



آسیب شناسی روانی ۲

Psychopathology 2

رشته روان شناسی بالینی

موسسه آموزش عالی فروردین

■ اختلالات شخصیت (Personality Disorders) ■

● Character and Personality :

- منش، شخصیت اختصاصی در هر فرد است. و آن؛ از مجموعه ی صفات، خصوصیات بدنی و روانی او تشکیل شده است.
- و شخص را از سایر افراد متمایز می کند.
- کلمه منش، همچنین کل گرایش های عاطفی و اخلاقی و واکنش های عادی، که نمودار صفات پایدار بدنی و روانی شخص هستند را می رساند.
- کلمات منش و شخصیت؛ هر دو معرف مشخصات اساسی و رفتاری آدمی هستند.
- لفظ منش بیشتر وقتی به کار می رود ← که مقصود، رساندن آن چیزی است که معلوم خود شخص است.
- لفظ شخصیت بیشتر وقتی به کار می رود ← که مقصود، نشان دادن آن چیزی است که به نظر دیگران می آید.
- در روان پزشکی این دو کلمه معمولاً به جای یکدیگر به کار برده می شود.
- شخصیت به معنای کلی : رفتار قابل مشاهده فرد را توصیف می کند.
- شخصیت را می توان کلیت منحصر به فردی از صفات هیجانی و رفتاری توصیف کرد که در زندگی روزمره به چشم می خورد و معمولاً ثابت و قابل پیش بینی است.
- طبق تعریف DSM-IV اختلالات شخصیت عبارت است از :
 - تجارب؛ درون ذهنی و رفتاری و روانی، که چند ویژگی دارد : ←
 - بر معیارهای فرهنگی جامعه منطبق نیست.
 - غیر قابل انعطاف است.
 - از نوجوانی یا جوانی شروع می شود.
 - در طول زمان تغییر نمی کند.
 - موجب ناراحتی فرد و عملکرد وی می شود.
 - اختلالات شخصیت در محور II از محورهای تشخیص گذاری قرار داده می شود.
 - علائم اختلال شخصیت برای فرد، Ego-syntonic است و این باعث می شود فرد از جهت رفتارهای غیر انطباقی خود احساس اضطراب نکند.
 - علائم اختلال شخصیت Alloplastic می باشند. یعنی ← فرد برای تطابق سعی می کند محیط خود را تغییر دهد. فرد مبتلا چون خودش به اختلالش واقف نیست، و احساس می کند محیط اطرافش اشکال دارد. [یعنی بیمار بیشتر به دنبال تغییر محیط است تا تغییر خود]
 - بنابراین؛ این افراد مبتلا به اختلال شخصیت به دلایل فوق انگیزه ای برای درمان نداشته و در مقابل آن مقاومت می کنند.
- تشخیص اختلال شخصیت وقتی داده می شود که : ←
 - رفتار عادی شخص نسبت به خود یا دیگری آسیب زننده باشد و یا به طوری مختل یا محدود باشد که باعث ناراحتی خود یا دیگران شود.
- شکایات بیمارانی که اختلالات شخصیت دارند مربوط می شود به : ←
 - مشکلاتشان با دیگران.

این شکایات معمولاً درباره رفتار بد دیگران نسبت به آن هاست و یا در شرایط نا مساعد زندگی؛ و کمتر مربوط به رنج درونی آنهاست. فقط ←

در موارد نادر هست که بیمار ممکن است که این بصیرت را داشته باشد که رفتار خودش نسبت به دیگران، نابهنجار است.

♦ طبقه بندی اختلال شخصیت

• در DSM-IV-TR اختلالات شخصیت به سه دسته تقسیم می شود.

Cluster -A : شامل سه اختلال ←	Paranoid – Schizoid – Schizotypal
Cluster -B : شامل چهار اختلال ←	Antisocial – Borderline – Histrionic – Narcissistic
Cluster -C : شامل سه اختلال ←	Avoidance – Dependent – Obsessive Compulsive
NOS- شامل دو اختلال ←	Passive Aggressive - Depressive

♦ Epidemiology (علم امراض مسری) :

در ۱۰-۱۳ درصد جمعیت کل دیده می شود.

در طبقات پایین تر اجتماع شایع تر است.

انواع؛ ضد اجتماعی - خودشیفته - بدبین - وسواس، در مردان شایع تر است.

انواع؛ نمایشی - وابسته، در زنان بیشتر است.

• مرگ و میر مبتلایان، بالاتر از جمعیت کلی است. که از دلایل آن : ←

خود کشی - مشکلات اورژانسی و تصادف است.

میزان طلاق و جدایی در آن ها بیشتر است.

♦ Etiology (سبب شناسی) اختلالات شخصیت :

عوامل ارثی - عوامل زیستی - عوامل روان کلوانه

● عوامل ارثی :

Concordance در دو قلو های یک تخمکی، از نظر ابتلا به اختلالات شخصیت چندین برابر دوقلوهای دو تخمکی است.

برسی ها نشان داد که :

شخصیت - مزاج - علایق شغلی - تفریحی و نگرش های اجتماعی، در دو قلوهای یک تخمکی جدا از هم پرورش داده شده، به اندازه دوقلوهای یک تخمکی باهم پرورش داده شده، به هم شباهت دارند.

اختلالات شخصیت دسته A (پارانوئید - اسکیزوئید - اسکیزوتایپال) ← در بستگان تنی بیماران شیذوفرن، شایع تر از گروه شاهد خود است.

اختلالات شخصیت دسته B (ضد اجتماعی - مرزی - نمایشی - خودشیفته) ← اساس وراثتی دارند.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی ← با اختلالات مربوط به مصرف الکل رابطه دارد.

اختلال شخصیت مرزی ← با وجود افسردگی در سابقه خانوادگی بیماران، شایع تر است.

□ وسواس- اجبار ← در دو قلوهای یک تخمکی بیشتر از دوقلوهای دو تخمکی است.

● عوامل زیستی

■ هورمون ها :

افرادی که خصوصیات Impulsive دارند، اغلب سطح تستوسترون ← ۱۷ استرادیول و استروژن بالا دارند.

■ نوروترانسمیترها (Neurotransmitters) :

تغییرات سطح سروتونین، دوپامین و نیز آندورفین ها با بعضی از اختلالات شخصیتی در ارتباط است.

■ الکتروانسفالوگرافی (Eeg (Electroencephalography :

شیوع الکتروانسفالوگرافی غیرعادی، به خصوص به صورت بروز امواج کند در اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی.

■ حرکات تعقیبی ظریف چشم :

این حرکات در بیماران introversion (درون گرایی) ← اعتماد به نفس پایین- منزوی و در اختلالات شخصیت اسکیزوتایپال به صورت جهشی Saccade است.

● عوامل روانکاوانه در اختلال شخصیت :

• فروید:

□ معتقد بود که صفات شخصیتی، در ارتباط با Fixation (مکانیسم دفاعی) در یکی از مراحل رشد روانی- جنسی است. مثل:

Oral character : که فردی منفعل و وابسته است، در مرحله دهانی تثبیت شده است.

• ویلهلم رایش :

□ صفات شخصیتی را ناشی از استفاده از مکانیسم های دفاعی مشخصی می داند که فرد به کار می برد تا خود را در برابر

Impulses درونی و یا در برابر اضطراب درون روابط بین فردی محافظت نماید.

□ اگر در دفاع ها مؤثر واقع شوند ← فرد مبتلا می تواند بر اضطراب، افسردگی، خشم و... فائق آید.

■ بنابراین این رفتار ها برای او Ego-syntonic (مقبول برای ایگو) خواهد بود. یعنی ←

□ با وجودیکه این رفتار بر دیگران اثر سوء دارد، هیچ رنج و عذابی برای خود او ندارد و برایش غیر عادی نیست، خود را به حق می داند و در پی اصلاح آن برنمی آید.

■ روانکاوان معتقدند که اختلالات شخصیت زاینده ادامه روش های نادرستی است که در دوره ادیپ برای حل مسائل به کار برده شده است.

□ در دوره ادیپ است که مشکلات غریزی مربوط می شود به، کشش به سوی مادر (برای پسر) و به طرف پدر (برای دختر) که باید از طریق همانند سازی با والد هم جنس خود حل شود.

□ آن طریقی که فرد در روابط متقابل و در حل مشکلات با خانواده اش به کار می برد، برای رفتار بعدی او الگو خواهد بود.

□ کودک در جریان رشد خود مجبور است برای حل مشکلات باقی مانده در رابطه با خانواده به دنبال جواب هایی نسبی بگردد.

مثلا: می خواهد ببیند با مشکل پر خاشگری چگونه باید روبه رو شود.

■ فرق فردی که اختلال شخصیت دارد با فرد عادی، در به کار بردن تکراری و انعطاف ناپذیری راه های نسبی است. مثلا: کودک ممکن است یاد گرفته باشد که با پر خاشگری آنچه که می خواهد از مادرش طلب کند.

□ چنانچه بقیه عمر در انتظار این باشد که دیگران را نیز با پر خاشگری وادار به ارضای امیال خود کند، آن وقت می توان گفت

■ عوامل روان شناختی موثر بر وضعیت طبی یا جسمانی (Psycho Physiologic/Psychosomatic) ■

□ در افراد سالم، عوامل هیجانی (ترس - خشم - افسردگی) معمولاً مدت کوتاهی ادامه دارد.

□ بنابراین واکنش های جسمانی همراه آن ها نیز کوتاه مدت و گذرا خواهد بود، اما: ←

□ عکس العمل های جسمانی افرادی که مدام دست خوش هیجان می شوند، طولانی و شدید است.

- نتیجه ای این نوع فعل و انفعالات، اختلالات مورد بحث ماست.

● اصطلاح روان تنی در دو مورد اصلی به کار می رود:

۱- برای بیان نگرش عمومی درباره بیماری، یعنی اینکه ← پزشک به عوامل روانی و اجتماعی نیز، مثل عوامل بدنی توجه می کند.

□ پس؛ این اصطلاح در مورد کلیه بیماری ها به کار می رود.

۲- برای مشخص کردن گروهی از بیماری ها که در آن ها عوامل هیجانی، نقش نمایانی در سبب شناسی بیماری دارند.

□ در این گروه، بیماری هایی وجود دارد با ضایعات بدنی، که در پیدایش هردو عامل هیجانی و جسمی ممکن است نقش داشته باشد.

□ طب روان تنی، بر وحدت و تعامل بین جسم و روان تاکید دارد و اعتقاد بر این است که عوامل روانشناختی می توانند به طور

مخرب روی حالت طبی بیمار از راه های مختلف تأثیر بگذارد. ← شروع - پیشرفت - تشدید و یا وخامت بیماری

□ تقریباً تمام بیماری های طبی، به درجاتی تحت تأثیر عوامل روانی واقع می شوند.

□ معتقدند عوامل روان شناختی در پیدایش و سیر تمام بیماری ها نقش با اهمیتی دارند.

● DSM-IV-TR که از اصطلاح Psychosomatic استفاده نمی کنند. و آن را اینطور تعریف می کنند: ←

□ یک یا چند عامل رفتاری یا روانی؛ که به طور ناخواسته در سیر یا عاقبت یک بیماری طبی عمومی تأثیر قابل ملاحظه ای می گذارد.

♦ طبقه بندی

□ اختلالات روانی کلاسیک با نشانه های جسمانی که جزئی از اختلال است. مثل:

□ اختلال تبدیلی (Conversion) ← که یک Conflict سبب تولید نشانه های جسمانی می شود.

□ Somatization ← نشانه های جسمانی که مبتنی بر آسیب عضوی نیست.

□ Hypochondriasis (خود بیمار انگاری) ← بیمار توجه اغراق آمیزی به سلامتی خود معطوف دارد.

□ شکایات جسمانی که به طور شایعی همراه با اختلالات روانی دیده می شود. مثل:

□ Dysthymic disorder ← با نشانه های : ضعف عضلانی - خستگی و...

□ شکایات جسمانی وابسته به مواد

♦ Etiology

□ یکی از عوامل اساسی در ایجاد واکنش ها و اختلالات روان تنی Conflict است. دیدگاه های مختلفی در ایتولوژی وجود دارد :

● دیدگاه روانکاوانه :

□ هر واکنش روان- تنی؛ نشانه سمبولیک نوعی کشمکش روانی خاصی در درون فرد است.

□ این کشمکش، تحت شرایط خاصی تحریک می شود و با توجه به گذشته خاص فرد و ساخت شخصیتی مخصوص به خود، به صورت بیماری خاصی بروز می کند. مثلاً: ←

بیماری فشار خون را مربوط به خشم فرو خورده ای می داند که در دوران کودکی براثر تسلط والدین، امکان بروز آن داده نشده است. و یا زخم معده، که بیشتر در افراد جاه طلب و اتکایی دیده می شود.

• دیدگاه روانی- فیزیولوژیک (Psychic- physiology):

• W- canon:

□ ارتباط بین استرس با بیماری ها را مورد بررسی قرار داده و نشان داد که: ←

□ تحریک دستگاه عصبی خودکار به ویژه سمپاتیک، اورگانیزم را برای Flight or fight (فرار یا مقاومت) آماده می کند.

□ این پاسخ برای حیوانی که قصد فرار از خطر یا مقابله با آن را دارد مفید است ولی هیچکدام برای انسان متمدن امروزی ضروری نیست.

□ به همین دلیل استرس باعث بروز بیماری می شود.

• هانس سیله

استرس و نقش آن در بیماری های جسمی مورد بررسی قرار داد:

□ الگویی برای استرس ارائه داد که آن را GAS نامید. ← General Adaptation Syndrome

• شامل سه مرحله است: [نحوه کنار آمدن اورگانیزم با استرس]

۱- واکنش هشدار: فعال کردن دستگاه عصبی خودمختار

۲- مرحله مقاومت: که تطابق به شکل مطلوبی برقرار می شود. (سازگاری)

۳- مرحله فرسودگی: که طی آن تطابق یا مقاومت کسب شده ممکن است از بین برود.

□ سلیه، استرس را؛ واکنش غیر اختصاصی بدن [یعنی اورگانیزم به استرس به طور یکسان واکنش نشان می دهد] به هرگونه خواسته و نیازی می داند که توسط شرایط لذت بخش یا ناخوشایند ایجاد شده باشد. [عوامل استرس زا] بنابراین ←

□ ضرورتی ندارد که استرس همیشه ناخوشایند باشد. [یک مزه بسیار مسرت بخش و موفقیت غیر منتظره در یک مسابقه بزرگ نیز می تواند برای فرد ایجاد استرس کند به همان گونه که یک خبر ناگوار و یک تسلیت ناگهانی نیز چنین است.]

□ سلیه، استرس ناخوشایند را ← Distress نامید.

□ پذیرش هر نوع استرس مستلزم تطابق است.

□ طبق تعریف فوق، استرس ← شامل هر چیزی می شود که بقای فرد را با خطر و تهدید مواجهه نماید (واقعی- تصویری- سمبولیک)

• واکنش بدن به استرس شامل: ←

□ راه انداختن مجموعه ای از پاسخ هاست که تلاش می کند تا اثر؛ عامل استرس زا را کاهش داده و تعادل بدن را به حالت اولیه باز گرداند.

□ بسیاری از عوامل استرس زا، در طول مدت زمانی طولانی رخ می دهند و یا عواقب دیرپا و دراز مدتی دارند. مثل: ←

□ مرگ همسر- در معرض حمله جنسی قرار گرفتن، که تا چند سال نگرانی و تشویش در پی دارد.

• Richard Lazarus:

تاکید می کند به اینکه ارزشیابی شناختی فرد از محرک های استرس زا، عامل بسیار مهمی در تعیین واکنش هایی است که به دنبال آن رخ می دهد.

● دیدگاه فرهنگی – اجتماعی (Cultural – social)

● خانم کارن هورنای :

□ بر تأثیرات فرهنگی در پیدایش بیماری های روان – تنی تأکید دارد.

■ به صورت : ←

□ تأثیرات فرهنگی بر مادر اعمال می شود و او در طی روابطش با کودک بر او اثر می گذارد.

□ معتقدند که عوامل روانی – اجتماعی؛ می توانند در تعیین آسیب پذیری نسبت به بیماری ها، نقش عوامل استرس زا یا محافظت کننده را بازی کنند.

● تأثیر فراز و نشیب های زندگی

□ رویدادهای زندگی چه خوشایند و چه ناخوشایند، اغلب به صورت اتفاقی رخ می دهد، و چالش هایی را به وجود می آورد که فرد می بایست به خوبی از عهده ی پاسخگویی به آن ها برآید.

□ در مورد فوق، یک مقیاس انطباق مجدد اجتماعی؛ حاوی ۴۳ رویداد زندگی وجود دارد. تجمع بیش از ۲۰۰ واحد تغییر زندگی در مجموع یک سال امکان بروز اختلال روان – تنی در آن سال را بالا می برد.

● استرس اختصاصی و غیر اختصاصی

□ علاوه بر استرس های عمومی مثل: طلاق یا مرگ همسر، بعضی از شخصیت ها و تعارض های خاص، با بیماری های روان تنی خاصی ارتباط دارند.

■ استرس روانی اختصاصی؛ می تواند ← شخصیت خاص یا یک کشمکش ناخودآگاه خاص باشد؛ که سبب ← عدم تعادل حیاتی شده و منجر به ← اختلالات روان – تنی گردد.

□ امروزه نظریه استرس غیر اختصاصی، بیش از نظریه استرس اختصاصی مورد قبول است.

■ اضطراب مزمن که دارای آثار فیزیولوژیکی است، می تواند افراد خاص را که به طور ژنتیکی عضو آسیب پذیر دارند؛ مستعد ← اختلال روان – تنی کند.

□ این عضو آسیب پذیر می تواند در هر قسمتی از بدن باشد ← معده – قلب – پوست – ریه

□ این عضو آسیب پذیر یا diathesis که زمینه ارثی دارد، می تواند ناشی از آسیب پذیری اکتسابی نیز باشد.

■ یکی دیگر از عوامل غیر اختصاصی Alexithymia است، : ← شخص ناتوان در برابر احساسات خود است. چون از حالت خلق خود آگاهی ندارد، در نتیجه ← tension به وجود آمده و باعث بروز بیماری می شود.

● ارث

□ وراثت، در کارکرد دستگاه داخلی و اعصاب خودکار و نحوه واکنش نشان دادن آن ها در برابر فشار و تحریک های محیطی تأثیر محسوسی دارد.

* یادگیری و بیماری روان – تنی

■ واکنش های سایکو سوماتیک، براساس یادگیری کلاسیک ایجاد می شوند، نه از طریق شرطی شدن عامل

● فعالیت سمپاتیک ← واکنش طبیعی در مقابل محرک طبیعی ترس آور است. پس می توان: ←

- فعالیت فوق را با هیجانی که بلافاصله از محرک ترس رخ می دهد شرطی کرد.
- فعالیت سمپاتیک شبیه ترشح بزاق سگ در هنگام شنیدن صدای زنگ برای شرطی شدن است.

* مروری بر دستگاه عصبی خودکار

- رابطی بین عواطف و امعاء و احشاء است.
- اعصاب سمپاتیک و پارا سمپاتیک در یک عضو مخالف یکدیگر عمل می کنند.
- سیستم سمپاتیک فرد را آماده می کند تا واکنش آنی و ضروری نشان دهد، مبارزه کرده یا فرار کند.
- فعالیت پارا سمپاتیک برعکس فعالیت سمپاتیک زمانی رخ می دهد که موجود در حال آرامش، امنیت، غذا خوردن و خوابیدن است.
- در اصل فعالیت پاراسمپاتیک:
- تعادل (Homeostasis) موجود زنده را تضمین می کند.
- دستگاه سمپاتیک و پارا سمپاتیک؛ از طرف هیپوتالاموس طوری کنترل می شود که در شرایط معمولی، تأثیر هردو سیستم بر موجود زنده تقریباً در یک حد باشد.
- در اختلالات روان-تنی؛ این تعادل به هم می خورد.
- خطراتی که سبب اختلال و بی نظمی در دستگاه سمپاتیک و پارا سمپاتیک می شود ←
- معمولاً درونی و روانی است و دستگاه عصبی خودکار به طوری عمل می کند که گویی خطر از بیرون موجود را تهدید می کند.

* تفاوت اختلالات روان-تنی با اختلالات روانی دیگر

□ اختلالات روان-تنی :

- ۱- سیستم عصبی خودکار در اعضای مختلف در گیر است. انسان با وجود درک و آگاهی از آن، قادر به کنترل واکنش نیست.
- ۲- اضطراب را کاهش نمی دهد.
- ۳- ریشه فیزیولوژیکی دارد نه سمبولیک
- ۴- غالباً با تغییرات ساختمان بدن همراه است و گاه خطر جانی دارد.

□ اختلال Somatization :

- ۱- سیستم عصبی مرکزی دخالت بیشتری دارد.
- ۲- واکنش های جسمی تا اندازه ای سبب کاهش اضطراب می شود.
- ۳- عکس العمل جسمی ریشه سمبولیک دارد.
- ۴- واکنش جسمی به ندرت خطرناک است.

• بعضی از اختلالات خاص روان تنی :

- ۱- اختلالات پوستی- روانی
- ۲- اختلالات اسکلتی- عضلانی
- ۳- اختلالات گوارش
- ۴- اختلالات قلبی- عروقی
- ۵- اختلالات دستگاه گوارش

■ شیذوفرن (اسکیزوفرنی) (Schizophrenia) ■

- تقریباً ۱٪ مردم را مبتلا می سازد.
- معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع و تمام عمر ادامه می یابد.
- در تمام طبقات اجتماعی دیده می شود.
- تا سال ۱۸۹۶ بیماری ای به نام شیذوفرن وجود نداشت تا اینکه در این سال، آقای امیل کریپلین اسم این بیماری را ←
Dementia Praecox نامید.

◆ تاریخچه

- 1869 → Emil Kraepelin → Dementia Praecox
- ۱- پیش آگهی انتهایی : دمانس ۲- پدیده های قابل رویت مثل توهم، هذیان
- 1911 → Eugen Bleuler → Schizophrenia
- بلولر:
- از نظر او همین گسیختگی شخصیت، خصوصیت اصلی بیماری است تا پیش آگهی انتهایی
- به عقیده بلولر درمان ناپذیری و زوال عقل انتهایی، از خصوصیات اصلی شیذوفرنیاست.
- عقیده بلولر این بود که ممکن است عده ای دچار زوال عقل شوند و عده ای دیگر بدون عارضه بهبود یابند.
- بلولر به جای تعریف علایم، سلسله مراتبی از نظر اهمیت برای آن ها ارائه داد و علایم اولیه و ثانویه را مطرح ساخت.
- علایم اولیه : که به A4 معروف است : ←
- Affect – Autism – Association – Ambivalence
- علایم ثانویه : تمامی علایمی که کرپلین به عنوان علایم اصلی معرفی کرده بود. یعنی : ←
- هذیان - توهم - رفتار کلیشه ای - منفی گری و...
- کرپلین ۳ نوع از این بیماری را معرفی کرده بود : ←
- Catatonic – Paranoid – Hebephrenic – Deimprevalence
- بعد از آن بلولر نوع چهارمی را به آن افزود. یعنی ← نوع Simple

◆ Epidemiology

- ۱- Prevalence (درجه شیوع) :
- تعیین دقیق عیار بروز و شروع، مشکل است به علت نبودن روش های ←
- تشخیصی عینی - اشکالات در شناسایی تمام موارد بیماری و مشخص نمودن تاریخ دقیق شیوع بیماری.
- عیار شیوع برای تمام عمر حدود یک در صد است.
- ۲- سن و جنس :
- حداکثر شروع بیماری در مردها ← ۲۵ - ۱۵ سالگی و در خانم ها ← ۳۵ - ۲۵ سالگی است. • این تفاوت به علت : ←
- تعصب اجتماعی در مورد دو جنس است تا تفاوت واقعی

□ شروع بیماری قبل از ۱۰ سالگی و بعد از ۵۰ سالگی نادر است.

□ تقریباً ۹۰٪ بیماران تحت درمان؛ ۱۵ تا ۵۴ ساله هستند.

□ بین دو جنس تفاوتی از نظر شیوع وجود ندارد.

۳- عیار زاد و ولد - خودکشی و مرگ :

□ با کشف داروها- سیاست جدید درمان- عدم وابستگی به موسسات درمانی و تأکید روی توان بخشی ←

افزایش در زاد و ولد این بیماران مشاهده شد. • در حال حاضر : ←

□ عیار زادو ولد این بیماران کاملاً نزدیک به عیار جمعیت کلی است.

□ تقریباً ۵۰٪ بیماران در یک پیگیری ۲۰ ساله؛ اقدام به خودکشی نمودند که ۱۰٪ آن ها در اقدام خود موفق بوده اند.

□ عیار مرگ و میر بیماران، از سایر علل طبیعی بالاتر است.

۴- ملاحظات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی :

□ در تمام طبقات فوق دیده می شوند.

□ در جوامع صنعتی، تعداد نا متناسبی بیمار شیزوفرن در طبقات اجتماعی- اقتصادی پایین مشاهده می شود.

• که دو نظریه وجود دارد : ←

1- Downward drift Hypothesis

فرضیه سقوط اجتماعی

2- Social causation Hypothesis

فرضیه علت و معلول اجتماعی

۵- تراکم جمعیت :

□ شیوع شیزوفرن با تراکم جمعیت منطقه در شهرهای دارای جمعیت یک میلیون به بالا رابطه دارد.

□ این رابطه در شهرهای دارای جمعیت ۵۰۰ - ۱۰۰ هزار، ضعیف تر شده و در شهرهای دارای جمعیت کمتر از ۱۰۰۰۰ از بین

می رود. یعنی اینکه : ←

□ استرس زا های اجتماعی ممکن است در بروز شیزوفرن در افراد در معرض خطر مؤثر باشد.

۶- بی خانمانی :

- مسئله افراد بی خانمان در شهرهای بزرگ ممکن است مربوط به رفع وابستگی شیزوفرن ها به موسسات مربوطه می باشد.

- تخمین زده میشود ۱/۳ تا ۲/۳ این افراد شیزوفرن باشند.

۷- مهاجرت- صنعتی شدن و تغییرات فرهنگی :

□ عیار شیوع شیزوفرن در مهاجرین تازه؛ بالاتر است. یعنی اینکه ←

تغییرات فرهنگی ناگهانی به عنوان عامل استرس زا مطرح می شود.

□ شیوع شیزوفرن در ممالک جهان سوم، که هرچه تماس آن ها با فرهنگ هایی که از نظر تکنولوژی پیشرفته تر هستند؛ افزایش

یابد، بیشتر است.

□ پیش آگهی از عاقبت شیزوفرن در فرهنگ های کم رشد که در آن وابستگی بیماران به جامعه و خانواده کاملتر است، بهتر می

باشد.

۸- فصلی بودن تولد :

□ در نیمکره شمالی، شیزوفرن هایی که در ماه های زمستان متولد شده اند، بیشتر است.

۹- تخت های بیمارستان های روانی و هزینه مادی برای جامعه :

□ الگوی بستری شدن بیماران شیزوفرن نسبت به گذشته تغییر کرد.

□ تعداد پذیرش بالا رفته ولی طول مدت بستری کم شده است.

□ احتمال بستری شدن مجدد در طی دو سال پس از نخستین ترخیص ۶۰-۴۰ درصد است.

□ این بیماران تقریباً ۵۰ درصد تخت های بیمارستان روانی را اشغال می کنند.

■ شیزوفرن پرهزینه ترین اختلال روانی از نظر :

□ مخارج مستقیم درمان

□ فقدان کارائی

□ هزینه های مربوط به خدمات عمومی

◆ Etiology

□ شیزوفرن احتمالاً یک اختلال Heterogeneous است.

■ مدل عمده منسجم کننده این عوامل سبب شناسی ←

(Stress – Diathesis Model)

□ طبق این مدل، شخص یک آسیب پذیری خاصی دارد و یک عامل محیطی استرس زا، علائم شیزوفرن را در او ایجاد می کند.

□ استرس و استعداد مزاجی ممکن است بیولوژیک- محیطی و یا هر دو جنبه را داشته باشد.

□ عامل محیطی خود نیز می تواند بیولوژیک و یا سایکولوژیک باشد.

● فرضیه بیولوژیک :

• Neurotransmitters

۱- فرضیه دوپامین:

فرضیه عمده نوروترانسمیتر؛ در مورد شیزوفرن است. به صورت افزایش فعالیت سیستم دوپامین

■ تقویت کننده عمده این فرضیه :

□ وابستگی پیدا کردن تمام نورولپتیک های مؤثر در این بیماری به گیرنده های دوپامینی

□ تشدید علائم بعضی بیماران شیزوفرن پس از تجویز آمفتامین یا Levodopa

□ شواهدی دال بر افزایش فعالیت نوراپی نفرین وجود دارد.

□ GABA نوروترانسمیتر مهاری است به صورت کاهش فعالیت گابا که سبب ← افزایش فعالیت دوپامینرژیک می شود.

۲- فرضیه Neuropathology (آسیب های سیستم عصبی)

دستگاه لمبیک به عنوان محور پاتوفیزیولوژیک بیماری مورد تأکید است.

۳- Brain imaging

اکثر مطالعات C.T مغز این بیماران ←

- اتساع بطن های جانبی و سوم را در ۵۰-۱۰ درصد بیماران

- آتروفی قشر مغز را در ۴۵-۱۰ درصد بیماران

در بیماران شیزوفرن این بطن ها گشاد می شود و اختلال در لوب پیشانی را بیشتر از نواحی دیگر گزارش می دهند.

۴- Electrophysiology

- مطالعات الکتروانسفالوگرافی، الکتروانسفالوگرافی غیرطبیعی بیشتری را در این بیماران گزارش می دهد.

- اختلالات، بیشتر در نیمکره چپ ظاهر می شود.

۵- Eye movement dysfunction (اختلال حرکت چشم)

حرکات غیر طبیعی کره چشم در پیگیری اشیاء (چشم جهشی حرکت می کند).

• عوامل وراثتی :

■ شیوع شیزوفرن در جمعیت های خاص

جمعیت عمومی ۱ درصد

برادر و خواهر غیر دوقلو ۸ درصد

یکی از والدین مبتلا باشد ۱۲ درصد

دوقلوی یک تخمکی فرد مبتلا ۱۲ درصد

هر دو والد کودک مبتلا باشد ۴۰ درصد

دو قلوی یک تخمکی فرد مبتلا ۴۷ درصد

■ بیشترین Concordance rate ← در دوقلوهای یک تخمکی که به فرزند خواندگی پذیرفته شده اند، به اندازه ی قلو دیگر که

در کنار والدین حقیقی بزرگ می شوند، دچار بیماری می شوند.

- هر چه بیماری شدیدتر باشد، احتمال همگامی دوقلوها بیشتر است.

■ آنچه که از بررسی های مختلف معلوم شد ←

بازوی بلند کروموزوم های ۱۸-۱۱-۵

بازوی کوتاه کروموزوم های ۱۹ و کروموزوم X دخالت بیشتری دارد.

■ بهترین خلاصه ای که ارائه می شود: ←

شیزوفرن مبنای وراثتی بالقوه ناهمگونی دارد.

• Developmental > نقص اولیه در Ego

کشمکش های روانی بسیار زیاد در طول زندگی منجر به نقص در Ego

طبق نظریه رشد، بیمار به علت اختلال در اعمال ego، قادر به حل Conflicts کارهای روزمره، تغییرات زندگی و جدایی نیستند

و ego نمی تواند با کشمکش روبه رو شود. که خود شامل دو گروه است. ↗

• Psychophysiology > نقص در اعمال درک: توجه و یادگیری

استعداد به استرس

- روانشناسان، اختلال یک یا چند مورد از اعمال درک- توجه و یادگیری را موثر می دانند.

- برخی، شیزوفرن را نوعی خاص یادگیری اجتماعی می دانند.↗

• Family Theory (عوامل محیطی)

طرفداران این نظریه به عوامل ارثی چندان توجهی نداشته و تکیه روی عوامل محیطی دارند و بار شیزوفرن را بر روی والدین و خانواده می گذارند و معتقدند که ← رفتار بعضی، از نظر شدت و کیفیت نسبت به غیر، متفاوت است و سبب بروز Conflict می شود.

▪ رفتار اجتماعی آن ها اینطور توجیه می شود که :←

یادگیری در محیط خانواده پاتولوژیک صورت گرفته و سبب انحراف از وضع نرمال می شود.

* اشاره به چند مدل خانواده پاتولوژیک :

• Marital schism

- اختلاف آشکار و واضح دارند ولی به دلیل وابستگی یکی به دیگری از هم جدا نیستند یعنی در اصل با وجود زندگی مشترک از هم جدا هستند.

• Marital Skewed :

هماهنگی ظاهری، اختلافات آن ها را پنهان می سازد.

• Marital Emotional Divorce :

اختلاف آشکاری وجود ندارد ولی از نظر عاطفی جدا از هم هستند

• Marital Double bind Massage :

گفتار و رفتارشان پیام دو سویه دارد.

• Marital Expressed Emotion :

رفتاری توأم با خرده گیری،تخاصم و مداخله مفرط دارند.

♦ معیار تشخیصی DSM- IV

الف) حداقل دومورد از علائم زیر طی یک دوره یک ماهه به طور چشم گیر وجود داشته باشد.

۱- هذیان ۳- تکلم

۲- توهم ۴- رفتار نابسامان یا کاتاتونیک

۵- علائم منفی

ب) اختلال در عملکردهای شغلی و اجتماعی

ج) Duration (استمرار) اختلال حداقل به مدت ۶ ماه دائماً وجود داشته باشد.

د) رد اختلال خلقی و Schizoaffective

ه) رد سوء مصرف مواد و بیماری های طبی عمومی دیگر جسمی

و) ارتباط یا اختلال نافذ رشدی

♦ علائم و نشانه های بالینی

- ۱- هیچ نشانه یا علامت بالینی، مختص بیماری شیزوفرن نیست. بنابراین :<
- تشخیص، براساس معاینه وضعیت روانی ممکن نیست. بلکه سابقه برای تشخیص اهمیت دارد.
- ۲- علایم هر بیماری با گذشت زمان تغییر پیدا می کند.
- ۳- حتماً لازم است سطح آموزش- هوش- وابستگی های فرهنگی و خصوصیات فرد مورد توجه قرار بگیرد.

□ Schizotypal Personality :

آرام- Passive- دارای دوستان محدود- مطیع- شرارتی در نوجوانی و جوانی
خیال پرداز- درون گرا- فاقد دوستان نزدیک- روابط با جنس مخالف بسیار محدود- از بازی های رقابتی پرهیز و تماشای فیلم و تلوزیون و گوش دادن به موسیقی را بر فعالیت اجتماعی ترجیح می دهند- در رقابت شرکت نمی کنند.

● Premorbid Symptoms : (نشانه های پیش مرضی)

- علایم بیماری غالباً به کندی در طی ماه ها و سال ها به وجود می آید و به عنوان علایم Prodromal (پیش درآمد) معروف است.

□ شخص شکایت از ناراحتی های جسمی می کند مثل سردرد- دردهای عضلانی ضعیف- ناراحتی گوارشی و...
که در ابتدا ممکن است تشخیص تمارض یا اختلال Somatoform داده می شود.

- به تدریج، خانواده و اطرافیان متوجه می شوند که بیمار تغییر یافته و دیگر قادر به عملکرد مناسب در فعالیت های شغلی- اجتماعی و شخصی خود نیست.

- بیمار ممکن است احساس اضطراب نموده و به عقاید فلسفی و یا Magical (جادویی) روی آورد.

□ به طور کلی :<

رفتار کاملاً غریب- عاطفه غیر عادی- تکلم غیر معمول- عقاید عجیب و غریب- تجربیات درکی غریب. در شمار علایم مقدماتی آورده شده است.

♦ تقسیم بندی برای توصیف اختلالات تفکر بیماران :

▪ علامت مثبت یا Productive :

Hallucination (توهم)- Looseness of Association (نرمی تداعی ها)- Bizarre Behavior (رفتار عجیب و غریب)
Increased speech (افزایش گفتار)

▪ علامت منفی یا Deficit :

Flat affect (فقر صحبت یا فقر محتوای صحبت) - Blocking (توقف در جریان فکر) - فقدان انگیزه - گوشه گیری-
نقص شناخت و توجه - anhedonia (فقدان احساس لذت)

♦ Mental Status Examination (بررسی وضعیت روانی)

● Thought Process > محتوای فکر
فرم فکر (جریان)

□ از اختلالات محتوای فکر:

هذیان ← واضح ترین نمونه
 Persecution ← شایع ترین آن ها
 idea of control ← اختصاصی ترین

□ فرم فکر :

به صورت های مختلف ممکن است دیده شود.

● Perceptual disturbances (اختلالات ادراکی)

- شایع ترین آن ← توهمات شنوایی است.

- اختصاصی ترین آن ← توهم شنوایی است که بیمار سوم شخص باشد. [صدای دو نفر را می شنود که درمورد خودش صحبت می کنند]

● خلق - احساسات و عواطف > کاهش واکنش هیجانی یا anhedonia
 هیجانات شدید و نامناسب، خشم - نشاط - اضطراب
 - که دو نوع آن شایع ترین است.

□ Homicide (دیگر کشی) - Suicide (خودکشی) - Violence (خشونت) - impulsiveness (تکانشی)

□ بیمار شیزوفرن ممکن است بسیار تحریکی باشد و در مرحله حاد بیماری کنترل اندکی بر impulse داشته باشد.

□ حساسیت اجتماعی بیمار پایین است.

□ ۵۰ درصد بیماران، اقدام به خودکشی کرده و ۱۰ درصد، در این اقدام موفق شده اند.

● خودکشی چگونه ایجاد می شود؟

ممکن است در اثر احساس پوچی مطلق - افسردگی - میل به فرار از شکنجه روانی و یا توهمات دستور دهنده باشد.

- درحال حاضر عقیده این است که دیگر کشی در شیزوفرنیک ها شایع تر از جمعیت کلی نیست.

● Orientation (جهت یابی)

□ معمولاً اختلالی ندارد

□ در فقدان جهت یابی باید به ← اختلالات ارگانیک مشکوک شد.

□ از طرفی پاسخ های عجیب و غریب بیمار به حساب اختلال در جهت یابی آورده نشود.

● Memory :

بدون نقص است.

● Judgment - insight (بصیرت - قضاوت) :

□ به طور کلاسیک، بیمار بصیرت اندکی نسبت به بیماری خود دارد.

□ قضاوت، متغیر است [در مورد هرچیزی ممکن است ارزیابی، یک زمان درست، یک زمان نادرست باشد]

● Reliability (اعتبار)

□ گرچه بیمار شیزوفرن ممکن است منبع اطلاعاتی قابل اعتمادی باشد، اما ماهیت این بیماری مستلزم این است که ←

معاینه کننده اطلاعات مهم را از طریق منابع دیگر تضمین کند.

◆ یافته های نورولوژیک (عصب شناسی)

□ علایم موضعی خفیف هستند و به نام Soft signs معروف هستند.

● Agra Phesthe Sia :

● Soft signs : glabella-reflex

● disdiado chokenesia

● رفلکس چنگ زدن

● دو ناهنجاری عملی چشم > افزایش عیار پلک زدن
Saccade (حرکات غیرطبیعی چشم) ← زنگ خطر

□ ۵۰ - ۸۰ درصد بیماران شیزوفرن از تعقیب اشیاء با حرکات روان چشم، ناتوان هستند.

□ حرکات Saccade در ۸ درصد افراد طبیعی و در ۴۰ درصد بستگان درجه یک بیمار دیده می شود.

◆ انواع شیزوفرن

1- Catatonic { Stupor
Excited
Periodic

● Stupor

● خصوصیات اساسی :

□ اختلال بارز در اعمال Psycho motor (روان حرکتی)

← Automatic obedience - waxy flexibility - mute - negativism - stereotypy - Echopraxia

□ تمام علایم به دنبال تزریق وریدباربتوریکهای کوتاه اثر، مثل: نسدونال در عرض چند دقیقه برطرف می شود.

□ جنبه درمانی ندارد. ارزش تشخیصی دارد.

● Excited

□ در اوج فعالیت روان حرکتی است. کاملاً incoherent است.

□ از اورژانس های روانی است.

□ ممکن است بیمار به دنبال این فعالیت زیاد و در اثر کولاپس (جمع شدن عروق خونی) فوت شود.

● Periodic

□ این نوع نادر است.

□ اعمال حرکتی، تفکر و درک بیمار در ارتباط است با بالانس ازت اوره خون، در جهت مثبت یا منفی که ممکن است به صورت

Stupor یا Excited باشد.

□ نوع علایم، ارتباطی با بالا بودن یا کم بودن ازت اوره خون ندارد.

2-disorganized (hebephrenic)

□ معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می شود.

□ هذیان های غیر سیستماتیزه ، سطحی- زودگذر- خنده های بی مورد- شکلک درآوردن

□ ظاهر آشفته- هیجانات نامتناسب

3- Paranoid

□ هذیان های سیستماتیزه و منسجم از نوع پارانوئیدی و بزرگ منشی

□ انعطاف ناپذیری و حالت دفاعی

□ زیرکانه روی علایم سرپوش می گذارند.

□ توهمات نیز محتوای بزرگ منشی و پارانوئیدی دارند. [۵۰ رکعت نماز می خوانند]

4- Para phernia

□ شیزوفرن های مزمنی هستند با هذیان های سازمان یافته و سیستماتیزه

□ شخصیت به خوبی حفظ می شود.

□ هذیان ها بیشتر از نوع grandeur (بزرگ منشی) است تا Persecution (گزند آسیب)

5- Simple

□ اختلال اساسی در کاهش و زوال تدریجی ← انگیزه ها-علائق-عواطف و اعمال

□ هذیان یا توهم وجود ندارد و اگر وجود داشته باشد سطحی و خیلی زودگذر است.

□ شکایت جسمانی در اوایل بیماری

□ گرچه بی تفاوت هستند ولی خشم ناگهانی پیدا می کنند. [علت اصلی ارجاع ان ها به روان پزشک]

□ تشخیص افتراقی، با شخصیت شیزوئیدی و شخصیت نارسا است.

6- Schizoaffective

□ افسردگی یا تحریک پذیری و سرخوشی همراه با علایم اساسی شیزوفرنیا

7- undifferentiated Type

□ نوع ناشناخته

□ علایم اساسی شیزوفرن را دارد ولی به علت فراوانی علایم و یا از بین رفتن علایم در طبقه بندی خاصی قرار نمی گیرند.

8- Latent (Border Line)

9- Residual

□ شخصیت بارز شیزوئید و ندرتاً اختلال رفتار و تفکر

□ Latent قبل از مرحله حاد است.

□ Residual مرحله حاد را پشت سر گذاشته است.

10- Child hood

□ قبل از ۱۲ سالگی شروع می شود.

□ پیش آگهی خیلی بد است.

□ اختلال در Body image (تصویر از بدن خود ندارند، مثلاً: نمی دانند انگشت شصت کجا هست)

□ اعمال حرکتی پاندولی یا چرخشی

11- Late Schizophrenia

□ شیزوفرنیا بعد از یائسگی

12- Pseudo neurotic

□ اکثراً علایم نورووتیک دارند.

□ سال ها به عنوان بیماران نورووتیک درمان می شوند.

◦ مشخص می شوند به :-

◻ پاسخ منفی ه، سال ها به درمان روان پزشکی که برای بیماران نوروتیک مفید است.

◻ Free Floating Anxiety ← اختصاصی ترین علایم جهت تشخیص است.

◻ اشتغال ذهنی با مسائل جنسی

◻ Phobia که ثابت نیستند.

◆ Differential diagnosis (تشخیص های افتراقی)

• سه راهنمایی اساسی :

۱- به طور جدی احتمال یک علت عضوی را باید در نظر گرفت.

۲- در هر نوبت تشدید علایم، ارزیابی کامل ضرورت دارد.

۳- گرفتن سابقه دقیق خانوادگی از نظر بیماری های روانی و عصبی

◆ مسائلی که در تشخیص افتراقی مطرح است:

• 1- Factitious disorder with psychological symptoms and malingering

(اختلال ساختگی با علایم روانی و تمارض)

◻ تظاهر به داشتن علایم امکان پذیر است، چون که تشخیص به مقدار زیاد بستگی به گزارش بیمار دارد.

◻ بیمار واقعی ممکن است به علت نفع ثانوی، علایم را تشدید کند.

• 2- Autistic disorder

◻ شروع بعد از ۳۰ ماهگی و قبل از ۱۲ سالگی است.

◻ هذیان - توهم - سستی تداعی دیده نمی شود.

• 3- Mood disorder (اختلال خلقی)

◻ تشخیص گاهی مشکل و نیز با اهمیت است (از نظر درمان)

◻ علایم خلقی در شیزوفرنیا نسبت به دوران علایم اولیه باید کوتاه باشد.

• 4- Schizoaffective disorder

◻ علایم mania یا افسردگی، همزمان با علایم عمده شیزوفرنیا ظاهر می شود.

◻ هذیان یا توهمات حداقل دو هفته بدون همراهی علایم خلقی بارز، در مرحله ای از بیماری وجود داشته باشد.

• 5- Schizophreniform disorder and Brief reactive psychosis

◻ Schizophreniform : ← تمام ملاک تشخیصی شیزوفرنیا را دارد. ولی بیماری کمتر از ۶ ماه به طول می کشد.

◻ Brief reactive psychosis : ← علایم کمتر از ۱ ماه و به دنبال یک عامل استرس زا ظاهر می شود.

• 6- Delusional disorder

◻ Nonbizarre Delusional ← حداقل به مدت ۶ ماه در غیاب سایر علایم شیزوفرنی و اختلال خلقی دوام یابد.

• 7- Personality disorder

◆ Course and Prognosis (سیر و پیش بینی مرض)

● Course

- معمولاً با علایم مقدماتی شروع می شود.
- شروع عمیق تر، ممکن است به صورت حاد (چند روز) یا تدریجی (چند ماه) باشد.
- شروع معمولاً در نوجوانی است.
- ممکن است علایم اشکار کننده (Precipitating) واضحی وجود داشته باشد.
- علایم مقدماتی ممکن است یک سال، قبل از تشخیص وجود داشته باشد.
- سیر کلاسیک بیماری
 - تشدید و تخفیف نسبی است. که این خصوصیت ←
 - تفکیک عمده بین شیزوفرن و اختلالات خلقی است
 - گاهی به دنبال حمله حاد یک دوره افسردگی ظاهر می شود.
 - با گذشت زمان، علایم مثبت تخفیف یافته و علایم منفی افزایش می یابد
 - Deterioration (بدتر شدن) معمولاً ۵ سال طول می کشد و پس از آن بیمار وضعیت تقریباً ثابتی پیدا می کند.

● Prognosis

- زندگی طبیعی ۳۰ - ۲۰ درصد
- درگیر علایم متوسط ۳۰ - ۲۰ درصد
- تمام عمر اسیر بیماری خود ۶۰ - ۴۰ درصد

خصوصیات پیش آگهی بد در شیزوفرن	خصوصیات پیش آگهی خوب در شیزوفرن
--------------------------------	---------------------------------

۱- سن شروع

◆ Treatment

۱- دارو درمانی ۲- درمان با الکتروشوک ۳- درمان های روانی

- اندیکاسیون اولیه برای بستری کردن :
- هدف های تشخیص - تثبیت درمان دارویی
- تأمین از نظر افکار خودکشی و دگرکشی یا رفتار نامناسب و آشفته

□ ناتوانی در برآورده ساختن نیازهای اساسی

• طول مدت بستری بستگی به ← شدت بیماری و فراهم بودن امکانات درمان سرپایی، دارد.

• دارو درمانی:

□ Antipsychotic Drugs :

الف) آنتاگونیست های گیرنده دوپامین: ←

□ phenothiazines - Butyrophenones

□ Thioxanthenes - Dibenzoxazepines

□ Oxindoles

ب) آنتاگونیست های توام سروتونین و دوپامین:

Risperidone

□ آنتاگونیست D_2 + تیپ دو سروتونین ← ←

□ آنتاگونیست خفیف D_2 ولی بیشتر برای D_4 D_3 D_7 و سروتونین و نیز آنتاگونیست متوسط هیستامین ← Clozapine

□ آنتاگونیست سروتونین تیپ ۲ - D_2 D_4 D_3 D_7 و گیرنده های هیستامین و موسگارین ← Olanzapine

• درمان با ECT :

□ تأثیر کمتری از دارو دارد.

□ برای بیماران کاتاتونیک و بیمارانی که به دلیلی قادر به استفاده از دارو نیستند استفاده می شود.

• درمان جراحی :

به صورت Frontal - Lobotomies در سال های ۵۵ - ۱۹۳۵ بود. ولی امروزه مناسب نیست.

• درمان های روانی :

□ به طور کلی؛ روانکاوی: ← جایی در درمان شیزوفرن ندارد.

□ روان درمانی حمایتی رایج ترین نوع درمان روانی است.

□ رفتار درمانی - روان درمانی خانواده - گروه درمانی و روان درمانی اجتماعی مورد استفاده هستند.

■ (اختلالات هذیانی) DELUSIONAL DISORDER ■

■ تشخیص اختلال هذیانی هنگامی مطرح می شود که:

° هذیان های nonbizarre (غیرغریب) به مدت حداقل ۱ ماه وجود داشته باشد و قابل انتساب به سایر اختلال سایکوتیک نیز

نباشد. [مثلاً: می گویند نیروی انتظامی به دنبال من هست. که امری است امکان پذیر، ولی بعید]

° علامت غالب آن Delusion است.

• این اختلال در گذشته به غلط Paranoia یا paranoid disorder نامیده می شد. ←

زیرا این نام گذاری ها این معنا را می رساند که محتوی این هذیان ها همواره باید Persecution باشد در حالی که چنین نیست.

▪ محتوی عمده هذیان هایی که در اختلال هذیانی دیده می شود ممکن است از نوع: ←

▪ Grandeur - erotic - jealous - somatic - mixed

▪ اختلال هذیانی را باید از اختلالات خلقی و هم شیزوفرنی؛ افتراق داد.

• گرچه بیماران اختلالات هذیانی؛ ممکن است خلقی داشته باشند که با محتوی هذیانی آنها هماهنگ باشد اما آن عمق و نفوذی را که علایم عاطفی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی را نشان می دهند را ندارند.

▪ به همین ترتیب تفاوت بیماران اختلالات هذیانی با شیزوفرنی در این است که ماهیت هذیان ها هیچ وقت Bizarre نیست.

▪ و این بیماران علایم دیگری که در شیزوفرنی دیده می شود مثل Flat. Affect و Hallucination غالب و سایر اختلالات جریان فکر را ندارد.

◆ Epidemiology

▪ ارزیابی دقیق همه گیرشناسی به علت شایع نبودن نسبی و تغییر در تعریفش در سال های اخیر با مشکل روبه رو بوده است.

▪ این احتمال نیز هست که این اختلال کمتر گزارش شود؛ چون این بیماران چندان تمایلی به رفتن نزد روان پزشک را ندارند مگر این که خانواده یا مقام های قضایی آنها را وادار کنند.

◆ Prevalence

- میزان شیوع در آمریکا ۰/۳ - ۰/۲۵ درصد است. پس بسیار نادرتر از شیزوفرنی با شیوع ۱٪ و اختلالات خلقی با شیوع ۵٪ است.

◆ Incidence

▪ ۱-۳ مورد جدید در هر صد هزار نفر در سال است.

▪ تخت های بیمارستان ← ۴٪ کل بستری اول در بخش های روان پزشکی را تشکیل می دهند.

▪ سن شروع ← به طور متوسط حدود ۴۰ سالگی است که طیفی از ۱۸ تا بالای ۹۰ سالگی است.

▪ جنس ← در خانم ها مختصری بیشتر است.

▪ بسیاری از بیمارها، متأهل و شاغل هستند.

▪ ممکن ارتباطی هم با شروع مهاجرت و پایین بودن وضعیت اجتماعی- اقتصادی داشته باشد.

◆ Etiology

• Biologic factor :

▪ طیف وسیعی از بیماری های طبی غیر روان پزشکی و مواد مختلف؛ می تواند هذیان ایجاد کند.

▪ بیماری های عصبی ایی که بیش از همه با هذیان ارتباط دارند؛ آنهایی هستند که دستگاه لمبیک و عقده های قاعده ای را گرفتار می کنند.

▫ بیمارانی که به دنبال یک بیماری نورولوژیک، هذیان پیدا کرده ولی از نظر عقلی و هوشی اختلال ندارند ← هذیان هایشان اکثر اوقات پیچیده و شبیه به هذیان های بیماران مبتلا به اختلال هذیانی است.
و بر عکس ←

▫ بیماران دچار اختلال عصبی که اختلالاتی از نظر عقلی و هوشی هم پیدا کرده اند اغلب هذیان های ساده ای دارند که هیچ شباهتی به هذیان های بیماران دچار اختلال هذیانی ندارند.

▫ پس اختلال هذیانی ممکن است شامل : آسیبی در دستگاه لمبیک یا عقده های قاعده ای در بیماری باشد که؛
Cerebral Cortical function او سالم باشد.

▫ اختلال هذیانی ممکن است یک واکنش طبیعی در مقابل وقایع غیر طبیعی محیط یا حالات غیر طبیعی در PNS و CNS باشد.

● Psychodynamic Factor

- افرادی که منزوی بوده و به آن اندازه موفقیت که برایشان قابل انتظار است دسترسی پیدا نمی کنند.
- نظریات حاکی از آن است که این بیماران Hypersensitive (خیلی حساس) بوده و مکانیسم های دفاعی مورد استفاده خاص آنها: ←

▫ Denial - projection - formation - Reaction ▫

◆ معیارهای تشخیصی DSM-IV در مورد اختلالات هذیانی

الف) هذیان های Nonbizarre

« تحت تعقیب- مسموم- ابتلا به عفونت- دوردور مورد عشق و علاقه کسی قرار گرفتن- مورد خیانت همسر یا معشوق واقع شدن»

ب) معیار الف شیزوفرنی هرگز وجود نداشته باشد.

« توهم بویایی یا لمسی اگر دیده شوند، ارتباط با محتوی هذیانی فرد دارند.»

ج) به جز هذیان ها و اثر آنها، کارکردهای فرد به نحو چشم گیری مختل نشده باشد.

د) اگر حمله خلقی همزمان با هذیان وجود داشته باشد کل مدت آن در مقایسه با مدت دوره گذرا باشد.

ه) ناشی از بیماری طبی و مصرف مواد مخدر نباشد.

◆ Mental Status (وضع روانی)

● General Description (شرح عمومی):

- سر و وضع . طرز لباس پوشیدن خوب و هیچ دلیلی حاکی از این نیست که شخصیت یا فعالیت های روزمره اش مختل شده باشد.

▫ در عین حال ممکن است: ←

▫ eccentric (نامتعارف) - Suspicious (شکاک) - Odd (عجیب و غریب) - Hostile (بسیارمتخاصم)

▫ بیمار گاه متظلم و دادخواه است.

▫ آنچه که در این بیماران بیش از هرچیز دیگر مشهود است، این است که: ←

□ معاینه وضعیت روانی آن ها نشان می دهد که آن ها به جزء سیستم هذیانی واضح و غیرطبیعی که دارند، کاملاً نرمال هستند.

● Mood – Feeling – Affect : (عاطفه – احساس – خلق)

– خلق آن ها متناسب با محتوای هذیان است.

● Perception : (ادراک)

□ نباید توهمی پایدار داشته باشند. ممکن است توهم لمسی یا بویایی وجود داشته باشد.

□ به شرط این که با هذیان بیمار هماهنگ باشد. مثلاً: (هذیان جسمانی به صورت وجود بویی در بدن)

● Thought :

□ اختلال محتوای فکر به صورت هذیان، علامت کلیدی این اختلال است که معمولاً سیستماتیک است. (مورد گزند بودن، داشتن

همسری بی وفا، ابتلاً به یک عفونت، محبوب فردی مشهور بودن)

● Orientation : (جهت یابی)

□ اختلالی ندارد

● Memory :

□ سالم است

● Impulse Control :

□ خودکشی – آدم کشی و سایر اقدامات خشونت بار باید بررسی شود و از بیمار سوال شود.

● insight :

□ عملاً هیچ بصیرتی در مورد بیماری خود ندارد و همیشه پلیس – خانواده یا کارفرما آنها را به بیمارستان ارجاع می دهند.

● Judgment :

□ بهترین راه برای ارزیابی قضاوت ← بررسی گذشته – حال – برنامه آتی او است.

● Reliability (قابلیت اعتماد) :

□ معمولاً اطلاعات مطمئن و پایا می دهند. مگر در مورد سیستم هذیانی خود.

◆ Course and Prognosis :

□ برخی معتقدند که اغلب در شروع اختلال، یک منشأ روانی – اجتماعی قابل شناسایی وجود دارد که ماهیت این فشار ممکن است

طوری باشد که مقدار شک یا نگرانی را در بیمار، موجه سازد.

□ در کل به نظر می رسد که شروع ناگهانی شایعتر از شروع آهسته باشد.

□ برخی معتقدند که مبتلایان به این اختلال ← احتمالاً هوش کمتر از حدمتوسط دارند.

□ کمتر از ۲۵ درصد مبتلایان به این اختلال نهایتاً شیزوفرن تشخیص داده می شوند.

□ کمتر از ۱۰ درصد آنها نیز اختلال خلقی دارند.

■ در پیگیری دراز مدت معلوم شد اختلال هذیانی، حدود ←

□ ۵۰ درصد بهبود می یابند.

□ ۲۵ درصد علایم کاهش پیدا می کنند.

□ ۳۰ درصد تغییری در علایم نشان پیدا نمی شوند.

- عوامل زیر نشانه پیش آگهی خوب است :
- بالا بودن سطح سازگاری شغلی اجتماعی و کارکردی
- جنس مؤنث ← شروع پیش از ۳۰ سالگی
- شروع ناگهانی
- کوتاه بودن بیماری
- عوامل تسریع کننده :
- وجود هذیان های نوع ← somatic – erotic – Persecution (که بهتر از نوع jealousy و Grandeur است)

♦ Treatment :

- اهداف درمان :
- اثبات تشخیص
- تصمیم گیری در مورد مداخلات مناسب (انواع درمان)
- تدبیر و کنترل عوارض (پیامدهای مرتبط با هذیان) ← تضعیف روحیه- یأس و نومیدی- افسردگی- خشم و ترس
- این بیماران از علایم روان پزشکی شاکی نیستند و غالباً بر خلاف میلشان به درمان تن می دهند.
- درمان اختلال هذیان شامل موارد زیر است :
- روان درمانی □ بستری کردن □ دارو درمانی

• Psychotherapy

- اساس روان درمانی مؤثر در این بیماران ← ایجاد رابطه با بیمار است تا تدریجاً شخص بیمار بتواند به درمانگر اعتماد کند.
- درمان انفرادی مؤثرتر از گروه درمانی است.
- درمان های مبتنی بر ← بینش، حمایتی، شناختی و رفتاری؛ اغلب مؤثرتر هستند.
- درمانگر؛ ابتدا با هذیان های بیمار ← نه باید موافقت کند و نه مخالفت. ولی در مورد هذیان ها باید سؤال شود تا از وسعت آن آگاه گردد.
- هروقت در هذیان های بیمار تزلزلی پیدا شد ← درمانگر می تواند از بیمار بخواهد که نگرانی هایش را در مورد هذیان کنار بگذارد و به این ترتیب حس واقعیت سنجی او را افزایش دهد.
- درمانگر می تواند، به منظور همدلی کردن با بیمار، بدون اینکه با هیچ یک از ادراک های غلط و هذیانی بیمار موافقت کند، می تواند تصدیق کند که :-
- این ادراک ها برای بیمار بسیار عذاب آور است.
- هدف از روش فوق :-
- به بیمار کمک شود تا احتمال شک در این ادراک ها را مورد توجه قرار دهد.

• Hospitalize

- همه بیماران را می شود به طور سرپایی درمان کرد.
- اندیکاسیون بستری

۱- ارزیابی کامل داخلی و نورولوژی

۲- کنترل افکار خودکشی- دگرکشی و رفتار خصمانه

۳- اختلال رفتاری و مختل شدن کارکرد شغلی، خانوادگی که تحت تأثیر هذیان است.

■ Mood Disorder (اختلالات خلقی) ■

□ جزء اختلالات شایع روان پزشکی، طوری که نزدیک به ۲۰ درصد افراد جامعه حداقل به یکی از انواع آن مبتلا هستند.

□ آسیب اساسی در این اختلال مربوطه به mood است نه مربوط به حالت Affect

□ اختلالات خلقی را می توان به عنوان سندروم در نظر گرفت، یعنی گروهی از علایم و نشانه ها که هفته ها یا ماه ها طول می کشد و با تفاوت آشکاری با کارکردهای عادی فرد دارد.

□ معمولاً عود کننده هستند.

□ غالباً به صورت دوره ای تظاهر می کنند.

□ خلق ممکن است ← طبیعی (Normal) - بالا (Elevated) - و یا افسرده (Depressed) باشد.

□ آن هایی که خلق Depression دارند ←

□ احساس غمگینی- بی حوصلگی- کاهش علاقه به فعالیت های روزمره- لذت نبردن از زندگی- تغییرات خواب و اشتها-

□ احساس نا امیدی- افکار مرگ یا خودکشی

□ حالت Mania: ←

□ خلق دائم و غیر طبیعی - Elevated (انرژی زیاد)- Expansiveness (گشاده خویی/ولخرج) - Flight of idea (پرش افکار، شاخه به شاخه

رفتن) - grandeur - irritable (خودبزرگ بینانه) - و کم خوابی

* اختلال عملکرد شغلی- اجتماعی و خصوصیات سایکوتیک

● تاریخچه :

□ از عهد باستان مواردی از افسردگی ثبت گردید.

□ بقراط در ۴۰۰ سال قبل از میلاد، اصطلاحات Mania و Melancholia (مالیخویا) را به کار برد.

□ در سال ۳۰ میلادی، یک پزشک رومی به نام سلسوس، مالیخویا را نوعی افسردگی ناشی از غلبه صفرا ذکر کرد.

□ ۱۸۸۲- کارل کالبام، اصطلاح Cyclothymia را به کار برد و مانیا و افسردگی را مراحل از یک بیماری واحد قلمداد کرد.

□ ۱۸۸۹- امیل کرپلین، سایکوز manic-depressive را توصیف کرد که تفاوت آن با دمانس زودرس این بود که ←

سیر روبه تباهی نداشت و به دمانس منتهی نمی شد.

□ کرپلین یک نوع افسردگی را معرفی کرد که در اواخر بزرگسالی ظاهر شده و آن را involution melancholia نامید.

◆ طبقه بندی اختلالات خلقی براساس DSM.IV.TR

۱- Major depressive disorder :

□ یا افسردگی یک قطبی (MDD) (عمده - اساسی)

□ بیمارانی که فقط حمله افسردگی پیدا می کنند.

۲- Bipolar I (دوقطبی I)

□ داشتن حداقل یک حمله مانیا یا مختلط

(حمله مختلط، دوره ای به طول حداقل یک هفته که در آن هردو حمله مانیا و افسردگی عمده؛ تقریباً هر روز پیدا شوند).

۳- Bipolar II (دوقطبی II)

□ دوره های افسردگی عمده و هیپومانیا

۴- Hypomania :

□ علایمی شبیه مانیا، لااقل به مدت چهار روز،

□ علایم آنقدر شدید نیست که اختلال در عملکرد شغلی یا اجتماعی ایجاد کند و هیچ ویژگی سایکوتیکی در آن دیده نمی شود.

۵- Dysthymic (افسرده خو)

۶- Cyclothymic-disorder (ادواری)

۷- اختلال افسردگی فرعی (Minor depressive disorder)

۸- اختلال افسردگی عود کننده (Recurrent depressive disorder)

۹- اختلال ملال پیش قاعدگی (Pre-menstrual dysphonic disorder)

۱۰- اختلال ناشی از بیماری طبی عمومی

۱۱- اختلال خلقی ناشی از مواد مخدر (Drug-induced mood disorder)

◆ Epidemiology

- شیوع > یک قطبی: شایعترین اختلال روانی در بزرگسالان
> دوقطبی: احتمال ابتلا در طول عمر برای مردها و زن ها تقریباً ۱ درصد
- جنس > یک قطبی: در زن ها دو برابر شایع تر از مردها است
> دوقطبی: شیوع در زن ها به مردها تقریباً ۱/۲ درصد
- سن > یک قطبی: از کودکی تا پیری - ۵۰٪ موارد ۲۰-۵۰ سالگی - سن متوسط شروع ۴۰ سالگی
> دوقطبی: سن متوسط ۳۰ سالگی
- فرهنگی - اجتماعی > یک قطبی: رابطه ای ندارد
> دوقطبی: در طبقات بالا شایع تر - در افرادی که تحصیلات دانشگاهی ندارند شایعتر است.

◆ Etiology

● عوامل زیستی

- نوراپی نفرین و سروتونین، دو نوروترانسمیتری هستند که بیش از همه در فیزیولوژی اختلالات خلقی مطرح می باشند.
- فعالیت دوپامین ممکن است در افسردگی ← کاهش و در مانیا ← افزایش یافته باشد.
- محوره های عصبی - غددی عمده ای که در اختلالات خلقی مورد توجه است: ←
 - محوره های فوق کلیه - تیروئید و هورمون رشد است.
 - اختلالات تیروئید در ۱۰-۵ درصد افراد مبتلا به افسردگی یافت می شود.
 - در ۵۰ درصد افسردگی اساسی، ترشح کورتیزول ← بالا است.
 - در اختلالات خلقی، این فرضیه وجود دارد که آسیبی ← در دستگاه لمبیک - غده های قاعده ای و هیپوتالاموس وجود دارد.

● عوامل وراثتی

داده های وراثتی، قویاً دلالت بر این دارد که یکی از عوامل مهم در پیدایش اختلالات خلقی، وراثت است.

□ این عامل در اختلال دو قطبی بیشتر از افسردگی دخالت دارد.

□ بستگان درجه اول مبتلایان به افسردگی عمده ۲/۵ - ۱/۵ برابر بستگان درجه اول شاهدان طبیعی به اختلال دو قطبی و ۳ - ۲ برابر آن ها به اختلال افسردگی عمده مبتلا می شوند.

□ میزان همگامی دوقلوهای یک تخمکی از نظر ابتلا به [اختلال دو قطبی I ← در حدود ۹۰-۳۳ درصد
[درمورد افسردگی عمده ← ۵۰ درصد بود.

□ همگامی در دوقلوهای دوتخمکی برای اختلال دو قطبی I ← ۲۵-۵ درصد.

□ همگامی در دوقلوهای دو تخمکی برای اختلال افسردگی عمده ← ۲۵-۱۰ درصد

□ بازوی کوتاه کروموزوم II و ناحیه ای از کروموزوم X را در اختلال دو قطبی I مرتبط می دانند.

● عوامل روانی- اجتماعی

□ وقایع زندگی و استرس محیط - Loss

□ بعضی معتقدند که وقایع زندگی؛ نقش اصلی یا درجه اول را در افسردگی ایفا می کند.

□ مرتبط ترین واقعه با پیدایش بعدی افسردگی ← از دست دادن والدین پیش از ۱۱ سالگی است.

□ از استرس های محیطی که بیشترین رابطه را با شروع حمله افسردگی دارد ← از دست دادن همسر است.

□ بی کاری، عامل خطر ساز دیگری است. افراد بیکار ۳ برابر شاغلین؛ در معرض حمله افسردگی قرار دارند.

● عوامل شخصیتی

□ هیچ یک از انواع شخصیت ها به تنهایی زمینه ساز افسردگی نیستند.

● عوامل سایکودینامیک (روان پویایی)

الف) افسردگی

• به طور خلاصه دید کلاسیک در مورد افسردگی به قرار زیر است :

۱- آشفتگی در ارتباط نوزاد- مادر، در دوره دهانی ← زمینه ساز آسیب پذیری به افسردگی در آینده است.

۲- افسردگی را می توان به فقدان Object حقیقی یا خیالی مرتبط دانست.

۳- introjection عنوان Object از دست رفته: به منظور مقابله با ناراحتی است که، به علت فقدان Object ایجاد می شود.

۴- از آنجایی که به؛ Object از دست رفته ممکن است با آمیخته ای از عشق و نفرت نگریسته شود، احساسات خشم؛ معطوف به داخل و متوجه خود می گردد.

ب) Mania

□ اکثر نظریه ها، حمله های مانیا را نوعی دفاع در برابر افسردگی زمینه ای می دانند. (سرپوش گذاشتن در افسردگی)

● درماندگی آموخته شده (Learned Helplessness)

□ وقتی که فرد در مقابل شوک های روانی، محیطی؛ احساس درماندگی و تسلیم نماید و تصور کند که کاری از دستش برنمی آید، دچار افسردگی می شود. در حالی که: ←

احساس تسلط بر محیط و تلاش برای غلبه بر مشکلات مانع افسردگی می شود.

● دید منفی نسبت به خود، محیط و آینده

□ از نظر دیدگاه شناختی، افرادی که همه چیز را از دید بدبینانه و منفی نگاه می کنند، افسردگی را تجربه می کنند.

■ رویدادهای استرس آمیز زندگی و مشکلات خانوادگی و اجتماعی از جمله عوامل بسیار مهم در بروز، برانگیختن یا تشدید اختلال خلقی می باشد.

♦ معیارهای تشخیصی DSM-IV در مورد حمله مانیا

الف) در دوره مشخصی که حداقل یک هفته طول بکشد، خلق به شکل غیر طبیعی و مداوم به صورت elevated یا irritable و یا Expansive باشد.

ب) طی دوره ای که خلق به هم ریخته است ← حداقل ۳ مورد/ و اگر خلق فقط irritable باشد ← حداقل ۴ مورد از موارد زیر به طور مداوم موجود باشد :

۱- اعتماد به نفس بیش از حد یا Grandeur

۲- کاهش نیاز به خواب

۳- Pressure of Speech (فشار حرف/ حرافی)

۴- Distractibility (به سادگی تمرکز روی موضوع از دست میرود)

۵- افزایش فعالیت های معطوف به هدف یا Psycho motor Agitation

۶- پرداختن به امور لذت بخشی که عواقب ناخوشایندی دارد. (ولخرجی جنسی)

ج) علائم مذکور معیار حمله مختلط نباشد.

د) علائم به قدری شدید باشد که کار کردهای شغلی- اجتماعی او را مختل نماید.

ه) ناشی از بیماری طبی نباشد

♦ معیارهای تشخیصی DSM-IV در مورد Major Depression

الف) حداقل ۵ مورد از علائم زیر همزمان در یک دوره دو هفته ای وجود داشته باشد و باعث تغییر در عملکرد قبلی باشد.

■ حداقل علائم شماره ۱ و ۲ موجود باشد.

۱- خلق افسرده در اکثر اوقات روز تقریباً همه روزها چه به گزارش خود بیمار و چه مشاهده دیگران

۲- کاهش واضح علاقه مندی یا لذت بردن از همه چیزها در اکثر اوقات در همه روزها

۳- کاهش چشم گیر وزن بدون رژیم- افزایش وزن- یا کاهش یا افزایش اشتها

۴- کم خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز

۵- سراسیمگی یا کندی فعالیت Psycho motor تقریباً هر روز

۶- احساس خستگی یا از دست دادن راندمان در همه روزه

۷- احساس بی ارزشی با احساس گناه مفرط نامتناسب در همه روزه

- ۸- کاهش قدرت تفکر- تمرکز- قدرت تصمیم گیری در همه روزه
- ۹- افکار عود کننده ای درباره مرگ (ترس از مردن)- فکر خودکشی- اقدام به خودکشی
- (ب) علایم مذکور دارای معیار حمله مختلط نباشد.

(ج) علایم رنج و عذاب برای بیمار و ایجاد باعث اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی او باشد.

(د) علایم ناشی از یک بیماری جسمی و یا ناشی از مواد نباشد.

(ه) علایم ناشی از سوگ و عزاداری نباشد.

♦ **Hypomania** : علایمی شبیه به علایم مانیا که حداقل چهار روز طول بکشد.

الف) اگر به صورت Elevated باشد :

لااقل ۳ علامت از علایم زیر را داشته باشد: ←

- اعتماد به نفس بالا- کاهش نیاز به خواب- حواس پرتی- زیاد شدن فعالیت جسمانی و ذهنی- رفتار خوشایندی که عواقب ناخوشایندی دارد.

(ب) اگر خلق irritable باشد :

□ لااقل ۴ علامت از علایم فوق ↑ را داشته باشد.

• **Dysthymia** (کج خلقی)

□ علایمی که کم و با شدت کمتر از major depression است.

□ علایم افسردگی لااقل به مدت ۲ سال در غالب اوقات وجود داشته باشد که قابل تطبیق با تشخیص عملی نباشد.

• **Cyclothymic disorder** (اختلالات ادواری)

□ علایمی که کم شدت تر از اختلال دوقطبی I

□ علایم مکرر هیپومانیا و افسردگی لااقل به مدت ۲ سال که با تشخیص حمله مانیا و افسردگی مازور، تطبیق نکند.

♦ **اختلالات دو قطبی II**

□ حملات متناوب افسردگی Major و هیپومانیا، ولی علایم به شدتی که برای تشخیص مانیا یا اختلال دو قطبی I باشد نیست.

♦ **علامت بالینی MDD**

• ظاهر بیمار:

□ کندی یا تحریک در psychomotor- قامت خمیده نگاه خیره روبه پایین- فقدان حرکت خودبه خودی- چهره گرفته و درهم

• خلق و عاطفه :

□ احساس غم و اندوه فراوان و بغض گرفتگی، تمایل فراوان به گریه کردن و کم حوصلگی

• ادراک :

□ در انواع سایکوموتور، توهمات مختلف دیده می شود.

□ محتوی توهم ممکن است هماهنگ با خلق و یا ناهماهنگ با خلق باشد.

• فرایند تفکر :

▫ برداشت منفی از دنیای پیرامون، از خود و آینده

▫ اشتغال ذهنی به گناه، خودکشی و مرگ

▫ کاهش سرعت و حجم تفکر و کلام

▫ کندی و تأخیر در پاسخ به سؤالات، فقر کلامی

▫ هذیان های متناسب با خلق یا نامتناسب با آن در نوع سایکوتیک

• رفتارهای خودکشی و دگرکشی :

▫ حدود $\frac{2}{3}$ بیماران افسرده؛ به خودکشی می اندیشند و ۱۵-۱۰ درصد آنان موفق به این کار می شوند.

• اختلال در خواب :

▫ اختلال در به خواب رفتن - خیلی زود بیدار شدن - بیداری های مکرر

• علایم دیگر :

▫ از دست دادن توانایی و انرژی - کاهش علایق - کاهش توانایی لذت بردن - اعتماد به نفس پایین - احساس گناه - احساس پوچی و

بیپهودگی - ناامیدی - بی اشتهايي و کاهش وزن

♦ علایم بالینی اختلال افسرده خویی dysthemia :

▫ مشابه MDD است. فقط دو تفاوت عمده با آن دارد: ←

۱- شدت علایم در dysthemia کمتر از MDD است. و هیچگاه علایم سایکوز در آن دیده نمی شود.

۲- dysthemia سیر مزمن دارد و حداقل دو سال باید دوام داشته باشد.

♦ علایم بالینی فاز مانیا

▫ خلق بسیار شاد و بشاش دارند، گرچه ممکن است گاهی تحریک پذیر بوده و زود عصبانی می شوند.

▫ خلق این بیماران سرایت کننده است و دیگران را تحت تأثیر قرار می دهد.

▫ اعتماد به نفس ← بیش از حد توانایی و استعداد آن ها است.

▫ احساس بزرگ منشی می کند، که گاهی هذیانی می شود.

▫ احساس نیاز به خواب در آن ها کاهش می یابد و سعی دارند، مرتب در حال تلاش و فعالیت باشند.

▫ پرحرف بوده و از صحبت کردن خسته نمی شوند. و در صحبت آنان پرش افکار آشکار است.

▫ دیگران را دست می اندازند و در هر کاری نظر می دهند.

▫ بیش از حد به ظاهر خود می رسند، لباس های رنگارنگ پوشیده و آرایش نامتناسب می کنند.

▫ بی محابا رانندگی می کنند و ولخرجی دارند.

▫ میل جنسی افزایش پیدا می کند.

▫ Mania در جوانان، غالباً با رفتارهای ضداجتماعی یا شیزوفرن؛ اشتباه می شود.

▫ هذیان و توهم در ۷۵٪ بیماران مشاهده می گردد که ممکن است هماهنگ یا ناهماهنگ با خلق باشد.

▫ ۷۵٪ این بیماران تهدید کننده و پرخاشگر هستند.

□ اقدام به خودکشی و دیگر کشی در آن ها دیده می شود.

♦ اختلال دو قطبی

□ انتشار خانوادگی دارد.

□ تقریباً ۵۰٪ بیماران مبتلا، حداقل یکی از والدینشان به اختلال مبتلا بوده است.

□ اگر یکی از والدین مبتلا باشد، احتمال ابتلا فرزند، ۲۷٪ است.

□ اگر هر دو والدین مبتلا باشد، احتمال ابتلا فرزند ۷۵-۵۰٪ است.

□ concordance در دوقلوهای یک تخمکی ← ۶۷٪ در دوقلوهای دو تخمکی ← ۲۰٪

□ یافته های فوق در مشاوره و ازدواج و همینطور بچه دار شدن حائز اهمیت است حتی الامکان از ازدواج دو خانواده سابقه دار جلوگیری شود.

□ اختلال ممکن است روی کروموزوم II قرار بگیرد.

♦ Course and prognosis

● Unipolar : یک قطبی

□ ۱۰-۵٪ طی ۱۰-۶ سال بعد از اولین حمله یک دوره مانیا

□ ۸۵-۵۰٪ طی ۶-۴ ماه بعد از اولین حمله دچار حمله دوم

□ در پیگیری دراز مدت :

□ ۵۰٪ سالم خوب می شوند

□ ۳۰٪ تخریب متوسط

□ ۲۰٪ تخریب شدید روانی

• زن ها نسبت به مردها پیش آگهی بهتری دارند.

● Bipolar : دوقطبی

□ ۲۰-۱۰٪ فقط دوره Mania

□ یک دوره مانیا درمان نشده ممکن است ۳ ماه طول بکشد.

□ علائم خالص مانیا؛ پیش آگهی بهتری نسبت به حالت ترکیبی دارد.

□ علائم Psychosis معادل پیش آگهی بد نیست.

□ در پیگیری دراز مدت :

□ ۱۵٪ سالم

□ ۴۵٪ وضعیت خوب اما عودهای مکرر

□ ۳۰٪ بهبود موقتی نسبی

□ ۱۰٪ مزمن

♦ Treatment

الف) افسردگی

• شامل دو قسمت :

۱- درمان های فیزیکی ۲- درمان های روانی اجتماعی

• درمان های فیزیکی :

□ درمان دارویی و درمان با شوک الکتریکی (ECT)

• داروهای دیگر TCA - SSRI - Maio

• درمان های روانی اجتماعی

□ موثرترین راه درمانی، ترکیب روان درمانی و دارو درمانی است.

□ شناخت درمانی، روان درمانی، رفتار درمانی و خانواده درمانی؛ در درمان مؤثر هستند.

□ یکی از نکات اساسی در پیشگیری ثانویه، توجه به خطر خودکشی است که از این نظر شدیداً باید ارزیابی و مراقبت گردد.

□ این خطر در بیماران روبه بهبود، زیادتر می شود.

(ب) اختلال دو قطبی

□ ارجاع به موقع و تشخیص سریع و درمان صحیح، اساس پیشگیری ثانویه است. به ویژه در کسانی که در معرض خطر بیشتری قرار دارند. (وجود سابقه خانوادگی)

□ اساس درمان ← دارو درمانی است.

□ داروهای تنظیم کننده خلق عبارتند از:

□ کربنات لیتوم - کاربامازپین و سدیم و الپروات

□ کنترل علائم سایکوز نیز توسط داروهای آنتی سایکوتیک

• علاوه بر درمان دارویی :

□ روان درمانی فردی طولانی مدت - خانواده درمانی و گروه درمانی

■ Anxiety Disorder (اختلال اضطرابی) ■

□ از شایع ترین اختلالات روان پزشکی هستند.

□ اضطراب ← یک حالت احساسی یا هیجانی ناخوشایندی است همراه با احساس وجود خطری در آینده، که اغلب با علامت تحریک دستگاه عصبی همراه است.

□ این حالت، هیچگونه علت منطقی ندارد. (در محیط چیزی نمی توانیم پیدا کنیم)، با شرایط زمانی و مکانی هم تناسبی ندارد و نتیجه آن نیز سازندگی و انطباق با محیط نیست و حاصلی جز رنج و ناراحتی ندارد.

□ حال اگر عکس العملی نسبت به شرایط زمانی و مکانی باشد، نه تنها بیماری نیست، بلکه ممکن است سازنده نیز باشد.

مثلاً: دلواپسی امتحان - اضطراب دیر رسیدن به محل کار

□ پس اضطراب می تواند طبیعی یا غیر طبیعی باشد.

Normal Anxiety □

اضطرابی است که در موقعیت های مخاطره انگیز به وجود آمده است و با بسیج توانایی های فیزیولوژیک و شناختی انسان، او را در یافتن راه حل های مناسب، برای مواجه با آن موقعیت ها یاری می دهد.

- و در واقع نقشی سازنده دارد. در این حالت شدت و مدت اضطراب متناسب با علت آن است.

Abnormal Anxiety □

اضطراب بیش از حد قابل انتظار است، نامناسب با عامل ایجاد کننده یا بدون علت است.

نه تنها به فرد مبتلا کمک نمی کند، بلکه باعث ایجاد تنش درونی و اختلال در عملکرد شخص می شود.

به گروهی از سندروم های روان پزشکی که تظاهر اصلی آن ← وجود چنین اضطراب غیرطبیعی باشد، اصطلاحاً اختلال اضطرابی گفته می شود.

• ترس و اضطراب

اضطراب یک علامت هشدار دهنده است. Alerting Signal

یعنی به فرد هشدار می دهد که خطری در راه است و باعث می شود که فرد خود را برای مقابله با آن خطر آماده کند.

توهم یک علامت هشدار دهنده است اما باید آن را از اضطراب تشخیص داد.

ترس ← واکنش به تهدیدی است معلوم، معین و خارجی/ که ناشی از Conflict نیست. در حالی که:

اضطراب ← واکنش به تهدیدی است مبهم، نامعلوم و درونی که ناشی از Conflict است.

Epidemiology ♦

از شایع ترین طبقات اختلالات روانی است.

تخمین زده می شود که تقریباً از هر چهار نفر یک نفر، قبلاً حداقل به یک اختلال اضطرابی مبتلا شده اند.

شیوع آن در خانم ها بیشتر از مردان است.

میزان شیوع مادام العمر در خانم ها ۳۰/۵ درصد

میزان شیوع مادام العمر در مردان ۱۹/۲ درصد

در طبقات اجتماعی- اقتصادی بالاتر، از شیوع آن کاسته می شود.

Etiology ♦

• سه نگرش (نظریه) کلی وجود دارد.

۱- Psychoanalytic theories

اساس این نگرش، کشمکش های حل نشده ی ناخودآگاه است که معمولاً از دوران کودکی فرد باقی می ماند.

۲- Behaviorist theory

این نظریه، اضطراب را پاسخی شرطی شده نسبت به یک محرک محیطی خاص می داند.

به عبارت دیگر با همه علائم خود، رفتاری است که یاد گرفته و آموخته شده است.

۳- Biologic theories

تحریک پذیری سیستم عصبی خودکار (علائم محیطی اضطراب را ایجاد می کند)

افزایش غیر عادی فعالیت لوکوس سرائوس در مغز (تنه سلولی سیستم نور آدرنژیک در آن قرار دارد)

بی نظمی در برخی واسطه های شیمیایی مثل نوراپی نفرین- سرتونین و GABA

● Genetic studies

- عوامل ژنتیکی در بروز این اختلالات، به خصوص در نوع Panic نقش دارد.
- تقریباً نیمی از کل بیماران مبتلاً به اختلال Panic در بین بستگان خود یا لااقل یک نفر مبتلاً

◆ طبقه بندی

- فهرست اختلالات اضطرابی DSM-IV-TR شامل ۱۲ مورد زیر است.

۱- اختلال Panic با Agoraphobia

۲- اختلال Panic بدون Agoraphobia

۳- Agoraphobia بدون سابقه Panic

۴- Specific Phobia

۵- Social phobia

۶- Obsessive – Compulsive disorder

۷- PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)

۸- اختلال فشار روانی حاد

۹- General Anxiety disorder

۱۰- اختلال اضطرابی ناشی از مواد

۱۱- اختلال اضطرابی ناشی از بیماری طبی عمومی

۱۲- اختلال اضطرابی که جای دیگر ذکر نشده باشد Nos

● Panic Disorder

- خصوصیت اصلی این اختلال وجود: ←

□ حملات کوتاه مدت ، تکرار شونده و غیر قابل تحمل

□ اضطراب فوق العاده شدیدی است که، به طور ناگهانی و بدون علت خاصی شروع می شود و برای مدت حدود ۳۰-۲۰ دقیقه ادامه دارد.

- بیماران با این علائم به اورژانس مراجعه می کنند. (عبارات زیر را به کار می برند)

۱- نفسم تنگ است و احساس خفگی می کنم. Dyspnea

۲- سرگیجه دارم و جلو چشم هایم سیاهی می بینم. Dizziness

۳- تعادلم را از دست می دهم و ضعف می کنم. Faintness

۴- نفسم بالا نمی آید. Choking

۵- لرزش بدن دارم. Shaking - trembling

۶- تپش قلب دارم. Palpitation

۷- تهوع Nausea و دل ضعه رفتن abdominal distress

۸- عرق زیاد می کنم. Sweating

۹- احساس گرفتگی و گزگز شدن دست و پا Numbness or tingling Sensation

۱۱- گر گرفتگی یا لرز ناگهانی بدن. Chills or Hot flushes

۱۲- درد سینه

۱۳- ترس از مردن

۱۴- ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل*

* Panic attack (حمله پانیک):

یک دوره ای از ترس یا ناراحتی شدید است که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و لا اقل چهار علامت از علایم فوق ↑ را داشته باشد.

* Panic disorder:

وقوع خودبه خودی و غیر منتظره حملات پانیک است که عود کننده است.

□ از چند حمله در روز، ۷-۸ حمله در سال می تواند ظاهر شود.

- و تاکید می شود که لا اقل حمله های اولیه باید کاملاً خودبه خودی و غیر منتظره باشد.

□ وقتی حمله شروع می شود: ←

□ علایم در عرض ۱۰ دقیقه تشدید پیدا می کند و حمله ها عموماً ۲۰-۳۰ دقیقه طول می کشد و به ندرت به بیش از یک ساعت می رسد.

□ اختلال پانیک اغلب با: ←

□ معمولاً با Agoraphobia همراه است. و آن ← ترس از تنها بودن در اماکن عمومی است.

□ به خصوص اماکنی که در صورت ظاهر شدن حمله پانیک ← خروج سریع از آن محل، مشکل باشد. مثلاً: در عروسی و مساجد نمی روند

□ عده ای معتقدند که Agoraphobia تقریباً همیشه خود، عارضه ای از اختلال Panic در بیمار است و این طور توجیه می شود

که ← Agoraphobia را ترس بیمار از وقوع حمله Panic در مکانی عمومی که گریختن از آن دشوار است ایجاد می شود.

Epidemiology ♦

□ میزان شیوع برای طول عمر حدود ۵- ۱/۵ درصد است

□ زنان؛ ۲-۳ برابر بیش از مردان مبتلا می شوند.

□ سن شروع معمولاً حدود ۲۵ سالگی است.

□ بیش از ۹۰ درصد مبتلایان؛ به طور همزمان اختلالات روان پزشکی دیگری نیز دارند. به خصوص: ←

افسردگی - اختلال شخصیت - سوء مصرف مواد

Etiology ♦

° عوامل بیولوژیک - ژنتیک و روانی - اجتماعی را در سبب شناسی آن موثر می داند.

Course and prognosis ♦

□ سیری طولانی و مزمن دارد و حملات با فرکانس مختلف تکرار می شوند.

□ ۳۰-۴۰ درصد در پیگیری دراز مدت بی علامت می شوند.

□ ۵۰ درصد علایم مختصری دارند که تأثیر چشمگیر بر زندگی آن ها ندارد.

□ ۱۰-۲۰ درصد، همچنان علایم قابل توجهی دارند.

- ۸۰-۴۰ درصد، افسردگی به علایم آن ها افزوده می شوند.
- ۴۰-۲۰ درصد، وابستگی به الکل با مواد دیگر پیدا می کنند.

Treatment ♦

- دارو درمانی ، خط اصلی در اختلال Panic است.
- شناخت درمانی + رفتار درمانی دو روش موثر در درمان می باشد.
- بیشترین نتیجه درمانی، از ترکیب درمان های دارویی و غیر دارویی به دست می آید.

Agoraphobia ●

- اضطرابی که شایع تر از انواع دیگر است و شاید شایع ترین اختلالی است که همراه اختلالات روانی دیگر یافت می شود.
- مهمترین مشخصه این اختلال :
- وجود نگرانی و دلوپسی مستمر و دائمی در مورد اکثر وقایع روزمره زندگی است که لااقل ۶ ماه ادامه یابد.
- بیمار قادر به کنترل اضطراب و نگرانی خود نیست.
- اکثر علایم جسمی مثل سفتی عضلات، بی قراری، بی خوابی، علایم گوارشی و یا مثل عصبانیت و تحریک پذیری؛ باعث مراجعه بیمار به پزشک است.
- این علایم ثانویه به بیماری جسمی یا مصرف ماده نیست.
- اختلالات روان پزشکی همراه (به خصوص افسردگی) به طور شایع مشاهده می گردد.

Epidemiology♦

- شیوع بیماری سالیانه آن ۳-۸٪ و شیوع مادام العمر آن ۴۵٪ است.
- در زنان دو برابر مردان است.
- از اوایل جوانی شروع می شود و سیر طولانی و گاهی مادام العمر دارد.

♦ علایم بالینی

علایم به طور خلاصه در ۳ گروه قرار دارد:←

● ۱- علامت های حرکتی :

لرزش Trembling

پرش عضلات Twitching

احساس لرزش درونی Feeling shaky inside

درد، فشار و گره شدن عضلات (قُلنج)

بی قراری- خستگی پذیری

● ۲- نشانه های پرکاری اعصاب اتونومیک

- تنگی تنفس یا احساس خفگی

- اشکال در طبع

- تپش قلب

- تهوع

- خشکی دهان

- تکرر ادرار

- احساس وجود گلوله ای در حلق

- گر گرفتگی یا لرز

- سوزش معده

- تعریق

- اسهال

- رنگ پریدگی و سردی انتهای دست و پا

● ۳- علایمی که نشان دهنده ی این است که اعمال Cognition بیمار تحت تأثیر قرار گرفته است. به صورت: ←

□ Cognitive vigilance (هوشیاری شناختی): بیمار کاملاً گوش به زنگ است و یک حالت بسیج و بیداری است.

□ تحریک پذیر است و زود از جایش می پرد.

□ یک حالت دفاعی و آماده باش دارد.

□ اشکال در تمرکز پیدا کرده است، اسامی آشنا را فراموش می کند.

□ اشکال در خوابیدن پیدا کرده، عصبانی است و زیاد جوش می زند.

◆ Course and prognosis

بیماری مزمنی است که معمولاً از اوایل جوانی شروع می شود. و سیری طولانی و گاهی مادام العمر دارد.

◆ Treatment

الف) درمان غیر دارویی

□ انواع روان درمانی ها مثل: شناخت درمانی، روش های آرام سازی مثل یوگا، هیپنوتیزم، می تواند مؤثر باشد.

* Specific phobia

Social phobia

□ اصطلاح Phobia به معنای: ←

□ ترس افراطی از یک موضوع، موقعیت خاص یا شرایط است.

● Specific phobia

ترس شدید و مداوم، غیر عادی و بیمار گونه از شی یا موقعیتی معین که شامل Agoraphobia و Social phobia نیست.

□ افراد مبتلا به Specific phobia فکر می کنند که: ←

□ صدمه ای به آن ها وارد خواهد شد (جسمی و روانی)

□ اگر به از دست دادن کنترل خود فکر کنند ← دچار panic می شوند.

● Social Anxiety disorder = Social phobia

□ ترس مداوم و شدید از موقعیت هایی که احتمال خجالت زدگی در آن مطرح است. به عبارت دیگر: ←

افراد از قرار گرفتن در موقعیت هایی که احساس می کنند ممکن است مورد قضاوت دیگران قرار بگیرد هراسان می شود.

مثل: ← سخنرانی در حضور دیگران - غذا خوردن در حضور جمع - ادرار کردن در دستشویی عمومی -

(مثانه خجالتی) Shy Bladder - صحبت کردن با دوستی از جنس مخالف - انتقاد کردن - اشتباه کردن

● Phobia disorder

□ علامت اصلی آن: ← ترس و اضطراب غیر عادی و مختل کننده در هنگام مواجهه (یا حتی تصور مواجهه) با شی، پدیده یا

موقعیت خاصی است که در واقع ترس آور نمی باشد.

□ اگرهم، آن پدیده یا موقعیت تا حدودی اضطراب برانگیز باشد، شدت ترس و اضطراب بیمار، به طور چشمگیری بیش از حد و نامناسب است.

• خود بیمار به غیر منطقی بودن ترس خود آگاه است. ولی: ←

□ قادر به کنترل آن نیست. و وجود ترس و اضطراب باعث اجتناب فرد از موضوع خاص می گردد.

◆ Epidemiology

° از شایع ترین اختلال روانی منفرد است.

• Social phobia : □ معمولاً از سنین نوجوانی شروع می شود.

□ در زن ها کمی بیشتر از مردان است.

□ شیوع مادام العمر آن از ۳ تا ۱۳ درصد گزارش گردید.

• Specific phobia : □ از انواع دیگر شایع تر است.

□ از دوران کودکی شروع می شود.

□ از شایع ترین نوع اختلالات روان پزشکی شناخته شده در انسان است که حدود ۱۰٪ کل جمعیت

دچار آن هستند.

□ نسبت زن به مرد، ۲ به ۱ است.

◆ Etiology

- اصول کلی:

• عوامل رفتاری

• واتسون : واکنش های هیجانی شرطی شده را عنوان نمود و چنین توضیح داد : ←

□ اضطراب را، محرک ذاتاً ترس آوری، برمی انگیزد که با محرک ذاتاً خنثی مقارن شده است. به خصوص اگر این دو محرک در چند نوبت پیاپی، با هم همراه شده باشند؛ نتیجه این همزمانی این می شود که ← محرک خنثی، به محرک شرطی تبدیل شده و اضطراب انگیز می شود.

□ با توجه به این که محرک شرطی در صورت تکرار نشدن با محرک اصلی، قدرت پاسخ دهی خود را از دست می دهد،

° اما در فوبیا: ←

□ پاسخ به محرک به تدریج کم نمی شود. و فوبی ممکن است سال ها دوام پیدا داشته باشد بی آن که نیازی به تقویت خاصی داشته باشد،

□ پس اینگونه توجیه می شود: ←

□ طبق نظریه شرطی سازی فعال ← اضطراب، Drive است که اورگانیزم را برمی انگیزد تا در هرچه توان دارد انجام دهد که بتواند این حالت عاطفی را برطرف نماید.

□ در جریان این اقدام ← اورگانیزم یاد می گیرد به طریقی از محرک اضطراب آور اجتناب کند.

□ اجتناب به خاطر قدرت کاهش اضطرابی که دارد، تقویت می شود و به صورت علامتی پایدار، مدت ها می ماند.

• عوامل روان کاوانه

□ طبق این نظریه، نقش اضطراب، هشدار به Ego است. که یک سائق ناخودآگاه ممنوعی میل ورود به خودآگاه را دارد تا Ego بتواند دفاع های خود را در برابر نیروی غریزی تهدید کننده (drive) تقویت نماید.

• حال: ← اگر مکانیسم Regression نتواند در این کار موفق باشد، Ego از مکانیسم های دیگر کمک می گیرد.

□ در مورد بیماران مبتلا به Phobia ←

□ این مکانیسم Displacement است. یعنی ← تعارض جنسی، به جای این که معطوف به شخص شود که آن را برانگیخته است، به شی یا موقعیت منتقل می شود که ظاهراً بی اهمیت است و از این به بعد قدرت برانگیختن از جمله اضطراب را پیدا می کند.
□ اما شی یا موقعیت مذکور ممکن است ارتباطی از نوع تداعی (Associative) با منبع اصلی تعارض داشته باشد. یعنی نماد آن باشد. (Symbolization)

□ شی یا موقعیت مذکور معمولاً طوری است که فرد می تواند خود را از آن به دور نگه دارد. در نتیجه: ←

فرد با استفاده از مکانیسم های دفاعی دیگری (Avoidance) توان گریز از اضطراب را یاد می گیرد.

• نتیجه نهایی این است که ←

□ سه مکانیسم دفاعی : Regression – Displacement – Avoidance

می توانند به کمک یکدیگر اضطراب را از بین ببرند.

□ به طور کلی :

Phobia ← تجلی تعامل میان استعداد آسیب پذیری ارثی (diathesis) و فشارهای محیطی است.

□ بعضی از بچه ها به لحاظ سرشتی، مستعد Phobia هستند. چون ذاتاً مزاج خاصی دارند.

• چند نمونه از فوبی، بر اساس عامل مشخص ترس :

ترس از مکان های شلوغ	ترس از ارتفاع
ترس از مکان های باز	ترس از گربه ها
ترس از آب	ترس از مکان های بسته
ترس از سگ ها	ترس از آلودگی و میکروب ها
ترس از آتش	ترس از غریبه ها
ترس از حیوانات	

♦ معیار تشخیصی DSM-IV-IR در مورد فوبی اختصاصی

♦ Course and prognosis

□ اغلب اختلالات فوبیک، سیر مزمن دارند، گرچه بسیاری از آن ها با درمان پیش آگهی خوبی دارند،

– ولی Agoraphobia یکی از مقاوم ترین انواع فوبیا به درمان می باشد.

♦ Treatment

□ با توجه به این که آگوروفوبیا، عارضه ای از اختلال Panic است. معمولاً با درمان موفقیت آمیز اختلال Panic فروکش می نماید

– همراه با درمان دارویی، درمان های شناختی و رفتاری، به بهبودی بیمار کمک می کند.

□ برای Social phobia ← روش های شناختی – رفتاری و برخی دارو ها مؤثراند.

- بهترین روش برای درمان Specific phobia ← رفتار درمانی است :
- ° رویا سازی- حساسیت زدایی تدریجی و استفاده از روش هایی مثل آرام سازی و رویکردهای شناختی

■ اختلال وسواس – اجباری (Obsession – compulsion disorder)

- خصوصیت اصلی OCD ، وجود وسواس ها یا اجبارهای مکرر و چنان شدید است، که رنج و عذاب قابل ملاحظه ای را برای فرد به بار می آورد.
- این وسواس ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت می شوند. اختلال قابل ملاحظه ای در روند معمولی، طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می کنند.
- بیمار ممکن است فقط وسواس فکری، فقط اجبار و یا هر دوی آن ها را باهم داشته باشد.

● Obsession

- وسواس عبارت است از :
- فکر، احساس، اندیشه، حسی عود کننده و مزاحم که غیر قابل مقاومت است.

● Compulsion

- برخلاف وسواس ← که یک فرایند ذهنی است / اجبار ← نوعی رفتار است :
- ° رفتاری آگاهانه، معیارمند و تکراری مثل: شمارش- واریسی کردن- اجتناب
- بیمار از غیر منطقی بودن وسواس هایش آگاهی دارد و این وسواس ها یا اجبارها را Ego dystonic می نامند.
- گرچه عمل اجبار، ممکن است تلاشی برای کاستن اضطراب همراه با وسواس فکری انجام شود، اما همیشه به کم شدن این اضطراب منجر نمی گردد. از طرفی مقاومت در مقابل انجام اجبار نیز، باعث ← افزایش اضطراب می شود.

◆ Epidemiology

- شیوع یکسانی در هر دو جنس دارد.
- میزان این اختلال در طول عمر ۳-۲٪ تخمین زده می شود.
- اکثراً از سنین نوجوانی یا اوایل جوانی (به طور متوسط ۲۰ سالگی) شروع می شود.
- در بسیاری از مبتلایان OCD ، اختلالات روان پزشکی دیگری مثل افسردگی و فوبیا نیز وجود دارد.
- شایع ترین انواع وسواس ها عبارتند از : ←
- وسواس نجس و پاکی- آلودگی- شک به انجام درست امور مثل: بسته بودن قفل یا درب
- شایع ترین انواع اجبارها عبارتند از : ←
- شستشوی مکرر- کنترل کردن- واریسی کردن- شمردن تکرار

◆ Etiology

- عوامل بیولوژیک :
- نوعی dysregulation (اختلال در نظم) سروتونین را در این اختلال مؤثر می دانند.
- معتقدند: dysfunction (اختلال عملکرد) دستگاه آدرنرژیک دخالت دارد.
- بررسی های تصویربرداری مغز نشان داده است که اندازه هسته های دمدار (caudate) به صورت دو طرف کاهش یافته است.

□ بررسی وراثتی، مولفه های وراثتی را مؤثر می داند. میزان همگامی دو قلوهای یک تخمکی، بسیار بیشتر از میزان همگامی دو قلوهای دو تخمکی است.

□ ۳۵ درصد از بستگان درجه اول مبتلایان به OCD به این اختلال مبتلا هستند.

● عوامل رفتاری :

□ رفتار گرایان، وسواس را محرک شرطی می دانند که قادر است در فرد اضطراب ایجاد کند.

□ تثبیت اجبار بدین صورت است که ← فرد کشف می کند که برخی اعمال، اضطراب همراه با فکر وسواسی را تخفیف می دهد.

● عوامل روانی - اجتماعی :

○ عوامل شخصیتی : شخصیت وسواس - اجباری برای اختلال وسواس - اجبار ← نه لازم است و نه کافی. ولی

□ حدود ۲۸-۱۵ درصد بیماران مبتلا OCD قبلاً اختلال شخصیت وسواس - اجبار داشتند.

● عوامل سایکودینامیک :

○ فروید؛ وسواس را Regression به مرحله Anal رشد روانی جنسی می داند.

□ افکار خاصی که در بیماران OCD مشاهده می گردد : ←

Ambivalence - Magical – omnipotence □

□ مکانیسم های مورد استفاده در OCD : ←

□ Reaction Formation

□ isolation

◆ Course and prognosis ◆

□ معمولاً سیری دراز مدت، اما متغیر دارد و در مواردی نیز ثابت است.

□ تقریباً ۷۰-۵۰ درصد موارد، علایم، پس از واقعه ای پرفشار شروع می شود.

□ حدود ۳۰-۲۰ درصد بیماران بهبودی چشمگیری پیدا می کنند.

□ حدود ۵۰-۴۰ درصد بهبودی متوسط پیدا می کنند.

□ حدود ۴۰-۲۰ درصد به همان حال مانده یا بدتر می شوند.

□ حدود یک سوم بیماران دچار MDD می شوند.

□ خطر خودکشی در تمام بیماران مطرح است.

◆ Treatment ◆

□ دارو درمانی

□ رفتار درمانی

□ روان درمانی

■ اختلال پس از سانحه (Posttraumatic Stress)

□ این اختلال به دنبال مواجهه با یک حادثه آسیب زا یا ضربه پیش می آید.

□ فرد مبتلا به کرات آن حادثه را به شکل ← خواب و رویا، تصورات ذهنی و اشتغالات فکری تجربه می کند.

Epidemiology ♦

- شیوع آن حدود ۲٪ گزارش شده است.
- در کودکان و افراد مسن، احتمال آن بیشتر است.
- وجود بیشترین موارد آن در هنگام مواجهه با جنگ

Course and prognosis ♦

- ۳۰٪ بهبودی کامل
- ۴۰٪ علایم خفیف
- ۲۰٪ متوسط
- ۱۰٪ بدون تغییر
- در بیمارانی که از حمایت های اجتماعی مناسب برخوردارند؛ احتمال مزمن شدن آن کمتر است.

Diagnosis ●

- به دنبال تجربه یک حادثه (متفاوت با حوادث عادی) علایم زیر به وجود می آید: ←
- تجربه مجدد حادثه

□ اشتغال ذهنی آزار دهنده ، یادآوری مکرر جنبه های گوناگون آن حادثه ها

□ Flash back : که طی آن؛ فرد حالتی پیدا می کند شبیه این که؛ حادثه دوباره درحال اتفاق افتادن است و کابوس های شبانه در رابطه با حادثه

□ احساس ناراحتی و هیجان شدید در هنگام مواجهه با محرک هایی که یادآوری کننده حادثه اصلی است.

□ بیمار از موقعیت ها ی یادآور حادثه، دوری و اجتناب می کند.

□ کرختی هیجانی به صورت فراموشی، دور شدن عواطف با از دست دادن علائق

□ افزایش برانگیختگی مثل: بی خوابی، اضطراب، گوش به زنگ بودن، عصبانیت، پرخاشگری، حواس پرتی

Treatment ♦

□ به تناسب علایم روان پزشکی، دارو درمانی.

□ روش های غیر دارویی مثل؛ روان درمانی حمایتی، رفتار درمانی، گروه درمانی، خانواده درمانی؛

■ اختلالات روانی ناشی از یک بیماری طبی عمومی

• Delirium - Dementia - Amnestic syndrome

■ مشخصه سه گروه از اختلالات فوق، اختلال در Cognition Function است.

• در گذشته این اختلالات تحت عنوان : ←

○ Organic brain disorder ؛ تقسیم بندی می شدند. یعنی اختلالاتی که در آن ها : ←

□ یک حالت پاتولوژیک قابل شناسایی وجود دارد. مانند: تومور مغزی- بیماری عروقی مغز- مسمومیت دارویی

• اما : آن دسته از اختلالات؛ که پایه و اساس عضوی قابل قبولی نداشت (Depression- Schizophrenen) ←

○ به اختلال Functional معروف شد.

▪ آخرین طبقه بندی بیماری های روانی؛ تفکیک بین اختلالات Organic و Functional را کهنه می داند و کنار می گذارد. و به این نتیجه می رسد:—

• هر اختلال روانی دارای یک جزء عضوی (biologic) است.

□ پس هر اختلال بیولوژیک (از جمله بیماری های روانی که یک جزء عضوی دارد) در یک سطح یا مجموعه ای از سطوح نوع ناهنجاری Structural دارد. که به صورت اختلالی در Function یا تنظیم (Regulation) ظاهر می شود.

• Delirium

□ یک سندروم است؛ نه یک بیماری و علل زیادی دارد.

• ظرف مدت کوتاهی ظاهر می شود و علامت مشخصه آن :—

◦ تخریب هوشیاری است که معمولاً همراه با تخریب کلی اعمال شناختی بروز می کند.

□ به طور کلی؛ شروع ناگهانی دارد.

□ سیری کوتاه و نوسانی دارد.

□ وقتی که عوامل ایتیولوژیک شناسایی و رفع شدند. با بهبودی سریع همراه است.

• شیوع این اختلال در افراد ۱۸ سال به بالا ← ۰/۴ درصد

در افراد ۵۵ سال به بالا ← ۱/۱

◆ Etiology

▪ علل عمده : ◦ بیماری دستگاه عصبی مرکزی

◦ بیماری سیستمیک

◦ مسمومیت دارویی و مواد

▪ نورو ترانسمیتر اصلی که در دلیریوم نقش دارد ← استیل کولین است.

◆ ملاک های تشخیصی Delirium

الف) اختلال هوشیاری همراه با کاهش توانایی تمرکز، توجه

ب) تغییرات شناختی (حافظه، جهت یابی، اختلال زبان) یا بروز آشفتگی ادراکی

ج) اختلال؛ ظرف مدت کوتاهی (چند ساعت تا چند روز) ظاهر شده و معمولاً در طول روز نوسان دارد.

د) شواهد حاصل از شرح حال، معاینه جسمی، یا یافته های آزمایشگاهی حاکی است از اختلال ناشی از تأثیر فیزیولوژیک

یک بیماری طبی عمومی

◆ خصوصیات بالینی

□ عبارتند از :

□ تخریب سطح هوشیاری

□ تخریب کارکردهای شناختی (تغییر توجه: به صورت؛ ناتوانی تمرکز، حفظ یا تغییر جهت توجه است)

□ شروع نسبتاً سریع (چند ساعت یا چند روز)

□ دوره کوتاه (چند روز تا چند هفته)

- نوسان بارز و غیر قابل پیش بینی شده در سایر تظاهرات بالینی
- علایم دلیریوم تا زمانی که عوامل ایتولوژیک تداوم دارند، ادامه می یابد.
- هدف اولیه درمان: ←

○ درمان علت زمینه ای است.

○ هدف مهم دیگر: تدارک حمایت ← فیزیکی - حسی و محیطی است.

● Dementia

- به اُفت وضعیت شناختی در زمینه ای از سطح ثابت هشیاری گفته می شود.
- وجه افتراق دمانس با دلیریوم ← [ماهیت ثابت و مستمر تخریب؛ در زوال عقل
نقص و تغییر هوشیاری؛ در دلیریوم]

◆ طبق DSM-IV-TR زوال عقل

- به نقایص شناختی چند گانه ای اطلاق می شود. که شامل: ←
 - تخریب حافظه بدون اختلال هوشیاری
 - اختلال اعمال شناختی در زمینه زیر است: ←

توجه و تمرکز	حل مسأله
هوش	قضاوت و توانایی های اجتماعی
حافظه و یادگیری	جهت یابی
زبان	ادراک
 - نشانه های فوق ↑، به تخریب چشمگیر در عملکرد اجتماعی یا شغلی منجر می شود.
- اختلال ممکن است: ←
 - پیشرونده یا ثابت باشد.
 - دائمی یا برگشت پذیر باشد.
- همیشه فرض؛ بر وجود یک علت زمینه ای وجود دارد.
- وقتی زوال عقل می تواند برگشت پذیر باشد که ← امکان درمان مؤثر علت زمینه ای؛ وجود داشته باشد.
- تقریباً ۱۵ درصد افراد دچار زوال عقل؛ بیمارهای برگشت پذیر بودند.

◆ Epidemiology

- زوال عقل؛ اساساً بیماری سالمندان است.
- * شایع ترین نوع زوال عقل ← نوع آلزایمر است که ۶۰-۵۰ درصد کل بیماران مبتلا به زوال عقل را شامل می شود.
- عوامل خطر ساز بروز Alzheimer :

- جنس مونث
- داشتن بستگان درجه یک مبتلا
- وجود سابقه ضربه سر

- سندروم دان به طور مشخص با آن ارتباط دارد.
- ° بیماری معمولاً در اواخر عمر شروع می شود و اغلب سن شروع آن در دهه ۹،۸،۷ و پس از آن است.
- زوال عقل زودرس وقتی است که؛ اختلال در :—
- در دهه ۵ و ۶ عمر ظاهر می شود.
- پیشرفت بیماری:— تدریجی و قهقراپی است.
- به طور متوسط از زمان شروع تا مرگ ۹-۵ سال طول می کشد.
- متوسط طول عمر بیماران پس از شروع علائم؛ ۳ سال است.
- * دومین نوع شایعه زوال عقل :—
- نوع عروقی است که بر اثر بیماری های عروق مغزی ایجاد می شود. ۲۰-۱۰ درصد موارد.
- افزایش فشار خون، شخص را نسبت به آن مستعد می سازد.
- * سایر علل شایع زوال عقل که هر کدام؛ یک تا پنج درصد موارد را تشکیل می دهند عبارتند از:
- ضربه سر
- زوال عقل وابسته به الککل
- زوال عقل وابسته به انواع اختلالات حرکتی. مثل :— بیماری هانتینگتون - بیماری پارکینسون

◆ Etiology

- Alzheimer ۶۰-۵۰ درصد
- بیماری عروقی ۲۰-۱۰ درصد
- بیماری pick

● نوع Alzheimer

- حدود ۴۰ درصد؛ سابقه خانوادگی دارند.
- میزان همگامی در دوقلوهای یک تخمکی بیشتر از دو تخمکی است. (۴۸٪ در مقابل ۸٪)
- معتقدند که بیماری؛ با کروموزوم های ۱ و ۱۴ و ۲۱، ارتباط دارد.
- بررسی نوروپاتولوژی، موارد زیر را مشخص می سازد :
 - ° آتروفی منتشر (مغزشان کوچک می شود)
 - ° پهن شدن شکنجهای قشری
 - ° اتساع بطن های مغزی
- نوروترانسمیترهایی که بیش از همه دخالت دارند :
- استیل کولین و نوراپی نفرین است. هر دوی آن ها در آلزایمر— فعالیت کمتری دارند.

◆ تشخیص و خصوصیات بالینی زوال عقل

- تشخیص براساس معاینه بالینی از جمله :
- ° معاینه وضعیت روانی - اطلاعات به دست آمده از خانواده، دوستان و کار فرمایان انجام می شود.

- در صورت شکایت از تغییر شخصیت در بیماری؛ که سن او بالای ۴۰ سال است ← تشخیص زوال عقل مطرح می باشد.
- باید به شکایت بیمار در موارد زیر توجه کرد :
 - پس رفت هوش - فراموشکاری - طفره رفتن - انکار یا دلیل تراشی به منظور پنهان ساختن نقص شناختی
 - علایم زیر می تواند مشخص کننده زوال عقل باشد :
 - نظم افراطی - کناره گیری یا میل به کناره گیری از اجتماع
 - شرح رخدادها با جزئیات دقیق
 - حملات ناگهانی، خشم و لحن گزنده
 - بی ثباتی هیجانات
 - ظاهر نامرتب
 - شوخی احمقانه یا ادا و اطوار و حالت چهره کند.
 - بی احساس و منگ بودن، به خصوص اگر با اختلال حافظه همراه باشد.
 - تخریب حافظه به طور مشخص یک خصوصیت زودرس و بارز در زوال عقل است که در ابتدا :
 - خفیف است و حافظه اخیر را شامل می شود و با پیشرفت بیماری؛ تخریب حافظه شدیدتر شده و حافظه دور را گرفتار می سازد.
 - از آنجایی که حافظه برای آگاهی به زمان، مکان و شخص حائز اهمیت است، به دنبال پیشرفت به اختلال حافظه است.

♦ تغییرات روانی عصبی

- شخصیت :
 - صفات شخصیتی قبلی، ممکن است در جریان بروز زوال عقل؛ شدید شوند.
 - بیماران ممکن است درون گرا شده و اهمیتی به تأثیر رفتار خود بر دیگران ندهند.
- هذیان و توهم :
 - حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران مبتلا؛ دچار توهم می شوند.
 - ۳۰ تا ۴۰ درصد هذیان دارند و اکثراً از نوع پارانوئیدی و گزند و آسیب.

• خلق :

- افسردگی و اضطراب در ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران؛ از نشانه های عمده هستند.

• تغییرات Cognitive :

- Aphasia (اختلال در تکلم)
- Apraxia (اختلال در اعمال)
- Agnosia
- حملات تشنجی در ۱۰ درصد نوع آلزایمر و ۲۰ درصد عروقی، شایع است.

♦ Course and prognosis

- سیر کلاسیک به ترتیب زیر است :
 - در دهه ششم و هفتم عمر شروع می شود، و سیر قهقراپی تدریجی ظرف ۵ تا ۱۰ سال ادامه دارد. که نهایتاً منجر به مرگ می شود

- شروع زودرس و سابقه خانوادگی ، احتمالاً با سیر سریع تر رابطه دارد.
- شدت و سیر زوال عقل ممکن است که تحت تأثیر عوامل روانی- اجتماعی قرار بگیرد.
- میانگین طول عمر پس از شروع بیماری، در نوع آلزایمر ← ۸ سال با محدوده ۱ تا ۲۰ سال است.
- هرچه هوش و میزان تحصیل، قبل از بیماری فرد ← بالاتر باشد، توانایی و برای جبران نقایص هوشی ← بیشتر می شود.
- اضطراب و افسردگی ممکن است نشانه ها را تشدید و تقویت کند.

◆ Treatment

- نخستین قدم درمان، تشخیص زوال عقل است. زیرا: ←
 - با درمان مناسب می توان پیشرفت بیماری را متوقف کرد و یا حتی روند آن را معکوس نمود.
 - اقدامات پیشگیرانه به خصوص در زوال عقل عروقی، حائز اهمیت است.
 - رویکرد عمومی درمان در مورد بیماران زوال عقل عبارتست از :
 - تأمین مراقبت طبی حمایتی
 - حمایت روحی از بیماران و خانواده آن ها
 - درمان دارویی علائم و نشانه ها
- درمان های روانی و اجتماعی :
 - تخریب قوای ذهنی برای بیماران مبتلا به زوال عقل پیامدهای روانشناختی دارد.
 - در اکثر موارد زوال عقل؛ حافظه نزدیک، قبل از حافظه دور از بین می رود. و بسیاری از بیماران ضمن مشاهده این اختلال به خاطر می آورند که در گذشته چه عملکردی داشته اند و این امر باعث ناراحتی شدید خواهد شد.
 - با پیشرفت بیماری، احساس هویت رو به کاهش می گذارد و بیمار کمتر، گذشته خود را به خاطر می آورد.
 - درک اینکه نفس در حال زوال است و واکنش های هیجانی گوناگونی به دنبال دارد. افسردگی، اضطراب، وحشت و...
 - باید به بیمار کمک کرد تا فعالیت های با عملکرد موفق خود را بشناسد و آنها را تقویت کند.
 - مداخلات سایکوداینامیک؛ در مورد اعضاء خانواده بیماران مبتلا به زوال عقل، کمک فوق العاده به آنها ست به صورت زیر:
 - مراقبین با مشاهده پس رفت تدریجی بیمار با احساس: ← گناه- خشم و تحلیل قوا؛ درگیر می شوند.
 - یک حالت شایعی که در مراقبین ایجاد می شود، احساس فداکاری در قبال مراقبت از بیمار است.
 - احساس نفرت از این فداکاری، به دلیل احساس گناهی که ایجاد خواهد کرد سرکوب می شود. به دنبال موارد فوق: ←
 - یک حالت دوگانه در مراقبین که ناشی از سیر قهقراپی در فرد مورد علاقه آن هاست ایجاد می شود.
 - درمانگر می تواند در درک و ابراز بین احساسات؛ به مراقبین کمک کند.
 - درمانگر باید از تمایل مراقبین در سرزنش خود و دیگران به خاطر بیماری فرد آگاه باشد.

● Amnestic disorder (اختلال فراموشی)

- ویژگی اساسی :
 - پیدایش اختلال حافظه که به صورت اختلال در توانایی یادگیری اطلاعات جدید، یا ناتوانایی در به یادآوری اطلاعات آموخته شده قبلی تظاهر می کند.

□ اختلال حافظه موجب تخریب چشمگیری در عملکرد اجتماعی یا شغلی و بیانگر افت قابل ملاحظه ای از سطح عملکرد قبلی است.

□ اختلال حافظه ناشی از دلیریوم یا زوال عقل نباشد.

□ فراموشی بیش از حد، در اختلال الکل و ضربه سر ظاهر می شود.

◆ Etiology

□ علل احتمالی زیادی دارد.

□ دیانسفال و بخش میانی لوب گیجگاهی با حافظه و اختلال فراموشی در ارتباط هستند.

□ نیمکره چپ نسبت به نیمکره راست نقش مهم تری دارد.

• برخی از علل احتمالی :

○ اختلالات طبی سیستماتیک ○ سندروم کورساکف (کمبود تیامین)

○ بیماری عروقی مغز ○ اختلال مصرف الکل

○ M.S ○ صدمات مغزی

○ درمان با ECT ○ حملات تشنجی

○ داروها

◆ Course and prognosis

□ علت اختلال سیر و پیش آگهی را تعیین می کند.

□ شروع ممکن است تدریجی و یا ناگهانی باشد.

□ نشانه ها ممکن است گذرا یا پایدار باشد.

□ فرجام بیماری ممکن است از فقدان بهبودی تا بهبودی کامل متغیر باشد.