

کاپلان و سادوک

خلاصه روان پزشکی

جلد دوم

ویرایش دوازدهم (۲۰۲۲)

تألیف

دکتر مارسیا ال. وردوین

نایب رئیس دانشجویی

استاد روان پزشکی

دپارتمان علوم بالینی

کالج پزشکی دانشگاه فلوریدای مرکزی

اورلاندو، فلوریدا

دکتر رابرت جوزف بولاند

نایب رئیس آموزشی

دپارتمان روان پزشکی بیمارستان برایام و زنان

دانشیار مدرسه پزشکی هاروارد

بوستون، ماساچوست

دکتر پدرو روئیز

استاد بالینی

دپارتمان روان پزشکی و علوم رفتاری مینجر

کالج پزشکی بیلور

ترجمه

دکتر فرزین رضاعی

استاد روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سمیرا وکیلی

دکترای روان شناسی

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

واحد علوم و تحقیقات تهران

دکتر محمد منایی

متخصص روان پزشکی

دکتر ابوذر گلورز

دکترای روان شناسی

ویراستار

دکتر محسن ارجمند



کتاب ارجمند



Wolters Kluwer

(با مجوز رسمی ترجمه از انتشارات ولترز کلوور)

فهرست

جلد دوم

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

جلد اول

بخش ۱: روان پزشکی بالینی

- فصل ۱: ارزیابی و تشخیص در روان پزشکی
- فصل ۲: اختلالات عصبی رشدی و سایر اختلالات کودکی
- فصل ۳: اختلالات عصبی - شناختی
- فصل ۴: اختلالات اعتیادی و مصرف مواد

جلد سوم

بخش ۲: درمان در طول عمر

- فصل ۲۱: روان داروشناسی
- فصل ۲۲: سایر درمان های جسمی
- فصل ۲۳: روان درمانی
- فصل ۲۴: توانبخشی روان پزشکی و سایر مداخلات
- فصل ۲۵: مشاوره با سایر رشته ها
- فصل ۲۶: سطح مراقبت

جلد چهارم

بخش ۳: سایر مسائل مربوط به روان پزشکی

- فصل ۲۷: اخلاق و رفتار حرفه ای
- فصل ۲۸: مسائل حقوقی و قانونی
- فصل ۲۹: مسائل پایان عمر و مراقبت تسکینی
- فصل ۳۰: روان پزشکی جامعه نگر
- فصل ۳۱: مسائل جهانی و فرهنگی در روان پزشکی

بخش ۴: سهم علوم اجتماعی و سایر علوم در روان پزشکی

- فصل ۳۲: رشد طبیعی و افزایش سن
- فصل ۳۳: سهم علوم اعصاب
- فصل ۳۴: سهم علوم اجتماعی و رفتاری
- فصل ۳۵: تاریخچه روان پزشکی

حالت «خودکفا» خارج شده و خواننده لازم است قبل از مطالعه کتاب، متن و جداول کتابچه راهنمای DSM-5 را مطالعه کند. باید منتظر ماند و دید که این تغییر چه تأثیری بر استقبال از کتاب خواهد گذاشت. اما این نکته قابل انکار نیست که این ویراست از اهداف نویسندگان اصلی سیناپس که قصد داشتند خلاصه‌ای از درسنامه جامع کاپلان و سادوک ارائه کنند دور شده است و در عین حال برای مرور سریع داوطلبان آزمون‌های جامع مفیدتر است.

تغییر دیگری که در بسیاری مباحث اختلالات بالینی به چشم می‌خورد تغییر ترتیب ارائه مطالب است. در ویراست‌های قبلی همچون همه کتب پزشکی، ابتدا همه‌گیرشناسی و سبب‌شناسی تشریح و سپس نمای بالینی، درمان و پیش‌آگهی ارائه می‌شد. اما در این ویراست همه‌گیرشناسی و سبب‌شناسی به آخر هر مبحث منتقل شده‌اند که در بین کتب پزشکی امری نامعمول است و مشخص نیست هدف مؤلفان از این تغییر چه بوده است. به نظر می‌رسد دغدغه آموزشی مؤلفان در این تغییر نقش داشته است و احتمالاً مباحثی که از نظر ایشان جزء «باید»‌های یادگیری هستند را در ابتدای هر مبحث ذکر کرده‌اند.

در ویراست‌های قبلی تلاش شده بود که جامعیت کتاب حفظ شود و رویکردهای مختلف روان‌پزشکی مورد توجه قرار گیرد، اما در این ویراست مباحثی مانند سهم علوم روان‌شناسی اجتماعی و سهم علوم فرهنگی اجتماعی و نظریات شخصیت در هم ادغام شده‌اند و به اواخر کتاب انتقال یافته‌اند که ممکن است مورد نقد طرفداران رویکردهای روان‌پویشی و سایر رویکردهای غیر غالب روان‌پزشکی قرار گیرد. یکی از نکات قابل

کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک یکی از کتب مرجعی است که سال‌هاست به عنوان منبع برای دانشجویان پزشکی، دستیاران روان‌پزشکی و دانشجویان روان‌شناسی مطرح است و جامعیت و زبان ساده و قابل فهمی که دارد، آن را به کتابی پرتعداد تبدیل کرده است و در آزمون‌های دستیاری و دانشنامه و ارشد و دکترای روان‌شناسی هم بارها آن را منبع اعلام کرده‌اند. ویراست فعلی کتاب شاهد تغییر عمده‌ای است. و آن تغییر نویسندگان و ویراستاران اصلی کتاب است. پس از سال‌ها بنجامین سادوک و ویرجینیا سادوک جای خود را به رابرت بولاند و ماریا وردوین داده‌اند و با توجه به علایق متفاوت این افراد نسبت به نویسندگان قبلی تغییر ساختاری و مفهومی کتاب قابل انتظار بود. دکتر بولاند و دکتر وردوین بیشتر در زمینه آموزش روان‌پزشکی و استفاده از ابزارهای نوین آموزشی کار کرده‌اند و دکتر وردوین علاوه بر آن در زمینه اعتیاد نیز تحقیقاتی داشته است. ذکر این مقدمه از آن جهت بود که بدانیم ویراستاران اصلی کتاب سلیقه‌ی متفاوت با سادوک‌ها دارند و در نتیجه به نظر می‌رسد تغییراتی که در ویراست فعلی می‌بینیم تا حدی ناشی از این مسئله باشد.

در ویراست حاضر جداول DSM-5 و توضیحات آن حذف شده است و مؤلفان جدولی مختصر برای اکثر اختلالات طراحی کرده‌اند که به اختصار ملاک‌های DSM-5 و ICD-10 را مقایسه کرده‌اند و به نظر می‌رسد شبیه جزوات آموزشی برای مرور سریع ملاک‌ها باشد. این تغییر از یک جهت این حسن را دارد که امکان مقایسه دو نظام طبقه‌بندی و مرور سریع را فراهم می‌آورد، اما همان‌طور که مؤلفان اشاره کرده‌اند کتاب از

توجه این ویراست که احتمالاً بازتاب رویکرد مؤلفان است این است که برای اولین بار مبحث روان‌درمانی پس از دارودرمانی قرار گرفته است و رویکردهای مختلف روان‌درمانی براساس تیتروفرعی و شماره از هم تفکیک نشده‌اند. این تغییر شاید براساس مقتضیاتی مانند لزوم کاستن از حجم کتاب انجام شده باشد. شاید زمان آن فرارسیده که شیوه سنتی تعیین یک یا دو منبع برای آزمون‌های جامع تغییر کند و مانند همه کشورهای پیشرفته برای چنین آزمون‌هایی، بخش‌هایی از کتب مختلف، از جمله برای روان‌درمانی، روان‌پزشکی جامعه‌نگر یا مباحث مربوط به اختلالات جنسی، معرفی شوند. باید بپذیریم با گسترش مرزهای دانش در حوزه‌های مختلف روان‌پزشکی تعیین یک کتاب منبع که همه نیازهای آموزشی گروه‌های فراگیران را برآورده سازد غیرممکن است.

در بخش دارودرمانی تغییر مثبتی که دیده می‌شود این است که مؤلفان داروهای روان‌پزشکی را نه براساس ترتیب الفبایی و اثرات فارماکولوژیک، بلکه براساس کاربرد عمده آنها در اختلالات روان‌پزشکی دسته‌بندی کرده‌اند که این تغییر می‌تواند برای یادگیری دستیاران و دانشجویان بسیار مفید واقع شود. در واقع

بسیاری از صاحب‌نظران از سال‌ها پیش معتقد بودند شیوه طبقه‌بندی داروها، مثلاً براساس تأثیر بر یک گیرنده خاص، ارتباط تنگاتنگی با واقعیت طبابت در روان‌پزشکی ندارد.

نکته دیگری که شایان توجه است این است که ویراست قبلی سیناپس که برای اولین بار مطالب DSM-5 را لحاظ کرده بود در بسیاری موارد آشفتگی‌ها و بی‌دقتی‌های عجیبی داشت که نشان از شتاب‌زدگی مؤلفان برای آماده‌سازی کتاب داشت. اما این ویراست به نظر منسجم‌تر می‌رسد و کمتر مطالب متناقض در آن به چشم می‌خورد.

امیدوارم ترجمه کتاب حاضر نقشی هرچند کوچک در به روز نگاه داشتن دانش دانشجویان، دستیاران، روان‌پزشکان و روان‌شناسان کشور ایفا کند و از بزرگان روان‌پزشکی و روان‌شناسی کشور تقاضا دارم همچون گذشته با نقد و تذکرها دل‌سوزانه خود مترجمان کتاب را در اصلاح نقایص موجود و حرکت به سمت نثری پاکیزه‌تر یاری کنند.

دکتر فرزین رضاعی

استاد روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

تحت سرپرستی ما این بوده است که یا کشفیات تازه را در این حوزه علمی رو به رشد وارد کتاب کنند، یا مطالب کتاب راطوری سازمان‌دهی کنند که برای نسل جدید روان‌پزشکان کاربردی باشد. مطالب بالینی را در فصل‌های ابتدایی آورده‌ایم تا تأکید بیشتری بر آن‌ها بگذاریم، و مباحث علمی و نظری پایه‌ای را در فصل‌های بعدی آورده‌ایم. این سازمان‌دهی مجدد کتاب نشان‌دهنده ارزش یا اهمیت فصل‌های اولیه نیست؛ بلکه هدف آن صرفاً کاربردی‌تر کردن کتاب است؛ می‌توان تصور کرد که کارآموز در طول یک روز شلوغ به کتاب رجوع می‌کند تا پاسخ سؤالی را در مورد تشخیص یا درمان یک بیمار پیدا کند، و سپس در ساعات واپسین روز، وقتی زمان بیشتری برای تأمل به دست می‌آورد، می‌نشیند و فصول بعدی کتاب را مطالعه می‌کند تا شناخت بیشتری نسبت به بیمار و وضعیتش به دست آورد.

در هر جا که ممکن بوده است، اختلال‌ها را براساس علائم آن‌ها دسته‌بندی کرده‌ایم. بنابراین، ابتدا پدیدارشناسی انواع مختلف اختلال‌های افسردگی را مورد بحث قرار می‌دهیم و سپس به تشخیص و در نهایت درمان هر یک می‌پردازیم. این رویکرد در واقع انتخابی استراتژیک بوده است، زیرا پژوهش‌های مدرن دیگر به ندرت بیماران را بر مبنای تشخیص‌های بالینی دسته‌بندی می‌کنند، و بیشتر به دسته‌بندی‌های عمده‌تر روی آورده‌اند؛ برای مثال بیماران افسرده، یا بیماران روان‌پزشکی. علی‌رغم این موضوع، ما نیز مانند اِمِرسون اجازه ندادیم که تمایل مان به انسجام و نظم چنان سفت

«هیچ کس نمی‌تواند جای او را پر کند، قربان؛ من صرفاً جایگزین او هستم.»

وقتی از توماس جفرسون می‌پرسیدند که آیا قرار است او پس از بنجامین فرانکلین سفیر آمریکا در فرانسه شود یا خیر، وی جمله بالا را در پاسخ می‌گفت. اهمیت تاریخی وضعیت ما به اندازه جفرسون و فرانکلین نیست، ولی ما نیز از اینکه قرار است ویراستاران جدید کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک باشیم، درست حسی مشابه با جفرسون داریم. خلاصه روان‌پزشکی یکی از اولین کتاب‌هایی بود که در حوزه روان‌پزشکی با آن مواجه شدیم، و در طول سال‌های تحصیل به «کتاب مقدس مان» تبدیل شد. وقتی که تدریس را شروع کردیم، همین کتاب را به دانشجویان و رزیدنت‌ها معرفی می‌کردیم. هنگامی که ویراستاران آزمون روان‌پزشکی برای رزیدنت‌های تحت تعلیم^۱ بودیم، برای تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا سؤالی مطابق با اصول علمی مورد قبول تمامی روان‌پزشکان طراحی شده است یا خیر، اغلب به همین کتاب رجوع می‌کردیم.

حال که در مقام ویراستار، بار دیگر به این کتاب بازگشته‌ایم، زمانی که صرف بازنگری و ویرایش آن کرده‌ایم احترام‌مان را به این کتاب شگفت‌انگیز افزایش داده است. نویسندگان پیشین در کمال تبحر کتابی جامع، فهم‌پذیر و خواندنی خلق کرده‌اند.

رویکرد ما در تألیف این ویرایش جدید با احتیاط توأم بوده است، و حجم عمده‌ای از مطالب موجود در ویرایش‌های قبلی را بدون تغییر نگه داشته‌ایم و گاه کلمه به کلمه تکرار کرده‌ایم. هدف گروه ویراستاران

اثری به‌روز نیاز دارند که تا حد ممکن جامع باشد. اما درسامه حاضر برای کارآموزانی تدوین شده است که نیاز به معرفی مختصر و فشرده‌ای از حوزه روان‌پزشکی دارند. درست است که این کتاب در واقع برگرفته از درسامه جامع روان‌پزشکی است، اما اهداف متفاوت هر یک از این دو کتاب باعث وجود تفاوت‌هایی میان آن‌ها شده است. بخش‌هایی از این کتاب را تغییر داده‌ایم و در بعضی موارد محتوای تازه‌ای نوشته‌ایم، اما همچنان وام‌دار بیش از ۲۰۰۰ نفری هستیم که در نگارش ویرایش قبلی و فعلی کتاب درسامه جامع روان‌پزشکی نقش داشتند و به ما اجازه خلاصه کردن کارشان را دادند. در عین حال در این کار جدید، مسئولیت جرح و تعدیل‌ها و تغییرات به عمل آمده را برعهده می‌گیریم.

نظام آموزشی جامع

این درسامه یکی از اجزای نظام جامعی است که مؤلفان برای تسهیل آموزش روان‌پزشکی و علوم رفتاری تدوین کرده‌اند. در رأس این نظام، درسامه جامع روان‌پزشکی قرار گرفته که از عمق و گسترده‌ای تام و تمام برخوردار است و به‌گونه‌ای طراحی شده است که به کار روان‌پزشکان، رفتارپژوهان، 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 درسامه است که برای دانشجویان پزشکی، دستیاران روان‌پزشکی، روان‌پزشکان شاغل، و متخصصان بهداشت روان مفید است. دو کتاب ویژه مشتق از این کتاب یعنی چکیده درسامه روان‌پزشکی بالینی و چکیده روان‌پزشکی کودک و نوجوان حاوی توصیفاتی 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

و سخت شود که نتیجه کار احمقانه از آب در بیاید. پس در فصل‌هایی که اختلال‌ها دارای تفاوت بنیادین بودند، برای هر اختلال بخش جداگانه‌ای را در نظر گرفتیم. متوجه هستیم که برخی اظهار نگرانی می‌کنند که رویکرد «کاربردی» ما ممکن است برخی از ظرافت‌های این کتاب را از بین ببرد. در حقیقت نیز، ما در این ویرایش جدید بسیاری از نقاشی‌ها، عکس‌های خلاقانه و سایر نکات هنری‌ای را که جزئی اصلی از ویرایش قبلی بودند حذف کرده‌ایم. این‌ها انتخاب‌های شخصی ما بوده‌اند که به رویکردهای شخصی ما اشاره دارند. قطعاً قصد نداریم اصالت کتاب را از بین ببریم، و امیدواریم که تلاش‌مان برای حفظ نثر کتاب اصلی، تاریخچه‌ها و شرح حال‌های موردی و ارجاعات تاریخی توانسته باشد بخشی از آنچه را که نسخه قبلی کتاب را برجسته می‌کرد حفظ کند.

فلسفه دیگری که همراه خودمان به این ویرایش جدید آورده‌ایم این است که سلامت روان بخشی از سلامت جسم است و نمی‌شود بیماری روانی را، جز با اشاره به سایر حوزه‌های پزشکی، مورد بحث قرار داد. حتی اصطلاح «ذهن - بدن» نیز امروز دیگر منسوخ به نظر می‌رسد، زیرا به تمایز و شکافی اشاره دارد که دیگر به وجود آن اعتقادی نداریم. این نکته وقتی بیش از پیش برای ما مسجل شد که با شیوع بیماری COVID-19 و در طول کار بر روی کتاب مشاهده کردیم که یک ویروس ساده می‌تواند چه تأثیر روانی مخربی روی بیماران، متخصصان و کارآموزان داشته باشد.

پیشینه

این درسامه براساس تجربه ما در ویرایش درسامه جامع روان‌پزشکی^۱ شکل گرفت. اثر یاد شده کتابی دوجلدی و گسترده است که توسط متخصصان این حوزه تدوین شده است. درسامه جامع روان‌پزشکی مختص افرادی است که به یک بررسی فراگیر، مفصل و دایرةالمعارفی از کل رشته روان‌پزشکی نیاز دارند. هدف درسامه مزبور آن دسته از متخصصانی هستند که به

روان‌پزشکان و سایر متخصصان بهداشت روانی در ایالات متحده است؛ اختلالات روانی که در این درسامه تشریح شده‌اند با سیستم نام‌گذاری فوق مطابقت دارند. تصمیم ما بر آن بوده است که مستقیماً نثر یا ساختار جدول‌های کتاب DSM-5 را در اینجا تکرار نکنیم؛ علت آن است که تصور می‌کنیم اکثر روان‌پزشکان و کارآموزان به آن کتاب دسترسی داشته باشند؛ اگر چنین نیست، استفاده از آن کتاب را بسیار توصیه می‌کنیم. ما جداولی را اضافه کرده‌ایم که حاوی علائم اصلی، سیر زمانی و سایر معیارهای مربوط به تشخیص‌های اصلی است، تا بدین وسیله بتوانیم به خواننده برای رسیدن به استدلال تشخیصی کمک کنیم.

ICD-10

خوانندگان همچنین باید از نظام طبقه‌بندی موازی سازمان بهداشت جهانی^۵ (WHO) که طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط (ICD-10) نامیده 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. ICD-10 حاوی فهرست جامعی از تمامی تشخیص‌های پزشکی است، و محدود به تشخیص‌های روان‌پزشکی نیست. برخلاف DSM-5 که تعداد معینی ملاک برای هر بیماری ارائه می‌دهد،

خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک تشکیل می‌دهد که حاوی سؤال‌هایی 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. سؤال‌ها به گونه‌ای تنظیم شده است که با الگوی مورد استفاده در اکثر آزمون‌های استاندارد مطابق باشند. اجزای دیگر این مجموعه 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، روان‌پزشکی داروشناسی، 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

- 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
5. World Health Organization

منابع

در پایان هر بخش از 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 پاب‌مد (PubMed) و گوگل اسکولار (Google Scholar) مراجعه می‌کنند و ما این روند را تشویق می‌کنیم.

سپاسگزاری

صمیمانه از کار ارزشمند دستیار ویراستار برجسته این کار، دکتر آریا شاه، سپاسگزاریم که به ما کمک کرد تا حجم اعظمی از کتاب، از جمله بخش مربوط به همه‌گیرشناسی و سایر پژوهش‌ها، را به‌روز کنیم. دکتر آریا شاه همچنین کار مرور DSM-5 و ICD-10 را به منظور تدوین جدول‌های تطبیقی تشخیصی (که به این ویرایش جدید اضافه شده‌اند) برعهده گرفت.

همچنین مایل هستیم از همکاران و دوستان مان در دپارتمان‌های مختلف تشکر کنیم. اعضای این گروه شگفت‌انگیز در دپارتمان روان‌پزشکی بیمارستان برایام و زنان فعال هستند. از دکتر دیوید سیلبرسواپگ رئیس بخش روان‌پزشکی این بیمارستان تشکر می‌کنیم که در طی نگارش این کتاب مشورت و راهنمایی ارزشمندی به ما ارائه داد. همچنین از دکتر دبوراً جرمن، نایب رئیس امور سلامت و رئیس کالج پزشکی در دانشگاه فلوریدا مرکزی، به خاطر حمایت، تشویق و راهنمایی‌هایش، سپاسگزاریم.

همچنین، از دوستان متعددمان در جای‌جای کشور در حوزه روان‌پزشکی و پزشکی تشکر می‌کنیم. یکی از این دوستان، دکتر جوزفا چیانگ از دانشگاه فلوریدا، مجموعه‌ای متخصّصان را نوعی «کالج نامرئی» نامیده

ICD-10 توصیفی‌تر است و اجازه قضاوت شخصی را نیز به متخصص می‌دهد. ICD-10 قدیمی‌تر از DSM-5 است و تشخیص‌هایی را که از نسخه جدید کتابچه حذف شده‌اند نیز شامل می‌شود. در حال حاضر نسخه پیش‌نویس ICD-11 در دسترس است و همچنین نسخه برخط (آنلاین) آن نیز در تارنمای سازمان بهداشت جهانی قرار داده شده است. ICD-11 هماهنگی بیشتری با DSM-5 دارد. مطابق با برنامه سازمان بهداشت جهانی، قرار است این ویرایش تازه از ICD از سال ۲۰۲۲ اجرایی شود. از آنجایی که بیشتر نقاط جهان (از جمله ایالات متحده، به ویژه در فرایند صدور صورت حساب پزشکی) هنوز از ICD-10 استفاده می‌کنند، ما نیز از اطلاعات آن در جدول‌ها و مطالب تشخیصی‌مان استفاده می‌کنیم. خواننده با مطالعه این جداول متوجه شباهت‌های بسیار، و همچنین برخی تفاوت‌های جالب، میان DSM-5 و ICD-10 خواهد شد.

شرح حال بیماران

شرح حال بیماران بخشی تفکیک‌ناپذیر از این کتاب محسوب می‌شود. این موارد به‌طور گسترده در متن به کار 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 مؤلفان در بیمارستان بلووو در نیویورک هستند. شرح حال موارد با حروف مجزایی چاپ شده‌اند تا خواننده آن‌ها را به راحتی پیدا کند. ما بسیاری از این بخش‌های شرح حال را بدون تغییر نگه داشته‌ایم، زیرا عقیده داریم که آن‌ها گاهی می‌توانند مفاهیم انتزاعی توصیف شده را به خوبی توضیح دهند، و از کسانی که این شرح حال‌ها را در اختیار ما گذاشتند و اجازه استفاده از آن‌ها را در کتاب به ما دادند تشکر می‌کنیم.

است، و این نام‌گذاری بسیار مناسب شبکه گسترده‌ای از دوستان عزیز است، که بسیاری از آن‌ها در حوزه‌های تخصص خود بهترین هستند، و همیشه برای ارائه مشورت، کمک، نقد و دیدگاه‌های روشن‌گر، با کمال خوش‌رویی، آماده هستند.

می‌خواهیم از این فرصت استفاده کنیم و از کمک کسانی که این کتاب و سایر کتب کاپلان و سادوک را به زبان‌های خارجی ترجمه کرده‌اند تشکر کنیم؛ از آن جمله می‌توان به زبان‌های چینی، کروات، فرانسوی، آلمانی، یونانی، اندونزیایی، ایتالیایی، ژاپنی، لهستانی، پرتغالی، رومانیایی، روسی، اسپانیایی و ترکی اشاره کرد. همچنین یک نسخه ویژه آسیایی و نیز نسخه بین‌المللی دانشجویی نیز از این کتاب تهیه شده است.

از گروه ویراستاران ولترز کلوور که در طول انجام مراحل مختلف این کتاب صبوری به خرج دادند سپاسگزاریم. در حین تدوین این کتاب، هر یک از ما ناچار بودیم برای مقابله با تبعات مختلف این همه‌گیری در محل زندگی خود زمان صرف کنیم، و تیم ویراستاری با صبوری از ما حمایت و ما را تشویق کردند. از کریس تیا، مسئول تهیه، آن مالکولم، دستیار مدیر تولید محتوا، آریل وینتر، ویراستار توسعه، آسلی فایفر، هماهنگ‌کننده تیم ویراستاران، کارن رانا، مدیر پروژه و بریجت دوهرتی، مدیر فروش، تشکر می‌کنیم.

و اصلی‌ترین سپاسگزاری خود را تقدیم بنجامین و ویرجینیا سادوک می‌کنیم. متأسفانه، همه‌گیری ما را ناچار کرده است که آن‌ها را صرفاً با رجوع به آوازه‌شان، و همچنین از طریق وسایل ارتباطی الکترونیک، بشناسیم. از آن‌ها ممنونیم که حاصل سال‌ها کار فکری خود را به ما سپردند. نمی‌توانیم جای آن‌ها را بگیریم، اما امیدواریم که بتوانیم آن‌ها را مفتخر کنیم.

مصاحبه

ملاقات با سادوک‌ها

در طول برنامه‌ریزی برای کار بر روی این کتاب، امید داشتیم که بتوانیم بنجامین و ویرجینیا سادوک را ملاقات

کنیم. اما همه‌گیری این امید را نیز مانند بسیاری از چیزهای دیگر ناممکن کرد. بنابراین به این اکتفا کردیم که با آنان در نرم‌افزار Zoom جلسه داشته باشیم. دوست داشتیم که در مورد تاریخچه این کتاب اطلاعاتی کسب کنیم و از این دو متخصص توصیه‌های کارسازی دریافت کنیم. می‌خواستیم اهداف و ارزش‌هایی که آن‌ها را ترغیب کرد تا وظیفه سنگین نگارش این کتاب را به عهده بگیرند بفهمیم. بیش از هر چیز، دوست داشتیم کسانی را که این اثر شگفت‌انگیز را خلق کرده بودند ملاقات کنیم. بنابراین با شوق بسیار تماس ویدیویی را برقرار کردیم، و نمی‌دانستیم که باید انتظار چه چیزی را داشته باشیم.

ملاقات با کسانی که صرفاً آوازه‌شان را شنیده‌ای ممکن است به شکل‌های مختلفی پیش برود. در مورد ما، تجربه دوست‌داشتنی‌ای بود. فهمیدیم که بن و ویرجینیا زوج خونگرم و خوش‌مشربی هستند و رفتار بسیار دوستانه‌ای دارند. این زوج هوشمند و پرنرزی خوب با هم جور شده بودند، گاهی به تفکر فرو می‌رفتند، گاهی شوخ‌طبعی به خرج می‌دادند، و در همه حال به طرز باورنکردنی‌ای متواضع بودند. آن‌ها همچنین با گشاده‌رویی در مورد کتاب حاضر که حاصل یک عمر تلاش‌شان بود برای ما گفتند. توضیح دادند که تاریخ نگارش خلاصه روان‌پزشکی با درسنامه جامع پیوند خورده است، که اولین بار در سال ۱۹۶۷ منتشر شد. درسنامه جامع در ابتدا حدود ۱۰۰۰ صفحه بود، حدود ۲۰۰ نفر در نگارش آن نقش داشتند و هارولد کاپلان و بنجامین سادوک سرپرستی نویسندگان را بر عهده داشتند. امروز، حجم کتاب به ۵۰۰۰ صفحه رسیده و هزاران نفر در نگارش آن مشارکت داشته‌اند. با این حال، در همان زمان هم این کتاب بسیار پر حجم بود، بنابراین در نهایت این ایده به ذهن نویسندگان رسید که آن حجم گسترده را در قالبی خلاصه کنند که برای دانشجویان و رزیدنت‌های پزشکی قابل استفاده باشد. آن‌ها توضیح دادند که برای آماده‌سازی ویرایش اول خلاصه روان‌پزشکی بخش‌هایی از کتاب اصلی را

«بریده و منتقل کرده‌اند». وقتی از آن‌ها توضیح بیشتری خواستیم، متوجه شدیم که منظورشان از «بریدن» واقعاً این بوده است که با یک تیغ مارک X-ACTO بخش‌هایی را از کتاب درسنامهٔ جامع بریده بودند، آن‌ها را به هم چسبانده بودند و اولین ویرایش کتابی را تهیه کرده بودند که نامش را خلاصهٔ مدرن درسنامهٔ جامع روان‌پزشکی گذاشتند. پس از چند ویرایش، عنوان کتاب را کوتاه‌تر کردند. آن‌ها توضیح دادند که در فرایند آماده‌سازی ویرایش‌های بعدی، متوجه شدند که صرفاً استخراج بخش‌هایی از درسنامهٔ جامع و انتقال آن‌ها به خلاصهٔ روان‌پزشکی باعث می‌شود که متن نهایی چندان خوب از آب در نیاید. پس شروع کردند به بازنویسی درسنامهٔ جامع و در عین حال تلاش کردند نثر کتاب اصلی را تا حدودی حفظ کنند، تا اینکه در نهایت به کتابی رسیدند که امروز پیش روی ماست؛ اثری که دست‌اندرکاران متعددی در نگارش آن نقش دارند و به‌طور مداوم بازنویسی می‌شود.

آن‌ها به خاطر آوردند که، در کمال تأسف، هارولد کاپلان در سال ۱۹۹۸ و در فرایند آماده‌سازی ویرایش هفتم خلاصهٔ روان‌پزشکی از دنیا رفت، و در نتیجه ویرجینیا سادوک به یکی از نویسندگان رسمی کتاب تبدیل شد. بنجامین توضیح داد علت اینکه می‌گوید «رسمی» این است که ویرجینیا مدت‌ها پیش از این تاریخ نیز به‌طور غیررسمی در فرایند نگارش کتاب دخیل بوده است. ویرجینیا خاطر نشان کرد یکی از مزایای حضور او در میان نویسندگان این بوده است که او توانسته بود دیدگاهی زنانه، یا دیدگاهی انتقادی، را به کتاب اضافه کند؛ او گفت که آن زمان در بین دانشجویان کالج پزشکی نیویورک فقط ۸ خانم بوده‌اند و او یکی از آنان بوده است.

آن‌ها احساس کرده بودند که یکی از مهم‌ترین اهدافشان در نگارش خلاصهٔ روان‌پزشکی ابراز نگرانی روزافزون‌شان از گسترش فناوری و پزشکی سازمانی و شرکتی بوده است که اثری غیرانسانی و ماشینی بر تحصیل پزشکی می‌گذاشت. آن‌ها احساس می‌کردند

که دانشجویان پزشکی طوری آموزش می‌بینند که به «پزشکان روبات‌مانند» تبدیل شوند. تمامی پزشکان آکادمیک همچنان با این مشکل دست‌به‌گریبان هستند، زیرا روزبه‌روز بر تعداد پروتکل‌ها، روش‌های مختلف ثبت الکترونیکی سوابق بیمار و سیاهه‌های تحمیل شده بر پزشکان افزوده می‌شود. آن‌ها امید داشتند که کتاب‌شان بتواند انسان‌گرایی و نگاه انسانی‌تر را به حوزهٔ تحصیل روان‌پزشکی بازگرداند.

بنابراین، درست است که این کتاب همیشه مملوء از اطلاعات علمی و حاوی تازه‌ترین پژوهش‌های مربوطه بوده است، اما نویسندگان همواره پزشکان فعال را نیز در ذهن داشته‌اند، کاری که خوب از عهدهٔ آن برآمدند زیرا در حین نگارش کتاب خودشان نیز مشغول طبابت بیماران بودند. در حقیقت نیز این کتاب در میان روان‌پزشکان فعال بسیار محبوب شده است، با این حال، نویسندگان بسیار تعجب کردند وقتی که پی بردند به غیر از روان‌پزشکان، سایر افراد نیز از این کتاب استفاده می‌کنند، از جمله روان‌شناسان، انواع مختلف درمانگران و بسیاری از دیگر متخصصانی که در حوزهٔ درمان بیماران روانی فعال هستند.

آقا و خانم سادوک خاطر نشان کردند که در فرایند نگارش این کتاب با چالش‌های مشخصی روبرو بوده‌اند، نظیر به‌روز کردن محتویات کتاب بر مبنای تازه‌ترین ویرایش‌های درسنامهٔ تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) انجمن روان‌پزشکی آمریکا. آن‌ها اذعان می‌کنند که گاهی میان کتاب حاضر و DSM رقابت پدید می‌آید، اما در واقع این دو کتاب را مکمل یکدیگر در نظر می‌گیرند؛ به این طریق که DSM مطالب را تعریف می‌کند، و کتاب حاضر آن‌ها را توضیح می‌دهد و تشریح می‌کند.

آن‌ها در مورد جنبهٔ زیباشناختی کتاب نیز توصیه‌های بسیاری به ما کردند. ما شگفت‌زده شدیم وقتی که دیدیم ویرجینیا و بن با چه دقتی به جزئیاتی نظیر صفحه‌آرایی، رنگ‌بندی و حتی کیفیت کاغذ مورد استفاده توجه می‌کنند. توصیه‌های آنها باعث شد که ما

به اهمیت تمامی جنبه‌های مختلف کتاب پی ببریم، از جمله ظاهر کتاب و حسی که به مخاطب می‌دهد. در حین صحبت در مورد عمر تقریباً ۵۰ ساله کتاب، مشخص بود که آقا و خانم سادوک به شاهکارشان بسیار افتخار می‌کنند. آن‌ها گفتند که نگاهی انتقادی نسبت به اولین ویرایش کتاب داشتند و از آن پس، همواره تلاش کرده بودند که ویرایش‌های بعدی را بهبود بخشند. آن‌ها بر این باور بودند که تازه‌ترین ویرایشی که از کتاب آماده کرده بودند، یعنی ویرایش یازدهم، حد کمال توان آن‌ها بوده است. واضح است که کتاب از «مجموعه‌ای از بریده‌های به هم چسبانده شده» در ویرایش اول تبدیل به اثری تفکربرانگیز با سبکی جالب و رویکردی انسان‌گرایانه شده است که از حوزه‌های مختلفی نظیر هنر، تاریخ، فلسفه و تعداد بی‌شماری مطالعه موردی سود می‌برد. به علاوه، همان‌طور که آنان یادآور شدند، در ویرایش اول به سختی توانسته بودند ناشری را برای چاپ کتاب پیدا کنند، اما در حال حاضر این کتاب به یکی از محبوب‌ترین کتب در حوزه روان‌پزشکی تبدیل شده است. آنان بیش از هر چیز به این موضوع افتخار

می‌کردند که توانسته بودند هدف اصلی‌شان را محقق کنند؛ یعنی خلق کتابی که از سیاه‌برداری و سبک خلاصه شده بسیاری از منابع فراتر برود، و بتواند هنر و علم پزشکی را بازتاب داده و در عین حال بیمار را در کلیت وی مورد ملاحظه قرار دهد.

آن‌ها برای ما آرزو موفقیت کردند و ملاقات‌مان به پایان رسید. این ملاقات برای ما منبع الهام و فرصت بزرگی بود که باعث شد بفهمیم در فرایند خلق یک اثر بزرگ چه میزان شور و شوق و بینش مورد نیاز است. امیدواریم که بتوانیم توصیه‌های آنان را به کار بندیم و بر پایه میراث ارزشمندی که برای ما به جا گذاشته‌اند کار خود را ادامه دهیم و این سنت را زنده نگه داریم. همچنین، امیدواریم که سلامتی جسمانی و روحیه‌شان همیشه به خوبی همان روزی باشد که با آنان دیدار ویدیویی داشتیم، و آرزو می‌کنیم که بتوانیم به زودی آنان را از نزدیک ملاقات کنیم.

باب بولاند و مارسی وردوین

۲۰۲۰/۱۰/۱۶



طیف اسکیزوفرنی (روان‌گیختگی) و سایر اختلالات روان‌پریشی

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

تظاهر بالینی

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

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

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

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

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

بهبود کاتاتونیک، که اغلب به آن کاتاتونی اطلاق می‌شود، موقعیتی است که در آن بیمار به نظر می‌رسد که هیچ حیاتی ندارد و ممکن است نشانه‌هایی نظیر سکوت، منفی‌کاری، یا اطاعت خودکار^۳ از خود نشان دهد. انعطاف مومی شکل در گذشته نشانه شایعی در کاتاتونی بود، اما امروزه، همانند رفتار ادایی، نادر است. تظاهرات کم‌شدت‌تری در نوع کاتونیا عبارت است از انزوای شدید اجتماعی و خودمحوری (egocentricity)، فقدان تکلم خودبه‌خود یا حرکات خودبه‌خود، و فقدان هرگونه رفتار هدفمندانه. بیماران کاتاتونیک ممکن است بی‌هیچ حرکت یا حرفی روی صندلی‌شان بنشینند، به سوالات تنها جواب‌های کوتاهی

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

ظاهر عمومی بیماران اسکیزوفرنی طیفی وسیع دارد که در یک سر آن فردی کاملاً ژولیده قرار گرفته که سرآسیمه است و جیغ و فغان می‌کند، و در سر دیگری فردی است که به نحوی وسواسی آراسته و کاملاً ساکت و بی‌حرکت است. بین این دو قطب نیز بیماری قرار دارد که حرّاف است و وضعیت‌های غریب به خود می‌گیرد. رفتار بیمار ممکن است سرآسیمه یا خشونت‌بار گردد و به‌ظاهر نیز هیچ عامل برانگیزنده‌ای برای آن در کار نباشد، اما این اتفاق معمولاً در پاسخ به توهم‌های او رخ می‌دهد. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اغلب سر و وضع بدی دارند، نمی‌توانند استحمام کنند، و لباس‌هایی می‌پوشند که برای فصلی که در آن به سر می‌برند بسیار گرم است. رفتارهای عجیب دیگری هم مثل پرش (تیک)، حرکات قالبی^۱، حرکات ادایی^۲، و گاه پژواک رفتار (اکوپراکسی) دارند؛ پژواک رفتار آن است که بیمار، وضعیت یا رفتارهای معاینه‌گر را تقلید کند.

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

1- stereotypes

2- mannerisms

3- automatic obedience

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

افکار

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

اختلالات فکر به روش جمع‌بندی افکار و گفتارها مربوط می‌شود. گاهی اوقات آنها را اختلالات شکل فکر^۳ می‌نامند. با توجه به اینکه بیمار چه چیزی و چگونه می‌گوید، می‌نویسد، و ترسیم می‌کند، معاینه‌گر وجود اختلال را درمی‌یابد. همچنین با مشاهده رفتار بیمار به‌ویژه در زمان انجام تکالیفی معین و مشخص مثلاً در کاردرمانی، معاینه‌گر می‌تواند فرایند فکر بیمار را ارزیابی کند.

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

هذیان‌ها

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

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

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

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

بیماران اسکیزوفرنی، علاوه بر اختلالی که در حرکات تعقیبی ظریف چشمی (حرکات ساکادیک) دارند، میزان پلک‌زدن بالایی هم دارند. به‌نظر می‌رسد که این بالا بودن میزان پلک‌زدن، بازتاب فعالیت زیاد دوپامینرژیک باشد. ناتوانی بیماران اسکیزوفرنی از درک آهنگ کلام دیگران یا از تغییر دادن آهنگ کلام خودشان را می‌شود علامتی عصبی از اختلال در لوب آهیانه غیرغالب دانست. سایر علائم اسکیزوفرنی که به علائم لوب آهیانه شباهت دارند، از این قرارند: ناتوانی از انجام تکالیف (یعنی کردارپریشی [آپراکسی])، اختلال در موقعیت‌سنجی راست و چپ، و نگران نبودن از بابت بیماری.

خلق

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

1- dysdiadochokinesia 2- astereognosis

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

3- formal thought disorder

می‌کرد. هرچند تأیید می‌کرد که از مدت‌ها پیش توهم شنوایی دارد، هرگز در گفتگو در مورد محتوای این توهم‌ها راحت نبود و مرور پرونده‌های قبلی نیز نشان می‌داد این یک الگوی رفتاری دیرپا در بیمار است. بیمار در سایر موارد تفاهم خوبی با روان‌پزشک داشت و در مورد احتمال شرکت در مطالعه‌ای با تجویز یک داروی ضد روان‌پریشی جدید شور و شوق نشان می‌داد. در خلال فرآیند رضایت آگاهانه، بیمار در مورد احتمال کاهش توهمات شنوایی مزمزش بر اثر این دارو سؤال کرد. پس از آن‌که به او گفته شد که هر نوع واکنشی امکان‌پذیر است، از جمله کاهش توهمات، بیمار به طور ناگهانی گفتگو را قطع کرد و مطب را ترک نمود. در ویزیت بعد او گزارش داد که مطمئن‌ترین لذت زندگی‌اش مباحثات شبانه صداهای توهمی است که معتقد بود متعلق به درباریان فرانسوی قرن هفدهم است و فکر کردن به این احتمال که این مکالمات و این هم‌نشینی‌ها را از دست بدهد برایش بسیار ترسناک بود.

توهم‌های بینایی هم شایع است، اما توهم‌های لمسی، بویایی، و چشایی معمول نیست و اگر دیده شود بالینگر باید وجود یک اختلال زمینه‌ای طبی یا عصبی را محتمل بداند که همهٔ سندرم را ایجاد کرده باشد.

اختلالات روان‌پریشی ممکن است بر سایر حس‌ها نیز اثر بگذارند. برای نمونه، توهم احشایی^۱، احساس بی‌پایه تغییر حالت در اعضای بدن است. نمونه‌هایی از توهم‌های احشایی عبارت است از: احساس سوزش در مغز، احساس فشار در عروق خونی، و احساس بریدگی در مغز استخوان. احساس تحریک بدن نیز ممکن است رخ دهد.

شناخت

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی معمولاً به شخص، زمان و مکان وقوف دارند، و در صورت فقدان آن بالینگر باید به دنبال پیدا کردن یک اختلال طبی یا عصبی در مغز باشد. برخی بیماران ممکن است به سؤال‌های مربوط به موقعیت‌سنجی، پاسخ‌های غلط یا غریب بدهند، مثلاً بگویند «من مسیحیم؛

می‌شود). بیمار ممکن است اشتغال خاطری شدید و مخرب به افکار سزّی، انتزاعی، نمادین، روان‌شناختی، یا فلسفی پیدا کرده باشد. نیز ممکن است ادعا کند وضع جسمانی‌اش مرگبار و نگران‌کننده است اما در واقع ادعایش بسیار غریب و نامعقول باشد؛ مثلاً ممکن است ادعا کند غریبه‌هایی در بیضه‌هایش حضور دارند که نمی‌گذارند او بچه‌دار شود.

از دست دادن مرزهای ایگو^۱ عبارتی است که فقدان احساسی روشن را بیان می‌کند: احساس اینکه جسم، ذهن، و حوزهٔ نفوذ بیمار به کجا ختم می‌شود و جسم، ذهن، و حوزهٔ نفوذ سایر ایزه‌های جاندار و بی‌جان از کجا آغاز می‌شود. مثلاً بیمار ممکن است فکر کند افراد دیگر، یا تلویزیون و روزنامه‌ها دارند به او اشاره می‌کنند (افکار انتساب به خود)^۲. کنترل فکر به آن معناست که نیروهای خارجی، افکار یا احساسات بیمار را تحت نظارت یا تسلط دارند، و به اندازه انتشار فکر^۳ شایع است؛ در حالت اخیر بیمار می‌پندارد که دیگران قادر به خواندن ذهن او هستند و یا این که افکار وی از طریق تلویزیون پخش می‌شود.

نشانه‌های دیگر از دست دادن مرزهای ایگو عبارت است از اینکه بیمار احساس کند از نظر جسمی در یک ایزه خارجی (مثلاً یک درخت یا یک فرد دیگر) ادغام شده است؛ یا احساس کند انسجام خودش را از دست داده و در کل جهان ادغام شده است (هویت کیهانی). به خاطر همین حالت ذهنی، برخی از بیماران در تعلق خود به یکی از دو جنس یا در جهت‌یابی جنسی‌شان دچار شک می‌شوند. این علائم را نباید با مشکلات هویت جنسی اشتباه گرفت.

توهم‌ها

در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، هر یک از پنج حس ممکن است دچار حالات توهمی گردد. اما شایع‌ترین توهم‌ها، توهم‌های شنوایی است. این صداها اغلب به تهدید، اهانت، اتهام یا فحاشی می‌پردازند. ممکن است دو یا چند صدا باشند که با هم به گفت‌وگو می‌پردازند و یا یک صدا باشد که در مورد زندگی یا رفتار بیمار اظهار نظر می‌کند.

مردی ۴۸ ساله که در سن ۲۱ سالگی زمانی که در ارتش خدمت می‌کرد تشخیص اسکیزوفرنیا دریافت کرده بود، زندگی منزوی و اغلب ترسناکی داشت. او تنها زندگی می‌کرد و با مستمری از کارافتادگی مخارجش را تأمین

1- loss of ego boundaries

2- ideas of reference 3- thought broadcasting

4- cenesthetic hallucination

بالینگر در حین معاینه بیمار اسکیزوفرنی باید دقیقاً جنبه‌های گوناگون بینش - مثل باخبر بودن از علایم، مشکل در نحوه کنار آمدن با مردم، و دلایل این مشکلات - را معین کند. فایده بالینی این اطلاعات آن است که ممکن است در تدوین راهبرد درمانی به کار آید و فایده نظری آنها نیز این است که ممکن است بشود حدس زد کدام نواحی مغز در این فقدان بینش نقش دارند (مثلاً لوب‌های آهیانه).

قابلیت اعتماد به بیمار اسکیزوفرنی به هیچ‌وجه کمتر از سایر بیماران روان‌پزشکی نیست. اما ماهیت این اختلال به گونه‌ای است که لازم است معاینه‌گر از طریق سایر منابع، صحت یا سقم اطلاعات مربوط را ارزیابی کند.

دغدغه‌های ایمنی

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، زمانی که بدحال اند، ممکن است سرآسیمه بوده و کنترل چندانی بر تکانه‌هایشان نداشته باشند. یا ممکن است حساسیت اجتماعی‌شان کم شده باشد و در نتیجه تکانشی به‌نظر برسند چون مثلاً سیگار را از دست بیمار دیگر می‌قاپند، یکبارہ برنامه‌تلویزیون را عوض می‌کنند، یا غذایشان را به زمین پرت می‌کنند. برخی رفتارهای تکانشی، از جمله اقدام به خودکشی و آدمکشی، ممکن است در پاسخ به توهم‌هایی صورت گیرد که به آنها دستور انجام کاری را می‌دهند.

رفتار خشونت‌آمیز (به غیر از آدمکشی) در بیماران اسکیزوفرنیک (روان‌گسیخته) درمان‌نشده شایع است، و احتمال ارتکاب اعمال خشونت‌آمیز در مبتلایان به اسکیزوفرن در مقایسه با جمعیت عمومی ۶۸-۴۹٪ است. داشتن هدیان‌هایی با ماهیت‌گذرند، سابقه دوره‌های خشونت‌آمیز، و وجود نواقص عصبی، عوامل خطر برای رفتار خشونت‌آمیز یا تکانشی هستند. اگر بالینگری در حضور بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی دچار ترس شود، این احساس را باید سرنخی درونی تلقی کرد حاکی از اینکه شاید بیمار در شرف انجام یک کنش‌نمایی خشونت‌آمیز باشد. در این موارد، مصاحبه را باید خاتمه داد، یا باید در حالی انجام داد که مراقبی در دسترس باشد.

خودکشی. خودکشی عمده‌ترین عامل مرگ زودرس در بیماران دچار اسکیزوفرنی است. شیوع طول عمر خودکشی در مبتلایان به اسکیزوفرن حدود ۳۴/۵ درصد است. ۵۰-۲۰

اینجا بهشت است؛ و الان سال ۳۵ میلادی است» که ناشی از هدیان‌های آنها است).

در معاینه وضعیت روانی، حافظه معمولاً سالم است، اما ممکن است نقایص شناختی اندکی وجود داشته باشد. با این حال، اگر بخواهیم قدرت حافظه بیمار را کامل‌تر ارزیابی کنیم، به‌سختی می‌شود توجه دقیق بیمار را به‌اندازه کافی به آزمون‌های حافظه جلب کرد.

پیشرفت مهمی که در درک آسیب‌شناسی روانی اسکیزوفرنی حاصل شده فهم اهمیت تخریب شناختی خفیف در این اختلال است. در بیماران سرپایی براساس تخریب شناختی بهتر از شدت علایم روان‌پریشی می‌توان سطح کارکرد بیمار را پیش‌بینی نمود. بیماران دچار اسکیزوفرنی معمولاً در حوزه‌های توجه، کارکرد اجرایی، حافظه فعال (working memory) و حافظه رویدادی (episodic)، کژکاری شناختی خفیفی بروز می‌دهند. هر چند درصد قابل ملاحظه‌ای از بیماران بهره هوش طبیعی دارند، هر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی احتمالاً نسبت به آنچه می‌توانست در غیاب بیماری انجام دهد کژکاری شناختی دارد. از این تخریب‌ها نمی‌توان برای تشخیص بیماری استفاده کرد اما تخریب‌های مزبور قویاً با فرجام کارکردی بیماری از تباط دارند و به همین دلیل در تعیین متغیرهای پیش‌آگهی و طرح‌ریزی درمان ارزش بالینی دارند.

به نظر می‌رسد تخریب شناختی از همان دوره اول اختلال وجود داشته و عمدتاً در طول سیر اولیه بیماری ثابت می‌ماند. درصد کوچکی از بیماران ممکن است در اواخر زندگی دچار دمانس واقعی شوند که ناشی از سایر اختلالات شناختی مانند بیماری آلزایمر نیست. تخریب‌های شناختی به شکل خفیف‌تر در بستگان غیر روان‌پریش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دیده می‌شود.

تخریب‌های شناختی اسکیزوفرنی به هدف کارآزمایی‌های درمان روانی اجتماعی و دارویی تبدیل شده است. خوشبختانه درمان‌های مؤثری برای این تخریب‌های شناختی به زودی در دسترس قرار خواهند گرفت.

بینش و قضاوت و قابل اعتماد بودن

همیشه گفته‌اند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، بینش اندکی به ماهیت و شدت اختلال‌شان دارند. این اصطلاحاً فقدان بینش با سرپیچی از دستورات درمانی همراه است.

علایم اسکیزوفرنی را می‌توان در سه دسته طبقه‌بندی کرد

ما می‌توانیم علایم اسکیزوفرنی را در سه گروه قرار دهیم: مثبت، منفی، و شناختی.

علایم مثبت رفتارهای ناهنجار هستند. علایم مثبت علایمی هستند که وجود دارند و معمولاً قابل مشاهده هستند. این علایم اساساً اختلالات فکر و گفتار بوده و با دوره روان‌پریشی حاد مرتبط هستند. آنها عبارت‌اند از توهم‌ها، هذیان‌ها و سایر رفتارهای عجیب و غریب. جدول ۱-۵ نمونه‌هایی از علایم مثبت را ارائه می‌کند.

علایم منفی عدم حضور رفتارهای بهنجار هستند. علایم منفی با توجه به عدم حضورشان تعریف می‌شوند و گاه علایم نقص نامیده می‌شوند. آنها معمولاً با پیشرفت بیماری ارتباط دارند. این علایم عبارت‌اند از فقدان عاطفه، فقدان فکر، فقدان انگیزه، فقدان لذت و فقدان توجه. جدول ۲-۵ نمونه‌هایی از علایم منفی را ارائه می‌کند.

علایم شناختی تخریب در کارکردهای شناختی طبیعی هستند. علایم شناختی اسکیزوفرنی ممکن است به ویژه در فرایند ابتدایی بیماری، خفیف باشند، اما بسیار مخرب و مسئول بسیاری از ناتوانی‌های مرتبط با این اختلال هستند. این موارد شامل تخریب در توجه، حافظه فعال و کارکرد اجرایی هستند.

تظاهر در جمعیت‌های خاص

اختلال در کودکان و نوجوانان. تعداد کمی از بیماران اسکیزوفرنی را در کودکی نشان می‌دهند. تشخیص‌گذاری برای این کودکان ممکن است در ابتدا دشوار باشد، به‌ویژه در افتراق از عقب‌ماندگی ذهن و اختلال اوتیسم. بررسی‌های جدید نشان داده‌اند که تشخیص اسکیزوفرنی کودکی باید مبتنی بر علایم مشابهی باشد که برای بزرگسالان استفاده می‌شود. شروع این اختلال معمولاً گمراه‌کننده و سیر آن معمولاً مزمن است و پیش‌آگهی اختلال اغلب نامطلوب است.

اختلال در افراد مسن‌تر. افتراق بالینی اسکیزوفرنی

درصد بیماران اقدام به خودکشی می‌کنند و میزان خودکشی موفق در درازمدت ۱۳-۱۰ درصد است. براساس DSM-5 حدود ۶-۵ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بر اثر خودکشی می‌میرند، اما این آمار احتمالاً کم‌تر از حد واقعی است. اغلب خودکشی این بیماران "ناگهانی" به نظر می‌رسد، بدون هشدار قبلی یا بیان کلامی قصد خودکشی. مهمترین عامل خودکشی در این بیماران وجود دوره افسردگی اساسی است. مطالعات همه‌گیرشناسی حاکی است که حدود ۸۰ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی زمانی در طول عمر خود دچار دوره افسردگی اساسی می‌شوند. برخی داده‌ها حاکی است در بیمارانی که پیش‌آگهی بهتری دارند (علایم منفی ناچیز، باقی ماندن توانایی تجربه عواطف، تفکر انتزاعی بهتر) خطر خودکشی به شکل متناقضی بالاتر است. نیمرخ بیماران در معرض خطر بالای خودکشی عبارت است از مرد جوانی که انتظارات بالایی داشته است، از سطح عملکرد بالاتری افت کرده است و می‌داند رؤیاهایش محقق نخواهد شد و اعتقادش را به اثربخشی درمان از دست داده است. سایر عوامل مؤثر در میزان بالای خودکشی عبارت‌اند از توهمات دستوری و سوء‌مصرف مواد. حداقل دوسوم بیمارانی که خودکشی داشته‌اند ظرف ۷۲ ساعت قبل از مرگ به ملاقات بالینگری رفته‌اند. یک مطالعه دارویی وسیع حاکی است در بیماران دچار اسکیزوفرنی که سابقه بستری به دلیل افکار خودکشی داشته‌اند، کلوزاپین (Clozapin) در کاهش افکار خودکشی مؤثر است. در مواردی که همراه با اسکیزوفرنی افسردگی اساسی بروز کرده است افزودن داروهای ضدافسردگی به تخفیف افسردگی کمک می‌کند.

آدمکشی. به‌رغم توجه پر سر و صدایی که در رسانه‌های خبری به قتل‌هایی می‌شود که به دست بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی صورت می‌گیرد، داده‌های موجود حاکی از آن است که احتمال دست‌زدن به آدمکشی در این بیماران به‌هیچ‌وجه بیشتر از افراد جمعیت عمومی نیست. دست‌زدن به آدمکشی در بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است دلایلی غیرقابل پیش‌بینی یا غریب، و مبتنی بر توهم‌ها و هذیان‌هایش داشته باشد. عوامل پیش‌بینی‌کننده احتمالی اقدام به آدمکشی عبارت است از وجود سابقه خشونت، داشتن رفتارهای خطرناک به هنگام بستری، و داشتن توهم‌ها یا هذیان‌هایی که متضمن چنین اقدام خشونت‌باری باشند.

جدول ۵-۱ علائم مثبت

توهم‌ها

توهم‌های شنوایی
صدا‌های توضیح‌دهنده
صدا‌های گفتگوکننده
توهم‌های جسمی یا بساویی
توهم‌های بویایی

هذیان‌ها

هذیان‌های گزند و آسیب
هذیان‌های حسادت
هذیان‌های گناه
هذیان‌های خودبزرگ‌بینی
هذیان‌های مذهبی
هذیان‌های جسمانی
هذیان‌های انتساب
هذیان‌های کنترل شدن
هذیان‌های ذهن‌خوانی
انتشار فکر
تزریق فکر
ربایش فکر

رفتار غریب

رفتار لباس پوشیدن
رفتار اجتماعی و جنسی
رفتار پرخاشگرانه
رفتار تکراری و قالبی

اختلال شکل فکر مثبت

از خط خارج شدن

تفکر مماسی

بی‌ربط‌گویی

غیرمنطقی‌گویی

حاشیه‌پردازی

فشار گفتار

حواسپرتی کلامی

تداعی صوتی

جدول ۵-۲ علائم منفی

عاطفه یکنواخت یا کند

بیان چهره‌ای یکنواخت
کاهش حرکت خودجوش
کاهش ژست بیانگر
تماس چشمی ضعیف
فقدان واکنش عاطفی
عاطفه نامناسب
فقدان انعطاف کلامی

زبان‌پریشی

فقر کلام

فقر محتوای کلام

انسداد

افزایش تأخیر در پاسخ

بی‌انگیزگی - بی‌حسی

آراستگی و بهداشت

بی‌ثباتی در شغل و تحصیل

فقدان انرژی جسمی

بی‌لذتی - بی‌تفاوتی اجتماعی

علائق و فعالیت‌های تفریحی

علائق و فعالیت‌های جسمی

صمیمیت و نزدیکی

روابط با دوستان

توجه

بی‌توجهی اجتماعی

بی‌توجهی در طول ارزیابی

تشخیص

اسکیزوفرنیا

جدول ۵-۳ رویکردهای مختلف تشخیص اسکیزوفرنی را مقایسه می‌کند. بیماری باید شواهد یک اختلال روان‌پریشی را داشته باشند. هرچند، وجود توهم یا هذیان لازمه تشخیص اسکیزوفرنی نیست؛ اختلال بیمار زمانی اسکیزوفرنی تشخیص داده می‌شود که بیمار ۲ تا از علائم فهرست شده تحت طبقه‌گسترده «علائم روان‌پریشی» را نشان دهد. این علائم باید برای مدت مدیدی تداوم داشته باشند: ۶ ماه برای DSM-5 و ۱ ماه برای ICD-10. ملاک‌های تشخیصی DSM-5 شامل مشخصه‌های سیر (یعنی پیش‌آگهی) است که گزینه‌های متعددی را در اختیار بالینگران قرار می‌دهد و موقعیت‌های بالینی واقعی را توصیف می‌کند.

دیرآغاز از اسکیزوفرنی دشوار است اما شروع آن پس از ۴۵ سالگی است. این وضعیت معمولاً بیشتر در خانم‌ها ظاهر می‌شود و مشخصه آن برجسته بودن علائم پارانویید است. پیش‌آگهی مطلوب است، و این بیماران معمولاً با مصرف داروهای ضدروان‌پریشی به عملکرد مناسبی دست می‌یابند.



ICD-10	DSM-5	نام تشخیصی
اسکیزوفرنیا	اسکیزوفرنیا	نام تشخیصی
	علایم به طور مداوم به مدت حداقل ۶ ماه حاضر هستند	مدت
تحریف فکر اختلالات ادراکی عاطفه منفی و اغلب گند کژکاری شناختی احتمالی سایر علایم احتمالی: • پژواک فکر • تزریق یا ربایش فکر • انتشار فکر • ادراک هذیانی • توهم‌های کنترل، تأثیر یا انفعال • صداهای توهمی • افکار مختل / آشفته • علایم منفی	توهم‌ها هذیان‌ها گفتار آشفته رفتار آشفته یا کاتاتونیا علایم منفی	علایم
با ۳ مورد ابتدایی فهرست تعریف می‌شود، اگرچه سایر علایم، متداول در نظر گرفته می‌شوند	دست‌کم ۲ مورد، حداقل ۱ مورد از ۳ علامت ابتدایی فهرست اختلال عملکرد	تعداد علایم مورد نیاز
سایر بیماری‌های عصبی اختلال اسکیزوافکتیو صرع مواد روان‌گردان	مواد سایر بیماری‌های طبی سایر اختلالات روانی	پیامدهای روانی اجتماعی علایم ملاک‌های عدم شمول (به وسیله این موارد بهتر توصیف نمی‌شود)
اسکیزوفرنی پارانویید — اساساً با هذیان‌ها تعیین می‌شود. اختلال ناچیز یا فقدان اختلال در عاطفه یا اراده	همراه کاتاتونیا، با حضور حداقل ۳ مورد از موارد زیر تعیین می‌شود: • کاهش فعالیت روانی حرکتی / بهت • کاتالپسی (اتخاذ وضعیتی خاص به مدت طولانی) • انعطاف‌پذیری مومی شکل (اتخاذ یک وضعیت قابل تغییر به حالت جدید، گویا از موم ساخته شده است) • سکوت • منفی‌کاری • وضعیت بدنی • حرکات ادایی غریب • رفتارهای قالبی • سرآسیمگی • شکلک درآوردن • پژواک گفتار (تقلید کلام فردی دیگر) • پژواک کردار (تقلید حرکات فردی دیگر)	مشخصه‌های علایم
پیش‌بینی اسکیزوفرنی کاتاتونیک — تغییرات روانی حرکتی، از قبیل وضعیت بدنی، حرکات ادایی / عاطفه فریب، بهت در برابر سرآسیمگی اسکیزوفرنی نامتمایز اسکیزوفرنی باقیه‌ای — بیماری مزمن و تغییرات شناختی ناشی از یک بیماری روان‌پریشی پایدار اسکیزوفرنی ساده — رشد پیش‌رونده و آرام تغییرات در رفتار و کارکرد، کندی عاطفی بدون علایم روان‌پریشی قبلی سایر انواع اسکیزوفرنی اسکیزوفرنی نامشخص		