‌پزشکی و ژنوم انسان

شاید ۷۰ تا ۸۰ درصد از ۲۵۰۰۰ ژن انسان در مغز بیان می‌شوند و از آنجا که اکثر ژن‌ها بیش از یک پروتئین را رمزگردانی می‌کنند ممکن است صدهزار پروتئین مختلف در مغز وجود داشته باشد. شاید ده هزار از این پروتئین‌هایی

اختلالات به‌روان‌پریشی، افسردگی، اضطراب و مانیا نمی‌گنجد. به‌عبارت دیگر کاربرد بالینی درمان‌های زیستی تناظر مستقیمی با نظام تشخیصی موجود مبتنی بر سندرم ندارد. یک معنای ضمنی این مشاهده می‌تواند این باشد که پاسخ دارویی ممکن است نشانگر بهتری از کژکاری زیستی زمینه‌ای مغز باشد تا گروه خاصی از علائم. برای مثال هر چند DSM-5 بین اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر تمایز قائل می‌شود اما اکثر بالینگران می‌دانند که این دو اختلال، در کار بالینی علائم و حالات همپوشانی دارند. به‌علاوه داروهای مشابهی برای درمان هر دو اختلال فوق به‌کار می‌رود.

مدل‌های حیوانی که برای شناسایی درمان‌های دارویی جدید به‌کار می‌روند نیز در توانایی ما در زمینه پیشرفت تحقیقات و درمان تأثیر گذاشته‌اند. بسیاری از طبقات عمده داروهای روان‌پزشکی به‌صورت تصادفی کشف شده‌اند. به‌طور اختصاصی این داروها ابتدا برای موارد غیر روان‌پزشکی تجویز می‌شدند اما بالینگران و محققین متوجه می‌شدند که با مصرف آنها در برخی بیماران علائم روان‌پزشکی بهبود پیدا می‌کرد و همین منجر به مطالعه متمرکز بر روی این داروها در بیماران روان‌پزشکی می‌شد. دستیابی به این داروهای مؤثر از جمله ضد افسردگی‌های مونوآمینرژیک و ضدروان‌پریشی‌ها منجر به تدوین مدل‌های حیوانی شد که بتوان بر اساس آنها اثرات این داروها را شناسایی کرد (مثلاً ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای زمانی را که موش در آزمون غرق اجباری برای یافتن راه خروج زیر آب صرف می‌کند افزایش می‌دهد). این مدل‌های حیوانی بعداً برای غربالگری ترکیبات جدید به‌منظور شناسایی داروهای مؤثر در همان مدل‌های حیوانی به‌کار رفته است. خطر بالقوه این راهبرد کلی آن است که مدل‌های حیوانی صرفاً روشی برای شناسایی مکانیسم مولکولی خاصی با اثر بخصوصی است (مثلاً افزایش غلظت سروتونین) تا اینکه مدلی برای شبیه‌سازی رفتاری واقعی بیماری روانی انسان باشد (مانند یأس رفتاری در بیمار افسرده).

اندوفنوتیپ‌ها (ریخت‌های درونی)

این درسنامه ۴ طبقه از داروهای روان‌گردان را به تقریباً ۳۰

تأکید کرد. منظور از نظام زیستی زیرمایه‌های مولکولی ساختاری و کالبدشناسی بیماری و منظور از نظام روانی اثرات عوامل روان‌پویشی است. در این مدل نظام اجتماعی به عوامل فرهنگی محیطی و خانوادگی مربوط است. اینگل چنین فرض کرد که هر سیستم بر سیستم‌های دیگر اثر می‌گذارد و از آنها تأثیر می‌پذیرد.

این مشاهده که درصد قابل توجهی از دوقلوهای یکسان از نظر اسکیزوفرنیا همگامی ندارند، مثالی است از نوع داده‌هایی که نشان می‌دهند تعاملات چشم‌گیر زیادی بین ژنوم و محیط وجود دارد (یعنی پایه‌ی زیستی مفهوم زیستی - روانی - اجتماعی). مطالعات حیوانات نیز نشان داده‌اند بسیاری عوامل از جمله فعالیت، استرس، مواجهه با دارو و سموم محیطی می‌توانند بیان ژن‌ها و رشد کارکرد مغز را تغییر دهند.

اختلالات روانی بازتاب ناهنجاری‌هایی در مدارهای کالبدشناسی عصبی و تنظیم سیناپسی هستند

هرچند ژن‌ها منجر به تولید پروتئین‌ها می‌شوند اما برای درک عملکرد واقعی مغز باید آن را در سطح تنظیم مسیرهای پیچیده انتقال عصبی و پیام‌رسانی داخل نورونی و شبکه‌های نورون‌ها درون و بین مناطق مختلف مغز در نظر گرفت. به عبارت دیگر اثرات عمده ژن‌های ناهنجار تغییر در ویژگی‌های مجزایی نظیر استتاله‌های آکسونی، یکپارچگی سیناپسی و گام‌های اختصاصی در پیام‌رسانی مولکولی داخل نورونی است.

یک سیستم تشخیصی مبتنی بر ژنتیک؟

برخی محققین پیشنهاد کرده‌اند روان‌پزشکی به سمت یک سیستم تشخیصی کاملاً مبتنی بر ژن و ژنتیک حرکت کند. اما با توجه به موارد زیر به نظر می‌رسد این پیشنهاد، پیشنهاد زودرسی است: پیچیدگی عوامل ژنتیک دخیل در اختلالات روان‌پزشکی، فقدان داده‌های کافی موجود برای پیدا کردن این پیوندهای ژنتیکی و اهمیت عوامل اپی‌ژنتیک و محیطی بر روی فرجام رفتاری نهایی حاصل از اطلاعات ژنتیکی فرد. به نظر می‌رسد این پیشنهاد در حال حاضر زودرس است.

باشند که کارکرد مشخص آنها شناخته شده است و فقط حدود صد پروتئین از این پروتئین‌ها هدف داروهای روان‌پزشکی موجود هستند.

مطالعه خانوادها با استفاده از روش‌های ژنتیک جمعیت در طول ۵۰ سال گذشته به‌طور پیوسته‌ای ثابت کرده اختلالات روانی جزء توارثی و ژنتیکی دارند. فنون جدیدتر زیست‌شناسی مولکولی آشکار کرده که ژن‌ها و مناطق کروموزومی خاصی در ارتباط با تشخیص‌های بخصوصی هستند. یکی از کاربردهای بالقوه قدرتمند این فنون مطالعه مدل‌های ترانس‌ژنیک (تراریخت) رفتار در حیوانات بوده است. این مدل‌های ترانس‌ژنیک (تراریخت) می‌توانند درک ما در مورد اثرات تک‌تک ژن‌ها و نیز کشف هدف‌های مولکولی کاملاً جدید در تولید داروها را افزایش دهد. مقاومت در مقابل توضیحات ژنتیک ساده برای ویژگی‌های انسان واکنشی طبیعی است. با این همه، تحقیقات بر روی انسان‌ها عموماً نشان داده‌اند که حدود ۴۰ تا ۷۰ درصد جنبه‌های شناخت، مزاج و شخصیت قابل انتساب به عوامل ژنتیک هستند. از آنجا که این حوزه‌ها همان‌هایی هستند که در بیماران دچار بیماری روانی درگیر می‌شوند جای شگفتی ندارد که به همین میزان عوامل ژنتیک در ایجاد بیماری روانی نقش داشته باشند؛ بخصوص اگر می‌توانستیم این تأثیر را در سطحی مشخص مثلاً با اندوفنوتیپ‌ها ارزیابی کنیم.

ژن‌های منفرد و اختلال‌های روانی

چندین نوع از داده‌ها و مشاهدات حاکی از آن است که هر ژن مختلف احتمالاً تأثیر مختصری بر بروز یک اختلال روانی دارد و وقتی یک اختلال روانی در فردی بروز می‌کند معرف اثرات چندین ژن (احتمالاً بین ۵ تا ۱۰ ژن) است. اینکه ما نتوانسته‌ایم ژن‌های منفردی را با اثرات عمده بر بیماری‌های روانی پیدا کنیم مؤید همین فرضیه است. اما برخی از محققین همچنین این احتمال را در نظر دارند که ممکن است ژن‌هایی با اثرات عمده شناسایی شوند.

طبیعت و تربیت در درون دستگاه عصبی مرکزی

جرج اینگل در دانشگاه روچستر در سال ۱۹۷۷ مقاله‌ای منتشر کرد و در آن مدل روانی - اجتماعی - زیستی بیماری را مطرح نمود و بر رویکرد یکپارچه به رفتار و بیماری انسان

شکل موجودش هست و یا علل اسکیزوفرنیا همچنان چالشی برای دهه‌های آینده باقی خواهد ماند. راه عملی‌تر توجه به جنبه‌های مجزاتر رفتار انسان است.

نقش درسنامه‌ها، تعیین خطمشی یا نگارش کتابچه‌های تشخیصی نیست بلکه در میان گذاشتن دانش، تولید ایده‌ها و تشویق ابتکار است. اما مؤلفین بر این باورند که زمان آن فرا رسیده بصیرت‌ها و دانش حاصل دهه‌ها علوم اعصاب و تحقیقات بالینی مغز را گردآوری کرده و بر اساس اصول بنیادین زیستی و پزشکی، نظامی طبقه‌بندی تدوین گردد. اما بالینگران و محققین صرف‌نظر از نظام‌های تشخیصی رسمی باید جزء زیستی مدل زیستی - روانی - اجتماعی را به‌طور کامل درک کنند و اجازه ندهند تحقیقات یا مراقبت بیماران به این دلیل صدمه بخورد که نظام تشخیصی مبتنی بر اصول زیستی پایه‌گذاری نشده است.

منابع

- Agit Y, Buzsaki G, Diamond DM, Frackowiak R, Giedd J. How can drug discovery for psychiatric disorders be improved? *Nat Rev*. 2007;6:189.
- Cacioppo JT, Decety J. Social neuroscience: Challenges and opportunities in the study of complex behavior. *Ann NY Acad Sci*. 2011;1224:162.
- Gould TD, Gottesman II. Commentary: Psychiatric endophenotypes and the development of valid animal models. *Genes Brain Behav*. 2006;5:113.
- Grebb JA, Carlsson A. Introduction and considerations for a brain-based diagnostic system in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Hoef F, McCandliss BD, Black JM, Gantman A, Zakerani N, Hulme C, Lyytinen H, Whitfield-Gabrieli S, Glover GH, Reiss AL, Gabrieli JDE. Neural systems predicting long-term outcome in dyslexia. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011;108:361.
- Krummenacher P, Mohr C, Haker H, Brugger P. Dopamine, paranormal belief, and the detection of meaningful stimuli. *J Cogn Neurosci*. 2010;22:1670.
- Müller-Vahl KR, Grosskreutz J, Prell T, Kaufmann J, Bodammer N, Peschel T. Ties are caused by alterations in prefrontal areas, thalamus and putamen, while changes in the cingulate gyrus reflect secondary compensatory mechanisms. *BMC Neurosci*. 2014;15:6.
- Niv Y, Edlund JA, Dayan P, O'Doherty JP. Neural prediction errors reveal a risk-sensitive reinforcement-learning process in the human brain. *J Neurosci*. 2012;32:551.
- Peltzer-Karpf A. The dynamic matching of neural and cognitive growth cycles. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci*. 2012;16:61.

۱/۲ کالبدشناسی عصبی رفتاری و کارکردی

پدیده‌های حسی، رفتاری، عاطفی و شناختی و اسنادهایی که انسانها تجربه می‌کنند توسط مغز انجام می‌شود. مغز عضوی است که محیط را ادراک کرده و بر آن اثر می‌گذارد و گذشته و

درس‌هایی از نورولوژی (عصب‌شناسی)

به نظر می‌رسد نورولوژیست‌های بالینی و پژوهشگر واضح‌تر از روان‌پزشکان در مورد بیماری‌های مورد علاقه خود و علل آنها می‌توانند بیاندیشند شاید به این دلیل که علایم بیماری‌های نورولوژیک عموماً غیررفتاری هستند. نورولوژیست‌ها (عصب‌شناسان) تشخیص‌های افتراقی و گزینه‌های درمانی را بر پایه زیست‌شناسی بنا گذاشته‌اند. این وضوح رویکرد، آنها را کمک کرده که طی دو دهه گذشته در نورولوژی به پیشرفت‌های قابل توجهی دست یابند؛ برای مثال می‌توان از روشن شدن ناهنجاری‌های پروتئین پیش‌ساز آمیلوئید در برخی بیماران دچار بیماری آلزایمر، وجود جهش‌های تکراری نوکلئوتیدی در بیماری هانتینگتون و آتاکسی نخاعی مخچه‌ای و شناسایی سینوکلئوپاتی‌های آلفا نظیر بیماری پارکینسون و زوال ذهن جسم لویی نام برد.

تداوم جدایی روان‌پزشکی از نورولوژی خود یک مانع بالقوه برای مراقبت مناسب و پژوهش است. بسیاری از اختلالات عصبی (نورولوژیک) علایم روان‌پزشکی دارند (مثلاً افسردگی در بیماران به دنبال سکتۀ مغزی یا اسکروز مولتیپل یا بیماری پارکینسون) و چندین اختلال روان‌پزشکی شدید با علایم نورولوژیک همراهند (مثلاً اختلالات حرکتی در اسکیزوفرنیا). با توجه به اینکه مغز عضو مشترک بیماری‌های نورولوژیک و روان‌پزشکی است و تقسیم‌بندی بین این دو حوزه بیماری‌ها اختیاری و دل‌خواهی بوده است این امر جای شگفتی ندارد. برای مثال در بیماران دچار بیماری هانتینگتون خطر طیف وسیعی از علایم و سندرم‌های روان‌پزشکی و نیز بسیاری از تشخیص‌های مختلف DSM-5 بالاتر است. از آنجایی که می‌دانیم بیماری هانتینگتون یک بیماری ژنتیک اتوزوم غالب است، ۱/۲ اینکه این بیماری با چنین تشخیص‌های مختلفی از DSM-5 می‌تواند تظاهر کند نشان می‌دهد که تمایز زیستی بسیار محکمی در بین طبقات DSM-5 وجود ندارد.

نمونه‌هایی از رفتارهای پیچیده انسان

درک مغز انسان و کارکردهای بهنجار و نابهنجار آن یکی از آخرین مرزهایی است که انسان باید درنورد. برای مثال تلاش برای توضیح اینکه چرا هر فرد بخصوصی به این

رسانه‌ها و درآمیختن با سد خونی - مغزی، الیگودندروسیتها در دستگاه عصبی مرکزی و سلولهای شوان در دستگاه عصبی محیطی، با زایده‌های خود، دور آکسون نورونها را می‌پوشانند و غلاف میلین را تشکیل می‌دهند که هدایت پیام‌های الکتریکی را تسهیل می‌کند. نوع سوم سلولهای گلیا، میکروگلیا است که مشتق از ماکروفاژها هستند و متعاقب مرگ نورون‌ها در برداشت قطعات سلولی دخالت دارند.

نورون‌ها و سلول‌های گلیای مغز، درون مغز به شکل الگوهای مجزای منطقه‌ای قرار گرفته‌اند. نورون‌ها و استپاله‌های آنها به شیوه‌های مختلف گروه‌بندی‌هایی را ایجاد می‌کنند و این الگوهای سازماندهی یا ساختمانی را می‌توان با روش‌های مختلفی ارزیابی کرد. الگوی توزیع اجسام سلول‌های عصبی که معماری سلولی خوانده می‌شود به وسیله رنگ‌های آنیلین بنام رنگ‌آمیزی نیسل آشکار می‌شود که در این روش ریبونوکلتوتیدها در هسته و سیتابلاسم جسم سلول نورونی رنگ‌آمیزی می‌شود. رنگ‌آمیزی نیسل اندازه نسبی و تراکم نورون‌ها را نشان می‌دهد و در نتیجه سازماندهی نورون‌ها در لایه‌های مختلف قشر مخ را آشکار می‌کند.

دستگاه‌های حسی

از جهان بیرونی، بی‌نهایت اطلاعات بالقوه مناسب به ما می‌رسد. دستگاه‌های حسی از میان این حجم عظیم اطلاعات حسی موجود در محیط، باید هم محرکها را شناسایی کنند و هم آنها را از یکدیگر افتراق دهند. آنها با انجام تصفیه در همه سطوح، اطلاعات مناسب را از این توده دروندادهای درهم و برهم دست‌چین می‌کنند. دستگاه‌های حسی، نخست محرک‌های بیرونی را به تکانه‌های عصبی تبدیل می‌کنند و سپس اطلاعات نامربوط را از میان آنها جدا می‌کنند تا انگاره درونی از محیط ایجاد کنند؛ که این انگاره، مبنای تفکر منطقی واقع می‌شود. استنباط خصایص^۵ نقش اصلی دستگاه‌های حسی است. آنها به کمک سازمان‌بندی سلسله مراتبی خود، این وظیفه را انجام می‌دهند، به این

حال را ادغام می‌کند. مغز اندام ذهن است که فرد را قادر به حس کردن، انجام اعمال، احساس کردن و اندیشیدن می‌کند. **دستگاه‌های حسی** با پردازش محرک‌های بیرونی و تبدیل آنها به تکانه‌های نورونی، بازنمودی درونی از جهان خارج پدید می‌آورند. برای هر یک از قلمروهای^۱ حسی، نقشه مجزایی وجود دارد. دستگاه‌های حرکتی فرد را قادر می‌سازند که در محیط مداخله کند و از طریق ارتباط، بر رفتار دیگران تأثیر بگذارد. در مغز درون‌داد حسی که بازنمودی از جهان بیرونی است، در واحدهای ارتباطی^۲ با سابق‌های درونی و محرک‌های هیجانی ادغام می‌شود که این امر به نوبه خود سبب فعال شدن واحدهای حرکتی می‌شود. هرچند روان‌پزشکی بیشتر با کارکرد ارتباطی^۳ مغز سروکار دارد، درک نحوه پردازش اطلاعات در دستگاه‌های حسی و حرکتی، برای جدا کردن تفکر منطقی از تحریفات که بر اثر آسیب‌های روانی ایجاد می‌شود، ضروری است.

سازمان‌بندی مغز

مغز انسان حاوی حدود ۱۰^{۱۱} نورون (سلول عصبی) و حدود ۱۰^{۱۲} سلول گلیا^۴ است. نورون‌های کلاسیک از بخش‌های زیر تشکیل شده‌اند: ۱- تنه (soma) یا بدنه سلول که حاوی هسته است ۲- معمولاً چندین دندریت، زوایدی که از بدنه سلول امتداد یافته و پیام‌ها را از نورون‌های دیگر دریافت می‌کنند ۳- یک آکسون واحد که از تنه سلول امتداد یافته و پیام‌هایی را به سایر نورون‌ها منتقل می‌کند. اتصال‌های بین نورون‌ها در پایانه‌های آکسونی انجام می‌شود؛ در این مکان‌ها آکسون یک نورون عموماً با دندریت یا تنه سلولی نورون دیگر تماس می‌یابد. آزادشدن عصب - رسانه (نوروترانسمیتر) درون پایانه‌های آکسون انجام می‌شود و یکی از مکانیسم‌های عمده برای ارتباط بین نورون‌ها و نیز تأثیر داروهای روانگردان است.

سه نوع سلول گلیا وجود دارد. معمولاً تصور می‌شود که این سلول‌ها فقط نقش پشتیبانی برای کارکرد نورون‌ها را دارند، اما اخیراً مشخص شده است که سلول‌های گلیا احتمالاً در کارکردهایی از مغز نقش دارند که شاید اثر مستقیم تری بر حالت‌های روانی بهنجار و مرضی داشته باشد. شایعترین نوع سلول‌های گلیا، آستر و سیتا هستند که کارکردهای مختلفی دارند از جمله: تغذیه نورون‌ها، غیرفعال‌سازی برخی عصب -

1- modality

2- association units

3- associative function

۴. glia، بن‌واژه یونانی به معنای چسب (glue) است - م.

5- Feature extraction

اختلالات طبیبی مختلف و فلج فشاری تحت تأثیر قرار می‌گیرند. درد، گزگز^۴، و کرختی، علائم تیپیک نوروپاتیهای محیطی هستند.

همه رشته‌های حسی - پیکری استپاله‌های خود را به تالاموس می‌فرستند و در آنجا سیناپس برقرار می‌کنند. نورونهای تالاموسی هم با ارسال استپاله‌های خود به قسمت جسمی - حسی قشر مخ این باز نمود سوماتوتوپیک را حفظ می‌کند؛ این قسمت قشر مخ بلافاصله در خلف شیار سیلیویوس در لوب آهیانه واقع شده است. علی‌رغم همپوشی قابل توجه، چندین قسمت نواری از قشر مخ، عمدتاً به موازات شیار سیلیویوس براساس حواس حسی - پیکری دسته‌بندی شده‌اند. در داخل هر نوار نیز "آدمک" حسی^۵ قرار دارد؛ که محصول نهایی تفکیک دقیق سوماتوتوپیک رشته‌های حسی در سطوح پایین تر است. سندرم بالینی نشناسی لمسی^۶ یا نشناسی فضایی^۷ بنا به تعریف عبارت است از ناتوانی در شناسایی اشیا با لمس، در عین سلامت حسهای پیکری اولیه، یعنی لمس ملایم، فشار، درد، دما، ارتعاش، و حس وضعیتی. به نظر می‌رسد این سندرم، که محل ضایعه آن در حاشیه مناطق جسمی - حسی و ارتباطی لوب آهیانه‌ای خلفی قرار دارد، نمونه‌ای است از یک نقص مجزا که فقط در عالی‌ترین سطح استنباط خصیصه وجود دارد، در حالی که سطوح پایه‌ای تر مسیر حسی - پیکری سالم است.

اتصالات متقابل^۸، یک ویژگی کالبدشناختی کلیدی برای درک آگاهانه هستند که اهمیت بنیادی دارند؛ به همان تعداد رشته‌هایی که از قشر مخ به طرف تالاموس پایین می‌آیند، رشته‌هایی از تالاموس به طرف قشر مخ بالا می‌روند. این رشته‌های متقابل، نقش مهمی در تصفیة درون‌دادهای حسی ایفا می‌کنند. در حالات بهنجار، آنها وضوح باز نمودهای درونی را تسهیل می‌کنند. اما در حالات مرضی، ممکن است پیامهای کاذب ایجاد کنند یا به غلط حس را مهار کنند. تصور می‌شود که این تداخل فعالیت قشر مخ در ادراک حسی، زمینه‌ساز بسیاری از

صورت که ابتدا محرک مادی (فیزیکی) را در اعضای حسی اولیه به فعالیت عصبی تبدیل می‌کنند و سپس این فعالیت عصبی را در تعدادی از مناطق پردازشی عالیتر قشر مخ تصفیة و محدود می‌نمایند. این پردازش عصبی، داده‌های نامربوط را حذف می‌کند و مانع از حضور آنها در باز نمودهای عالیتر می‌شود و به این ترتیب تشخیص خصایص بنیادین را تقویت می‌کند. در عالیترین سطح پردازش حسی، انگاره‌های عصبی به نواحی ارتباطی منتقل می‌شوند تا در پرتو سائقها، حافظه و هیجانها، بازشناسی می‌شوند.

دستگاه حسی - پیکری

دستگاه حسی - پیکری^۱ مجموعه پیچیده‌ای از ارتباطهای سطح بدن با مغز است، به طوری که به ازای هر نقطه از سطح بدن نقطه‌ای در مغز برای حس آن وجود دارد. این دستگاه، نخستین دستگاه حسی است که جزئیات کالبدشناختی آن فهمیده شده است. شش نوع حس پیکری وجود دارد: لمس ملایم، فشار، درد، دما، ارتعاش و حس عمقی (وضعیتی)^۲. سازماندهی دسته‌های عصبی و اتصالات سیناپسی در دستگاه حسی - پیکری به گونه‌ای است که رمزگردانی روابط فضایی در تمام سطوح امکانپذیر می‌شود، چرا که این سازماندهی کاملاً Somatotopic^۳ است (شکل ۱-۱/۲).

داخل هر تکه از پوست، پایانه‌های عصبی متعددی وجود دارد که عمل هماهنگ آنها منجر به انتقال جداگانه هر حس می‌شود. خواص مکانیکی گیرنده‌های مکانیکی و حرارتی پوست در پاسخ به تغییر و تحوّل محیط، تکانه‌های عصبی به وجود می‌آورند و در همان حال درون‌دادهای ثابت (استاتیک) را مهار می‌کنند، پایانه‌های عصبی می‌توانند هم سریع و هم آهسته پاسخ دهند؛ عمق جایگاه آنها در پوست، حساسیت آنها را به محرک‌های نوک تیز (sharp) یا کند (blunt) تعیین می‌کند. به این ترتیب، باز نمود جهان بیرونی به‌طور قابل ملاحظه‌ای در سطح اندامهای حسی اولیه هم با دقت زیادی پالایش می‌شود.

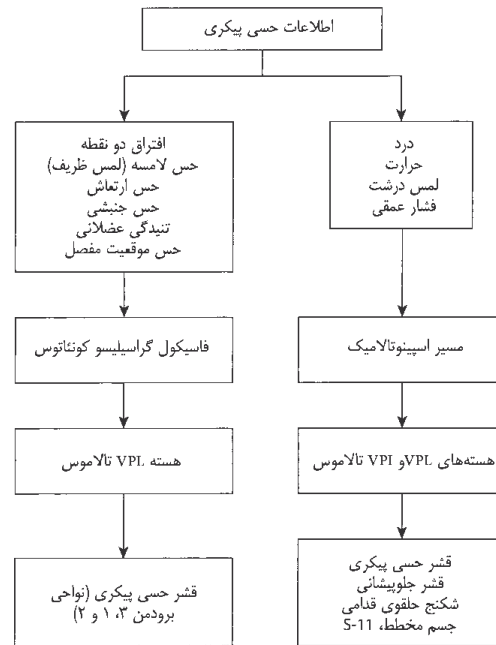
اندامهای گیرنده، تکانه‌های عصبی رمزگذاری شده‌ای تولید می‌کنند که نخست از طریق آکسونهای عصب حسی به طناب نخاعی منتقل می‌شود. این راه‌های طویل توسط

1- Somatosensory 2- proprioception
 ۳. یعنی هر قسمتی از نواحی حسی با بخش مشخصی از قشر مخ ارتباط دارد - م.
 4- tingling 5- sensory homunculus
 6- tactile agnosia 7- astereognosia
 8- reciprocal connections

سرانگشتی دلالت بر آن دارد که ۳۰ تا ۴۰ هزار ژن موجود در هر DNA انسان برای رمزگردانی کامل وضعیت تمام تریلونها سیناپس مغز بسیار کم است. در واقع، سر نخهای وراثتی وضعیت سیناپسها احتمالاً رشته‌های در حال رشد را به سمت مقصدی عمومی هدایت می‌کنند، ولی تنظیم ظریف الگوی این استتاله‌ها رامکانیسمهایی وابسته به فعالیت ارگانسیم تکمیل می‌کند. داده‌های اخیر حاکی از آن است که استتاله‌های حسی تالاموسی - قشری فرد بزرگسال که کاملاً شکل گرفته است، ممکن است به تدریج در اثر تغییر جهت‌یابی درون‌دادهای هم‌هنگ حسی یا بر اثر از دست رفتن بخشی از قشر حسی - پیکری، مثلاً در سکتة مغزی، الگوبندی مجدّد پیدا کند.

رشد دستگاه حسی - پیکری

باز نمود سوماتوتوپیک دقیقی در تمام سطوح دستگاه حسی - پیکری وجود دارد. نورونها در حین رشد آکسونهای خود را برای اتصال به مناطق دوردست مغز می‌فرستند؛ هر گروه آکسون پس از رسیدن به مقصد، باید خود را در دسته‌ای قرار دهد که سازمان‌بندی سوماتوتوپیک رعایت شود. الگوی آزمایشگاهی معروف این فرآیند رشدی، باز نمود سبیل موش در قشر جسمی - حسی است. قشر حسی - پیکری موشها حاوی محوطه لوله‌ای شکلی متشکل از ستونهای عصبی است، که هر یک از آنها مربوط به یکی از تارهای سبیل حیوان است. اگر نسلی از موش با سبیلهای کمتر پرورش داده شود، در قشر حسی - پیکری نیز لوله‌های مزبور به تعداد کمتری وجود خواهند داشت. هر لوله در یک ناحیه گسترش می‌یابد، و سطح کل محوطه لوله‌ای در قشر جسمی - حسی به اندازه این سطح در موشهای طبیعی خواهد بود. این آزمایش نشان می‌دهد که برخی ساختمانهای قشر عالی مخ ممکن است در پاسخ به درون‌دادهای محیطی تشکیل شود و تفاوت در پیچیدگیهای این درون‌دادهای موجب الگوهای متفاوتی از اتصال سیناپسی می‌شوند. گرچه مکانیسمهای تغییر ساختار قشر مخ بر اثر درون‌دادهای محیطی هنوز عمدتاً نامعلوم است، اما با استفاده از الگوهای جانوری به تدریج سر نخهایی به دست آمده است. مثلاً در موش جهش



شکل ۱-۲/۱

مسیر پردازش اطلاعات حسی پیکری.

سندرم‌های روان‌تنی (سایکوسوماتیک) باشد، مثل از دست دادن حس نیمه بدن که مشخصه اختلال تبدیلی است.

تکوین این الگوی دقیق نقطه به نقطه در دوران قبل از تولد، مشخصه دستگاه حسی - پیکری است و از حوزه‌هایی است که هنوز فعالانه تحت مطالعه است. الگوهای عصب‌دهی حسی نتیجه ترکیب دو عامل است: هدایت آکسونها توسط سر نخهای مولکولی ویژه، و هرس شدن سیناپسهایی که اضافی تشکیل شده‌اند، بر اساس تجربه ارگانسیم. دو فرضیه اصلی در مورد این سازماندهی وجود دارد: طبق فرضیه اول یک نقشه مولکولی وراثتی وجود دارد که بر اساس آن سر نخهای شیمیایی ثابت و منتشر شونده‌ای تولید می‌شود که آرایش استتاله‌های رشته‌های عصبی را سازماندهی می‌کند. در مقابل این فرضیه، فرضیه دیگری وجود دارد که الگوبندی استتاله‌ها و تجدید الگوی آنها را مبتنی بر فعالیت هم‌هنگ عصبی می‌داند. محاسبات