

ویرایش دهم

آسیب‌شناسی روانی

(روانشناسی نابهنجاری)

(جلد دوم)

ویرایش دهم

آسیب‌شناسی روانی

()

(جلد دوم)

تألیف

آن.م. کرینگ

جرالد س. دیویسون

جان.م. نیل

شری ل. جانسون

ترجمه

حمید شمسی پور

دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران

با مقدمه

دکتر محمود دژکام

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی





سرشناسه: آن. م. کرینگ و دیگران عنوان و نام پدیدآور: آسیب‌شناسی روانی (جلد اول) / تألیف آن. م. کرینگ؛ جرالده. س. دیویسون؛ جان. م. نیل؛ شری. ل. جانسون؛ ترجمه حمید شمسی‌پور. مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۸۸. مشخصات ظاهری: ۴۲۰ ص. رحلی شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۰۹۳۱-۷-۵۲ یادداشت: عنوان اصلی: Abnormal Psychology, 10 th ed C2007 موضوع: روان‌شناسی، آسیب‌شناختی، بیماریهای روانی. شناسه افزوده: شمسی‌پور، حمید؛ ج. دژکام، محمود، ۱۳۲۶-، مقدمه. رده‌بندی کنگره: RC ۴۵۴/۴۵ ۱۳۸۸ رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹ شماره کتابشناسی ملی: ۱۶۲۶۸۶۴	آن. م. کرینگ؛ جرالده. س. دیویسون؛ جان. م. نیل؛ شری. ل. جانسون (جلد دوم) فروست: ۷۵ ناشر: کتاب ارجمند (با همکاری انتشارات ارجمند) مدیر هنری: احسان ارجمند سرپرست تولید: پروین عبدی ناظر چاپ: سعید خانکشلو چاپ: پیکان، صحافی: خزاعی چاپ چهارم، مهر ۱۳۹۴، ۲۲۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۰۹۳۱-۷-۵۲ این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت. www.arjmandpub.com
--	--

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۸۲۰۴۰
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶
شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۲۸۷۶
شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۷۷۶۴
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰
شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۳۵۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:
ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک
ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک
ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست

واژه‌های کلیدی.....	۸۵	جلد اول	۱۷
بخش اول	فصل ۳	مقدمه و مسائل بنیادی.....	۱۷
تشخیص و ارزیابی	۸۷	فصل ۱	۱۹
پایه‌های تشخیص و ارزیابی	۸۹	مقدمه و مرور تاریخی	۱۹
طبقه‌بندی و تشخیص	۹۱	رفتار نابهنجار چیست؟	۲۲
تاریخچه کوتاهی از طبقه‌بندی و تشخیص	۹۴	تاریخچه آسیب‌شناسی روانی	۲۶
مسائل و مقوله‌های احتمالی که نیاز به مطالعه بیشتر دارند	۹۷	بیمارستان‌های روانی امروزی	۳۲
ارزیابی روان‌شناختی	۱۰۴	شکل‌گیری تفکر معاصر	۳۳
تغییرات احتمالی در DSM-V	۱۰۴	حرفه‌های حوزه سلامت روان	۴۶
کمتر گزارش کردن رفتارهای شرم‌آور	۱۱۳	چکیده فصل	۴۸
ارزیابی عصبی - زیستی	۱۲۱	واژه‌های کلیدی	۴۹
تنوع و ارزیابی فرهنگی و قومی	۱۲۸	فصل ۲	۵۱
چکیده فصل	۱۳۱	پارادایم‌های کنونی در روان‌شناسی	۵۱
واژه‌های کلیدی	۱۳۲	پارادایم ژنتیکی	۵۲
فصل ۴	۱۳۳	پارادایم علوم اعصاب	۵۹
شیوه‌های پژوهش در مطالعه آسیب‌شناسی روانی	۱۳۳	پارادایم روان تحلیلی	۶۷
علم و روش‌های علمی	۱۳۳	روان‌درمانی چیست؟	۶۹
نظریه بی‌نظمی و محدودیت‌های پیش‌بینی	۱۳۴	پارادایم شناختی رفتاری	۷۱
رویکردهای پژوهشی در زمینه آسیب‌شناسی روانی	۱۳۵	عواملی که پارادایم‌ها را به هم نزدیک می‌کنند	۷۶
نمونه‌ای از محاسن و معایب موردپژوهی	۱۳۸	بیماری‌پذیری - فشار روانی: یک پارادایم تلفیقی	۸۰
اثر دارونما	۱۵۰	دیدگاه‌های چندگانه درباره یک مشکل بالینی	۸۲
تلفیق یافته‌های چند مطالعه	۱۵۴	چکیده فصل	۸۴
چکیده فصل	۱۵۵		
واژه‌های کلیدی	۱۵۶		

۲۶۸	ایدز: چالشی برای علوم رفتاری	بخش دوم
۲۷۴	جنسیت و سلامت	اختلال‌های روان‌شناختی
۲۷۷	جایگاه اجتماعی - اقتصادی، قومیت، و سلامت	
۲۸۰	درمان اختلال‌های روانی - فیزیولوژیایی	فصل ۵
۲۸۲	روان‌شناسی اجتماع‌نگر - پیشگیری از بیماری قلبی عروقی	اختلال‌های اضطرابی
۲۸۶	کنار آمدن با سرطان	توصیف‌های بالینی اختلال‌های اضطرابی
۲۸۸	چکیده فصل	جنسیت و عوامل اجتماعی فرهنگی در اختلال‌های اضطرابی
۲۸۹	واژه‌های کلیدی	عوامل خطر ساز مشترک در میان اختلال‌های اضطرابی
		دیدگاه روان‌تحلیلی: اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی
		جنبه‌های مشترک درمان‌های اختلال‌های اضطرابی
		علت‌شناسی و درمان اختلال‌های اضطرابی خاص
		دیدگاهی درباره‌ی حافظه: تلفیق عصب - زیست‌شناسی و شناخت
		حساسیت زدایی با حرکت چشم و بازپردازش
		مصاحبه درباره‌ی فشار روانی رویداد بحرانی
		چکیده فصل
		واژه‌های کلیدی
		فصل ۸
۲۹۱	اختلال‌های خلق	اختلال‌های شبه جسمی و اختلال‌های گسستی
۲۹۲	توصیف بالینی و همه‌گیری‌شناسی اختلال‌های خلق	اختلال‌های شبه جسمی
۲۹۵	تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی	تمارض و اختلال ساختگی
۲۹۹	علت‌شناسی اختلال‌های خلق	شواهدی برای ناهشیار (ناخودآگاه)
۳۰۰	خلاقیت و اختلال‌های خلق	کنترل درد
۳۱۸	درمان اختلال‌های خلق	اختلال‌های گسستی
۳۲۹	خودکشی	طبقه‌بندی اختلال تبدیلی و اختلال‌های گسستی
۳۳۳	خودکشی به کمک پزشک	بحث‌هایی درباره‌ی سرکوبی: خاطرات باز یافته درباره‌ی بدر رفتاری در کودکی
۳۳۷	استدلالی علیه پیشگیری از خودکشی اجباری	چکیده فصل
۳۳۷	چکیده فصل	واژه‌های کلیدی
۳۳۹	واژه‌های کلیدی	
		فصل ۹
۳۴۱	اختلال‌های خوردن	فشار روانی و سلامت
۳۴۲	توصیف بالینی اختلال‌های خوردن	فشار روانی (تنبیدی) چیست؟
۳۴۹	علت‌شناسی اختلال‌های خوردن	نظریه‌های رابطه‌ی فشار روانی - ناخوشی
۳۵۰	چاقی: همه‌گیری قرن بیست و یکم؟	اختلال‌های قلبی - عروقی
۳۶۶	درمان اختلال‌های خوردن	آسم
۳۷۱	چکیده فصل	
۳۷۲	واژه‌های کلیدی	
		فصل ۷
		فشار روانی و سلامت
		فشار روانی (تنبیدی) چیست؟
		نظریه‌های رابطه‌ی فشار روانی - ناخوشی
		اختلال‌های قلبی - عروقی
		آسم
		فصل ۱۰
۳۷۳	اختلالات مربوط به مواد	
۳۷۳	توصیف‌های بالینی، شیوع، و اثرات اختلالات مربوط به مواد	
۳۷۵	سوء مصرف و وابستگی به الکل	

.....	۳۸۶	آیا ماری جوانا داروی ورودی است؟
.....	۳۹۵	خوشمزه‌ترین اعتیاد ما - کافئین.
.....	۴۰۳	نیتروس اکسید - ماده‌ای خنده‌آور نیست.
.....	۴۰۴	علت‌شناسی اختلالات مربوط به مواد.
.....	۴۱۶	درمان اختلالات مربوط به مواد.
.....	۴۲۳	جفت‌وجور کردن بیمار با درمان - طرح MATCH.
.....	۴۳۳	پیشگیری از اختلالات مربوط به مواد.
.....	۴۳۷	چکیده فصل.
.....	۴۳۸	واژه‌های کلیدی.
.....	 جلد دوم
		بخش سوم
.....	۵۶۵	اختلال‌های رشدی در گسترهٔ عمر
		فصل ۱۱
.....	۴۳۹	اسکیزوفرنی
.....	۴۴۱	توصیف‌های بالینی اسکیزوفرنی.
.....	۴۴۹	تاریخچه مفهوم اسکیزوفرنی.
.....	۴۵۲	علت‌شناسی اسکیزوفرنی
.....	۴۶۷	درمان اسکیزوفرنی
.....	۴۷۰	طرح رفتار درمانی کلاسیک برای بیماران بستری دچار اسکیزوفرنی
.....	۴۸۲	چکیده فصل.
.....	۴۸۳	واژه‌های کلیدی.
		فصل ۱۲
.....	۴۸۵	اختلال‌های شخصیت
.....	۴۸۷	طبقه‌بندی اختلال‌های شخصیت.
.....	۴۸۸	جنسیت و اختلال‌های شخصیت
.....	۴۹۱	دستهٔ عجیب و غریب/نامتعارف.
.....	۴۹۴	دستهٔ نمایشی/غیرعادی
.....	۵۰۵	دستهٔ مضطرب/ایمناک
.....	۵۱۰	درمان اختلال‌های شخصیت.
.....	۵۱۴	پذیرش در رفتار درمانی دیالکتیکی
.....	۵۱۶	چکیده فصل.
.....	۵۱۷	واژه‌های کلیدی.
		فصل ۱۳
.....	۵۱۹	اختلال‌های جنسی و هویت جنسی
.....	۵۱۹	هنجارها و رفتار جنسی
.....	۵۲۲	یادگیری از تاریخ.
.....	۵۳۴	درمان مسترز و جانسون برای کزکاری‌های جنسی.
.....	۵۴۳	انحراف‌های جنسی
.....	۵۴۸	اثرات بچه‌بازی: پیامدهای بدرفتاری جنسی دوران کودکی.
.....	۵۵۷	تجاوز جنسی
.....	۵۶۱	چکیده فصل.
.....	۵۶۳	واژه‌های کلیدی.
		فصل ۱۴
.....	۵۶۷	اختلال‌های کودکی
.....	۵۶۹	طبقه‌بندی و تشخیص اختلال‌های کودکی
.....	۵۷۱	نقش فرهنگ در مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی
.....	۵۷۹	بحث‌هایی دربارهٔ تشخیص و درمان کودکان دچار آسیب‌های روانی
.....	۵۸۱	اختلال سلوک.
.....	۵۸۷	هد استارت. یک برنامه پیشگیری جامعه محور موفق
.....	۵۹۰	افسردگی و اضطراب در کودکان و نوجوانان.
.....	۵۹۶	نارسایی‌های یادگیری.
.....	۶۰۱	عقب‌ماندگی ذهنی.
.....	۶۰۸	اختلال در خودماندگی
.....	۶۱۷	داستان زن در خودماندهٔ کارآمد
.....	۶۲۱	خودآزمایی ۴-۱۴
.....	۶۲۱	چکیده فصل.
.....	۶۲۲	واژه‌های کلیدی.
		فصل ۱۵
.....	۶۲۳	مرحلهٔ پایانی زندگی و اختلال‌های روان‌شناختی
.....	۶۲۴	پیری: مسائل و شیوه‌ها

۶۹۲	پذیرش در زوج درمانی.....	۶۲۵	جنسیت و گذر به مرحله پایانی زندگی.....
۶۹۴	یکپارچه‌سازی روان‌درمانی.....	۶۲۹	اختلال‌های شناختی در مرحله پایانی زندگی.....
۷۰۰	روان‌شناسی اجتماع‌نگر و علم پیشگیری.....	۶۳۸	حمایت از مراقبان.....
۷۰۲	چکیده فصل.....	۶۴۳	اختلال‌های روان‌شناختی در مرحله پایانی زندگی.....
۷۰۳	واژه‌های کلیدی.....	۶۵۴	وضعیت‌های زندگی: زندگی اجتماعی، آسایشگاه‌های.....

فصل ۱۷

۷۰۵	مسائل قانونی و اخلاقی.....	۶۵۶	کار گروهی بین رشته‌ای در خدمات سلامت سالخوردهگان.....
۷۰۷	حکم توقیف کیفری.....	۶۵۸	از دست دادن کنترل در آسایشگاه‌های سالمندان.....
۷۱۲	توماس اس. ساس و پرونده‌ای علیه روان‌پزشکی و روان‌شناسی قانونی.....	۶۶۰	چکیده فصل.....
۷۲۰	نگاهی دیگر به جنون در مقایسه با بیماری روانی.....	۶۶۲	واژه‌های کلیدی.....

بخش چهارم

۶۶۳	مداخله‌های درمانی و مسائل حقوقی و اخلاقی.....
-----	---

فصل ۱۶

۷۲۲	اختلال هویت گسستگی و دفاع جنون.....	۶۶۵	درمان روان‌شناختی.....
۷۲۴	حکم توقیف مدنی.....	۶۶۵	چالش‌های مربوط به سنجش نتایج درمان.....
۷۲۹	پرونده تاراسوف - مسئولیت هشدار دادن و حفاظت کردن.....	۶۷۰	اهمیت فرهنگ و قومیت در درمان روان‌شناختی.....
۷۳۹	تنگناهای اخلاقی در درمان و پژوهش.....	۶۷۱	نظام‌های اقتصادی هدایت‌کننده تصمیم‌های درمانی در دنیای واقعی.....
۷۴۸	سخن پایانی.....	۶۷۶	رویکردهای درمانی خاص: مسائل و مطالعه نتیجه درمان.....
۷۴۸	چکیده فصل.....	۶۸۱	فنون گشتالت درمانی.....
۷۴۹	واژه‌های کلیدی.....	۶۸۵	شما تغییر کرده‌اید اگر تغییر کنید و تغییر کرده‌اید اگر تغییر نکنید.....
۷۵۱	واژه‌نامه.....	۶۸۷	خویش‌داری - فراتر از پارادایم رفتاری؟.....
۷۸۲	منابع.....		
۸۳۶	واژه‌یاب.....		

مقدمه

آسیب‌شناسی روانی موضوع مهمی در حوزه فعالیت روانشناسان بالینی و روانپزشکان است که هدف آن مطالعه سبب‌شناسی، بررسی روند شکل‌گیری، و توصیف علائم و نشانه‌های اختلالات روانی و شرح و توصیف اختلال‌های ذهنی و رفتاری است، که به طور تلویحی - تصریحی دلالت بر وجود نوعی نابهنجاری و ناسازگاری دارند. این شاخه از علم روانشناسی بالینی و روانپزشکی با تأکید بر ماهیت نشانه‌ها، علائم و طبقه‌بندی اختلالات روانی، دستیاران روانپزشکی و دانشجویان روانشناسی بالینی را برای تشخیص و تبیین اختلالات روانی یاری می‌دهد.

سازمان‌بندی موضوعی کتاب به گونه‌ای تنظیم شده است که در حد ممکن فراگیرندگان را با مصرف زمان کمتر با ماهیت آسیب‌شناسی درد و بعد مفهومی و بالینی آن آشنا کند.

پس از معرفی هر مبحث و آشنا شدن با معیارهای تشخیصی و موارد بالینی عواملی را که در شکل‌گیری هر اختلال مطابق یافته‌های جدید دخالت داشته‌اند بصورت جداگانه در حجم قابل قبول ارائه کرده است علاوه بر آن عوامل خطر ساز مشترک برای هر یک از اختلالات نیز بصورت عناوین فرعی آن فصل توضیح داده شده است. هر کدام از اختلالات از منظر رویکردهای مختلف به بحث گذاشته شده و در پایان این بخش روش‌های درمانی رایج و مؤثر هر اختلال بصورت جدول و تشریحی ارائه شده است لازم به ذکر است که در پایان هر بحث اختصاصی خلاصه آن نیز جهت مرور سریع برای خواننده فراهم آمده است.

در فصول آخر، شانزده و هفده درمان‌های روانشناختی با تأکید بر عوامل قومی و فرهنگی بصورت جداگانه معرفی شده و در پایان موضوعات قانونی و اخلاقی در خصوص مسائل و مشکلات بسیار از تشخیص تا درمان و حفظ حرمت و انسانیت و آزادی هر فردی که دارای اختلال است به بحث گذاشته شده است.

در کل این مطالعه این کتاب ارزشمند را برای جویندگان دانش و مهارت بالینی بخصوص در قلمرو آسیب‌شناسی روانی از صمیم قلب توصیه می‌نمایم و مطمئن هستم که بعد از تمام مطالعه، آن چیزی را که بدنبال آن بودید با رضایت خاطر بدست خواهید آورد.

دکتر محمود دژکام

دانشیار روان‌شناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سخن مترجم

خدای را سپاس که یاری‌ام کرد تا کار سخت و توان فرسا و گاه شیرین ترجمه ویرایش دهم آسیب‌شناسی روانی را به پایان برسانم. از آنجا که در حال حاضر کمبود منابع فارسی به روز در حوزه آسیب‌شناسی روانی به خوبی احساس می‌شود و با توجه به پیشرفت شتابان علم روان‌شناسی به طور عام و رشته روان‌شناسی نابهنجاری به طور خاص امیدوارم که ترجمه آخرین ویرایش کتاب پژوهش محور، پر بار و نیز جذّاب کرینگ، دیویسون، نیل و جانسون گامی هر چند کوچک در راستای تأمین منابع درسی علمی و روزآمد در این حوزه باشد.

اگر چه نویسندگان در پیشگفتار به طور مفصّل درباره کتاب سخن گفته‌اند، بد نیست درباره ویژگی‌های آن به چند نکته اشاره کنم: کمتر کتابی در حوزه آسیب‌شناسی روانی، مسائل و مفاهیم اساسی و زیربنایی این حوزه، همچون اعتبار و پایایی تشخیص و ارزیابی، نظام‌های تشخیص و طبقه‌بندی، و کارآمدی و اثربخشی درمان را با این عمق و گستردگی بررسی و تشریح کرده است.

آخرین ویرایش کتاب روان‌شناسی نابهنجاری، از لحاظ شمار اختلال‌های پوشش داده شده در آن و همچنین شمار منابع و پژوهش‌هایی که در خصوص توصیف بالینی، علت‌شناسی، و درمان اختلال‌ها، بررسی و از مطالب آنها استفاده شده است، در میان کتاب‌های درسی این حوزه، اگر نگوئیم بی‌نظیر، دست کم کم‌نظیر است.

آخرین ویرایش کتاب روان‌شناسی نابهنجاری، از لحاظ شمار اختلال‌های پوشش داده شده در آن و همچنین شمار منابع و پژوهش‌هایی که در خصوص توصیف بالینی، علت‌شناسی، و درمان اختلال‌ها، بررسی و از مطالب آنها استفاده شده است، در میان کتاب‌های درسی این حوزه، اگر نگوئیم بی‌نظیر، دست کم کم‌نظیر است.

دوم آنکه برای جلوگیری از طول کشیدن بیش از حد فرایند ترجمه و چاپ کتاب و در نتیجه کهنه شدن آن، لازم بود که همراه با دقت، سرعت نیز چاشنی کار باشد؛ بی‌شک با صرف وقت و هزینه بیشتر می‌شد متنی روان‌تر فراهم کرد، اما هزینه - اثربخشی کار را هم نمی‌توانستیم نادیده بگیریم. بنابراین، با همه تلاشی که کردم، مدعی نیستم ترجمه‌ای بی‌نقص در اختیار شماست، پس بر من منت نهاده و کاستی‌های کارم را به من هدیه کنید.

آخرین ویرایش کتاب روان‌شناسی نابهنجاری، از لحاظ شمار اختلال‌های پوشش داده شده در آن و همچنین شمار منابع و پژوهش‌هایی که در خصوص توصیف بالینی، علت‌شناسی، و درمان اختلال‌ها، بررسی و از مطالب آنها استفاده شده است، در میان کتاب‌های درسی این حوزه، اگر نگوئیم بی‌نظیر، دست کم کم‌نظیر است.

ترجمه کتابی با این حجم نیازمند انگیزه قوی و شکیبایی فراوان است. این کار جز با یاری و همراهی همکاران متخصص، خوش خلق، شایسته و کاردان و در عین حال فروتن انتشارات ارجمند، به ویژه آقای دکتر ارجمند و آقای دکتر مظفر، که همکاری با آنها به راستی لذت بخش و آموزنده بود، و هم‌بظور یآوری و شکیبایی هم‌سرم به سرانجام نمی‌رسید؛ از ته دل سپاس گذارشان هستم.

به جز فصل‌های یک، دو، سه، چهار، شانزده، هفده، یازده فصل باقیمانده، سازمان‌دهی یکسانی دارند؛ این ویژگی به همراه اهداف یادگیری در آغاز هر فصل، موردهای بالینی، و چکیده‌های کوتاه در پایان هر قسمت، خواندن، فهمیدن و به یاد سپاری مطالب را آسان‌تر می‌کند.

فصل چهار، شیوه‌های پژوهش در مطالعه آسیب‌شناسی روانی، با تشریح روش‌های کلاسیک و نوین پژوهش، می‌تواند در درک یافته‌های مطالعات، برای همه خوانندگان و در طرح ریزی پژوهش‌های هوشمندانه، برای آن دسته از دانشجویان دوره‌های کارشناسی ارشد و دکتری روان‌شناسی که قصد دارند در حوزه روان‌شناسی نابهنجاری کار کنند، بسیار سودمند و ایده آفرین باشد.

فصل چهار، شیوه‌های پژوهش در مطالعه آسیب‌شناسی روانی، با تشریح روش‌های کلاسیک و نوین پژوهش، می‌تواند در درک یافته‌های مطالعات، برای همه خوانندگان و در طرح ریزی پژوهش‌های هوشمندانه، برای آن دسته از دانشجویان دوره‌های کارشناسی ارشد و دکتری روان‌شناسی که قصد دارند در حوزه روان‌شناسی نابهنجاری کار کنند، بسیار سودمند و ایده آفرین باشد.

حمید شمسی‌پور
خرداد ۱۳۸۸

فصل هفده به بررسی موضوعات قانونی و اخلاقی در زمینه پژوهش و درمان آسیب‌های روانی می‌پردازد؛ مسائل بسیار مهم و اساسی مانند توقیف

پیشگفتار

دچار اختلال دوقطبی تمرکز دارد. به اعتقاد ما، این رویکرد تبدیلی در پژوهش، یکی از امیدبخش‌ترین رویکردها در مطالعه آسیب‌شناسی روانی را منعکس می‌کند، و ما هیجان زده‌ایم که این رویکرد را در کتاب حاضر بیشتر معرفی کرده‌ایم.

اهداف کتاب

ما در هر ویرایش جدید، کتاب را روزآمد می‌کنیم، تغییر می‌دهیم، و مطالب اصلی را کارآمدتر می‌کنیم تا هم ویژگی‌های علمی و هم ویژگی‌های آموزشی کتاب را بهبود ببخشیم. ماهمچنین، تلاش زیادی می‌کنیم تا مفاهیم پیچیده را با نثری دقیق، روشن، و واضح بیان کنیم. در سی سال گذشته، حوزه‌های آسیب‌شناسی روانی و مداخله به طور فزاینده‌ای چندبُعدی و فنی شده‌اند. بنابراین یک کتاب درسی خوب روان‌شناسی ناهنجاری باید توجه دقیق و متمرکز دانشجویان را جلب کند طوری که آنها بتوانند درکی عمیق و انتقادی از مسائل و یافته‌ها به دست آورند. بعضی از مهیج‌ترین پیشرفت‌ها در پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی و درمان که ما در این کتاب معرفی می‌کنیم، در حوزه‌های پیچیده‌ای مانند ژنتیک مولکولی، علوم اعصاب، و علوم شناختی به دست آمده است. به جای اینکه این مسائل را بیش از حد ساده کنیم، چند ویژگی آموزشی جدید اضافه کرده‌ایم تا درک این مطالب بسیار مهم را بهبود ببخشیم.

هدف ما از نوشتن این کتاب درسی، فقط معرفی تازه‌ترین نظریه‌ها و پژوهش‌های حوزه آسیب‌شناسی روانی و مداخله نیست، بلکه انتقال بخشی از شور و هیجان فکری نیز هست؛ هیجانی که با پژوهش برای یافتن پاسخ بعضی از گیج‌کننده‌ترین پرسش‌های پیشروی بشر مرتبط است. یکبار منتقد یکی از ویرایش‌های قبلی گفت که کتاب ما مثل یک داستان پلیسی خواننده می‌شود، زیرا ما کاری بیش از بیان صرف مسئله و سپس راه‌حل آن انجام می‌دهیم. در عوض سعی می‌کنیم دانشجو را در جستجوی کلیدها و سرنگ‌ها، پی‌گیری حس‌های شهودی، و ارزیابی شواهد که بخشی جدایی‌ناپذیر از علم و هنر این رشته است، درگیر کنیم. سعی ما بر آن است که دانشجویان را ترغیب کنیم تا همراه ما در فرایند اکتشاف مشارکت کنند؛ فرایندی که در آن شواهد موجود درباره ریشه‌های آسیب‌شناسی روانی و کارآمدی مداخله‌های خاص را بررسی می‌کنیم.

در این ویرایش، همچنین بر روش‌هایی تأکید می‌کنیم که با آنها می‌توانیم داغ‌ننگی را که متأسفانه هنوز با اشکال مختلف بیماری روانی همراه است، از بین ببریم. آسیب‌شناسی روانی چیزی است که به هر نحوی بر همه ما تأثیر می‌گذارد. نیمی از ما ممکن است زمانی نشانه‌های یک اختلال را تجربه کنیم،

از چاپ نخستین ویرایش این کتاب، بیش از سی سال گذشته است. با شکل‌گیری گفتگوهای بین دیویسون و نیل درباره تدریس روان‌شناسی ناهنجاری و سپس تشکیل دانشکده نوپا در استونی بروک، نخستین ویراست کتابی درسی حاصل شد که از لحاظ توازن و در آمیختن پژوهش و کاربرد بالینی، از متون درسی آن زمان متفاوت بود؛ همچنین از لحاظ به کارگیری پارادایم‌ها به عنوان مبنای سازمان‌دهی، و تلاش برای درگیر کردن خواننده در حل مسأله‌ای که متخصصان بالینی و دانشمندان به آن می‌پردازند، با متون دیگر تفاوت داشت. این ویژگی‌ها، پایه و اساس ویرایش‌های بعدی کتاب هم بوده‌اند، و ما از استقبال خوبی که از آن شده است، و شاید مهم‌تر از آن، تأثیری که کتاب در تمام این سال‌ها روی زندگی جمع بسیار زیادی از دانشجویان روان‌شناسی ناهنجاری داشته است، هم شگفت‌زده و هم خوشحالیم.

در این ویرایش دهم، باز هم بر گزارش جدید و جامع از پژوهش‌ها که مشخصه این کتاب بوده است، تأکید می‌کنیم، و در عین حال با افزودن مورد‌های بالینی، نمودارها، جدول‌ها، و نوشته‌های توضیحی جهت قابل فهم کردن مطالب برای مخاطبان گسترده، جنبه‌های آموزشی را هم تا حد زیادی افزایش داده‌ایم. ما کماکان بر رویکرد تلفیقی تأکید می‌کنیم، یعنی نشان دادن اینکه چگونه می‌توان روان‌شناسی ناهنجاری را با در نظر گرفتن دیدگاه‌های متعدد به بهترین شکل درک کرد، و اینکه این دیدگاه‌های متفاوت چگونه می‌توانند روشن‌ترین تبیین را، هم درباره علل این اختلال‌ها و هم درباره بهترین درمان‌های ممکن، در اختیار ما بگذارند.

ما برای این ویرایش، الماس‌ها را به عنوان تصویر و موضوع روی جلد انتخاب کرده‌ایم تا این نکته را منعکس کنیم که کتاب شامل جدیدترین، صریح‌ترین، دقیق‌ترین، و روشن‌ترین باز‌نمایی‌ها از نظریه‌ها و پژوهش‌های مربوط به توصیف‌ها، علل، و درمان‌های آسیب‌روانی است. علاوه بر این، الماس‌ها بیانگر این دیدگاه ما هستند که آسیب‌شناسی روانی با اتخاذ نقطه‌نظرها یا دیدگاه‌های متفاوت درباره هر مسأله بالینی خاص، به بهترین شکل درک می‌شود.

آن کرینگ¹ در ویرایش نهم به نویسندگان این کتاب پیوست، و کمک‌هایش را در این ویرایش افزایش داده است. خوشحالیم که در این ویرایش جدید، شری جانسون² هم به ما پیوست و برای همکاری ما، علاقمندی و تخصص در زمینه اختلال‌های خلقی، از جمله اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی، را به ارمغان می‌آورد. جانسون در پژوهش‌های یافته‌های مطالعات آزمایشگاهی پایه را به ابداع مداخله‌های روان‌شناختی تبدیل می‌کند. برای مثال، کار او روی اختلال شیدایی، پژوهش‌ها و نظریه حاصل از مطالعات پایه درباره هیجان و شناخت را تلفیق می‌کند، و این کار به مداخله روانی-اجتماعی تبدیل شده است که بر هدف‌گذاری برای اشخاص

1. Ann Kring

2. Sheri Johnson

و بیشتر ما کسی را می‌شناسیم که دچار نوعی اختلال شده باشد. با وجود حضور همیشگی آسیب‌شناسی روانی، داغ مرتبط با آن می‌تواند عده‌ای را از جستجوی درمان و مجلس را از تأمین بودجه کافی برای درمان و پژوهش باز دارد، و برخی اصطلاحات (مانند «دیوانه»، «خُل» و «روانی») را به عنوان زبان عامیانه رایج و پذیرفته شده، حفظ کند. بنابراین، یکی دیگر از اهداف ما برای این کتاب، مبارزه با این داغ و ارائه دیدگاهی مثبت و امیدبخش درباره علل و درمان‌های بیماری روانی است.

پارادایم‌ها به عنوان مبنای سازمان‌دهی

اهمیت نقطه نظر، دیدگاه‌ها، یا به گفته کوهن^۱ (۱۹۶۲)، پارادایم‌های اصلی، موضوعی تکراری در این کتاب است. تجربه ما در آموزش دانشجویان دوره کارشناسی، ما را از اهمیت روشن ساختن مفروضه‌های ضمنی‌ای که اساس هر نوع کاوش برای دانستن را تشکیل می‌دهند، بسیار آگاه کرده است. در برخورد با پارادایم‌ها، تلاش کرده‌ایم فرض‌های آنها را روشن کنیم. مدتها پس از آنکه برخی واقعیت‌ها نادیده گرفته شده‌اند، امیدواریم دانشجویان درکی از مسائل اساسی در حوزه آسیب‌شناسی روانی را به خاطر بسپارند و دریابند پرسش‌هایی که یک شخص مطرح می‌کند و روش‌هایی که برای پرسیدن آنها به کار می‌برد، به شیوه‌ای اساسی و در عین حال معمولاً ظریف، پاسخ‌هایی را که به دست می‌آورد، محدود می‌کند.

ما در سراسر کتاب، چهار پارادایم اصلی را بررسی می‌کنیم: ژنتیکی، علوم اعصاب، تحلیل روانی، و شناختی رفتاری. همچنین بر اهمیت عواملی که در همه پارادایم‌ها مهم‌اند، تأکید می‌کنیم، مانند هیجان، جنسیت، فرهنگ، نژاد یا قومیت، و وضعیت اجتماعی-اقتصادی. به کارگیری بیش از یک پارادایم در مطالعه روان‌شناسی نابهنجاری، مسأله‌ای مرتبط است. ما به جای قرار دادن زوری کل یک حوزه در، مثلاً، پارادایم شناختی رفتاری، براساس اطلاعات موجود استدلال می‌کنیم که مسائل مختلف آسیب‌شناسی روانی در چارچوب‌های متفاوت قابل بررسی و تحلیل است. برای مثال، عوامل ژنتیکی در اختلال دوقطبی و اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی اهمیت دارد، اما ژن‌ها کارشان را از طریق محیط انجام می‌دهند. در اختلال‌هایی مانند افسردگی، عوامل شناختی بسیار مهم‌اند، اما انتقال‌دهنده‌های عصبی هم تأثیرگذارند. در مورد اختلال‌های دیگر، برای مثال، اختلال‌های گسستی، نظریه‌های تحلیل روانی می‌توانند درک و شناخت ما را افزایش دهند، اما در نظر گرفتن عوامل شناختی دخیل در هشیاری نیز اهمیت دارد. علاوه بر این، اهمیت رویکرد بیماری‌پذیری - فشار روانی به طور فزاینده روشن شده است. اطلاعات در حال ظهور نشان می‌دهد که بسیاری از اختلال‌ها، یا شاید اکثر آنها، از تعامل‌های ظریف بین زمینه ژنتیکی یا روان‌شناختی و رویدادهای فشارزای زندگی، به وجود می‌آیند. گزارش پژوهشی ما به انعکاس این فرضیه‌ها و یافته‌ها ادامه می‌دهد و این، موضع مبنایی ما در ویرایش نخست را تقویت می‌کند که پارادایم بیماری‌پذیری - فشار روانی برای درک اکثر اختلال‌های روان‌شناختی ضروری است.

سازمان ویرایش دهم

در فصل‌های یک تا چهار، حوزه روان‌شناسی نابهنجاری را در زمینه تاریخی آن قرار می‌دهیم، مفهوم پارادایم‌ها را در علم معرفی می‌کنیم، پارادایم‌های اصلی در آسیب‌شناسی روانی را توضیح می‌دهیم، متن بازنگری شده

ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR) را بازبینی می‌کنیم، اعتبار و پایایی آن را به طور انتقادی بررسی می‌کنیم، شرح مختصری از رویکردهای اصلی و روش‌های سنجش بالینی در اختیار می‌گذاریم، و سپس شیوه‌های پژوهشی اصلی در این رشته را توضیح می‌دهیم. این فصل‌ها شالوده‌ای هستند که می‌توان فصل‌های بعدی را براساس آنها تفسیر و درک کرد. همانند ویرایش‌های قبل، اختلال‌های خاص و درمان آنها را در فصل‌های ۵ تا ۱۴ بررسی می‌کنیم. ما به ارائه گزارشی روزآمد از اواخر عمر و اختلال‌های روان‌شناختی در فصل ۱۵ ادامه می‌دهیم. در فصل ۱۶، درباره فرایند پژوهی و نتیجه‌پژوهی در خصوص درمان و مسائل بحث‌انگیز پیرامون اقدام درمانی بحث می‌کنیم. در فصل ۱۷، به روزآمد کردن و تقویت فصل مربوط به مسائل قانونی و اخلاقی، ادامه داده‌ایم.

در سراسر کتاب، مطالب چشمگیری در خصوص نقش فرهنگ و قومیت در مطالعه آسیب‌شناسی روانی و مداخله گنجانده‌ایم و نیز روش‌های متفاوت برای مفهوم‌سازی رفتار نابهنجار در فرهنگ‌هایی غیر از فرهنگ خودمان را بررسی کرده‌ایم. در فصل ۲، قسمت جداگانه‌ای آورده‌ایم که بر اهمیت فرهنگ و قومیت در تمام پارادایم‌ها تأکید می‌کند. در فصل‌های دیگر هم به نقش مهم فرهنگ و قومیت اشاره می‌کنیم. برای مثال، در فصل تشخیص و ارزیابی (۳)، بحث قبلی‌مان در خصوص سوگیری فرهنگی در ارزیابی و راه‌های دور نگه داشتن خود از این گزینش‌گری در ادراک را بسط داده‌ایم. در فصل ۷، با توجه به نحوه تأثیرگذاری فشار روانی بر سلامت، اطلاعات درباره قومیت را گسترده‌تر و به روزتر و گزارش پژوهشی درباره فرهنگ و قومیت در اسکیزوفرنی را روزآمد کرده‌ایم (فصل ۱۱). و در فصل ۱۶، بحث‌مان پیرامون عوامل فرهنگی و قومی در مداخله‌های روان‌شناختی را شرح و بسط داده‌ایم.

بحث ژنتیک و آسیب‌شناسی روانی را در سراسر کتاب ادامه داده‌ایم، وسعت بخشیده‌ایم و روزآمد کرده‌ایم. پی در پی تأکید می‌کنیم که آسیب‌شناسی روانی به بهترین نحو با در نظر گرفتن نحوه تأثیرگذاری ژن‌ها از طریق محیط، درک می‌شود. بنابراین، به جای پرسیدن اینکه در اختلالی خاص، ژن‌ها نقش مهم‌تری دارند یا محیط، تأکید می‌کنیم که هر دو عامل اهمیت دارند. اکتشاف‌های جدید هیجان‌انگیز روشن کرده‌اند که ژن‌ها (طبیعت) و محیط (تربیت) با همدیگر مؤثر واقع می‌شوند، نه در تقابل با یکدیگر. یک رفتار خاص ممکن است بدون وجود ژن‌ها امکان‌پذیر نباشد. اما ژن‌ها، بدون محیط، نمی‌توانند خودشان را متجلی کنند و بنابراین در شکل‌گیری رفتار نقش داشته باشند. ژن‌ها در واکنش به انواع مختلف محیط، به طور چشمگیر انعطاف‌پذیرند. در نتیجه، بشر در سازگاری با محیط‌های مختلف کاملاً انعطاف‌پذیر است.

پیش‌گفتار جدید برای ویرایش دهم

ویرایش دهم، بازنگری اساسی شده است. تمام فصل‌هایی که اختلال‌ها را پوشش می‌دهند، ساختار یکسان دارند، و قسمت‌هایی راجع به توصیف‌های بالینی، علت‌شناسی، و درمان‌های اختلالات مختلف را ارائه می‌کنند. کتاب حاضر ۱۷ فصل دارد و ما نگارش تمام فصل‌ها را کارآمدتر کرده‌ایم تا مطالب

قسمت جدید درباره ارزیابی فشار روانی و رخداد‌های زندگی پوشش روزآمد و گسترده‌تر درباره عوامل فرهنگی در تشخیص و ارزیابی

قسمت جدیدی که پیش‌گزارشی درباره DSM-V ارائه می‌دهد

فصل ۴: شیوه‌های پژوهش در مطالعه آسیب‌شناسی روانی

قسمت جدیدی که روش فراتحلیل را شرح می‌دهد نمونه به روز شده‌ای از طرح آزمایشی تک موردی مطالبی درباره پژوهش‌های همه‌گیری‌شناسی و ژنتیک رفتاری که به عنوان نمونه‌هایی از کاربرد شیوه‌های همبستگی یکپارچه شده‌اند

فصل ۵: اختلال‌های اضطرابی

به طور اساسی تجدید سازمان شده است تا توصیف‌های بالینی تمام اختلال‌ها در آغاز فصل پوشش داده شود قسمت جدید درباره عوامل مشترک بین اختلال‌های اضطرابی

چند مورد بالینی جدید

قسمت‌های جدید درباره جنسیت و مسائل فرهنگی در اختلال‌های اضطرابی

پژوهش‌های تازه درباره عصب - زیست‌شناسی، شخصیت، رخداد‌های زندگی، و شناخت

پوشش پژوهشی روزآمد در خصوص هماپندی در میان اختلال‌های اضطرابی

فصل ۶: اختلال‌های جسمانی شکل و اختلال‌های گسستی

قسمت جدید درباره الگوی شناختی-رفتاری اختلال‌های جسمانی شکل

پوشش پژوهشی روزآمد در خصوص اختلال بدشکلی بدن قسمت جدیدی که گسستگی را به عنوان یک سازوکار انطباقی تبیین می‌کند

پژوهش‌های نو در زمینه مجادله درباره DID و خاطرات سرکوب شده پژوهش‌های به روز شده درباره ناهشیار و روان‌شناسی شناختی

کادر جدید «بحث ویژه» درباره درمان اختلال درد

قسمت جدیدی که گسستگی را به عنوان یک سازوکار انطباقی تبیین می‌کند، بحث بیشتر درباره گسستگی و حافظه

فصل ۷: فشار روانی و سلامت

اسم فصل تغییر کرده است تا بر راه‌هایی که فشار روانی از طریق آنها بر تمام جنبه‌های سلامت تأثیر می‌گذارد، تأکید کند

پژوهش‌های نو درباره فشار روانی و دستگاه ایمنی قسمت نظریه‌های ارتباط فشار روانی-ناخوشی، به طور اساسی

بازنگری و تجدید سازمان شده است

پژوهش‌های به روز شده درباره جنسیت و قومیت

پژوهش‌های به روز شده درباره آسم

قسمت‌های مربوط به اختلال‌های قلبی-عروقی و درمان، کارآمدتر شده است

فصل ۸: اختلال‌های خلق

پوشش پژوهشی بیشتر درباره رخداد‌های زندگی و جنبه‌های اجتماعی-محیطی اختلال‌های خلق

توجه بیشتر به عاطفه و شناخت در اختلال‌های خلق

را روشن‌تر و واضح‌تر ارائه کنیم و مسائل کلیدی این رشته را برجسته سازیم. تأکید ویژه‌ای بر روزآمد کردن نظریه‌ها و پژوهش‌های مربوط به نقش ژنتیک، علوم اعصاب، شناخت، عوامل اجتماعی-فرهنگی، و رویداد‌های زندگی در آسیب‌شناسی روانی داشته‌ایم.

دانشجویان و نیز اساتید، لزوم جنبه آموزشی قوی‌تر را به ما گوشزد کرده‌اند، و ما چند قسمت اضافه کردیم تا در این ویرایش به خواننده کمک کنیم. چهل مورد بالینی جدید افزوده‌ایم تا نشان دهیم که اختلال‌های مختلف در متن زندگی اشخاص واقعی چگونه به نظر می‌آید. «چکیده‌های کوتاه» را در چند جای هر فصل اضافه کرده‌ایم تا بعضی از مطالب پیچیده‌تر را خلاصه کنیم. افزون بر این، «پرسش‌های خودآزمایی» را در چند نقطه از هر فصل اضافه کرده‌ایم تا دانشجویان بتوانند به سرعت خودشان را امتحان کنند و ببینند آیا مطالب را درک و با آموخته‌های قبلی، یکپارچه می‌کنند. بیش از ۷۵ عکس جدید وجود دارد که نمونه‌های واقعی بیشتر و کاربردهای روان‌شناسی نابهنجاری را در اختیار دانشجویان قرار می‌دهند. به علاوه، بیش از ۳۵ تصویر رنگی جدید و بیش از ۴۰ جدول جدید اضافه کرده‌ایم تا شرح و توضیح دیداری بیشتر برای مطالب پیچیده‌تر فراهم کنیم. واژه‌نامه به طور اساسی بازنگری و روزآمد شده است. چکیده‌های پایان فصل در تمام فصل‌ها همسان است، از قالب فهرست‌وار بهره می‌گیرد و توصیف‌ها، علل، و درمان‌های اختلالات را خلاصه می‌کند. در پایان، سایت کتاب به طور اساسی روزآمد شده است تا منابع بیشتری در اختیار دانشجویان بگذارد. یکی از نقاط قوت همیشگی این کتاب، پوشش پژوهشی به روز و پیشگام درباره توصیف‌ها، علل، و درمان‌های آسیب روانی بوده است، و این سنت با افزودن بیش از هزار منبع جدید، با قوت تمام حفظ شده است.

پوشش جدید و گسترده

ما از ویژگی‌های جدید این ویرایش، هیجان‌زده و خوشحالیم. برخی از مطالب جدید اصلی در ویرایش دهم عبارت است از:

فصل ۱: مقدمه و مرور تاریخی

سه مورد بالینی جدید

قسمت جدیدی درباره داغ ننگ و بیماری روانی

مطالب تاریخی درباره تحلیل روانی، رفتارگرایی، ژنتیک قسمتی با ساختار و تمرکز جدید که تعریف‌های نابهنجاری را شرح می‌دهد

فصل ۲: پارادایم‌های رایج در آسیب‌شناسی روانی

پارادایم‌ها تجدید سازمان شده‌اند تا ژنتیک، علوم اعصاب، تحلیل روانی، و شناختی رفتاری را در برگیرند

قسمت جدید درباره عواملی که با پارادایم‌ها تضاد دارند: جنسیت و عوامل اجتماعی-فرهنگی

قسمت جدید درباره تعامل‌های ژن-محیط، همبستگی‌های بین ژن‌ها و محیط

اطلاعات به روز شده و گسترده در خصوص رفتار و ژنتیک مولکولی و علوم اعصاب

فصل ۳: تشخیص و ارزیابی

ساختار جدید - اکنون تشخیص و ارزیابی در یک فصل قرار دارند

مطالب جدید درباره تصویرنگاری مغز

کادر جدید بحث ویژه درباره بحث‌های مربوط به آسیب‌شناسی روانی تحولی، شامل خودکشی و درمان ضد افسردگی قسمت‌های جدیدی که خلُق و اضطراب کودکان را پوشش می‌دهند

فصل ۱۵: مرحله پایانی زندگی و اختلال‌های روان‌شناختی قسمت جدید درباره افسانه‌های مربوط به سالمندی

مطالب تجدید سازمان شده درباره اختلال‌های روان‌شناختی، پوشش دادن مسائلی که بر تمام اختلال‌ها تأثیر می‌گذارند کاهش مطالب مربوط به درمان بزرگسالان؛ تأکید بر پژوهش‌های تجربی جدید درباره نتیجه درمان در مرحله پایانی زندگی

مطالب تجدید سازمان شده درباره آسایشگاه سالمندان، محیط‌های زندگی جایگزین، و مراقبت اجتماعی

فصل ۱۶: درمان روان‌شناختی تأکید بیشتر بر فرهنگ و قومیت بحث بیشتر درباره درمان‌های تأیید شده به شیوه تجربی بحث بیشتر درباره پژوهش‌های فرایند درمان و سازوکارهای تغییر قسمت جدید درباره مصاحبه انگیزشی و موج سوم درمان شناختی رفتاری

فصل ۱۷: مسائل قانونی و اخلاقی تعریف و بحث دفاع جنون، واضح‌تر و روشن‌تر شده است دو مورد بالینی جدید

مطالب به روز شده درباره تراسوف

مطالب به روز شده درباره دفاع‌های جنون در آمریکا

مطالب به روز شده درباره درمان اجباری و صلاحیت اطلاعات جدید درباره موافقت آگاهانه در میان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، زوال عقل

طرح‌های ویژه برای خواننده دانشجو

در این کتاب چند طرح جدید طراحی شده است تا تسلط بر مطالب و لذت بردن از آنها را برای دانشجویان آسان‌تر کند؛ تمام این عناصر طراحی شده است تا کتاب کاربر پسند شود.

کادر مورد بالینی. در سراسر کتاب تعدادی مورد بالینی جدید شرح داده و اضافه کرده‌ایم تا زمینه‌ای بالینی برای آن دسته از نظریه‌ها و پژوهش‌ها فراهم کنیم که بخش عمده‌ای از توجه ما را در فصل‌ها به خود جلب می‌کنند، و نیز به روشن کردن معنای واقعی کارهای تجربی آسیب‌شناسان روانی و متخصصان بالینی کمک کنیم.

کادرهای بحث ویژه. در سراسر کتاب، تعداد زیادی بحث عمیق درباره موضوعات انتخابی را در کادرهای بحث ویژه قرار داده‌ایم. این طرح به ما امکان می‌دهد که خواننده را طوری درگیر موضوعات تخصصی کنیم که از روانی متن عادی نگاهد. گاهی کادرها، موضوعی از داخل متن را شرح و بسط می‌دهند؛ گاهی به مسأله‌ای کاملاً مستقل اما مرتبط، که معمولاً بحث‌انگیز هم هست، می‌پردازند. در این ویرایش، چند کادر جدید افزوده‌ایم و چند کادر قدیمی‌تر را جایگزین کرده‌ایم.

چکیده‌های کوتاه. در تمام فصل‌ها چکیده‌های کوتاه را اضافه کرده‌ایم تا به دانشجویان امکان دهیم که مکث کنند و مطالب را درون‌سازی کنند. این چکیده‌ها به دانشجویان کمک خواهد کرد تا ارتباط ذهنی خود را با

پوشش پژوهشی بیشتر درباره عوامل خطرزای شیدایی بحثی جدید درباره مسائل سلامت عمومی در حوزه درمان افسردگی یافته‌های پژوهشی جدید درباره درمان شناختی یافته‌های جدید درباره عصب-زیست‌شناسی خودکشی و پیشگیری از خودکشی

فصل ۹: اختلال‌های خوردن

یافته‌های پژوهشی جدید درباره اختلال پرخوری کادر جدید بحث ویژه درباره چاقی قسمت مبسوط درباره قومیت و اختلال‌های خوردن پژوهش‌های نو درباره محدودیت غذایی

فصل ۱۰: اختلالات مربوط به مواد

آمار به روز شده درباره اندازه شیوع تمام اختلال‌ها آمار به روز شده درباره هزینه‌های مرتبط با وابستگی به مواد قسمت جدید درباره داغ تأسف‌برانگیز اختلالات مربوط به مواد یافته‌های پژوهشی جدید درباره دود غیرمستقیم سیگار یافته‌های پژوهشی جدید درباره نحوه تأثیرگذاری داروها بر مغز قسمت درمان کارآمدتر شده است؛ اطلاعات جدید درباره درمان‌های زیست‌شناختی اضافه شده است

فصل ۱۱: اسکیزوفرنی

پژوهش‌های جدید درباره ژنتیک مولکولی پژوهش‌های جدید درباره نقش قشر جلو پیشانی و هیپوکامپ در اسکیزوفرنی قسمت به روز شده و تجدید سازمان شده درباره علائم پژوهش‌های نو درباره قومیت کادر جدید بحث ویژه درباره مفاهیم تاریخی اسکیزوفرنی

فصل ۱۲: اختلال‌های شخصیت

مطالب به روز شده درباره پایایی بین ارزیابان پژوهش‌های نو درباره هم‌پوشی دسته A با اسکیزوفرنی مطالبی با سازمان جدید درباره علت‌شناسی اختلال شخصیت مرزی، تأکید بر داده‌های پژوهشی درباره بدرفتاری

مطالب به روز شده درباره دوره اختلال شخصیت مرزی

پژوهش‌های جدید درباره علت‌شناسی اختلال شخصیت خود شیفته

فصل ۱۳: اختلال‌های جنسی و هویت جنسی

مطالب مختصر شده و با سازمان جدید درباره علت‌شناسی کژکاری‌های جنسی، نشان دادن این واقعیت که عوامل خطر ساز معمولاً خطر ابتلا به انواع مختلف کژکاری‌های جنسی را افزایش می‌دهد قسمت جدید درباره رفتار جنسی هنجاری

بحث‌های روز اضافه شده در خصوص اینکه آیا GID باید یک تشخیص باشد

فصل ۱۴: اختلال‌های کودکی

اطلاعات به روز شده در خصوص فرهنگ و ADHD، عوامل عصب-زیست‌شناختی و ژنتیکی در ADHD پژوهش‌های نو درباره عوامل عصب-زیست‌شناختی در نارساختی قسمت به روز شده درباره درخودماندگی (اوتیسم)، شامل همه‌گیری‌شناسی، علل و درمان

دانشجو، و مدیریت دورهٔ درسی. مطالب کتاب به طور کامل با این منبع آن‌لاین ارزشمند هماهنگ است.

نوارهای ویدیویی روان‌شناسی نابهنجاری، به روز شده و بازنگری شده برای ویرایش دهم، ویدیو کلیپ‌های کوتاه اصلی دربارهٔ بیماران واقعی، مشکلات آنها، و مراقبت حرفه‌ای که دریافت می‌کنند. این مصاحبه‌ها، چند اختلال اصلی بررسی شده در کتاب را پوشش می‌دهند.

راهنمای مرجع برای مربی، این راهنما را دیوید اسمیت^۱ از دانشگاه نوتردام^۲ نوشته است و چکیده‌های فصل، ارائه‌کنندگان درس، دیدگاه‌هایی دربارهٔ علل و درمان هر اختلال، نکات مهمی که دانشجویان باید بدانند، اصطلاحات کلیدی، عوامل بحث‌برانگیز، و رهنمودهایی دربارهٔ سایت‌ها و فیلم‌های آموزشی را شامل می‌شود.

اسلایدهای پاورپوینت برای مربی، این ضمیمه را ساندرا کیر^۳ از دانشگاه وست چستر^۴ نوشته است، و شامل اسلایدهای آمادهٔ تدریس است که شکل‌ها و جدول‌هایی از کتاب را در بر می‌گیرد، طوری که مربی می‌تواند یک ارائه کلاسی اختصاصی ابداع کند.

بانک آزمون، تألیف استفانی مک‌موریج^۵ از دانشگاه میامی^۶، که حدود ۲۰۰۰ سؤال چند گزینه‌ای را شامل می‌شود. این بانک هم به صورت چاپی و هم به شکل لوح فشرده در دسترس است. بانک آزمون کامپیوتری که به راحتی قابل استفاده است، شامل همان سؤالات نسخهٔ چاپی است. مربیان می‌توانند با افزودن سؤال‌های جدید یا ویراستن سؤال‌های موجود، امتحان‌های اختصاصی تهیه کنند.

راهنمای مطالعه، تألیف داگلاس هیندمن^۷ از دانشگاه ایسترن کنتاکی^۸، شامل خلاصه‌ای از هر فصل، فهرستی از مفاهیم کلیدی، پرسش‌های پژوهشی مهم، و آزمون‌های تمرینی است که با همکاری نویسندهٔ «بانک آزمون»، نوشته شده است تا هماهنگی آنها را تضمین کند و به مطالعه و یادگیری فعال کمک کند. دانشجویان این راهنمای مطالعه را بسیار مفید خواهند یافت.

سایت کتاب (http://www.wiley.com/college/kring) شامل قسمت‌های آن‌لاین منبع مرئی و منبع دانشجویی، و نیز پیوندهای یادگیری فعال به چند سایت جالب در رابطه با حوزهٔ روان‌شناسی نابهنجاری است. تست‌های دانشجویی آن‌لاین نیز در سایت وجود دارد که دانشجویان می‌توانند پس‌خوراند فوری دربارهٔ آنها دریافت کنند.

تقدیر و تشکر

قدردانی از کمک‌های شماری از همکاران در ویرایش دهم، واقعاً مایه خوشحالی است. آرای فکروانه و پس‌خوراند تخصصی آنها یاری‌مان کرده است تا کتاب را اصلاح کنیم و بهبود بخشیم. سپاس ویژهٔ خود را تقدیم می‌کنیم به:

تد بیوچین، دانشگاه واشنگتن

آلیسون هاروی، دانشگاه کالیفرنیا، برکلی

یوتا جورمن، دانشگاه میامی

مسائل چند وجهی و پیچیده‌ای که مطالعهٔ آسیب‌شناسی روانی آکنده از آنها است، حفظ کنند.

چکیده‌های پایان فصل. چکیدهٔ پایان هر فصل، به شکل فهرست‌وار به طور کامل بازنویسی شده است. در فصل‌های ۵ تا ۱۴، این چکیده‌ها را با توصیف‌های بالینی، علت‌شناسی، و درمان سازمان می‌دهیم - بخش‌های اصلی هر فصل به اختلال‌ها می‌پردازند. به عقیدهٔ ما این قالب، مرور و به خاطر سپاری مطالب را برای خوانندگان آسان‌تر خواهد کرد. در حقیقت، حتی توصیه می‌کنیم که دانشجویان این قسمت را قبل از شروع خود فصل مطالعه کنند تا از آنچه پیش رو دارد، برداشت درستی به دست آورد. سپس، با خواندن چکیده بعد از خواندن خود فصل، فهم دانشجویان را بهتر خواهد کرد و درکی فوری از آنچه فقط با یکبار خواندن فصل آموخته می‌شود، فراهم خواهد کرد.

پرسش‌های خودآزمایی. در هر فصل، بین ۳ تا ۶ کادر مهیا کرده‌ایم که سؤال‌هایی دربارهٔ مطالب خوانده شده می‌پرسند. این سؤال‌ها طرح می‌شوند تا دانشجویان در ارزیابی درک خود و یادسپاری مطالب یاری کنند، و نیز نمونه‌هایی از انواع پرسش‌ها را که معمولاً در امتحانات درسی مطرح می‌شود، در اختیارشان بگذارد. پاسخ پرسش‌های این کادرها، در پایان هر فصل، درست قبل از فهرست واژه‌های کلیدی، داده شده است. امیدواریم وقتی دانشجویان از اول تا آخر فصل پیش می‌روند، این سؤال‌ها کمک مفیدی برای آنها باشد.

واژه‌نامه. وقتی اصطلاحی مهم معرفی می‌شود، با رنگ تیره‌تر مشخص و بلافاصله تعریف می‌شود یا مورد بحث قرار می‌گیرد. بیشتر این اصطلاح‌ها را دوباره در پایان کتاب می‌آوریم، که در این صورت به این شیوه برجسته نخواهند شد. تمام این اصطلاح‌ها یک بار دیگر در پایان هر فصل فهرست می‌شود و تعاریف آنها در انتهای کتاب در قسمت واژه‌نامه می‌آید. در این ویرایش، واژه‌نامه را به طور اساسی بازنگری و روزآمد کرده‌ایم.

جدول DSM-IV-TR. صفحه‌های پایانی کتاب شامل خلاصه‌ای از نظام نامگذاری رایج در روانپزشکی است که می‌توان آن را در متن بازنگری شدهٔ ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، که به اختصار DSM-IV-TR گفته می‌شود، پیدا کرد. این قسمت، یک راهنمای مناسب در خصوص جایگاه اختلال‌های خاص در نظام رده‌بندی یا طبقه‌بندی «رسمی»، در اختیار خواننده می‌گذارد. ما استفادهٔ قابل ملاحظه‌ای از DSM-IV-TR می‌کنیم، اما به صورت گزینشی و گاهی انتقادی. گاهی احساس می‌کنیم که بررسی نظریه‌ها و پژوهش‌های مربوط به مسأله‌ای خاص با شیوه‌ای متفاوت از مفهوم‌سازی DSM، مؤثرتر است.

ضمیمه‌ها

چند ضمیمهٔ رایگان برای انتخاب‌کنندگان کتاب، فراهم شده است تا تدریس از روی این کتاب درسی را بهبود بخشد و تسهیل کند. این ضمیمه‌ها عبارتند از:

Wiley Plus. این قسمت جدید در ویرایش دهم، منبع آن‌لاین هیجان‌انگیزی است که چند ابزار با ارزش برای مربیان فراهم می‌کند، شامل ابزارهایی برای آماده‌سازی ارائه مطالب و تکالیف درسی، پیگیری پیشرفت

- | | | |
|-----------------|------------------------|---------------------|
| 1. David Smith | 2. Notre Dame | 3. Sandra Kerr |
| 4. West Chester | 5. Stephanie McMurrich | |
| 6. Miami | 7. Douglas Hindman | 8. Eastern Kentucky |

جانیک کیکولت - گلاس، دانشگاه ایالتی اوهایو

ریچارد مک‌نالی، دانشگاه هاروارد

جک نیتزک، دانشگاه ویسکانسین

علاوه بر این، از نقد نویسان ویرایش‌های قبل، که اسامی آنها در پایین آمده است، قدردانی می‌کنیم، چرا که با مساعدت ایشان بود که ویرایش دهم با بنیان محکمی بنا شد:

David Arnold, University of Massachusetts; Jack J. Blanchard, University of Maryland; John Burns, Chicago Medical School; Laura Heatherington, Williams College; John Kassel, University of Illinois at Chicago; Joni Mihura, University of Toledo; Judith Moskowitz, University of California, San Francisco; Brady Phelps, South Dakota State University; Kathleen M. Pike, Columbia University; Judy Rauenzahn, Kutztown University; Melanie Domenech Rodriguez, Utah State University; Randall Salekin, University of Alabama; Carol Terry, University of Oklahoma; Mary Pat Kelly, University of California-Irvine; Judith LeMaster, Scripps College; David Greenway, University of Southwestern Louisiana; Drew Gouvier, Louisiana State University-Baton Rouge; Michael R. Hufford, University of Montana; C. Chrisman Wilson, Tulane University; Kathy Hoff, Utah State University; Jose M. LaFosse, University of Colorado-Denver; Kent Hutchinson, University of Colorado; Tibor Palfai, Boston University; Daniel L. Segal, University of Colorado-Colorado Springs; Ann Rosen Spector, Rutgers University; William T. McReynolds, University of Tampa; Kristine Lynn Brady, California School of Professional Psychology, San Diego; Debra Hollister, Valencia Community College; Gay Melville, Trident Technical College; Joseph Lowman, University of North Carolina at Chapel Hill; Mitchell Earleywine, University of Southern California; Thomas Bradbury, University of California, Los Angeles; Frances K. Grossman, Boston University; Brad Schmidt, Ohio State University; Cooper Holmes, Emporia State University; Christopher Layne, University of Toledo; Robert D. Coursey, University of Maryland; Larry Jamner, University of California-Irvine; Kelly Champion, Gustavus Adolphus College; D. Grove, Oakland Community College; Robert Higgins, Oakland University; Mike Connor, California State University-Long Beach; James Linder, California State University-Long Beach; Paul Rokke, North Dakota State University; William G. Iacono, University of Minnesota; J. Tate, Middle Tennessee State University; Joanne Lindoefer, University of Texas; John Hall, LaSalle University; Benjamin Blanding, Rowan University; John Suler, Rider University; Christine Gayda, Stockton College; Herbert Rappaport, Temple University; Davis Burdick, Stockton College; Michael Zinser, University of Colorado, Denver; Scott Hamilton, Colorado State University; Charles Gelso, University of Maryland; Donald Strassberg Carson, University of Utah; James Alexander-Carson, University of Utah; Melissa Alderfer, University of Utah; Jennifer Skeem, University of Utah; Gretchen Gimpel, Utah State University; L. Dennis Madrid, University of Southern Colorado; James Cameron, University of

Southern Colorado; Bob Coursey, University of Southern Colorado; Gordon D. Atlas, Alfred University.

همچنین از آشر دیویسون، به خاطر کمک به بازنگری اساسی و روزآمدسازی واژه‌نامه بسیار سپاسگزاریم. از آمی هنسفورد و استفانی مک موریچ نیز تشکر می‌کنیم که در مورد کار تحقیقی و کتابخانه‌ای یاری‌مان کردند و بی‌اندازه قدردان حکمت و رهنمون‌هایی هستیم که چارلز کارور در سراسر این فرایند در اختیارمان گذاشت.

ما همچنین طبعاً سالیان گذشته، از مهارت‌ها و از خودگذشتگی دوستان‌مان در انتشارات و ابلی بهره‌های فراوان برده‌ایم. در این ویرایش باید از افراد زیادی قدردانی کنیم. به طور مشخص، از ویراستاران اجرایی‌مان، کریس جانسون، که تا پایان ما را همراهی کرد، و رایان فلاحیو، که در آغاز کار حضور داشت؛ مدیر فروش اداری، جفری راکر؛ مدیر تولید، جینین فورینو؛ ادیتور عکس‌ها، هیلاری نیومن؛ ادیتور تصاویر، آنا ملهورن؛ و بخش تولید بیرونی، سوزان اینگرا، تشکر می‌کنیم. همچنین سپاس ویژه خود را به خاطر کمک‌های فراوان و حمایت به موقع، تقدیم جسیکا بارتلت، کمک ویراستار روان‌شناسی، می‌کنیم. توانایی و اشتیاق ایشان عزم و نشاط ما را در زمانی که فرصت کم بود، حفظ می‌کرد و هر گاه در کارها مشارکت می‌کرد، همه چیز روان‌تر و مثبت‌تر پیش می‌رفت. در نهایت، از آن‌ها اسمیت به خاطر راهنمایی و هدایت ایشان در شروع این ویرایش و نیز پشتیبانی قوی از ویرایش‌های قبل، سپاسگزار می‌کنیم.

یک جنبه از کتاب درسی ما که کاربران قبلی آن را پسندیده‌اند، قابل فهم بودن و توانایی آن برای درگیر کردن خواننده در کاوش جمعی به همراه نویسندگان، جهت پاسخ دادن به برخی از پیچیده‌ترین مسائل رویاروی روان‌شناسی است. به سختی روی این ویرایش کار کرده‌ایم تا مطالب پیچیده را به شیوه‌ای جذاب و قابل فهم ارائه کنیم. اگر کار و تلاش دو ویراستار فوق‌العاده‌ما، جوآن تینسلی و لن نیوفلد نبود، تلاش‌هایمان بی‌نتیجه می‌ماند. از توجه دقیق و پایبندی آنها به این پروژه بی‌نهایت سپاسگزاریم. می‌دانیم که این کتاب به یمن تلاش‌های آنان بسیار رساتر، روشن‌تر، جالب‌تر و پر محتوای‌تر شده است.

دانشجویان و همکاران دانشکده، هرازگاهی نظرات‌شان را درباره‌ی کتاب برای ما نوشته‌اند؛ ما همیشه از این ارتباط‌ها استقبال می‌کنیم. خوانندگان می‌توانند به این نشانی‌ها با ما نامه‌نگاری کنند: sjohnson@miami.edu و akring@berkeley.edu و gdiviso@rcf.usc.edu.

در پایان و مهم‌تر از همه، از مهم‌ترین افراد زندگی‌مان به خاطر حمایت و تشویق مداوم‌شان در طی مسیر، صمیمانه تشکر می‌کنیم. سپاس عمیق ما تقدیم به: آنجلا هاوک (AMK)، کاتلین چمبرز، ایو و آشر دیویسون (GCD)، گیل و سین نیل (JMN)، و ریچارد وایت (SLJ)، کسانی که این کتاب با عشق و قدردانی به آنها تقدیم می‌شود.

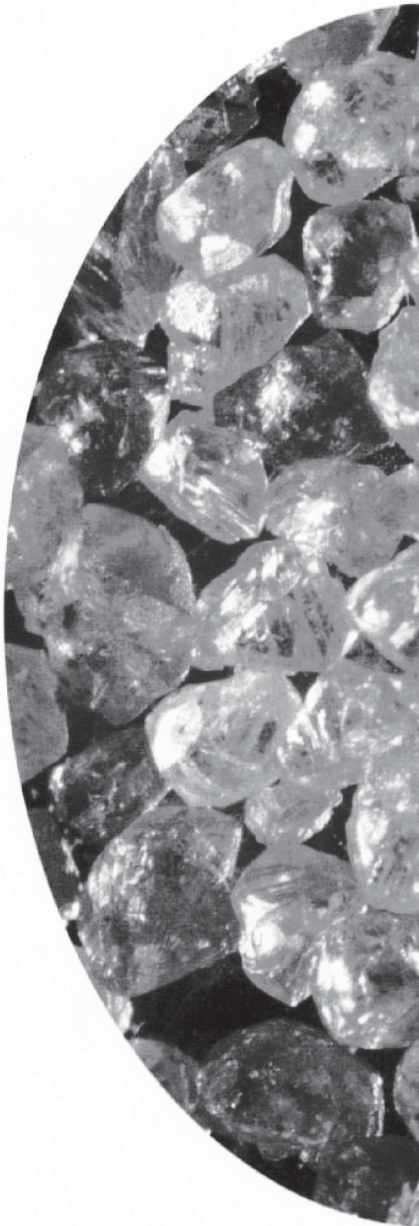
دسامبر ۲۰۰۵

آن‌ام. کرینگ، برکلی، کالیفرنیا

جرالد سی. دیویسون، لس‌آنجلس، کالیفرنیا

جان ام. نیل، هیلتون هِد، کالیفرنیا جنوبی

شری ال. جانسون، میامی، فلوریدا



اهداف یادگیری

۱. بتوانید علایم بالینی اسکیزوفرنی، شامل علایم مثبت، منفی، و آشفته را توصیف کنید.
۲. بتوانید عوامل ژنتیکی، هم رفتاری و هم مولکولی، را در علت شناسی اسکیزوفرنی از هم متمایز کنید.
۳. بتوانید شرح دهید که مغز چگونه، هم در مطالعات علت شناسی و هم در درمان اسکیزوفرنی، مطرح شده است.
۴. بتوانید نقش فشار روانی و سایر عوامل روان شناختی را در علت شناسی و بازگشت اسکیزوفرنی شرح دهید.
۵. بتوانید درمان های دارویی و درمان های روان شناختی اسکیزوفرنی را تشخیص دهید.

ناگهان اوضاع چندان خوب پیش نمی رفت. به تدریج کنترل زندگی و بیش از همه کنترل خودم را از دست دادم. نمی توانستم روی تکالیف درسی ام متمرکز شوم، نمی توانستم بخوابم، و وقتی می خوابیدم، خواب هایی مردم می دیدم. می ترسیدم به کلاس بروم، تصوّر می کردم که دیگران درباره من حرف می زنند و گذشته از آن صداهایی می شنیدم. با مادرم در پیتزبورگ تماس گرفتم و از او خواستم راهنمایی ام کند. به من گفت از پردیس مدرسه به یک آپارتمان پیش خواهرم اسباب کشی کنم. پس از اینکه اسباب کشی کردم و پیش خواهرم رفتم، اوضاع بدتر شد. می ترسیدم بیرون بروم و وقتی از پنجره بیرون را تماشا می کردم، انگار همه فریاد می زدند، «او را بکش، او را بکش». خواهرم مجبورم کرد به مدرسه بروم. از خانه بیرون می رفتم تا زمانی که می فهمیدم خواهرم سرکار رفته است؛ سپس به خانه برمی گشتم. اوضاع همچنان بدتر می شد. تصوّر می کردم بدنم بوی بدی می دهد و گاهی تا ۶ بار در روز دوش می گرفتم. خاطرم هست که یک روز به خواروبار فروشی رفتم و خیال کردم که افراد داخل مغازه می گفتند: «نجات پیدا کنید، عیسی مسیح راه حل است.» اوضاع بدتر شد - نمی توانستم چیزی را به خاطر بسپارم. دفترچه ای پر از نکات یادآوری کننده داشتم که کارهای آن روز خاص را به من خاطرنشان می کرد. نمی توانستم تکالیف درسی ام را به خاطر بسپارم، و از ۶ بعدازظهر تا ۴ صبح درس می خواندم، اما هرگز جرأت نداشتم که روز بعد به کلاس بروم. سعی کردم درباره این موضوع با خواهرم صحبت کنم، اما او این مسأله را درک نمی کرد. او پیشنهاد کرد به روانپزشک مراجعه کنم، اما من از بیرون رفتن و دیدن دکتر می ترسیدم.

یک روز به این نتیجه رسیدم که دیگر نمی توانم این وضعیت روحی را تحمل کنم، بنابراین ۳۵ عدد قرص دارون^۱ را یکباره قورت دادم. در همان لحظه صدایی از درونم گفت: «برای چه این کار را کردی؟ حالا دیگر به بهشت نخواهی رفت.» در آن لحظه فهمیدم که واقعاً دلم نمی خواهد بمیرم. دلم می خواست زنده بمانم، اما می ترسیدم. تلفن را برداشتم و با روانپزشکی که خواهرم پیشنهاد کرده بود تماس گرفتم. به او گفتم تعداد زیادی قرص دارون خورده ام و خیلی می ترسم. او به من گفت با یک تاکسی به بیمارستان بروم. وقتی به بیمارستان رسیدم، شروع به استفراغ کردم، اما از حال نفرتم. به هر دلیلی، اصلاً نمی توانستم قبول کنم که واقعاً با یک روانپزشک دیدار خواهم کرد. فکر می کردم که

روانپزشکان فقط مختص دیوانه‌ها هستند، و قطعاً فکر نمی‌کردم که دیوانه هستم. در نتیجه، بی‌درنگ برای خودم پذیرش نگرفتم. در حقیقت، از بیمارستان بیرون آمدم و سرانجام در راه خانه خواهرم را دیدم. او به من گفت به بیمارستان برگردم زیرا حتماً پذیرفته خواهم شد. سپس با مادرم تماس گرفتیم و او گفت روز بعد پرواز دارد و پیش ما خواهد آمد (آنیل^۱، ۱۹۸۴، صص ۱۱۰-۱۰۹).

زن جوانی که در این مورد پژوهی توصیف کردیم، مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داده شد. تشخیص اسکیزوفرنی اکنون بیش از یک قرن است که وجود دارد، و این اختلال روانی جدی بیش از هر اختلال دیگری پدیدآورنده پژوهش بوده است، اما هنوز از شناخت آن بسیار فاصله داریم.

اسکیزوفرنی اختلالی است که مشخصه آن آشفتگی در تفکر، هیجان و رفتار است - تفکر مختل که در آن افکار و اندیشه‌ها ارتباط منطقی با هم ندارند؛ ادراک و توجه ناقص؛ نبود ابرازگری هیجانی یا در مواقعی، ابرازهای نامناسب؛ و آشفتگی‌هایی در حرکت و رفتار، مانند لخلخ راه رفتن یا سر و وضع ژولیده و پریشان. بیماران دچار اسکیزوفرنی ممکن است از مردم و واقعیت‌های روزمره کناره‌گیری کنند و اغلب به زندگی همراه با باورهای عجیب و غریب (هدیان‌ها) و توهم‌ها رو می‌آورند. از آنجا که اسکیزوفرنی با چنین آشوب‌های گسترده‌ای در زندگی شخص همراه است، نباید تعجب کنیم که کشف علل این اختلال و ابداع روش‌هایی برای درمان آن، سخت و دشوار از آب در آمده است. هنوز تا شناخت کامل عوامل متعددی که باعث اسکیزوفرنی می‌شوند و یافتن درمان‌هایی که هم مؤثر و هم بدون عوارض جانبی نامطلوب باشند، راه درازی در پیش داریم.

نشانه‌های اسکیزوفرنی تأثیر بسیار بزرگی نه تنها بر زندگی بیماران، بلکه هم‌چنین بر زندگی خانواده‌ها و دوستان آن‌ها دارد. هدیان‌ها و توهم‌ها می‌توانند رنج و پریشانی چشمگیری، هم برای بیماران و هم برای دیگران، به وجود آورند که بر بادر رفتن امیدها و رؤیایها بر شدت آن می‌افزاید. علائم دیگر، اشتغال پایدار را دشوار می‌کنند و معمولاً باعث فقر و بی‌خانمانی می‌شوند. رفتار عجیب و غریب و نقایص مهارت‌های اجتماعی، به از دست دادن دوستان، زندگی در انزوا و تنهایی، و گاهی تمسخر و آزار و اذیت منجر می‌شود. نرخ سوء‌مصرف مواد بالا است (فاولر^۲ و همکاران، ۱۹۹۸)، که احتمالاً نمایانگر تلاش برای خلاص شدن از هیجان‌های منفی است (بلانچارد و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین، خیلی عجیب نیست که نرخ خودکشی در میان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بالا است.

اسکیزوفرنی یکی از شدیدترین آسیب‌های روانی است که در این کتاب شرح خواهیم داد. شیوع آن در طول عمر اندکی کمتر از یک درصد است، و زنان و مردان تقریباً به یک اندازه دچار آن می‌شوند. اسکیزوفرنی در میان برخی گروه‌ها، مانند آمریکایی‌های آفریقایی تبار، بیشتر تشخیص داده می‌شود، هر چند هنوز روشن نیست که آیا این موضوع ناشی از تفاوت واقعی بین گروه‌ها است یا سوگیری در میان متخصصان بالینی (USDHHS، ۲۰۰۱ الف). اسکیزوفرنی گاهی در کودکی شروع می‌شود، اما معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی پدیدار می‌آید، و معمولاً مردان در مقایسه با زنان تا حدودی در سن پایین‌تر دچار آن می‌شوند. به نظر می‌رسد که در دهه‌های گذشته سن شروع این بیماری رو به کاهش بوده است (دی‌مجیو^۳، مارتینز^۴، و مینارد^۵، ۲۰۰۱). اشخاص دچار اسکیزوفرنی معمولاً شماری از دوره‌های حاد با علائم خاص خود، و علائمی با شدت کمتر اما باز هم بسیار ناتوان‌کننده در بین این دوره‌ها دارند. سوء‌مصرف مواد به طور همزمان، در حدود ۵۰ درصد بیماران دچار اسکیزوفرنی دیده می‌شود و به همین دلیل مشکل بزرگی است (کاستن و زیدونیس^۶، ۱۹۹۷).

در این فصل، ابتدا مشخصه‌های بالینی اسکیزوفرنی را توصیف می‌کنیم، سپس مباحث مربوط به علت‌شناسی و درمان‌های آن را ارائه می‌کنیم.

1. O'Neil

2. Fowler

3. DiMaggio

4. Martinez

5. Menard

6. Ziedonis

توصیف‌های بالینی اسکیزوفرنی

دامنه‌ی علائم در تشخیص اسکیزوفرنی گسترده است، هر چند بیماران در هر زمان خاص، معمولاً فقط دچار برخی از این علائم هستند. DSMی تعداد، شدت و مدت حضور مشکلاتی را که باید باشد تا دلیل موجهی برای تشخیص اسکیزوفرنی وجود داشته باشد، برای تشخیص دهندگان تعیین می‌کند (نگاه کنید به ملاک‌های DSM-IV-TR).

هیچ علامت ضروری واحدی برای تشخیص اسکیزوفرنی نیاز نیست. بنابراین، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌توانند تا حدود زیادی با یکدیگر متفاوت باشند. ناهمگنی اسکیزوفرنی حاکی از آن است که تقسیم بیماران به انواعی که نشان‌دهنده‌ی دسته‌های خاصی از مشکلات باشند می‌تواند مناسب باشد، و ما در همین فصل چند نوع تأیید شده را بررسی خواهیم کرد. اما نخست، مقوله‌های اصلی علائم اسکیزوفرنی را معرفی می‌کنیم.

حدود ۳۰ سال پیش، علائم به دو مقوله مثبت و منفی تقسیم شد (کراو^۱، ۱۹۸۰؛ استراوس^۲، کارپنتر^۳، و بارتکو^۴، ۱۹۷۴). پس از آن، مقوله اولیه علائم مثبت به دو مقوله تقسیم شد - مثبت (توهم‌ها و هذیان‌ها) و آشفته (گفتار و رفتار آشفته) (لزن و گِر^۵، دورکین^۶، و تینگتون، ۱۹۹۱). تمایز بین علائم مثبت منفی، و آشفته، در پژوهش روی علت‌شناسی و درمان اسکیزوفرنی بسیار مفید بوده است - حتی مفیدتر از انواع فرعی DSM-IV-TR که بعداً آن را شرح خواهیم داد. جدول ۱-۱۱ علائمی را نشان می‌دهد که این مقوله‌ها را تشکیل می‌دهند.

جدول ۱-۱۱: خلاصه ابعاد علامتی اصلی در اسکیزوفرنی

علائم مثبت	علائم منفی	علائم آشفته
هذیان‌ها، توهم‌ها	بی‌ارادگی (بی‌تفاوتی)، ناتوانی گویایی (فقر گفتار)، فقر محتوای گفتار، نبود احساس لذت، افت عاطفی، بی‌تفاوتی اجتماعی	رفتار آشفته، گفتار آشفته

در قسمت‌های بعد، علائم اختصاصی تری را که مقوله‌های مثبت، منفی، و آشفته را تشکیل می‌دهند، با تفصیل بیشتر شرح می‌دهیم. هم‌چنین علائمی را که با این سه مقوله انطباق کامل ندارند، توصیف خواهیم کرد.

علائم مثبت

علائم مثبت شامل افراط‌ها و تحریف‌ها، مانند توهم‌ها و هذیان‌ها، است. دوره‌های حاد اسکیزوفرنی، تا حد زیادی با علائم مثبت مشخص می‌شوند.

هذیان‌ها

بدون شک همه ما گاهی به خاطر آنکه تصویری کردیم دیگران نظر بدی نسبت به ما دارند، نگران شده‌ایم. گاهی اوقات این تصور ممکن است دلیل موجهی داشته باشد. به هر حال کیست که همه دوستش داشته باشند؟ اما، نگرانی و تشویشی را در نظر بگیرید که اگر به طور جدی متقاعد می‌شوید که بسیاری از مردم شما را دوست ندارند - در حقیقت، به قدری از شما متنفرند که علیه شما توطئه می‌کنند - احساس می‌کردید. فرض کنید آزاردهندگان شما ابزارهای شنود پیشرفته‌ای دارند که به ایشان امکان می‌دهد آن‌ها را روی موج خصوصی‌ترین گفتگوهای شما تنظیم کنند و شواهد و مدارکی برای بدنام کردن شما جمع‌آوری کنند. اطرافیان شما، از جمله عزیزانتان، نمی‌توانند شما را مطمئن کنند که آن اشخاص جاسوسی شما را نمی‌کنند. حتی نزدیک‌ترین دوستانان هم به تدریج به نیروهایی ملحق می‌شوند که در کنار شکنجه‌گر شما قرار دارند. شما، مضطرب و عصبانی، متقابلاً اقداماتی علیه شکنجه‌گران انجام

ملاک‌های DSM-IV-TR برای اسکیزوفرنی

- دو یا چند مورد از علائم زیر که دست کم به مدت یک ماه و در بخش قابل توجهی از زمان وجود داشته باشند: هذیان‌ها، توهم‌ها، گفتار آشفته، رفتار آشفته یا کاتاتونیایی، علائم منفی
- عملکرد اجتماعی و شغلی، از زمان شروع اختلال افت کرده است
- نشانه‌های اختلال دست‌کم به مدت ۶ ماه؛ تداوم علائم در دوره اول بیماری دست‌کم به مدت یک ماه؛ وجود علائم منفی یا علائم دیگری از دوره اول به شکل خفیف‌تر در مدت باقیمانده.

می‌دهید. وارد هر جای جدیدی که می‌شوید، آنجا را برای یافتن ابزارهای شوند، به دقت و ارسای می‌کنید. وقتی اشخاصی را برای اولین بار می‌بینید، سؤالات بسیاری از آن‌ها می‌پرسید تا بفهمید که آیا بخشی از توطئه موجود علیه شما هستند یا نه.

این **هذیان‌ها**^۱، باورهایی که برهلاف واقعیت، به قوت خود باقی می‌مانند و با وجود شواهد باطل کننده، قاطعانه حفظ می‌شوند، علایم مثبت معمولی اسکیزوفرنی‌اند. هذیان‌های گزند و آسیب مانند مواردی که شرح دادیم، در ۶۵ درصد نمونه‌ای بزرگ و بین‌المللی از اشخاصی که دچار اسکیزوفرنی تشخیص داده شدند، دیده شد (سارتوریوس^۲، شاپیرو^۳، و جابلونسکی^۴، ۱۹۷۴). هذیان‌ها به چندین شکل دیگر هم دیده می‌شوند، که یک روانپزشک آلمانی به نام کورت اشنايدر (۱۹۵۹) آن‌ها را توصیف کرد. توصیف‌های زیر دربارهٔ هذیان‌ها از ملور^۵ (۱۹۷۰) اقتباس شده است:

● بیمار ممکن است معتقد باشد که افکاری که مال خودش نیست به وسیله منبعی خارجی در ذهنش قرار داده شده است.

زن خانه‌دار ۲۹ ساله‌ای گفت «از پنجره بیرون را تماشا می‌کنم و فکر می‌کنم که باغ زیبا به نظر می‌رسد و چمن زار سرد به نظر می‌آید، اما افکار ایمون اندروز وارد ذهنم می‌شود. در ذهنم فکر دیگری وجود ندارد، فقط افکار او است. او با ذهن من مثل یک پرده رفتار می‌کند و افکارش را مانند تاباندن تصویر، روی آن می‌تاباند.» (ص ۱۷).

● بیماران ممکن است معتقد باشند که افکارشان پخش یا منتشر می‌شود. طوری که دیگران می‌فهمند آن‌ها چه افکاری در سردارند.

دانشجویی ۲۱ ساله [بی برد که] «وقتی که فکر می‌کنم، افکار روی نوعی نوار کاغذی ذهنی از سرم بیرون می‌آیند. اطرافیان فقط باید این نوار را از ذهن‌شان بگذرانند تا به افکارم پی ببرند.» (ص ۱۷)

● بیماران ممکن است تصور کنند که نیروی خارجی، به طور ناگهانی و غیرمنتظره، افکارشان را می‌زدود. زنی ۲۲ ساله [چنین تجربه‌ای را توصیف کرد] «دارم دربارهٔ مدرم فکر می‌کنم، و ناگهان هوا کش برقی مجموعه‌شناسی، افکارم را از ذهن بیرون می‌کشد، و در ذهن چیزی وجود ندارد، خالی است.» (صص ۱۷-۱۶).

● برخی از بیماران معتقدند که یک نیروی خارجی احساسات یا رفتارهایشان را کنترل می‌کند. منشی تندنویس ۲۹ ساله‌ای [ساده‌ترین] کارهایش را چنین توصیف کرد: «وقتی که دستم را دراز می‌کنم تا شانه را بردارم، دست و بازویم حرکت می‌کند، و انگشتانم خودکار را برمی‌دارند، اما کنترل آن‌ها در دست من نیست. می‌نشینم و حرکت آن‌ها را تماشا می‌کنم، و آن‌ها به کلی مستقل‌اند، کارهایی که انجام می‌دهند ارتباطی به من ندارد. من فقط یک عروسک خیمه‌شب بازی‌ام که با نخ‌های کیهانی به بازی گرفته می‌شوم. وقتی که نخ‌ها را می‌کشند، بدنم حرکت می‌کند و من نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم.» (ص ۱۷).

هر چند هذیان‌ها در میان بیش از نیمی از اشخاص دچار اسکیزوفرنی دیده می‌شود، در میان بیمارانی که تشخیص‌های دیگر دارند، به ویژه اختلال دوقطبی، افسردگی همراه با ویژگی‌های روان‌پریشی، و اختلال هذیانی، نیز دیده می‌شود. اما برخلاف هذیان‌هایی که در میان چنین بیمارانی وجود دارد، هذیان‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، همانطور که با توصیف‌های بالا نشان دادیم، بی‌اندازه نامعقول هستند (یونگینگر^۶، بارکر^۷، و کوته^۸، ۱۹۹۲).

توهم‌ها و سایر اختلالات ادراک بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به‌طور پیاپی اظهار می‌کنند که دنیا برای آن‌ها تا حدودی متفاوت یا حتی غیرواقعی به نظر می‌آید. بیمار ممکن است تغییراتی را در احساسات بدنی‌اش ذکر کند، یا ممکن است به قدری دچار دگرسان‌بینی خود شود که بدنش مانند یک

1. delusions
4. Jablonsky
7. Barker

2. Sartorius
5. Mellor
8. Coe

3. Shapiro
6. Junginger

ماشین به نظر برسد. همانند موردی که در ابتدای فصل آوردیم، عده‌ای اظهار می‌کنند که در توجه به آنچه در اطرافشان رخ می‌دهد، مشکل دارند:

نمی‌توانم حواسم را به تلویزیون متمرکز کنم زیرا نمی‌توانم صفحه تلویزیون را تماشا کنم و همزمان به صدای آن گوش کنم. به نظر می‌رسد نمی‌توانم دو کار مانند این را همزمان انجام دهم، به ویژه اگر یکی از آن دو تماشا کردن و دیگری گوش دادن باشد. از طرف دیگر به نظر می‌رسد که همیشه باید کارهای بسیار زیادی را همزمان انجام دهم، و در این صورت نمی‌توانم از عهده‌اش برآیم و نمی‌توانم از آن سر در بیاورم (مک‌گی^۱ و چاپمن^۲، ۱۹۶۱، ص ۱۰۶).

توهم‌ها^۳ بارزترین تحریف‌های ادراک هستند، یعنی آن دسته از تجارب حسی که در نبود محرک محیطی مناسب روی می‌دهند. توهم‌ها بیشتر شنیداری‌اند تا دیداری؛ ۷۴ درصد نمونه‌ای از بیماران اسکیزوفرن، داشتن توهم‌های شنیداری را گزارش کردند (سار توریوس و همکاران، ۱۹۷۴). توهم‌ها نیز مانند هدیان‌ها می‌توانند تجارب بسیار وحشتناکی باشند.

اعتقاد بر این است که برخی از انواع توهم‌ها از لحاظ تشخیصی اهمیت ویژه‌ای دارند، زیرا بیشتر در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دیده می‌شوند تا در سایر بیماران روان‌پریش. این نوع توهم‌ها عبارتند از (برگرفته از میلو ۱۹۷۷):

- برخی از بیماران دچار اسکیزوفرنی می‌گویند افکار خود را که با صدای فردی دیگر بازگو می‌شود، می‌شنوند.
یک زن خانه‌دار ۳۲ ساله از شنیدن صدای مردی اظهار ناراحتی می‌کرد که از نقطه‌ای در حدود ۶۰ سانتی متری بالای سرش شمرده شمرده زمزمه می‌کرد. آن صدا تقریباً تمام افکار هدفمند بیمار - حتی پیش پا افتاده‌ترین آن‌ها - را تکرار می‌کرد. بیمار فکر می‌کرد «باید کتری را روی اجاق بگذارم» و آن صدا پس از مکثی که بیش از یک ثانیه طول نمی‌کشید می‌گفت، «باید کتری را روی اجاق بگذارم.» و اغلب عکس آن را می‌گوید، «کتری را روی اجاق نگذار.» (ص ۱۶)
- برخی از بیماران ادعا می‌کنند صدای آدم‌هایی را می‌شنوند که با هم جروبحث می‌کنند.
مرد بیمار ۲۴ ساله‌ای گفت صداهایی را می‌شنود که از دفتر پرستار به گوش می‌رسد. یک صدای بم و خشن بی‌دربی می‌گفت، «جی.تی. تناقضی خونین است» و صدای زیرتری می‌گفت، «او همان است، باید او را ببندیم.» گاهی صدای زنی صحبت آن‌ها را قطع می‌کرد و می‌گفت، «اون نیست، اون مردی دوست داشتنی است.» (ص ۱۶)
- برخی از بیماران صداهایی می‌شنوند که درباره رفتارشان نظر می‌دهند.
زن خانه‌دار ۴۱ ساله‌ای صدایی را می‌شنید که از خانه‌ای در آن طرف خیابان می‌آمد. صدا بی‌وقفه، یکنواخت و آرام هر کاری را که او انجام می‌داد، با آمیزه‌ای از نظرات انتقادی توصیف می‌کرد. «او سبب‌زمینی پوست می‌کند، پوست‌کن را محکم در دست گرفته، آن سبب‌زمینی را نمی‌خواهد، آن را سر جایش می‌گذارد، زیرا فکر می‌کند گرهی شبیه آلت مردانه دارد، فکر و ذهنش خراب است، سبب‌زمینی‌ها را پوست می‌کند، حالا آن‌ها را می‌شوید.» (ص ۱۶)

بسیاری از بیماران این توهم‌ها را به صورت منفی تجربه می‌کنند. در یک مطالعه روی حدود ۲۰۰ بیمار، آن‌هایی که توهم‌های طولانی‌تر، با صدای بلندتر، به دفعات بیشتر، و از جانب شخص سوّم داشتند، آن‌ها را ناخوشایند احساس می‌کردند. بیماران، توهم‌هایی را که معتقد بودند از طرف شخصی آشنا است، مثبت‌تر احساس می‌کردند (کوپولوف^۴، مک‌کینون^۵، و تراور^۶، ۲۰۰۴).

مطالعات جدید به روش عصب‌نگاری آنچه را که در هنگام توهم‌های شنیداری در مغز روی می‌دهد،

1. McGhie

2. Chapman

3. hallucinations

4. Copolov

5. Mackinnon

6. Trauer

بررسی کرده‌اند. برخی نظریه‌پردازان مطرح می‌کنند که بیماران، صدای خود را به اشتباه به شخصی دیگر نسبت می‌دهند. مطالعات رفتاری نشان داده‌اند که آن دسته از بیماران دچار اسکیزوفرنی که توهم دارند بیشتر احتمال دارد صدای ضبط شده خود را به اشتباه به منبعی متفاوت نسبت دهند تا بیمارانی که توهم ندارند یا اعضای گروه کنترل که بیمار نیستند (آلن^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعاتی که از شیوه‌های تصویرنگاری مغز بهره می‌گیرند، هنگامی که بیماران صداهایی می‌شنوند، فعالیت بیشتری در ناحیه بروکا، یعنی ناحیه مغزی زبان مولد^۲، دیده شده است (مک‌گوایر^۳، شاه^۴، و مورای^۵، ۱۹۹۳). چرا ممکن است بیماران مرتکب این انتساب نادرست شوند؟ مطالعات دیگر حاکی از آن است که در اتصالات بین مناطقی از لوب پیشانی که امکان تولید گفتار را فراهم می‌کنند و مناطقی از لوب گیجگاهی که فهم گفتار را ممکن می‌سازند، مشکلی وجود دارد. مطالعاتی که از شیوه‌های روانی فیزیولوژیایی (فورد^۶ و همکاران، ۲۰۰۲) یا شیوه‌های تصویرنگاری مغز (مک‌گوایر، سیلبرس‌ویگ^۷، و فریت^۸، ۱۹۹۶؛ شرگیل^۹ و همکاران، ۲۰۰۰) بهره می‌گیرند، این ایده را تأیید می‌کنند.

علایم منفی

اسکیزوفرنی، شامل کاستی‌های رفتاری مانند بی‌ارادگی، ناگویایی، بی‌لذتی، افت عاطفی، و بی‌تفاوتی اجتماعی است که همه آن‌ها را در ادامه شرح می‌دهیم. این علایم معمولاً پیش از دوره حاد، تداوم می‌یابند و تأثیرات عمیقی بر زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌گذارند. آن‌ها از لحاظ پیش‌آگهی نیز اهمیت دارند؛ وجود علایم منفی زیاد عامل پیش‌بینی کننده نیرومندی برای کیفیت پایین زندگی (برای مثال، مشکلات شغلی، دوستان کم) در دو سال بعد از بستری شدن است (هو^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۸).

در هنگام ارزیابی علایم منفی، تمایز گذاشتن بین علایمی که به راستی نشانه اسکیزوفرنی‌اند و علایمی که از عامل دیگری ناشی می‌شوند، اهمیت دارد (کارپنتر، هاینریش^{۱۱}، و واگمن^{۱۲}، ۱۹۸۸). برای مثال، افت عاطفی (نبود ابرازگری هیجانی) می‌تواند عارضه جانبی داروهای ضدروان‌پریشی باشد. مشاهده بیماران در دوره‌های طولانی، احتمالاً تنها راه برای حل این مسأله است.

بی‌ارادگی بی‌تفاوتی، یا **بی‌ارادگی**^{۱۳}، به کمبود انرژی و بی‌علاقگی آشکار یا ناتوانی از پیگیری کارهایی اشاره دارد که معمولاً فعالیت‌های روزمره به شمار می‌آیند. بیماران ممکن است به آراستگی و بهداشت شخصی خود بی‌توجه شوند، و موهای شانۀ نزده، ناخن‌های کثیف، دندان‌های مسواک نزده و لباس‌های نامرتب داشته باشند. مداومت و ایستادگی در محل کار، مدرسه، یا کارهای عادی خانه برای آن‌ها سخت و دشوار است و ممکن است بیشتر وقت‌شان را با نشستن در این طرف و آن طرف و انجام ندادن هیچ کاری بگذرانند.

ناگویایی **ناگویایی**^{۱۴} می‌تواند به چند شکل نمود یابد. در فقر گفتار، اندازه مطلق گفتار کاهش می‌یابد. در فقر محتوای گفتار، اندازه گفتار مناسب است، اما اطلاعات اندکی را انتقال می‌دهد و معمولاً مبهم و تکراری است که قطعه زیر نشان‌دهنده آن است:

مصاحبه‌کننده: بسیار خوب، کی. فکر می‌کنی مردم چرا به خدا اعتقاد دارند؟
بیمار: خوب، اول از همه چونکه، او کسی است که ناجی شخصی آن‌ها است. او با من قدم می‌زند و با من حرف می‌زند. و اِمَم، شناختی که من دارم، بسیاری از مردم، آن‌ها واقعاً خود شخصی‌شان را نمی‌شناسند. زیرا آن‌ها نباید، همه آن‌ها، اصلاً خود شخصی‌شان را نمی‌شناسند. آن‌ها نمی‌دانند که او او، به نظر می‌رسد که مثل من، بسیاری از آن‌ها درک نمی‌کنند که او با آن‌ها قدم می‌زند و صحبت می‌کند. و اِمَم، راهی را که باید بروند به آن‌ها

- | | | |
|----------------|-----------------------|-------------|
| 1. Allen | 2. productivelanguage | 3. McGuire |
| 4. Shah | 5. Murray | 6. Ford |
| 7. Silbersweig | 8. Frith | 9. Shergill |
| 10. Ho | 11. Heinrichs | 12. Wagman |
| 13. Avolition | 14. alogia | |

نشان بده. من هم چنین درک می‌کنم که، به تمام مردان و تمام زنان، فقط یک مسیر نشان داده نمی‌شود. عده‌ای متفاوت نشان داده می‌شوند. آن‌ها در راه‌های متفاوت‌شان حرکت می‌کنند. راهی که عیسی مسیح از آن‌ها خواست بروند. خود من. به من راه‌های ام، تشخیص درست از غلط، و انجام دادن آن را نشان داده‌اند، نمی‌توانم کاری بیشتر، یا نه کمتر از آن را انجام بدهم (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷، صص ۴۰۴-۴۰۳).

بی‌لذتی نبود علاقه یا کاهش تجربه لذت و خوشی، **بی‌لذتی**^۱ نامیده می‌شود. وقتی در پرسشنامه بی‌لذتی، درباره موقعیت‌ها یا فعالیت‌های فرضی‌ای سؤال می‌شود که برای اغلب مردم لذت‌بخش‌اند (مثلاً، غذای خوب، فعالیت‌های تفریحی، روابط جنسی)، بیماران اسکیزوفرن اظهار می‌کنند که کمتر از اشخاص غیراسکیزوفرن، از این نوع فعالیت‌ها لذت می‌برند. اما وقتی که فعالیت‌های واقعاً خوشایند، مانند فیلم‌های سرگرم‌کننده، به بیماران ارائه می‌شود، لذتی که آن‌ها گزارش می‌کنند به اندازه لذتی است که اشخاص غیراسکیزوفرن گزارش می‌کنند (کرینگ^۲ و ایرنست^۳، ۱۹۹۹). چگونه ممکن است بیماران بی‌لذتی را گزارش کنند اما در عین حال از چیزهای مثبت لذت ببرند؟ یک احتمال این است که بیماران موقعیت‌ها را لذت‌بخش پیش‌بینی نمی‌کنند. بنابراین، بیماران ممکن است در پرسشنامه‌های بی‌لذتی که از آن‌ها می‌خواهد برآورد کنند که در فعالیت‌های گوناگون چقدر لذت و خوشی تجربه خواهند کرد، نمره پایینی بگیرند. اما بیماران در حضور چیزها یا موقعیت‌های خوشایند، لذت و خوشی بی‌فاصله را تجربه می‌کنند (کرینگ، ۱۹۹۹).

افت عاطفی در بیماران دچار **افت عاطفی**^۴ تقریباً هیچ محرکی نمی‌تواند پاسخ هیجانی را برانگیزد. بیمار ممکن است بهت‌زده خیره شوند، ماهیچه‌های صورت شل و آویخته و چشم‌ها بی‌روح می‌شود. وقتی که کسی با بیمار حرف می‌زند، او با صدایی یکنواخت و بی‌حالت پاسخ می‌دهد. افت عاطفی در ۶۶ درصد نمونه بزرگی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دیده شد (سارتوریوس و همکاران، ۱۹۷۴).

مفهوم افت عاطفی فقط به نمود بیرونی هیجانی اشاره دارد و نه تجربه درونی بیمار، که ممکن است اصلاً تضعیف نشده باشد. در یک مطالعه، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اشخاص غیراسکیزوفرنی در گروه کنترل، قطعه‌هایی از فیلم‌ها را تماشا می‌کردند و در همان حال واکنش‌های چهره‌ای و هدایت پوستی آن‌ها ثبت می‌شد (کرینگ و نیل، ۱۹۹۶). بعد از پخش هر فیلم کوتاه، شرکت‌کنندگان به خودسنجی هیجان‌هایی پرداختند که فیلم‌ها برانگیخته بودند. چنانچه انتظار می‌رفت، بیماران در مقایسه با اشخاص غیراسکیزوفرنی، ابراز چهره‌ای بسیار کمتری داشتند، اما تقریباً به یک اندازه هیجان گزارش کردند و حتی از لحاظ فیزیولوژیایی (که از طریق هدایت پوستی اندازه‌گیری شد) برانگیخته‌تر بودند.

بی‌تفاوتی اجتماعی برخی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دچار کاستی‌های شدید در روابط اجتماعی هستند، که به آن **بی‌تفاوتی اجتماعی**^۵ می‌گویند. آن‌ها دوستان کم، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، و علاقه اندکی به بودن در کنار دیگران دارند. در حقیقت، چنانچه بعداً خواهیم دید، این نمودهای اسکیزوفرنی معمولاً اول ظاهر می‌شوند، یعنی در کودکی و قبل از شروع علائم دیگر، شروع می‌شوند.

علائم آشفته

علائم آشفته^۶ شامل گفتار آشفته و رفتار آشفته است.

گفتار آشفته **گفتار آشفته**، که اختلال تفکر انتزاعی هم نامیده می‌شود، به مشکلاتی در منظم کردن افکار و حرف زدن به گونه‌ای که شنونده بتواند آن را بفهمد، اشاره دارد.

مصاحبه‌گر: آیا به تازگی عصبی بوده‌اید؟

بیمار: نه، برگ کاهو خریدم.

مصاحبه‌گر: برگ کاهو خریدید؟ متوجه نمی‌شوم.

بیمار: خُب، فقط برگ کاهو است.

1. anhedonia

4. flat affect

2. Kring

5. asociality

3. Earnst

6. disorganized symptoms

مصاحبه‌گر: درباره کاهو بگو. منظورت چیست؟

بیمار: خُب ... کاهو شکل تغییر یافته یک شیرکوهی مرده است که از دوباره افتادن روی پنجه شیر رنج می‌برد. و او شیر را بلعید و چیزی اتفاق افتاد. آن ... ببینید، آن ... گلوریا و تامی، آن‌ها دو رئیس هستند و آن‌ها نهنگ نیستند. اما آن‌ها با توده‌های استفراغ فرار کردند، و چیزهایی شبیه آن.

مصاحبه‌گر: تامی و گلوریا چه کسانی‌اند؟

بیمار: ام، ... جودی مگیو، تامی هندلیچ، فیل ریزوتو، جان اسکالورا، دل کراندل، تد ویلیامز، میکی متل، روی متل، رای متل، باب چنس ... هستند.

مصاحبه‌گر: آن‌ها چه کسانی‌اند؟ آن آدم‌ها کیستند؟

بیمار: آدم‌های مرده ... آن‌ها می‌خواهند پاره پوره شوند ... توسط این آدم رانده شده.

مصاحبه‌گر: تمام این حرف‌ها یعنی چه؟

بیمار: خُب، می‌دانید که، مجبورم بیمارستان را ترک کنم. قرار بود پاهایم را عمل کنم، می‌دانید که. و اینکه نمی‌خواهم پاهایم را نگه دارم حسابی مضمّن‌کننده است. به همین دلیل است که آرزو دارم بتوانم عمل کنم.

مصاحبه‌گر: می‌خواهی بدهی پاهایت را قطع کنند؟

بیمار: ممکنه، می‌دانید که.

مصاحبه‌گر: چرا می‌خواهی این کار را بکنی؟

بیمار: هیچ پایی نداشتم که با آن شروع کنم. به همین دلیل تصوّر می‌کنم که اگر دهنده سرعت بودم، می‌توسیدم که زن باشم، چونکه یک تریشه داخل سر کاهویم داشتم. (نیل و اُلتمانس^۱، ۱۹۸۰، صص ۱۰۴-۱۰۳)

این قطعه نشان‌دهنده گسسته‌گویی است که گاهی در گفتگوی اشخاص مبتلا به اسکیزوفرنی دیده می‌شود. هرچند بیمار ممکن است پی‌درپی به ایده‌ها یا موضوعات اصلی اشاره کند، تصورات ذهنی و پاره‌های تفکرش با هم مرتبط نیستند؛ به سختی می‌توان فهمید که بیمار سعی می‌کند چه چیزی به مصاحبه‌گر بگوید.

تداعی‌های سُست یا خروج از خط، که در آن بیمار می‌تواند در برقراری ارتباط کلامی با شنونده موفق‌تر باشد، اما در ادامه دادن یک بحث مشکل داشته باشد، نیز می‌تواند باعث اختلال در گفتار شود. به نظر می‌رسد که بیماران در قطار تداعی‌هایی که فکری از گذشته آن‌ها را فرا می‌خواند، به خواب می‌روند. خود بیماران توصیف‌هایی از این حالت را ارائه کرده‌اند.

تمام افکارم به هم ریخته‌اند. شروع به فکر کردن یا حرف زدن درباره چیزی می‌کنم اما هرگز به آن نمی‌رسم. در عوض، در مسیر نادرست سرگردان می‌شوم و انواع چیزهای متفاوت مرا گیر می‌اندازند، چیزهایی که ممکن است با آنچه می‌خواهم بگویم مرتبط باشند اما چگونگی ارتباط آن‌ها را نمی‌توانم توضیح دهم. کسانی که به حرف‌های من گوش می‌کنند، بیش از خود من سردرگم می‌شوند. مشکل من این است که افکار بسیار زیادی به ذهنم آمده است. شما می‌توانید درباره چیزی فکر کنید، فرض کنیم درباره زیرسیگاری و همین حالا فکر می‌کنید که، اوه بله، زیرسیگاری برای آن است که سیگارم را توی آن بگذارم، اما من به آن فکر خواهم کرد و سپس به چندین چیز مختلف که با آن مرتبط‌اند، فکر خواهم کرد. (مکن‌گی و چاپمن، ۱۹۶۱، صص ۱۰۸)

اختلال‌های گفتار، زمانی نشانه بالینی اصلی اسکیزوفرنی به شمار می‌آید، و هنوز هم یکی از ملاک‌های این تشخیص محسوب می‌شود. اما شواهد نشان می‌دهد که گفتار بسیاری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، آشفته نیست و وجود گفتار آشفته اسکیزوفرنی را به خوبی از اختلال‌های دیگری مثل برخی اختلالات

خلق متمایز نمی‌کند (اندریسن^۱، ۱۹۷۹). برای مثال، بیمارانی که در دوره شیدایی قرار دارند به اندازه بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، تداعی‌های سُست و ضعیف از خود بروز می‌دهند.

منطقی است که انتظار داشته باشیم گفتار آشفته با مشکلات در زمینه تولید گفتار مرتبط باشد، اما به نظر نمی‌رسد که این انتظار درست باشد. در عوض، گفتار آشفته با چیزی رابطه دارد که عملکرد اجرایی^۲ - حل مسأله، برنامه‌ریزی، و برقراری ارتباط بین تفکر و احساس - نامیده می‌شود. گفتار آشفته با توانایی درک اطلاعات معناشناختی (یعنی معنای واژه‌ها) هم رابطه دارد (کرنس^۳ و برنباوم^۴، ۲۰۰۲، ۲۰۰۳).

رفتار آشفته رفتار آشفته آشکال زیادی به خود می‌گیرد. بیمارانی ممکن است دچار حمله‌های توجیه‌ناپذیر بی‌قراری شوند، لباس‌های غیرعادی بپوشند، به شیوه کودکانه یا احمقانه رفتار کنند، غذا بیندوند، چیزهای به درد نخور جمع کنند، یا اقدام به رفتارهای نامناسب جنسی مانند خودارضایی پیش دیگران، کنند. به نظر می‌رسد که آن‌ها توانایی نظم‌دهی به رفتار خود و هماهنگ کردن آن با معیارهای جامعه را از دست می‌دهند. آن‌ها در انجام کارها و وظایف زندگی روزمره هم مشکل دارند.

علائم دیگر

چندین علامت دیگر اسکیزوفرنی، به طور دقیق در مقوله‌هایی که معرفی کردیم قرار نمی‌گیرند. کاتاتونی و عاطفه نامناسب دو علامت مهم از این نوع هستند.

کاتاتونی چند ناهنجاری حرکتی، مشخص‌کننده کاتاتونی^۵ است. بیمار ممکن است با ترتیب‌های عجیب و غریب و گاه پیچیده‌ای از حرکات انگشت، دست، و بازو، که اغلب هدفمند به نظر می‌رسند، پی‌درپی ایما و اشاره کند. برخی بیماران افزایش غیرعادی در سطح کلی فعالیت، شامل هیجان‌زدگی زیاد، تکان‌های شدید دست و پا، و صرف انرژی فوق‌العاده شبیه آنچه در شیدایی دیده می‌شود، از خود بروز می‌دهند. در انتهای دیگر این پیوستار، بی‌حرکتی^۶ کاتاتونایی است: بیمارانی حالت‌های بدنی غیرعادی به خود می‌گیرند و تا مدتی بسیار طولانی به همان حالت باقی می‌مانند. بیمار ممکن است روی یک پا بایستد، پای دیگرش را به سمت باسنش جمع کند، و تقریباً تمام روز در همین حالت بماند. بیمارانی کاتاتونایی ممکن است دچار انعطاف مومی^۷ هم باشند - شخصی دیگر می‌تواند اعضای بدن بیمار را به حالت‌های مختلفی در بیاورد که بیمار تا مدتی طولانی آن حالت را حفظ می‌کند.



عاطفه نامناسب

برخی از اشخاص دچار اسکیزوفرنی عاطفه نامناسب دارند - پاسخ‌های هیجانی‌شان متناسب با موقعیت و شرایط نیست. چنین بیماری ممکن است با شنیدن خبر مرگ مادرش بخندد یا وقتی که از او سؤال ساده‌ای دربارهٔ اندازه بودن لباس جدید می‌پرسند، به شدت عصبانی شود. این بیماران احتمال دارد بدون دلیل موجه، به سرعت از یک حالت هیجانی به حالت هیجانی دیگر در بیایند. این علامت کم و بیش نادر است، و تقریباً مختص اسکیزوفرنی است.

اسکیزوفرنی در DSM-IV-TR

جدولی که در صفحه 351 آمده است، ملاک‌های تشخیصی اسکیزوفرنی را ارائه می‌کند. علاوه بر این، DSM-IV-TR وجود دست‌کم ۶ ماه اختلال و آشفتگی را برای این تشخیص ضروری می‌داند. این دوره ۶ ماهه باید شامل دست‌کم یک ماه دوره حاد یا مرحله فعال باشد که با دست‌کم دو مورد از موارد زیر مشخص می‌شود: هذیان‌ها، توهم‌ها، گفتار آشفته، رفتار بی‌اندازه آشفته یا کاتاتونایی، و علائم منفی (اگر هذیان‌ها عجیب و غریب باشد یا اگر توهم‌ها شامل صداهایی باشد که در حال اظهار نظر یا جروبحت هستند، فقط یکی از این علائم ضروری است). زمان باقیمانده مورد نیاز برای این تشخیص ممکن است قبل یا بعد از مرحله فعال باشد. این ملاک زمانی، بیمارانی را که یک دوره روان‌پریشی کوتاه دارند و سپس به سرعت بهبود می‌یابند، کنار می‌گذارد.

عکسی به سال ۱۸۹۴ که زنی مبتلا به اسکیزوفرنی کاتاتونایی را نشان می‌دهد. او این حالت غیرعادی را تا مدتی طولانی نگه داشت.

1. Andreasen
4. Berenbaum
7. waxy flexibility

2. executive functioning
5. catatonia

3. Kerns
6. immobility

آیا ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در فرهنگ‌های مختلف قابل استفاده است؟ شواهد مرتبط با این سؤال، در مطالعه سازمان جهانی بهداشت روی کشورهای صنعتی و در حال توسعه گردآوری شد (جابلونسکی و همکاران، ۱۹۹۴). ملاک‌های علامتی در فرهنگ‌های مختلف کاملاً معتبر بودند. اما، به دلایلی که هنوز کاملاً معلوم نیست، بیماران کشورهای در حال توسعه شروع حادثه و خط سیر مطلوب‌تری دارند تا بیماران جوامع صنعتی (سوسر^۱ و وندرلینگ^۲، ۱۹۹۴).

مقوله‌های اسکیزوفرنی در DSM-IV-TR هر چند اسکیزوفرنی بسیار روشن‌تر و مشخص‌تر از گذشته توصیف می‌شود (نگاه کنید به بحث ویژه ۱-۱۱)، کماکان اختلالی بسیار ناهمگن است. مجموعه متنوع علائم باعث افزایش پیشنهادها درباره انواع فرعی این اختلال شده است. با وجود این، همانطور که خواهیم دید، اعتبار این انواع فرعی قابل تردید است.

اسکیزوفرنی آشفته یک نوع فرعی که در DSM-IV-TR، اسکیزوفرنی آشفته نام دارد با گفتاری مشخص می‌شود که آشفته است و دنبال کردن و فهمیدن آن برای شنونده دشوار است. بیماران ممکن است گسیخته و نامفهوم حرف بزنند، واژه‌هایی با تلفظ مشابه را سرهم کنند و حتی واژه‌های جدید بسازند، که معمولاً با مسخره‌بازی و خنده همراه است. بیمار ممکن است دچار افت عاطفی باشد یا تغییرات مداوم هیجانی را تجربه کند، و دچار حالت‌های توجیه‌ناپذیر خنده و گریه شود. رفتار بیمار نیز در کل آشفته است و هدف‌گرا نیست؛ برای مثال، ممکن است روبانی را دور انگشت بزرگ پا ببندد یا پیوسته راه برود و در همان حال بدون دلیل آشکاری به اشیاء اشاره کند.

اسکیزوفرنی کاتاتونایی آشکارترین علائم اسکیزوفرنی کاتاتونایی، همان علائم کاتاتونایی است که پیش‌تر توصیف کردیم. بیماران نوعاً بین بی‌حرکتی کاتاتونایی و تهییج شدید، تغییر حالت می‌دهند، اما یکی از این علائم ممکن است غالب باشد. شروع علائم کاتاتونایی ممکن است ناگهانی‌تر از شروع سایر علائم اسکیزوفرنی باشد، هر چند شخص ممکن است قبلاً کمی بی‌تفاوتی و قدری کناره‌گیری از واقعیت را بروز دهد.

اسکیزوفرنی کاتاتونایی امروزه به ندرت دیده می‌شود، شاید به این دلیل که داروها به نحوی کارآمد بر این فرایندهای حرکتی مختل تأثیر می‌گذارند. به عنوان تبیینی دیگر، بویل^۳ (۱۹۹۱) استدلال کرده است که شیوع آشکارا بالای کاتاتونی در اوایل قرن بیستم ناشی از تشخیص اشتباه بود. به طور مشخص، شباهت‌های بین التهاب خواب‌آور مغز^۴ (بیماری خواب) و اسکیزوفرنی کاتاتونایی، ناظر بر آن است که بسیاری از موارد بیماری خواب به اشتباه اسکیزوفرنی کاتاتونایی تشخیص داده می‌شد. این عقیده در فیلم بیداری‌ها^۵، که براساس زندگی و نوشته‌های اولیور ساکس^۶ ساخته شد، به تصویر کشیده شد.

اسکیزوفرنی پارانویایی وجود هذیان‌های بارز کلید تشخیص اسکیزوفرنی پارانویایی است. هذیان‌های گزند و آسیب شایع‌ترین هذیان‌ها هستند، اما بیماران ممکن است دچار **هذیان‌های بزرگ‌منشی** باشند، که در آن احساس اغراق‌آمیزی درباره اهمیت، قدرت، دانش، یا هویت خود دارند. هذیان‌های دیگری که پیش‌تر توصیف کردیم، مانند آزار و اذیت شدن یا پاییده شدن، نیز ممکن است دیده شود. توهم‌های شنیداری واضح ممکن است با هذیان‌ها همراه باشد. بیماران دچار اسکیزوفرنی پارانویایی معمولاً گرفتار **افکار عطفی**^۷ می‌شوند: آن‌ها اتفاقات بی‌اهمیت را در چهارچوبی هذیانی می‌گنجانند و در کارهای پیش پا افتاده دیگران، معنا و مفهوم شخصی می‌یابند. برای مثال، آن‌ها تصویری می‌کنند که قسمت‌هایی از یک گفتگو که اتفاقی به گوششان خورد درباره خودشان است، حضور بی‌درپی یک شخص در خیابانی که آن‌ها معمولاً در آن پیاده‌روی می‌کنند، به معنای آن است که پاییده می‌شوند، و چیزهایی که در تلویزیون می‌بینند یا در مجلات می‌خوانند به نحوی به آن‌ها مربوط می‌شود. اشخاص دچار اسکیزوفرنی پارانویایی ممکن است هیجان‌زده، اهل جروب‌بحث، عصبانی، و گاهی خشن باشند. آن‌ها از لحاظ هیجانی حساس و تأثیرپذیرند، هر چند ممکن است با دیگران تا حدودی خشک، رسمی، و جدی باشند. گفتار آن‌ها، گرچه آکنده از اشاره‌ها و ارجاع‌ها به هذیان‌هایشان است، آشفته نیست.

1. Susser

2. Wanderling

3. Boyle

4. encephalitis lethargica

5. Awakenings

6. Oliver Sacks

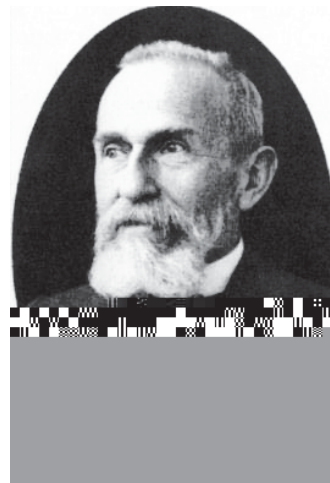
7. ideas of reference

بحث ویژه ۱-۱۱ تاریخچه مفهوم اسکیزوفرنی

تشخیصی را به بیمارانی محدود کند که پیش‌آگهی نامطلوبی داشتند. در مقابل، کارهای بلولر به مفهوم گسترده‌تری از این اختلال منجر شد. وی برخی از بیمارانی را که پیش‌آگهی خوبی داشتند، مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داد، و برای بیماران زیادی که تشخیص‌های متفاوتی از متخصصان بالینی دیگر دریافت می‌کردند، تشخیص اسکیزوفرنی می‌داد.



امیل کراپلین (۱۸۵۶-۱۹۲۶)، روانپزشک آلمانی، توصیفات اسکیزوفرنی را (که در آن موقع زوال عقل زودرس نامید) به روشی بیان کرد که در پرتو پژوهش‌های معاصر به‌طور چشمگیر تأیید شده است.



یوگین بلولر (۱۸۵۷-۱۹۳۹)، روانپزشک سوئیسی، به فهم ما درباره اسکیزوفرنی کمک کرد و این اصطلاح را ساخت.

مفهوم گسترده اسکیزوفرنی در آمریکا

بلولر نفوذ زیادی در خصوص مفهوم اسکیزوفرنی داشت به طوری که این مفهوم در ایالات متحده گسترش یافت. در بخش نخست قرن بیستم، گستره این تشخیص به‌طور چشمگیر افزایش یافت. در مقابل، مفهوم رایج

دو روانپزشک اروپایی به نام‌های امیل کراپلین^۱ و یوگین بلولر^۲، اولین بار مفهوم اسکیزوفرنی را مطرح کردند. کراپلین ابتدا در سال ۱۸۹۸ «زوال عقل زودرس»^۳ را توصیف کرد که اصطلاح او برای اختلالی بود که اکنون آن را اسکیزوفرنی می‌نامیم. وی دو گروه عمده از اختلال‌ها را که تأکید داشت درون‌زاد هستند، یا علت درونی دارند، متمایز کرد: بیماری شیدایی - افسردگی و زوال عقل پیش‌رس. زوال عقل پیش‌رس شامل چند نوع فرعی تشخیصی - زوال عقل پارانوئید، کاتاتونی، و هبه‌فرنی - بود که متخصصان بالینی در چند دهه گذشته آن‌ها را اختلال‌های مجزا به شمار می‌آوردند. هر چند این اختلال‌ها از لحاظ علائم با هم تفاوت داشتند، کراپلین عقیده داشت که آن‌ها هسته مشترکی دارند، و اصطلاح «زوال عقل زودرس» نشان‌دهنده چیزی بود که او عقیده داشت هسته مشترک این اختلال‌ها است - شروع زود هنگام (زودرس) و تباهی عقلی (زوال عقل) پیش‌رونده و چاره‌ناپذیر. زوال عقل در زوال عقل زودرس با زوال عقلی که در فصل مرحله پایانی زندگی (فصل ۱۵) بررسی می‌کنیم و عمدتاً آسیب‌های شدید حافظه معرّف آن است، یکسان نیست. اصطلاح کراپلین به «ناتوانی ذهنی» عمومی اشاره داشت.

بلولر به دو دلیل اصلی توصیف کراپلین را کنار گذاشت: او معتقد بود که این اختلال الزاماً شروع زود هنگام ندارد و به طور اجتناب‌ناپذیر به سمت زوال عقل پیش‌رس نمی‌رود. بنابراین برچسب «زوال عقل زودرس» دیگر مناسب نبود، و بلولر در سال ۱۹۰۸ اصطلاح خودش، اسکیزوفرنی، را مطرح کرد، که از واژه‌های یونانی اسکیزین^۴ («شکافتن») و فرین^۵ («ذهن») گرفته شده است و بیانگر چیزی است که وی آن را ماهیت اصلی این بیماری می‌دانست.

بلولر در رابطه با سن شروع و سیر رو به تباهی که دیگر، ویژگی‌های معرّف این اختلال به شمار نمی‌آمدند، با مشکل مفهومی روبه‌رو شد. علائم اسکیزوفرنی ممکن بود در میان بیماران که تا حد زیادی متفاوت باشد، بنابراین وی مجبور بود دلیلی برای قرار دادن آن‌ها در یک مقوله تشخیصی واحد ارائه کند. یعنی، او باید نوعی مخرج مشترک، یا ویژگی بنیادی، را که اختلال‌های مختلف را به هم پیوند می‌دهد، مشخص می‌کرد. «گسستن رشته‌های تداعی»، مفهومی استعاری بود که بلولر برای این منظور برگزید.

از نظر بلولر، رشته‌های تداعی نه فقط واژه‌ها بلکه افکار را نیز به هم متصل می‌کنند. بنابراین، تفکر و گفتگوی هدف‌گرای کارآمد فقط زمانی امکان‌پذیر بود که این ساختارهای فرضی، سالم و بی‌عیب بودند. پس این عقیده را که رشته‌های تداعی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی قطع می‌شود، می‌شد برای تبیین محدوده اختلال‌های دیگر به کار برد. برای مثال، بلولر مشکلات توجه را ناشی از نبود جهت‌گیری هدفمند می‌دانست، که به نوبه خود باعث واکنش‌های منفعلانه به اشیاء و اشخاص در محیط پیرامون می‌شد. به همین منوال انسداد، یعنی ناتوانی ظاهراً کامل در نگه داشتن قطار تفکر، را به منزله گسستگی کامل رشته‌های تداعی شخص به شمار می‌آورد.

کراپلین پی برده بود که درصد بسیار کمی از بیماران مبتلا به علائم زوال عقل زودرس، رو به تباهی و زوال نمی‌روند، اما ترجیح داد که این مقوله

1. Emil Kraepelin 2. Eugen Bleuler 3. dementiapræcox
4. schizein 5. Phren

اسکیزوفرنی در اروپا محدودتر باقی ماند.

اسکیزوفرنی گونه، اسکیزوئید، مرزب، و پارانویایی، نگاه کنید به فصل ۱۲) تشخیص خواهیم داد، مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داده می‌شدند.

دلایل افزایش فراوانی تشخیص اسکیزوفرنی در آمریکا به آسانی قابل درک است. نخست، چند شخصیت برجسته در روان‌پزشکی آمریکا، مفهوم گسترده بلولر از اسکیزوفرنی را حتی بسط بیشتری دادند. برای مثال، در DSM-II (۱۹۵۲) و DSM-II (۱۹۶۸) گفته می‌شد بیمارانی که ترکیبی از علائم اسکیزوفرنی و علائم عاطفی دارند، دچار نوع اسکیزوفرنی به نام روان‌پریشی اسکیزوافکتیو هستند. هم‌چنین، متخصصان بالینی آمریکا گرایش داشتند که هرگاه هذیان‌ها و توهم‌ها وجود داشت، شخص را اسکیزوفرن تشخیص دهند. از آنجایی که این علائم، به ویژه هذیان‌ها، در اختلال‌های خلق هم وجود دارند، بسیاری از بیماران با تشخیص اسکیزوفرنی DSM-II، ممکن بود در عمل دچار به اختلال خلق هم تشخیص داده شوند (کوپر و همکاران، ۱۹۷۲). به همین ترتیب، بیمارانی که ما اکنون آن‌ها را دچار اختلال شخصیت (به ویژه اختلال‌های شخصیت

مفاهیم کنونی اسکیزوفرنی: تعریفی محدودتر

مفهوم آمریکایی اسکیزوفرنی در آغاز با DSM-III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) و در ادامه با DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) و DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی، ۲۰۰۰) به طور چشمگیر تغییر یافته است، و دامنه بیمارانی که مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داده می‌شوند، محدود شده است. این تغییر، مشروح‌تر و روشن‌تر شدن ملاک‌های تشخیصی، ابداع مقوله‌های مجزا برای برخی از بیماری‌هایی که پیش‌تر انواع فرعی اسکیزوفرنی قلمداد می‌شدند، و ضروری شدن دست‌کم ۶ ماه اختلال برای تشخیص را دربرمی‌گرفت (نگاه کنید به ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اسکیزوفرنی).

انواع فرعی افزوده شده اسکیزوفرنی نامتمایز^۱، که در مورد بیمارانی به کار می‌رود که واجد ملاک‌های تشخیصی اسکیزوفرنی اند اما واجد ملاک‌های هیچ‌یک از سه خرده نوع اصلی نیستند، و **اسکیزوفرنی باقیمانده^۲**، که زمانی به کار می‌رود که بیمار دیگر واجد تمام ملاک‌های اسکیزوفرنی نیست اما هنوز برخی نشانه‌های این بیماری را از خود بروز می‌دهد، انواع فرعی افزوده شده‌ای هستند که در DSM-IV-TR گنجانده شده‌اند.

سنجش انواع فرعی هر چند انواع فرعی اسکیزوفرنی در DSM-IV-TR مبنای رویه‌های تشخیصی کنونی را تشکیل می‌دهد، سودمندی آن‌ها اغلب مورد تردید قرار می‌گیرد. در حقیقت، تشخیص‌گذاری انواع فرعی بی‌اندازه دشوار است، طوری که پایایی تشخیصی بسیار پایین است. علاوه بر این، انواع فرعی، اعتبار پیش‌بین اندکی دارند؛ یعنی، تشخیص این یا آن نوع فرعی اسکیزوفرنی اطلاعات اندکی در اختیار می‌گذارد که در درمان اختلال یا پیش‌بینی خط سیر آن مفید باشد. هم‌پوشی قابل توجه علائم در میان انواع فرعی هم وجود دارد. برای مثال، بیماران مبتلا به تمام انواع فرعی اسکیزوفرنی ممکن است هذیان داشته باشند.

سایر اختلال‌های روان‌پریشی در DSM-IV-TR

DSM-IV-TR گذشته از اسکیزوفرنی، مقوله‌های دیگری از اختلال‌های روان‌پریشی را دربرمی‌گیرد. بسیاری از این اختلال‌ها در گذشته انواع فرعی اسکیزوفرنی به شمار می‌آمدند، و به همین دلیل در مفهوم بسیار گسترده اسکیزوفرنی در آمریکا (نگاه کنید به بحث ویژه ۱-۱۱) نقش داشتند. اینها امروزه اختلال‌های مجزا به شمار می‌آیند، هر چند اغلب محققان و متخصصان بالینی عقیده دارند که آن‌ها در سطح علت‌شناسی با یکدیگر ارتباط دارند.

اختلال اسکیزوفرنی شکل^۳ و اختلال روان‌پریشی گذرا^۴ دو اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت‌اند. علائم اختلال اسکیزوفرنی شکل، همانند علائم اسکیزوفرنی است اما فقط از یک تا ۶ ماه ادامه می‌یابد. اختلال روان‌پریشی گذرا از یک روز تا یک ماه طول می‌کشد و معمولاً فشار روانی بیش از حد، مثلاً داغدیدگی، آن را پدید می‌آورد. **اختلال اسکیزوافکتیو** شامل آمیزه‌ای از علائم اسکیزوفرنی و علائم اختلال‌های خلق است.

هذیان‌های مقاوم‌گزند و آسیب یا حسادت هذیانی، یعنی اعتقاد بی‌پایه و اساس به اینکه همسر یا

1. undifferentiated

2. residual

3. schizophreniform disorder

4. brief psychotic disorder

معشوقه شخص، خیانتکار است، شخص مبتلا به اختلال هذیانی^۱ را آزار می دهد. هذیان های تعقیب شدن، هذیان های جنون جنسی^۲ (اعتقاد بیمار به اینکه شخصی دیگر، اغلب کاملاً غریبه و با پایگاه اجتماعی بالاتر، به او عشق می ورزد)، و هذیان های بدنی (این باور که یک اندام داخلی خوب کار نمی کند)، از جمله هذیان های دیگری هستند که در این اختلال دیده می شوند. شخص مبتلا به اختلال هذیانی، برخلاف شخص مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویایی، توهم ندارد و هذیان هایش کمتر عجیب و غریب است. اختلال هذیانی کم و بیش نادر است و در مقایسه با اسکیزوفرنی، معمولاً در سنین بالاتر شروع می شود. در اغلب مطالعات خانواده، چنین به نظر می رسد که اختلال هذیانی، شاید به طور ژنتیکی، با بیماری اسکیزوفرنی مرتبط است (کندلر و دیهل^۳، ۱۹۹۳).

چکیده کوتاه

DSM-IV-TR گنجنامه شده اند، اعتبار مناسبی ندارند و چندان مفید نیستند. اختلال های روان پریشی دیگر شامل اختلال اسکیزوفرنی شکل و اختلال روان پریشی گذرا است، که از لحاظ مدت با اسکیزوفرنی متفاوتند. اختلال اسکیزوفرنی و افکتیو، هم علائم اسکیزوفرنی و هم علائم اختلالات خلق را در بر می گیرد. اختلال هذیانی شامل هذیان ها است اما سایر علائم اسکیزوفرنی را شامل نمی شود، و هذیان ها در مقایسه با هذیان های اسکیزوفرنی کمتر عجیب و غریب اند.

اسکیزوفرنی اختلال بسیار نامتجانسی است که مردان و زنان را تقریباً به یک اندازه مبتلا می کند و نوعاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شود. علائم را می توان به صورت مثبت، منفی، و آشفته از هم متمایز کرد. علائم مثبت شامل توهم ها و هذیان ها است. علائم منفی شامل بی ارادگی، ناگویایی، افت عاطفی، بی لذتی، و بی تفاوتی اجتماعی است. علائم آشفته شامل گفتار آشفته و رفتار آشفته است. هیچ یک از این علائم برای تشخیص اسکیزوفرنی ضروری نیست. انواع فرعی DSM-IV-TR شامل کاتاتونیایی، پارانویایی، آشفته، نامتمایز، و باقیمانده است. اگرچه این انواع فرعی در

خودآزمایی ۱-۱۱

علامتی را که هر شرح کوتاه بالینی توصیف می کند، بنویسید.

می آورد که این شام ها همیشه همان غذا و گفتگو بوده اند، پس چرا باید خودمان را به زحمت بیاندازیم؟ پس از تشویق و ترغیب بسیار از طرف پدر، قبول کرد بیرون برود. سوفیا در موقع شام گفت که این غذا عالی است، شاید بهترین غذایی است که تا به حال خورده است. او می خندید و از داستان هایی که پدر و مادر و عموزاده هایش در طول شام تعریف می کردند، لذت می برد. در اواخر هفته مادرش اظهار کرد که سوفیا در خانه کار زیادی انجام نمی دهد. سوفیا گفت که نمی توانست کاری پیدا کند که انجام دادنش جالب باشد.

۴- جیون^{۱۰} با پزشکش درباره عوارض جانبی دارویش صحبت می کرد. او درباره خشک شدن دهانش حرف می زد و سپس بی درنگ شروع به صحبت درباره اسنک های خوشمزه کرد و درباره سفرهای شکار جنگلی و اینکه پیاده روی چقدر برای سلامتی شما خوب است اما بیل کلینتون سرحال تر از جورج بوش بود، حرف زد.

۱- چارلی^۴ از رفتن به سینما لذت می برد. به ویژه دوست داشت فیلم های سینمایی وحشتناک را ببیند، زیرا باعث می شدند که او واقعاً احساس ترس کند. خواهرش از شنیدن این موضوع تعجب کرد، زیرا وقتی که با چارلی به سینما می رفت، او به طور آشکار نفس نفس نمی زد یا در چهره اش ترس دیده نمی شد.

۲- مارلین^۵ معتقد بود که تام کروز^۶ برایش پیغام می فرستد. در فیلم سینمایی آخرین سامورایی^۷، زره جنگ پوشیدن او نشانه آن بود که حاضر است بجنگد تا آن ها پیش هم باشند. اینکه او رابطه اش را با بازیگر زن فیلم، پنلوپ کروز^۸، قطع کرد برای مارلین به این معنا بود که او سعی دارد با مارلین در ارتباط باشد.

۳- سوفیا^۹ نمی خواست با خانواده اش برای شام بیرون برود. او دلیل

1. delusionaldisorder

2. erotomania

3. Diehl

4. Charlie

5. Marlene

6. Tom Cruise

7. The Last Samurai

8. PenelopeCruz

9. Sophia

10. jevon

علت‌شناسی اسکیزوفرنی

چه عاملی می‌تواند از هم پاشیدن و گسستن افکار، نبود ابراز هیجان، هذیان‌های عجیب و غریب، و توهمات حیرت‌آور اشخاص دچار اسکیزوفرنی را تبیین کند؟ دیدگاه‌های نظری کلی، مانند روان‌تحلیلی، تأثیر زیادی بر پژوهش درباره اسکیزوفرنی نداشته‌اند. اما دیدگاه‌های دیگر، نتایج پژوهشی جالب بسیاری به بار آورده‌اند که در قسمت‌های بعد بررسی خواهیم کرد.

عوامل ژنتیکی

همان‌طور که در قسمت‌های مربوط به پژوهش‌های ژنتیک رفتاری و ژنتیک مولکولی بررسی خواهیم کرد، پژوهش‌های زیادی این تصور را تأیید می‌کنند که اسکیزوفرنی مؤلفه‌ای ژنتیکی دارد. شواهد به دست آمده از مطالعات ژنتیک رفتاری تا حدودی متقاعدکننده‌تر است، تا حد زیادی به این دلیل که به اندازه کافی تکرار شده است. بسیاری از مطالعات ژنتیک مولکولی نیاز به تکرار دارند تا به اطمینان از یافته‌های آن‌ها کمک کند.

جدول ۲-۱۱: خلاصه خانواده پژوهی و دوقلو پژوهی‌های مهم درباره ژنتیک اسکیزوفرنی

رابطه با نمونه (نمونه شاخص)	درصد ابتلا به اسکیزوفرنی
همسر	۱/۰۰
نوه‌ها	۲/۸۴
پسر برادر یا خواهر/دختر برادر یا خواهر	۲/۶۵
فرزندان	۹/۳۵
همشیرها	۷/۳۰
دوقلوهای DZ	۱۲/۰۸
دوقلوهای MZ	۴۴/۳۰

پژوهش‌های ژنتیک رفتاری شیوه‌های خانواده‌پژوهی، دوقلو پژوهی، و مطالعات فرزند خواندگی به کار رفته در این حوزه، همان‌طور که در سایر طرح‌های پژوهشی ژنتیک رفتاری چنین است، باعث شده است که پژوهش‌گران نتیجه‌گیری کنند نوعی زمینه اسکیزوفرنی به ارث می‌رسد. باید خاطر نشان کنیم که بسیاری از مطالعات ژنتیکی اسکیزوفرنی، زمانی اجرا شدند که تعریف اسکیزوفرنی به‌طور چشمگیر گسترده‌تر از تعریف امروزی آن بود. با وجود این، محققان ژنتیکی، داده‌های توصیفی وسیعی درباره نمونه‌هایشان جمع‌آوری کردند، که بازتحلیل نتایج با استفاده از ملاک‌های تشخیص‌های جدیدتر را در آینده امکان‌پذیر می‌سازد.

مطالعات خانواده جدول ۲-۱۱، خلاصه خطر ابتلا به اسکیزوفرنی را در بستگان مختلف نمونه‌های دچار اسکیزوفرنی نشان می‌دهد (در بررسی این ارقام، به خاطر داشته باشید که خطر ابتلا به اسکیزوفرنی در جمعیت عمومی، اندکی کمتر از یک درصد است). کاملاً روشن است که بستگان بیماران دچار اسکیزوفرنی در معرض خطر بیشتری قرار دارند و با نزدیک‌تر شدن رابطه ژنتیکی بین نمونه و خویشاوند، خطر ابتلا افزایش می‌یابد (کندلر، کارکوفسکی - شومن، و والش، ۱۹۹۶). علاوه بر این، بیمارانی که در پیشینه خانوادگی شان اسکیزوفرنی دارند، علائم منفی بیشتری دارند تا بیمارانی که در خانواده آن‌ها اسکیزوفرنی وجود نداشته است (مالاسپینا و همکاران، ۲۰۰۰)، که حاکی از آن است که علائم منفی احتمالاً مؤلفه ژنتیکی قوی‌تری دارند. بستگان بیماران دچار اسکیزوفرنی در معرض خطر بالاتر اختلال‌های دیگر (مانند اختلال شخصیت اسکیزوتایپی) نیز هستند؛ اختلال‌هایی که تصور می‌رود شکل‌های خفیف‌تر اسکیزوفرنی‌اند (کندلر، نیل، و والش، ۱۹۹۵).

بنابراین نتایج مطالعات خانواده، این عقیده را تأیید می‌کند که زمینه اسکیزوفرنی می‌تواند به‌طور ژنتیکی منتقل شود. با وجود این، بستگان شخص مبتلا به اسکیزوفرنی نه تنها در ژن‌ها بلکه در تجارب یکسان هم اشتراک دارند. از فصل ۲ به یاد دارید که ژن‌ها بخش زیادی از تأثیر خود را از راه محیط اعمال می‌کنند. بنابراین، نمی‌توان تأثیر محیط را در تبیین خطر بالاتر در میان بستگان نادیده گرفت.

مطالعات دوقلوها جدول ۲-۱۱، خطر ابتلای هم شکمان همسان (MZ) و ناهمسان (DZ) اشخاص دچار اسکیزوفرنی را نیز نشان می‌دهد. خطر ابتلای هم شکمان MZ (۴۴/۳ درصد)، هر چند بالاتر از خطر ابتلای هم شکمان DZ (۱۲/۰۸ درصد) است، باز هم بسیار کمتر از ۱۰۰ درصد است. در مطالعات جدیدتر هم نتایج مشابهی به دست آمده است (کانون^۱ و همکاران، ۱۹۹۸؛ کاردنو^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). همگامی کمتر از ۱۰۰ درصد در میان دوقلوهای MZ مهم است: اگر انتقال ژنتیکی به تنهایی علت اسکیزوفرنی را تبیین می‌کرد و یک هم شکم، اسکیزوفرنی داشت، هم شکم دیگر هم دچار اسکیزوفرنی می‌شد، زیرا دوقلوهای MZ از لحاظ ژنتیکی یکسان هستند. اما این واقعیت که وقتی شدت بیماری هم شکم مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر است، خطر ابتلا در میان دوقلوهای MZ بیشتر می‌شود، اهمیت عوامل

1. Cannon

2. Cardno