



# طب روانی کلینیکی



مؤلف: پوهنوال دوکتور ایمل «عزیز جبار خیل»

سال: ۱۳۹۹



Dr. Bilal Ahmad Mudasir  
Kandahar, Afghanistan

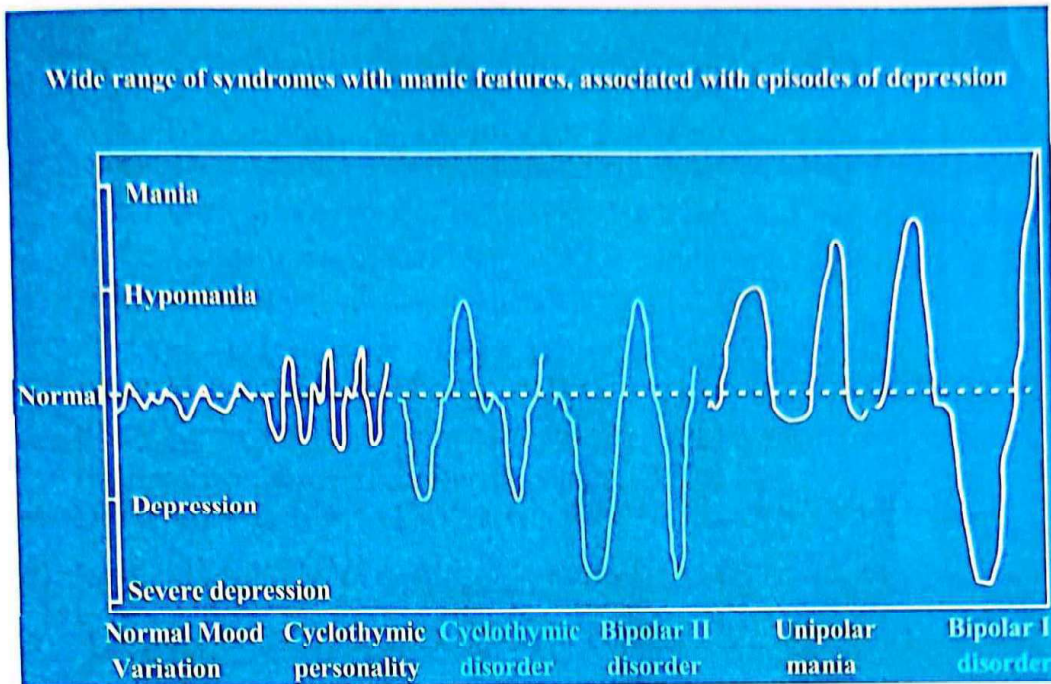
## فصل سوم

# اختلالات مزاجی (MOOD DISORDERS)

### اهداف آموزشی

بعد از مطالعه این فصل خواننده می تواند در مورد موضوعات ذیل معلومات حاصل نماید:

- ۱) تعریف، طبقه بندی اختلالات مزاجی انواع عمده و فرعی اختلالات افسردگی و دو قطبی.
  - ۲) اپیدمیولوژی، تشخیص تفریقی، اسباب، سیر و انذار اختلالات مزاجی.
  - ۳) اختلالات و تداوی اختلالات مزاجی (تداوی دوائی، تداوی روانی و تداوی با شوک برقی).
- انسان ها در زندگی روزمره شان هیجانات گوناگون (مثلاً خوشی و غم) را تجربه می نمایند. یا به عباره دیگر در طول زندگی هیجانات شخص در بین دو قطب مثبت (خوشی) و منفی (غم) در حالت نوسان می باشد که این هیجانات دیر پا نبوده و دو باره به حالت طبیعی بر می گردد. در صورت که نزد شخص هیجانات بیش از حد ظاهر شود و در روابط و فعالیت های شخص مداخله نماید حالت مرضی که به میان می آید در قطب مثبت آن اختلال مانیا و در قطب منفی آن افسردگی به وجود می آید. به ابراز داخلی هیجانات یا آنچه را شخص در مورد احساسات درونی خود بیان می کند مزاج (mood) گفته می شود و برای تظاهر خارجی هیجانات یا آنچه در احساسات بیرونی شخص مشاهده می شود عاطفه (affect) گفته می شود. معمولاً مزاج در مقایسه با عاطفه از دوام و ثبات بیشتر برخوردار است. به همین ملحوظ است که این اختلالات قبلاً تحت عنوان اختلالات عاطفی مطالعه می شدند حالا تحت عنوان اختلالات مزاجی مطالعه می شوند. در حالت طبیعی مدت و شدت تظاهرات مزاجی متناسب با عامل ایجاد کننده آن می باشد. یک شخص سالم بر مزاج خود کنترل و تسلط طبیعی دارد و در مجموع تغییرات ایجاد شده در مزاج شخص منجر به اختلال در زندگی وی نمی گردد. هرگاه شخص بنا بر هر عاملی مزاج خود را کنترل کرده نتواند و در نهایت تغییرات ایجاد شده مزاجی منجر به اختلال در فعالیت های شخصی، وظیفوی و اجتماعی شخص شود در این حالت اختلالات مزاجی تأسس کرده می تواند.
- در این فصل بالای موضوعات مختلف اختلالات مزاجی بحث همه جانبه صورت می گیرد.



شکل ۱-۳. نشان دهنده انواع مختلف تظاهرات کلینیکی اختلالات مانیا و افسردگی می باشد توسط Jamison K R و Goodwin F K. در سال ۱۹۹۰ ترتیب شده بود.

امراض که شامل بخش اختلالات مزاجی (Mood disorders) می شوند در شکل ۱-۳ نشان داده شده است<sup>(۱۱)</sup> و عبارت اند از: اختلالات دو قطبی (Bipolar disorders)، جنون (Mania)، افسردگی (Depression)، افسرده خوبی (Dysthymia)، مزاج دوره ای (Cyclothymia) و تشوشات مزاجی که در نتیجه امراض طب عمومی و ادویه جات بوجود می آید<sup>(۱۸، ۱۷، ۸، ۱)</sup>. قبل از این که در مورد اختلالات مزاجی به صورت مفصل توضیحات داده شود. ضرورت پنداشته می شود تا برای دانستن بهتر این اختلالات روانی اولاً باید در مورد هیجان و ضمناً یک تعداد اصطلاحات که در اختلالات مزاجی بیشتر مورد استفاده قرار می گیرند، توضیحات داده شود.

**هیجان (Emotion):** به تظاهر ابعاد احساسات یک شخص هیجان گفته می شود که دارای اجزای روانی، جسمی و رفتاری است و هیجان با ارزیابی مزاج (Mood) و عاطفه (Affect) به صورت کامل بیان شده می تواند<sup>(۹، ۳، ۱)</sup>:

۱. **عاطفه (Affect):** عبارت از احساسات قابل مشاهده هیجان (علایم objective) است معمولاً با تکلم، اعمال و افکار شخص همراه است و با افاده وجهی (facial expression)، تکلم و حرکات بدنی (gestures) تعیین می شود. داکتر باید همیشه به شدت، بی ثباتی و تناسب عاطفه توجه کند<sup>(۳۱، ۱۹، ۱۰، ۱)</sup>.



در این بخش عاطفه نورمال و اختلالات عاطفی قرار ذیل به صورت مفصل توضیح می گردند:  
**الف - عاطفه متناسب یا نورمال (Appropriate or Congruity Affect):** این نوع عاطفه هماهنگ با تفکر و تکلم مریض می باشد (۲۱، ۱۸، ۱۴).

**ب - عاطفه نامتناسب (Inappropriate or Incongruity Affect):** در این نوع نا هماهنگی عاطفی با تفکر یا تکلم و یا موقعیت که مریض در آن قرار دارد قابل مشاهده می باشد (۲۱، ۱۸، ۱۴، ۳).  
**ج - بی ثباتی عاطفه (Labile Affect):** به نوسان سریع و آنی عاطفه بدون ارتباط با محرک خارجی اطلاق می شود (۳).

**ح - عاطفه کند (Blunted Affect):** به کاهش شدید در شدت تظاهر هیجان اطلاق می شود (۲۱).  
**خ - عاطفه محدود (Restricted Affect):** به کاهش شدید (کمتر از عاطفه کند) تظاهر هیجان اطلاق می شود (۲۱، ۱۸، ۳).

**د - عاطفه سطحی (Flat Affect):** به فقدان هر گونه تظاهر عاطفه اطلاق می شود (۲۱، ۱۸، ۱۵، ۳).  
 عاطفه های محدود، کند و سطحی با وجود تفاوت از هم دیگر در کلینیک مترادف یک دیگر استعمال می شوند (۳).

**۲. مزاج (Mood):** به ابراز یا بیان هیجانات داخلی توسط شخص مزاج گفته می شود یا به عباره دیگر با بیان کردن احساسات داخلی یک شخص (اعراض subjective) از عاطفه اش آگاهی به دست آورده می توانیم که آثار آن توسط دیگران قابل مشاهده می باشد و مزاج تمام وضعیت روانی شخص را تحت تأثیر قرار می دهد (۲۱، ۱۸، ۱۰، ۱).

**الف - مزاج نورمال به نام (Euthymia)** یاد شده و یک تعداد از اختلالات مزاجی قرار ذیل توضیح می شوند (۲۱، ۱۹، ۱۴).

**ب - ناتوانی تبارز هیجان یا الکسی تایمی (Alexithymia)** به ناتوانی فرد در ابراز هیجان اش اطلاق می شود (۲۱، ۱۸، ۱۵).

**ج - مزاج افسرده (Depressed mood)** مزاج افسرده با ناتوانی، دلتنگی و نا امید می مشخص می شود (۲۱، ۱۹، ۱۰، ۳).

**ح - بزرگ منشی (Grandiosity)** به مزاج اطلاق می شود که شخص خود را از همه در همه چیز بالا می داند (۲۱، ۱۴، ۳).



خ - اضطراب (**anxious mood**) یک حالت هیجانی ناخوش آیند است که شخص منتظر یک حادثه نا مطلوب است ولی از وقوع آن مطمئن نمی باشد. اضطراب همیشه با اختلال سیستم اوتونوم توأم می باشد (۱۰، ۱۴، ۱۹، ۲۱).

د - سرا سیمکی (**agitation**) به داشتن اضطراب توأم با بی قراری حرکی اطلاق می شود (۱۸).

ذ - خوشی بیش از حد (**elevated mood**) به احساس خوشی واضح اطلاق می شود (۱۴، ۱۸، ۲۱).

ر - جذب (**ecstasy**) به نقطه اوج عواطف خوش آیند توأم با احساس راحتی، خوشی و شور گفته می شود (۱۵، ۱۸).

ز - خوشی کاذب (**euphoria**) یعنی احساس خوشی بیش از حد توأم با هذیان بزرگ منشی (۳، ۱۰).

تعریف: اختلالات مزاجی عبارت از گروپ وسیع از اختلالات روانی است که مزاج پتالوزیک، تشوشات نباتی و روانی\_حرکی مربوطه در کلینیک مریضان بارز باشد یا عبارت از هیجانان است که شخص نمی تواند آن را کنترل کند و در نتیجه سبب ایجاد مشکلات جدی در فعالیت های وظیفوی و اجتماعی شخص می شود (۶، ۱۸).

### تاریخچه طبیعی (Natural History)

اختلالات دو قطبی عموماً با هجمه (Episode) افسردگی شروع می شود و هجمه جنون یا مانیا کوتاه تر از افسردگی می باشد ندرتاً به تنهایی یک هجمه وصفی مانیا در یک شخص قابل مشاهده می باشد. دوام و شدت مرض در اشخاص مختلف متفاوت می باشد. شروع هجمه مانیا نا معلوم می باشد. اما عموماً هجمه مانیا به صورت ناگهانی به سرعت از طرف صبح زمانی که مریض از خواب بیدار می شود شروع می شود و در طول چند ساعت یا بعضاً به آهستگی در طول چند روز اعراض شروع می شود. علایم مقدم هجمه مانیا عبارت از فرط فعالیت روانی\_حرکی (Psychomotor Over Activity)، ازدیاد احساس انرژی و مزاج بالا (Elated mood) می باشد. ولی تشوش تکلم و افکار در مراحل بعدی ظاهر می شود. مریضان مانیا با وجود خرابی خواب شان (یعنی با وجود دو الی سه ساعت خواب کردن در طول یک شبانه روز) احساس خستگی و احساس ضرورت به خواب را نمی کنند ولی تعداد بیشتر مریضان مصاب افسردگی از بی خوابی شاکی می باشند (۳، ۴، ۱۰، ۱۸).



هجمه مانیا با استفاده از ادویه ضد اختلاج (ثبیت کننده های مزاج) و ادویه انتی سایکوتیک به صورت تعجب آور (Dramatic) جواب می دهد ولی در پانزده الی بیست فیصد واقعات جواب تداوی قناعت بخش نمی باشد. به صورت تجربوی ثابت شده است که بعد از سپری شدن هجمه دو قطبی نزد بیست فیصد مریضان در طول یک سال بعدی افسردگی پیدا شده و این رقم در صورت عود مرض و یا هجمات بعدی به سی فیصد افزایش می یابد (۳، ۴، ۱۸).

### طبقه بندی

به اساس آخرین طبقه بندی انجمن روانی امریکا در چاپ پنجم راهنمای تشخیصی و احصائیوی اختلالات روانی (diagnostic and statistical manual of mental disorder edition-V) "DSM-5" اختلالات مزاجی را به دو گروه عمده تصنیف می کند. گروه اول تحت عنوان افسردگی و گروه دوم تحت عنوان اختلالات دو قطبی مطالعه می شوند. هر یک از این دو گروه فوق شامل انواع فرعی مختلف می باشند. انواع فرعی اختلالات افسردگی عبارت اند از (۱، ۴، ۱۸):

## I- اختلالات افسردگی (DEPRESSIVE DISORDERS)

اختلالات افسردگی طبق DSM-5 دارای یک تعداد انواع فرعی می باشد که در مورد هر کدام آن قرار ذیل توضیحات ارائه می گردد:

۱. **اختلال افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder):** این اختلال که اختلال افسردگی یک قطبی (Unipolar Depressive Disorder) نیز نامیده می شود، شدید ترین نوع افسردگی است. خلاصه معیارات تشخیصی اختلال افسردگی اساسی مطابق DSM-V در جدول ۱-۳ بیان شده است (۱۹، ۲۱).
۲. **اختلال افسردگی دوامدار (Persistent Depressive Disorder):** در گذشته این اختلال تحت نام افسرده خوبی (Dysthymia) مطالعه می شد. در این اختلال اعراض در مقایسه با اختلال افسردگی اساسی از شدت نسبتاً کمتر ولی مدت زمان طولانی تر برخوردار است و معمولاً این مریضان حد اقل برای مدت دو سال (در اطفال و نو جوانان ممکن است برای یک سال) متواتر بدون وجود هجمات یا دوره های بهبودی بیشتر از دو ماه اعراض افسردگی را تجربه می نمایند (۳-۷، ۱۷).



۳. اختلال نا منظم مزاج مخرب (**Disruptive Mood Dysregulation Disorder**): این اختلال جدیداً برای اطفال مطرح شده است (جدول ۳-۳) (۱۸، ۱۷، ۸، ۴).
۴. اختلال دیسفوریک قبل از عادت ماهوار (**Premenstrual dysphonic disorder**): در این اختلال مریض برای مدت یک هفته قبل از عادت ماهوار دارای اعراض بی ثباتی بارز عاطفی، تحریک پذیری و افسردگی می باشد (۲۱، ۷، ۵، ۳).
۵. اختلال افسردگی ناشی از مواد و ادویه: در این اختلال اعراض افسردگی یک ماه بعد از ترک مواد و ادویه و یا مسمومیت با آنها به وجود می آید (۱۸، ۷، ۴، ۱).
۶. اختلال افسردگی از باعث حالت طبی دیگر (**Depressive disorder due to another medical condition**): در این نوع اختلال افسردگی عواقب مستقیم فزیو پتالوژیکی یکی از امراض طبی می باشد (۱۸، ۱۷، ۷، ۶).
۷. سایر اختلالات افسردگی مشخص (**Other specified depressive disorders**): این گروه اختلالات دارای همه معیارات تشخیصیه انواع افسردگی ذکر شده فوق را ندارند (۴).

## II- اختلالات دو قطبی ("**BD**" BIPOLAR DISORDERS)

طبق DSM-5 اختلالات دو قطبی متشکل از یک تعداد انواع فرعی می باشد که قرار ذیل به توضیح آن می پردازیم:

۱. اختلال دو قطبی نوع یک (**Bipolar Disorder Type I or BID**): در این اختلال مریض به صورت متناوب دوره های افسردگی اساسی را در یک قطب و مانیا (mania) را در قطب دیگر تجربه می نماید (جدول ۳-۳) (۲۱، ۱۴، ۱۳، ۵).
۲. اختلال دو قطبی نوع دو (**Bipolar Disorder Type II or BIID**): در این اختلال مریض دوره های حد اقل چهار روزه از افسردگی اساسی و هایپو مانیا را تجربه می کند (جدول ۳-۴) (۲۰).
۳. اختلال مزاج دوره ای (**Cyclothymia**): در این اختلال هم هجمات افسردگی و هم هایپو مانیا برای حد اقل مدت دو سال متواتر ظاهر می شود (۱۳، ۱۰، ۴، ۳).
۴. اختلال دو قطبی وابسته به مواد و ادویه (**Substance/ medication- related Bipolar Disorder**): اختلال دو قطبی که متعاقب گرفتن مواد و ادویه به وجود می آید (۱۷، ۶، ۴، ۳).



جدول ۳-۱. خلاصه معیارات تشخیصیه اختلال افسردگی اساسی بر اساس معیارات DSM-V (۲۰۱۳، ۲۰۱۸، ۲۰۲۱).

<p><b>A.</b> موجودیت پنج یا تعداد بیشتر از اعراض و علائم ذیل برای مدت دو هفته برای گذاشتن تشخیص ضروری است البته حد اقل داشتن یکی از اعراض چون مزاج افسرده یا فقدان علائق و لذت بردن حتمی است.</p> <p>(۱) مزاج افسرده (depressed mood) روزانه اکثر اوقات و یا تقریباً روزمره</p> <p>(۲) کاهش یا فقدان واضح علائق و لذت (anhedonia)</p> <p>(۳) کاهش یا افزایش واضح وزن و اشتها</p> <p>(۴) بی خوابی یا پر خوابی</p> <p>(۵) بطانت یا بی قراری روانی حرکتی</p> <p>(۶) خستگی و کاهش انرژی</p> <p>(۷) احساس بی ارزشی یا احساس گناه شدید</p> <p>(۸) کاهش توانایی تمرکز و تصمیم گیری</p> <p>(۹) افکار تکراری در مورد مرگ و خودکشی</p> <p>*توجه: اعراض فوق از باعث سوگواری طبیعی یا بیان کننده یک سوگواری طبیعی نمی باشند.</p>
<p><b>B.</b> باید از نظر کلینیکی تأثیرات اعراض فوق به اندازه باشد که بتواند سبب ناراحتی واضح و تشوش بارز در فعالیت های اجتماعی، شغلی یا سایر ساحات مهم زندگی شخص گردد.</p>
<p><b>C.</b> دوره یا هجمه فوق ناشی از اثرات فزیولوژیکی یک ماده یا یک مرض طبی دیگر نباشد.</p>
<p><b>D.</b> دوره افسردگی اساسی فوق توسط اختلال اسکیزوافکتیف، اسکیزوفرنی، اسکیزوفرنی فورم، اختلال هذیانی یا سایر اختلالات سایکوتیک بهتر قابل توجیه نیست.</p>
<p><b>E.</b> هیچ وقت دوره یا هجمه مانیا یا هایپومانیا بروز نکرده باشد.</p>

##### ۵. اختلال دو قطبی ناشی از سایر امراض طبی ( Bipolar Disorder Due to Another

Medical Condition): این نوع اختلال دو قطبی به صورت ثانوی در نتیجه امراض طبی

به وجود می آید (۳، ۴، ۱۷، ۱۸).

##### ۶. سایر اختلالات مرتبط و دو قطبی مشخص ( Other Specified Bipolar And

Related Disorders): مریضان این گروه نیز یک قسمت از اعراض اختلالات دو قطبی

را دارند ولی معیارات تشخیصیه آن به اندازه معیارات تشخیصیه اختلال دو قطبی نوع یک و

دو و یا مزاج دوره ای نمی باشد (۳، ۴، ۱۷، ۱۸، ۲۱).





جدول ۳-۲. خلاصه معیارات تشخیصه اختلال بی نظمی مزاج مخرب طبق معیارات DSM-V (۱۸۸۷، ۴۳).

۱. دوره های شدید و مکرر خشم به صورت زبانی و رفتاری که از نظر شدت و مدت نسبت به موقعیت های ایجاد کننده نامتناسب است.
۲. نا هماهنگی حملات خشم با سطح رشد شخص
۳. حملات فورانی یا بیش از حد شدید خشم
۴. در فواصل بین حملات خشم شخص اکثراً تحریک پذیر است.
۵. دوام اعراض فوق حد اقل برای مدت یک سال باشد
۶. اعراض فوق حد اقل در دو موقعیت مختلف مانند خانه و مکتب بروز کند
۷. عدم شروع مرض قبل از شش سالگی و بعد از هجده سالگی

۷. **اختلال دو قطبی نامشخص (Unspecified Bipolar Disorder):** در این نوع اختلال

کدام معیار تشخیصه خاص که فوقاً ذکر شدند وجود ندارد (۳).

۸. **هجمه مختلط و چرخش سریع اختلال دو قطبی (Mixed episode & Rapid-Cycling Bipolar Disorder):** هرگاه تعداد هجمات اختلال دو قطبی در یک سال به چهار مرتبه

برسد به نام چرخش سریع دو قطبی یاد شده و هرگاه اعراض مانیا و افسردگی هر دو همه روزه حد اقل برای یک هفته دوام کند به نام هجمه دو قطبی مختلط یاد می شود (۵، ۱۹، ۲۱).

### اپیدمیولوژی

شیوع اختلالات مزاجی بسیار متفاوت (یعنی از ۳،۳ فیصد الی بیشتر از ۲۰ فیصد در نقاط مختلف دنیا) گزارش شده است. اختلالات افسردگی اساسی و دو قطبی از جمله ده مرض اساسی از نظر بار مریضی در سراسر دنیا محسوب می شوند (جدول ۳-۵) (۲، ۱۴، ۱۸).

اختلالات مزاجی اکثراً در بین سنین ۲۰-۳۰ سالگی (به صورت اوسط در سن ۲۵ سالگی) شروع شده و بعد از ۶۰ سالگی نادراً به وقوع می رسد. مطالعات که بالای ملیت های مختلف انجام شده است نشان می دهد که مصابیت به اختلال دو قطبی در طول حیات یک الی دو فیصد است و در هر دو جنس شیوع مساوی دارد. تقریباً ۳۴۰ میلیون نفر در جهان مصاب به افسردگی بوده که این اختلال ۳۰ فیصد دخول یک شفاخانه روانی را و ۳۰ فیصد نفوس عمومی را تشکیل می دهد همچنان در خانم ها یک و نیم الی سه مرتبه (به صورت اوسط دو مرتبه) بیشتر از مرد ها

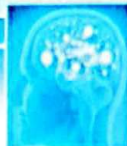


شیوع دارد. شیوع اختلال بی نظمی مزاج مخرب تقریباً دو الی پنج فیصد می باشد. شیوع افسرده خوبی یا Dysthymia نزد خانم ها بیشتر از مرد ها می باشد (۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳).

مطالعات انجام شده نشان می دهد که در پیدایش این اختلالات نسبت به رول والدین عوامل بیولوژیکی بیشتر شناخته شده است. شیوع اختلال دو قطبی در مجردین، اشخاص که طلاق شده اند، افراد طبقات بلند اجتماعی و کسانی که اقارب شان مصاب مرض دو قطبی می باشند نسبتاً بیشتر ظاهر می شود. شیوع Cyclothymia در خانم ها بیشتر از مرد ها بوده و اکثراً در سنین جوانی و نوجوانی (به صورت اوسط در سنین هژده سالگی) شیوع بیشتر دارد (۱۳، ۱۷، ۱۸، ۲۰).

جدول ۳-۳. خلاصه معیارات تشخیصه مانیا به اساس معیارات DSM-V (۱، ۸۸، ۸۹، ۹۰).

<p><b>A.</b> دوره مشخص از مزاج بالا (Elated)، مزاج نمایشی یا منبسط (Expansive) یا مزاج تحریک پذیر (Irritable) یا افزایش انرژی و فعالیت به صورت دوامدار و غیر طبیعی حد اقل برای مدت یک هفته و یا در صورت ضرورت به بستر شدن مریض برای هر مدت زمان که باشد.</p>
<p><b>B.</b> در این مدت زمان اختلال مزاجی سه یا بیشتر از سه علایم ذیل به صورت واضح موجود باشد:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. افزایش اعتماد به نفس و بزرگ منشی (Grandiosity &amp; Inflated self-esteem)</li> <li>۲. کاهش نیاز به خواب</li> <li>۳. پرحرفی یا افکار فشاری (Pressure of thought)</li> <li>۴. فرار افکار (Flight of idea) یا مسابقه افکار (Racing of thought)</li> <li>۵. هوش پرکی (Distractibility)</li> <li>۶. افزایش فعالیت های هدف دار یا بی قراری روانی حرکی</li> <li>۷. تمایل شدید به فعالیت های لذت بخش که احتمال عواقب درد ناک یا ناراحت کننده دارند.</li> </ol>
<p><b>C.</b> اختلال مزاجی آنقدر شدید باشد که سبب تشوش بارز فعالیت اجتماعی یا شغلی شخص شود و یا ضرورت به بستر شدن شخص برای جلوگیری از ضرر رساندن به خود یا دیگران شود و یا توأم با خصوصیات سایکوتیک باشد.</p>
<p><b>D.</b> هجمه مرض از باعث اثرات فزیولوژیکی یک ماده یا یک مرض طبی دیگر نباشد.</p>



جدول ۳-۴. خلاصه معیارات تشخیصه هایبو مانیا بر اساس DSM-5 (۲۰۱۳، ۲۰۱۸، ۲۰۱۹).

در هایبو مانیا همه معیارات تشخیصه مانیا شامل می باشند به استثناء:

۱. مدت زمان. (که در این جا حد اقل چهار روز متواتر کافی است).
۲. شدت علایم. (علایم به اندازه شدید نمی باشند که منجر به اختلال بارز در فعالیت شغلی و اجتماعی شخص شود. گرچه تغییرات واضح که در فعالیت شخص ایجاد شده است در زمان سلامتی وی دیده نمی شود).

### تشخیص تفریقی

امراض که باید در تشخیص تفریقی اختلالات مزاجی مد نظر باشند عبارت اند از: حوادث وعایی دماغ (سکته های دماغی)، اختلال دمانس، صرع، میگرن، مرض مولتیپل اسکلروزیس، ضایعات منتشر دماغی (مثلاً تومور ها)، مرض پارکینسون، مرض ویلسون، امراض غدوات داخلی (کم شدن یا زیاد شدن فعالیت غدوات فوق کلیه، تایروئید، پارا تایروئید)، امراض انتانی (ایدز، مونو نوکلیوز، سینه و بغل یا نمونیا، مرض توبرکلوز، امراض سرطانی، امراض قلبی وعایی، یوریمی، کمبود ویتامین ها، عدم کفایه کبدی، استفاده از مواد مخدر و ادویه جات، غم یا سوگ طبیعی و اختلالات روانی (مانند اختلال اضطراب، اختلال اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیت) (۴، ۷، ۹، ۱۴).

### اسباب

اسباب اختلالات مزاجی را باید در بین عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی جستجو کرد. تا کنون فرضیات مختلف در زمینه عوامل سببی این اختلالات مطرح شده اند ولی هیچ کدام آن قاطعیت کامل ندارد. در مجموع علت مشخص را نمی توان برای این اختلالات دریافت نمود (۱، ۳، ۱۸، ۱۹).

**عوامل بیولوژیکی:** از جمله عوامل مختلف برای اختلالات مزاجی فرضیه مونو امین ها بیشتر مطرح شده است که اکثراً تداوی های دوایی نیز بر اساس این فرضیه استوار می باشند. برهم خوردن تعادل دو ناقل عصبی (سیروتونین و نوراپی نفرین) بیشترین تأثیر را در پیدایش اختلالات مزاجی دارند. سایر ناقلین عصبی مانند دوپامین، اسیتایل کولین، گاما آمینو بوتیریک اسید و غیره نیز در



این رابطه مؤثر اند. از علل دیگر بیولوژیکی می توان از عدم تعادل تنظیم غدوات محور هاپیو تالاموس- هایپوفیز - ادرینال و یا محور هایپوفیز- تایروئید نام برد. یک تعداد از مریضان مصاب به اختلالات مزاجی از نظر سطح هورمون های (مانند کورتیزول سیرم، هورمون رشد و پرولکتین) شان با اشخاص سالم تفاوت دارند، بدون این که تظاهرات این اختلالات را تجربه کنند (۱، ۳، ۶، ۹). از عوامل دیگر بیولوژیکی می توان از تغییرات نیورو فزیولوژی در خواب مریضان، تغییر در فعالیت سیستم معافیتی و تغییرات ساختمانی در بخش های مختلف از دماغ مانند هسته های قاعدوی و سیستم لیمبیک نام برد. عوامل جنتیکی نیز در اسباب اختلالات مزاجی (خصوصاً اختلال دو قطبی) قویاً مطرح شده است. در مجموع چانس مصابیت به اختلال دو قطبی در بین دوگانگی های (مونو زایگوتیک ۹۰-۳۳ فیصد و در دای زایگوتیک پانزده فیصد) گزارش شده است. چانس مصابیت به اختلالات مزاجی در اطفال که یکی از والدین شان مصاب مرض باشد ۲۵ فیصد است و در صورت مصابیت هر دو والدین این چانس به ۷۵-۵۰ فیصد بالا می رود که نشان دهندهٔ دخیل بودن عوامل جنتیکی در پیدایش اختلالات مزاجی می باشند (۳، ۶، ۱۴، ۱۹).

**عوامل روانی اجتماعی:** حوادث ناگوار و استرس های محیطی (مانند از دادن والدین در طفولیت و مرگ همسر یا طلاق و عوامل که بالای اعتماد به نفس مریض اثرات منفی می گذارند) می توانند زمینه ساز و یا عامل پیدایش اختلالات مزاجی (خصوصاً افسردگی) باشند (۳، ۹، ۱۸، ۲۱).

### سیر و انداز

مجموعاً اختلالات مزاجی سیر مزمن و دوامدار دارند و در فواصل حملات روابط اجتماعی و فعالیت های وظیفوی مریضان نسبتاً بهتر می باشد ولی احتمال خطر عود حملات بیشتر است (۱، ۳، ۶). افسردگی در هر سن و سال شروع شده می تواند ولی در پنجاه فیصد واقعات اوسط سن شروع این اختلال بیشتر در چهل سالگی می باشد. به صورت اوسط در جریان یک دورهٔ بیست ساله عود مرض پنج الی شش بار مشاهده می گردد و با هر بار عود علائم مرض شدید شده و فاصله بین هجمات کاهش می یابد. بناً تأکید بر دوام تداوی وقایوی جهت کاهش عود مرض حائز اهمیت است. در صورت عدم تداوی مرض یک دوره افسردگی در حدود شش ماه الی یک سال طول می کشد. جنس مرد، عدم وجود علائم سایکوتیک، عدم وجود اضطراب و اعتیاد به مواد، نداشتن افکار



خود کشی، شروع مرض در سنین بالا، شدت خفیف، خانواده با ثبات، داشتن سابقه خوب روابط اجتماعی و شغلی و نداشتن اختلال شخصیت نشان دهنده انذار خوب افسردگی می باشند (۱۹، ۲۱).  
اعراض اختلال افسرده خوبی معمولاً به صورت تدریجی و قبل از بیست و پنج سالگی شروع می شود. با تداوی انذار مرض خوب می باشد. در مورد سایر انواع فرعی افسردگی معلومات کافی در دسترس نیست (۳۱).

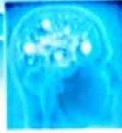
اختلال دو قطبی نوع یک معمولاً با هجمه افسردگی شروع شده و شروع هجمه مانیا اکثراً ناگهانی می باشد. یک هجمه تداوی ناشده مانیا معمولاً برای مدت سه ماه دوام می کند. گرچه انذار هجمات خوب است ولی خطر عود مرض همیشه موجود است به صورت اوسط تعداد هجمات مرض در طول حیات به تعداد نه هجمه می رسد. در ده فیصد واقعات این مرض سیر مزمن را اختیار می کند. شروع مرض در سنین بالا، وجود افکار خودکشی ناچیز، عدم وجود امراض طبی به نفع انذار خوب و داشتن علایم سایکوتیک، نوشیدن الکل و جنس مرد به نفع انذار خراب می باشد. در مجموع عواقب اختلالات دو قطبی نظر به افسردگی خوب نمی باشد (۱۰، ۱۴، ۲۱).

## اختلالات

مریضان مصاب اختلال مانیا نسبت به خود بیشتر به مردم و محیط خود مضر می باشند (در ده الی پانزده فیصد واقعات اقدام به خودکشی می کنند). ولی مریضان مصاب افسردگی با داشتن افکار خودکشی و یا اقدام به خودکشی بیشتر به خود نسبت به مردم مضر می باشند. بی خوابی، وابستگی به مواد (مثلاً الکل) و خراب شدن روابط بین فردی و وظیفوی بیشتر در این مریضان ظهور می کند. سیر اختلالات دو قطبی و افسردگی معمولاً با کشیدن سگرت، دیابت، چاقی، امراض قلبی و عایی و سایر امراض مترافقه بیشتر اختلاطی می شوند (۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۰).

## تداوی

هدف از تداوی اختلالات مزاجی نه تنها بهبود یافتن اعراض حاد کلینیکی است بلکه کاهش دادن عود مکرر حملات و افزایش فواصل بهبودی بین حملات می باشد. از نظر سلامت روانی تعداد بیشتر مریضان مصاب به اختلالات مزاجی با تداوی مناسب و به موقع به حالت نورمال خود بر می گردند. اکثریت مریضان مصاب به اختلال افسردگی به صورت سرا پا تداوی می شوند. حالات که ایجاب می کند تداوی مریضان در داخل بستر صورت گیرد عبارت اند از: داشتن افکار و نقشه



کشی جدی برای خودکشی یا کشتن دیگران، موجودیت اعراض سایکوتیک همراه با اختلالات مزاجی (با داشتن بی اشتهاپی و دیهایدریشن شدید)، هجمات مانیا، عدم جواب به تداوی، مشکوک بودن به تشخیص اختلالات مزاجی (۳۱، ۱۰، ۵، ۳، ۱).

با توجه به نقش عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی در پیدایش اختلالات مزاجی باید تداوی مریضان نیز به اساس این سه عامل عمده تنظیم شود. در حال حاضر تداوی اختلالات مزاجی به سه روش عمده (تداوی دوائی، تداوی روانی یا سایکوتراپی و تداوی با شوک برقی یا ECT) صورت می گیرد. گرچه روش های دیگر تداوی مانند تداوی با نور، تحریک عصب واگوس و محرومیت از خواب نیز مطرح شده اند. در قدم اول باید تمرکز تداوی بالای واقعات عاجل (اقدام به خودکشی، موجودیت اعراض سایکوتیک و هجمات مانیا) باشد تا از انذار ناگوار این واقعات جلوگیری به عمل آید (۳۱، ۱۸، ۳، ۱).

### تداوی دوائی اختلال افسردگی

تداوی دوائی آسان ترین و مؤثر ترین روش تداوی است. استفاده از مقادیر کمتر از حد مورد نیاز و دوام کوتاه تر از حد مورد ضرورت ادویه باعث عدم موفقیت تداوی شده می تواند. قابل ذکر است که در بسیاری از واقعات عوارض جانبی ادویه قبل از شروع تأثیرات معالجه آن ظاهر می شود ولی اکثراً این عوارض جزئی و زود گذر می باشند که نباید باعث قطع تداوی شود (۱۸، ۳، ۱).

**ادویه ضد افسردگی:** ادویه ضد افسردگی نقش عمده و اساسی را در تداوی اختلال افسردگی به عهده دارند. در حال حاضر ادویه ضد افسردگی نهی کننده های انتخابی جذب دوباره سیروتونین (Serotonin Selective Reuptake Inhibitors یا SSRI)، نهی کننده های جذب دوباره سیروتونین - نوراپی نفرین (Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors یا SNRI)، ضد افسردگی های سه حلقه ای و چهار حلقه ای (Tri & Tetra Cyclic Anti-Depressants) یا (TCA & Tet. CA) و نهی کننده های مونو امینو اکسیداز (Mono amino oxidases) یا MAOIs) بیشترین مورد استفاده را در تداوی مریضان افسردگی دارند. در واقعات که اختلال افسردگی با ادویه فوق جواب ندهد از تایروکسین هم استفاده شده می تواند. همچنان استفاده از منبهات (Stimulants)، تنبه عصب واگوس (Vagus nerve stimulation) و تنبه عمیق دماغی



(Deep brain stimulation) هم در تدوای افسردگی مؤثریت دارند. نکات عمده که باید برای انتخاب ادویه ضد افسردگی مناسب در زمان تجویز ادویه در نظر گرفته شود عبارت اند از (۱، ۸، ۶، ۹): در صورت که جواب خوب و قناعت بخش تدوای و بهبودی در گذشته مریض و یا اقارب درجه اول مریض با یک دوا خاص وجود داشته باشد باید همان دوا به همین مریض افسرده نیز انتخاب شود. انتخاب دوا باید با در نظر داشت عوارض جانبی و مطابقت آن با سن و وضعیت جسمی مریض و اعراض مورد هدف در تدوای صورت گیرد. تدوای انواع غیر وصفی افسردگی با استفاده از ترکیبات SSRI ها جواب بهتر می دهند، دوام تدوای در اولین هجمه افسردگی اساسی حد اقل برای مدت شش ماه و در حملات بعدی با توجه به شدت و مدت حملات قبلی و در نظر گرفتن سایر عوامل افزایش دهنده عود مرض، می توان در مورد دوام تدوای تصمیم گرفت و هدف دوام تدوای جلوگیری از عود مرض است، بعضی مریضان نیازمند تدوای دوامدار در تمام عمر خود می باشند (۱، ۱۸، ۱۹، ۲۱).

تنبه مقناطیسی متکرر از طریق سر (Repetitive trans cranial magnetic stimulation) که در واقعات افسردگی بدون اعراض سایکوتیک و مقاوم به تدوای طبی (افراد دارای عدم تحمل و یا عدم جواب به مقابل ادویه ضد افسردگی) تحت انستیزی عمومی تطبیق می شود. عوارض جانبی عمده آن حساسیت جلد سر و سر دردی می باشد همچنان بسیار کم خطر اختلاج موجود است آن هم در نتیجه خطای تطبیق کننده عاید می شود (۵).

### تدوای دوابی اختلال دو قطبی

تدوای باید برای کنترل اعراض کلینیکی و به منظور جلوگیری از عود هجمات اختلال مانیا و افسردگی انجام شود. تدوای اختلال دو قطبی نسبت به افسردگی کمی مغلق و مشکل می باشد. در تدوای اختلال دو قطبی، Lithium carbonate، بعضی ادویه ضد صرع (مانند valproic acid یا carbamazepine که به نام ادویه تثبیت کننده مزاج یا mood stabilizers نیز یاد می شوند) و انتی سایکوتیک های غیر وصفی (مانند olanzapine و respridone) مؤثر می باشند (۱، ۱۳، ۱۶). لیتیوم کربنات سابقه دار ترین و مؤثر ترین ادویه تثبیت کننده مزاج است که در همه مراحل اختلال دو قطبی مؤثریت دارد. مهم ترین مشکل این دوا عبارت از نزدیک بودن فاصله بین مقدار مؤثره و سمی بودن آن است. به همین دلیل لازم است که مقدار آن در خون به صورت منظم اندازه گیری شود. اکثراً برای کنترل اعراض حاد مانیا سوبه آن در خون بین 1-1.5mEq/L کافی



است. مقادیر 2mEq/L و بالا تر از آن سبب مسمومیت می شود. والپرویک اسید و کاربامازپین نیز از ادویه موثر در مراحل مختلف اختلال دو قطبی می باشند. ادویه انتی سایکوتیک غیر وصفی اکثراً در مرحله حاد مانیا مؤثریت دارند (۲، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۶، ۲۰).

برای مریضان مصاب اختلال دو قطبی در زمان حاملگی می توان از انتی سایکوتیک ها ( مانند chlorpromazine و haloperidol)، تثبیت کننده های مزاج ( مانند carbamazepine و lamotrigine) و شوک برقی استفاده کرد (۲۱).

**تداوی روانی - اجتماعی:** اکثر داکتران معتقد به مؤثریت ترکیب تداوی های دوایی و روانی - اجتماعی می باشند. آموزش مریض و خانواده در مورد این اختلالات و نحوه برخورد با حالات مختلف مریض از اهمیت زیادی برخوردار است. بعضی از انواع تداوی روانی مانند تداوی شناختی در تداوی افسردگی (تأکید اصلی بر تغییر طرز تفکر و شناخت منفی مریض)، تداوی روانی بین فردی (بیشتر برای اصلاح روابط ایجاد شده مختل بین اشخاص) و تداوی رفتاری (که کوشش بیشتر بر تغییر رفتار مریضی به رفتار طبیعی و سالم دارد) استفاده می شود (۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۳، ۲۰).

**تداوی با شوک (اختلاج) برقی (Electro Convulsive Therapy or ECT):** استفاده از شوک

برقی برای معالجه مریضان مصاب به اختلالات مزاجی در موارد ذیل استطباب دارد (۱، ۳، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸):

۱. در زمان حاملگی و یا به هر دلیل دیگر که که مریض از ادویه استفاده کرده نتواند.
۲. ضرورت به تداوی عاجل (مثلاً قصد خودکشی یا در صدد ضرر رساندن به دیگران) باشد.
۳. اختلالات مزاجی که به مریض خطر جدی ایجاد کرده باشد.
۴. در صورت که مریضان مصاب به اختلالات مزاجی با استفاده از تداوی طبی جواب ندهد.

جدول ۳-۵. شیوع اختلالات مزاجی در طول عمر (۱، ۱۸، ۲۱).

شیوع	نوع اختلال مزاجی
در زنان ۲۵-۱۰ فیصد و در مرد ها ۱۲-۵ فیصد	اختلال افسردگی اساسی (MDD)
۱،۴-۰،۶ فیصد	اختلال دو قطبی نوع یک (BD I)
۰،۸-۰،۳ فیصد	اختلال دو قطبی نوع دو (BD II)
۱-۰،۴ فیصد	مزاج دوره ای (Cyclothymia)
۱،۵-۰،۵ فیصد	افسرده خویی (Dysthymia)



## فصل چهارم

# اختلالات اضطرابی (ANXIETY DISORDERS)

### اهداف آموزشی

در صورت مطالعه این فصل خواننده قادر به حصول موضوعات ذیل خواهند بود:

- (۱) تعریف، اپیدمیولوژی و اسباب اختلال اضطراب
  - (۲) انواع اختلال اضطرابی (اختلال وحشت زدگی یا پانیک، ترس از بازار یا آگورا فوبیا، ترس اختصاصی، ترس از جمعیت، اختلال اضطراب منتشر و سایر اختلالات اضطرابی).
  - (۳) معیارات تشخیصیه، سیر و انداز، تشخیص تفریقی و تداوی اختلال اضطراب.
- اصطلاح اضطراب در مکاتب مختلف فکری تحت تأثیر اصول شناختی و رفتاری نقش محوری داشته و حاصل تعامل عوامل (ارثی و محیطی) (مانند بعضی از جین ها، حوادث و فشار های روانی) می باشد. اختلالات اضطراب اکثرأ مزمن شده و نسبت به معالجه مقاوم اند که شامل اختلالات وحشت زدگی، ترس از بازار (Agoraphobia)، ترس اختصاصی، اضطرابات اجتماعی و منتشر (عمومی) می باشند. گرچه مریضان اصطلاحات ترس و اضطراب را به صورت مترادف یک دیگر استعمال می نمایند اما در اضطراب منشأ نا معلوم یا داخلی و مبهم و در ترس منشأ معلوم یا خارجی و معین است در هر دو علایم مخبره شخص را گوش به زنگ (alerting signal) می سازد تا بتواند با خطر که متوجه اوست مقابله کند.
- گرچه اضطراب را می توان جواب نورمال و تطابقی تلقی کرد که سبب حفظ حیات می شود که با ازدیاد فعالیت سیستم خود کار یا اوتونوم و جسمی همراه است. ولی اضطراب می تواند به صورت مرضی هم تبارز کند. اضطراب دو مؤلفه دارد: با خبر شدن شخص از تغییرات جسمی خود اش (مانند تپش قلبی و عرق) و با خبر شدن از این که او ترسیده است. بر علاوه اثرات حرکی و حشوی آن بر تفکر، ادراک و قوه یادگیری شخص هم اثر می گذارد. در این فصل در مورد اختلالات اضطرابی به صورت تفصیلی و همه جانبه بحث صورت می گیرد.

تفریف: یک حالت هیجانی ناخوش آیند است که شخص منتظر یک حادثه نا مطلوب است ولی از وقوع آن مطمئن نمی باشد. اضطراب همیشه با اختلال سیستم اوتونوم توأم می باشد<sup>(۸)</sup>.

## ایدیمولوژی

مطالعه ملی مصابیت همزمان گزارش داده است که در هر پنج نفر یک تن شامل معیارات تشخیصه اضطراب است شیوع آن در طول عمر در حدود پانزده الی بیست فیصد بوده که در (زنان ۳۰,۵) فیصد و در مردان ۱۹,۲) فیصد تخمین شده است. تقریباً یک بر سوم مریضان مضطرب تاریخچه امراض طبی را نیز دارند<sup>(۹, ۱۴, ۱۵)</sup>.

## اسباب

الف - نقش علوم روانشناختی: در مورد اضطراب سه مکتب عمده روانی نظریات نظری و عملی مفید داده اند:

۱- نظریه سایکو دینامیکی: فروئید اضطراب را هوشدار ناشی از موجودیت خطر در حالت غیر شعوری می دانست. منبع اضطراب به مسائل عقده ها یا تعارضات متعدد در رشد شخص ارتباط دارد<sup>(۷)</sup>.

۲- نظریه رفتاری یا یادگیری: طبق این نظریه اضطراب جواب در مقابل محرک محیطی معین است<sup>(۷)</sup>.

۳- نظریه وجودی (Existential): در این نظریه احساس شخص برای زندگی کردن در جهان بی هدف است و در اصل اضطراب عکس العمل اوست که با این خلأ عظیم وجود و معنی زندگی را می بیند<sup>(۷)</sup>.

ب- نقش علوم بیولوژیکی: شامل نقش سیستم اوتونوم، ناقلین عصبی و عوامل جنتیکی می باشد<sup>(۱۴)</sup>.

۱- سیستم عصبی خود کار: تحریک سیستم اوتونوم خصوصاً سیستم سمپاتیک باعث ایجاد اعراض اعضای مختلف بدن مانند قلبی (مثلاً tachycardia)، عضلی (مثلاً سردردی)، هضمی (مثلاً اسهال) و تنفسی (مثلاً tachypnea) می شود<sup>(۷, ۱۴)</sup>.

۲- ناقلین عصبی (Neurotransmitters): طبق مطالعات انجام شده بالای حیوانات و عکس العمل آنها مقابل تداوی، ثابت شده است که سه ناقل عصبی (Gamma، Norepinephrine، amino butyric acid و Serotonin) با پیدایش اضطراب رابطه دارند. علاوهً ثابت شده



است که بسیاری از انواع فشار های روانی سبب افزایش تولید و آزاد ساختن کورتیزول می شوند. در زمان استرس سویه CRF در هایپو تالاموس بلند رفته و سبب فعال شدن محور هایپو تالاموس - هایپوفیز - ادرینال و افزایش آزاد شدن کورتیزول و de hydro epi ondosteron می شود. همچنان سبب نهی انواع مختلف از فعالیت های عصبی - نباتی چون غذا خوردن، فعالیت جنسی و اندوکراینی (مانند رشد و تولید مثل) می شود. ضمناً نقش نیورو پپتاید های Y و Galanin هم در ایجاد اضطراب دخیل دانسته شده اند (۱۴۰۱).

۳- **مطالعات جنتیکی:** بعضی مطالعات نقش عوامل جنتیکی را در ایجاد اضطراب زمینه ساز می دانند که تائید کننده این فرضیه مطالعات انجام شده بالای دوگانگی ها و نقش جین ناقل سروتونین است. بنابر کاهش تولید سروتونین توسط این جین باعث اضطراب شده می تواند. سیستم لیمبیک، قشر فرانتل با نواحی اطراف هایپوکامپس، sulcus cingulate و هایپو تالاموس ارتباط دارند که شاید در تولید اعراض نقش داشته باشند. قشر تیمپورل هم در پتو فزیولوژی اختلال اضطرابی مطرح شده است (۱۴۰۷، ۱).

**انواع کلینیکی اضطرابات:** انواع مختلف کلینیکی اضطرابات وجود دارند که قرار ذیل توضیح می گردند:

### ۱ - اختلال وحشت زدگی یا پانیک (Panic Disorders)

حمله حاد و شدید اضطراب توأم با احساس ترس از مرگ قریب الوقوع را به نام اختلال وحشت زدگی یاد می کنند. مشخصه پانیک عبارت از حملات شدید ترس (یا ترس ناگهانی با دوام کمتر از ده الی پانزده دقیقه) است که از چند حمله در روز تا چند حمله در سال فرق می کند. شیوع پانیک در طول عمر یک الی چهار فیصد بوده و در جوانان خصوصاً بین زنان (دو مراهبه بیشتر اتفاق می افتد. در ۹۱ فیصد واقعات توأم با یک اختلال روانی دیگر (تقریباً یک بر سوم آنها دچار افسردگی) هم می باشند (۱۵، ۹، ۸، ۱).

یک تعداد از مواد از جمله  $CO_2$ ، سودیم لکتات، بای کاربونیت، yohambine، ادویه M-carboline، انتاگونست اخذ GABA<sub>B</sub>، کافئین و cholecystokinin به نام مواد مؤلد پانیک یاد می شوند. این مواد باعث تحریک فعالیت تنفسی شده که در نتیجه سبب بر هم خوردن تعادل اسید و قلوی می شوند (۲).



جدول ۴-۱. معیارات تشخیصه DSM-5 در مورد حمله پانیک (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳)

**A. حملات مکرر غیر منتظره پانیک:** یک حمله پانیک با بروز شدید و ناگهانی ترس افراطی یا احساس ناراحتی فوق العاده که در مدت چند دقیقه به اوج خود می رسد و در این زمان چهار مورد یا بیشتر از اعراض ذیل بروز می کند.

**توجه:** بروز آنی حملات هم در حالت آرامش و هم در حالت اضطراب اتفاق می افتد.

- ۱- تپش قلبی، تکان قلبی با افزایش ضربان
- ۲- عرق
- ۳- لرزش یا احساس تکان
- ۴- احساس نفس تنگی و نرسیدن هوا
- ۵- احساس خفگان
- ۶- درد یا ناراحتی صدری
- ۷- دلبدی یا ناراحتی بطنی
- ۸- احساس گنسیت، بی ثباتی، گیجی یا سنکوپ
- ۹- احساس گرمی یا سردی
- ۱۰- احساس paresthesia (کرختی یا سوزنک زدن)

۱۱- مسخ واقعیت یا مسخ شخصیت ۱۲- ترس از دست دادن کنترل و دیوانه شدن ۱۳- ترس از مرگ  
**نکته:** اعراض مختص فرهنگ هم دیده می شود (مانند برنگس گوش، درد گردن، سردردی، گریه و فریاد غیر قابل کنترل) این اعراض را نباید به صفت چهار عرض لازم برای تشخیص محسوب کرد.

**B. حد اقل یکی از حملات جریان یک ماه (یا بیشتر) از یکی یا هر دو مورد ذیل رخ داده باشد.**

- ۱- ناراحتی یا مشغولیت ذهنی دوامدار در مورد بروز یک حمله دیگر یا عواقب آن (مثلاً از دست دادن کنترل، دچار شدن به حمله قلبی و دیوانه شدن).
- ۲- تغییر واضح عدم تطابق رفتاری ناشی از حملات فوق (مثلاً رفتارهای برای جلوگیری از حملات بعدی مانند ورزش نکردن، یا نرفتن به جاهای نا آشنا).

**C. اختلال فعلی ناشی از تأثیرات فزیولوژیکی یک ماده (سؤ مصرف دوا) یا یک مریضی طبی دیگر (مانند هایپر تیروئیدیزم، امراض قلبی تنفسی) نیست.**

**D. اختلال موجوده توسط یک اختلال دیگر قابل توجیه نمی باشد مثلاً حملات پانیک که صرف در عکس العمل به ترس از موقعیت اجتماعی بروز می کنند مانند آنست که در اضطراب اجتماعی دیده می شود؛ یا در جواب به شرایط ترس آور ناشی از جسم یا موقعیت خاص بروز می کند مانند اختلال ترس اختصاصی؛ یا در جواب به افکار وسواسی بروز می کند مانند PTSD؛ یا در جواب به جدا شدن از افراد که با او وابستگی دارد بروز می کند مانند آنست که در اختلال اضطراب جدایی دیده می شود.**

**تشخیص**

طبق چاپ پنجم راهنما تشخیصه و اماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition-V "DSM-5") معیارات تشخیصه اختلال پانیک در جدول ۴-۱ ذکر شده است (۲، ۳، ۸).

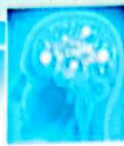


### جدول ۲-۴. معیارات تشخیصه DSM-5 برای ترس از بازار (۲، ۳، ۴، ۵).

- A. ترس یا اضطراب واضح در مورد حد اقل دو مورد از پنج موقعیت ذیل:
۱. استفاده از وسایط نقلیه عمومی (مانند بس، ریل، کشتی و طیاره)
  ۲. بودن در فضای باز (مانند پارکینگ های بزرگ، مراکز خرید و پل ها)
  ۳. بودن در فضای بسته (مانند فروشگاه ها، تئاتر و سینما)
  ۴. ایستادن در قطار یا جا های مزدحم
  ۵. تنها ماندن خارج از خانه
- B. مریض به دلایل ذیل از این موقعیت ها اجتناب می ورزد: تشوش از دشوار بودن فرار از این موقعیت ها یا هنگام بروز حملات شبیه پانیک یا سایر اعراض غیر قابل تحمل که می تواند منجر به احساس شرم وی شود، کمک کننده ندارد (مثلاً در اشخاص مسن ترس از افتادن یا عدم اقتدار ادرار).
- C. موقعیت های ترس از بازار تقریباً همیشه باعث ایجاد ترس یا اضطراب می شوند.
- D. مریض فعالانه از موقعیت های مؤلف ترس اجتناب کرده یا نیاز به همراه دارد یا آن را با ترس و اضطراب شدید تحمل می کند.
- E. ترس و اضطراب مریض بیشتر از حد است که واقعاً از احتمال خطر موجود در موقعیت های آگورا فوبیا انتظار می رود و با زمینه اجتماعی و فرهنگی شخص نامتناسب است.
- F. ترس و اضطراب یا اجتناب معمولاً حد اقل برای شش ماه دوام داشته باشد.
- G. از نظر کلینیکی ترس و اضطراب یا اجتناب باعث ناراحتی زیاد یا مشکلات وظیفوی، اجتماعی یا سایر فعالیت های مهم شود.
- H. اگر مرض طبی دیگر (مانند التهاب امعا یا پارکسون) وجود دارد واضحاً ترس و اضطراب یا اجتناب بیش از حد است.
- I. ترس و اضطراب یا اجتناب توسط اعراض یک مرض دیگر خوبتر قابل توضیح نیست مثلاً ترس خاص از نوع موقعیتی نمی باشد، در موقعیت های اجتماعی بروز نمی کند (مانند اضطراب اجتماعی) و منحصر به افکار وسواسی مریض نبوده (مانند OCD)، مربوط به نقایص ظاهری شخص (مانند اختلال بد شکلی بدن) و ترس از جدایی (مانند اضطراب جدایی) نیستند.
- توجه: برای تشخیص آن ضرورت به وجود حملات پانیک نبوده و در صورت وجود معیارات آن باید هر دو تشخیص را ثبت کرد.

### تشخیص تفریقی

باید اختلال پانیک را از یک تعداد اختلالات طبی و روانی ذیل تشخیص تفریقی کرد:



امراض قلبی و عانی (مثلاً انفارکشن حاد قلبی و فشار خون بلند)، امراض تنفسی (مثلاً Asthma و امبولی ریوی)، امراض عصبی (مثلاً صرع و تومورهای دماغی)، امراض اندوکراین (مثلاً مرض ادرسون و هایپر تیروئیدیزم)، تسمم و قطع دوائی (مثلاً امفتامین، انتی کولینرژیک ها، الکل و ضد فشار خون)، سایر حالات (مثلاً کمبود ویتامین B<sub>12</sub>، تشوشات الکتروولیت ها و انتانات سیستمیک)، سایر انواع اضطراب، اختلال استرس متعاقب سانحه، اختلال وسواسی - اجباری و اختلالات سایکوتیک و مزاجی (۱۶-۱۴، ۲).

### سیر و انذار

پانیک یک اختلال مزمن است که در هر سن و سال (ولی معمولاً در اواخر نوجوانی) شروع شده و تقریباً ۳۰-۴۰ فیصد واقعات با تعقیب متداوم بهبود یافته، در این مریضان وابستگی به الکل (۲۰-۴۰ فیصد) و خطر خودکشی زیاد دارد (۱۵، ۱۴، ۸، ۲).

### تداوی

برای حملات پانیک از تداوی روانی (شناختی، رفتاری، گروهی و خانوادگی) و دوائی استفاده می شود. در مجموع SSRIs و clomipramine نسبت به MAOIs، benzodiazepines، Tri-cyclic و tetra-cyclic ها بنابر مؤثریت و قابلیت تحمل عوارض جانبی برتری دارند. بیتا بلاکر ها مؤثریت نداشته ولی alprazolam و paroxetine مؤثریت دارند. بنزو دیازپین ها سریع ترین تأثیر ضد حمله پانیک را دارند. تداوی بعد از تظاهر تأثیرات مثبت عموماً برای هشت الی دوازده ماه دیگر دوام داده می شود (۱۶-۱۳، ۹).

### ۲ - ترس از بازار یا اگورا فوبیا (Agoraphobia)

عبارت از ترس یا اضطراب از مکان های است که فرار از آن دشوار و زجر دهنده باشد و می تواند فعالیت های فرد را متاثر سازد. شیوع آن بین دو الی چهار فیصد گزارش شده است همچنان شیوع آن در خانم ها کمی بیشتر و بالاتر از ۶۵ سالگی به ۰،۴ فیصد می رسد. در اکثر تحقیقات چنین به نظر می رسد که ترس از بازار همیشه یک اختلال پانیک است زیرا اکثراً یکجا تظاهر می نمایند و با تداوی پانیک این اختلال هم بهبودی کسب می نماید. اما DSM-5 آن را به صورت جدا گانه



طبقه بندی کرده است که ممکن است توأم یا جدا باشند جدول (۴-۲). این اختلال را باید از اختلالات شخصیت، افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی تفکیک نمود (۸، ۱۰۰، ۱۵).

## تدای

**تدای دوائی:** برای تدای ترس از بازار از مشتقات بنزو دیازپین ها، نهی کننده های انتخابی جذب دوباره سیروتونین، ادویه سه حلقه ای و چهار حلقه ای ضد افسردگی استفاده شده می تواند (۸، ۱۴).

**تدای روانی:** برای مریضان اگورا فوبیا از انواع سایکو تراپی های حمایتی، شناختی و رفتاری استفاده می شود. مواجه سازی مریض مؤثر بوده بعضاً برنامه های کمپیوتری طوری طراحی شده که با مشاهده آن مریض خود را در ازدحام می بیند و با جلسات تکراری می تواند بر اضطراب خود غلبه کند (۸، ۱۴، ۱۵).

## ۳ - ترس اختصاصی (Specific phobia)

اصطلاح ترس به معنای ترس افراطی از یک موضوع، شرایط یا موقعیت خاص و معین است. مطابق DSM-5 ترس خاص به انواع ذیل تقسیم شده است: ترس از حیوانات (مثلاً عنکبوت)، ترس از محیط طبیعی (مثلاً طوفان)، ترس از خون، ترس از پیچکاری، ترس از موقعیت (ارتفاعات بلند یا موتر) و ترس از سایر چیزهای دیگر به جزء از انواع فوق. ترس اختصاصی شایعترین اختلال روانی در زنان و دومین اختلال روانی در مردان است و در طول عمر شیوع آن به سیزده فیصد می رسد. اکثراً توأم با اختلال اضطرابی، اختلال مزاجی و اختلال ناشی از مواد ظاهر می شود (۸-۱۲). تشخیص با پیدایش اضطراب شدید حتی تا حد پانیک در زمان مواجه شدن با موارد مؤلد ترس گذاشته شده و باید این حالت برای حد اقل شش ماه دوام کند و شخص از مواجه شدن با آن موارد اجتناب کند ضمناً باعث مشکلات در فعالیت وظیفوی، اجتماعی یا سایر فعالیت های مهم شخص شود (۲، ۶، ۱۴، ۱۵).

## سیر و انداز

تحقیقات کلینیکی در مورد سیر این مریضی محدود است. در صورت گه در طفولیت شروع شده باشد تا سال های متمادی دوام خواهند داشت و شدت آن ثابت باقی خواهد ماند (۲، ۳، ۸، ۱۵).



## تداوی

تداوی رفتاری که نکات کلیدی آن برای موفقیت تداوی شامل وفاداری به تعهد به طرز تداوی، تعریف واضح مشکلات و اهداف عینی و مهیا ساختن شیوه های بدیل و جاگزین برای مدارا با این احساسات، مواجه سازی به صورت تصویری یا از طریق حساسیت زدایی واقعی، همچنان سایر روش ها مانند هیپنوتیزم، تداوی حمایتی و خانوادگی هم ممکن است مفید باشد. تداوی دواوی با بیتا بلاکر ها، بنزو دیازپین ها هم مؤثر می باشند خصوصاً اگر با حملات پانیک توأم باشد (۴، ۱۰، ۱۵).

## ۴ - ترس از جمعیت یا اجتماع (Social phobia)

معیارات تشخیصی DSM-5 برای این اختلال طوری خلاصه می شود که اضطراب اجتماعی در جمعیت های عمومی شایع است ولی زمانی مرضی قبول می شود که اضطراب مانع از مشارکت شخص در فعالیت های مطلوب خودش شود. اختلال اضطراب اجتماعی ترس شدید و مداوم از یک شی یا موقعیت های اجتماعی (گرد همایی ها، سخنرانی یا ملاقات افراد جدید) قابل شناخت و غیر منطقی است نه از خود موقعیت که سبب احساس شرم، تحقیر و توهین در جریان فعالیت اجتماعی می شود. ترس، اضطراب یا اجتناب ثابت و حد اقل برای شش ماه دوام داشته باشد و از باعث تأثیرات مواد یا مریضی طبی یا روانی دیگر نباشد و باید از سایر انواع اضطرابات، اختلالات شخصیت و افسردگی تشخیص تفریقی شود (۴، ۵، ۱۱، ۱۳).

شیوع ترس از اجتماع در طول حیات تقریباً سه الی سیزده فیصد گزارش شده است و زنان کمی بیشتر از مردان مصاب می شوند. شروع آن بیشتر در سنین نو جوانی اتفاق می افتد. اطفال که والدین شان به آنها توجه کمتر داشته باشند و بیشتر آنها را سرزنش می کنند چانس مصابیت بیشتر دارند. در ضمن این اختلال سیر مزمن دارد و با دوام مرض ممکن است در زندگی شخص تداخل کرده و سبب ایجاد مشکلات بیشتر مانند پیشرفت وظیفوی شود (۲، ۶، ۱۰، ۱۲).

## تداوی

برای تداوی این مریضان استفاده همزمان تداوی های روانی و دواوی از مؤثریت بیشتر برخوردار است. ادویه مورد استفاده مؤثر در این مریضان عبارت اند از: SSRIs, Benzodiazepines, MAOIs, Buspirone, Venlafaxine و Beta Blockers.

تداوی های روانی شامل تداوی شناختی، رفتاری و مواجه سازی می باشد (۱، ۹، ۱۴، ۱۵).





## ۵ - اختلال اضطراب منتشر (Generalized Anxiety disorder)

اضطراب را می توان جواب تطابقی و نورمال در مقابل تهدید تلقی کرد که شخص را برای فرار یا کسب آمادگی می سازد. اضطراب منتشر طبق تعریف به اضطراب و ناراحتی افراطی در باره چندین واقعه یا فعالیت در اکثر روزها و دوام حداقل شش ماهه اطلاق می شود. این ناراحتی باعث رنج و عذاب ذهنی شخص شده که به مشکل نهی شده و با اعراض جسمی مانند تحریک پذیری، تشوش خواب و بی قراری همراه می باشد. این اختلال باید از باعث کدام اختلال دیگر یا مصرف مواد یا مرض طبی دیگر و یا سایر امراض روانی عاید نشده باشد. همچنان باید ساحات مهم زندگی شخص را متأثر سازد (۱۳، ۸، ۳).

شروع آن معمولاً در نو جوانی رخ داده و شیوع یک ساله آن به سه الی هشت فیصد می رسد در زنان (هفت فیصد) دو برابر بیشتر از مردان (چهار فیصد) تصادف می شود. در ۵۰-۹۰ فیصد واقعات با سایر امراض روانی، انواع دیگر اضطرابات و افسردگی توأم به وقوع می رسد. علت اضطراب منتشر نا معلوم است. تفکیک اضطراب طبیعی از مرضی مشکل است. فرضیه های که در مورد دخالت بعضی نواحی در اضطراب منتشر مطرح شده است عبارت اند از: عقده قاعدوی، سیستم لیمبیک، فص ها یا لوب های فرانتل و اوکسیپیتال (۱۴، ۱۲، ۸، ۲).

### تشخیص

معیارات تشخیصه برای اختلال اضطراب منتشر یا عمومی (جنرالایز) در جدول ۳-۴ ارائه شده است. تشخیص تفریقی این اختلال مشابه به اختلال پانیک است (۱۶، ۱۴، ۳، ۲).

### سیر و انداز

اختلال اضطراب منتشر یک مرضی مزمن است که اکثراً در سابقه مریضان حادثه ناگوار وجود دارد. چون بیشتر با سایر امراض روانی توأم می باشد بناً انداز آن را به مشکل می توان پیش بینی کرد (۱۵، ۱۴).

### تداوی

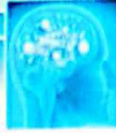
مؤثرترین تداوی مریضان ترکیب تداوی دوایی و روانی می باشد. تداوی روانی شامل تداوی های شناختی- رفتاری (به طور مثال آرام سازی) و حمایتی است. در تداوی دوایی از بنزو دیازپین ها،



SNRIs, SSRIs، سه حلقه ای ها و چهار حلقه ای ها، ضد هستامین و بیتا بلاکر ها استفاده شده می تواند و دوام تداوی برای شش الی دوازده ماه یا بیشتر حتی در تمام عمر دوام داده می شود<sup>(۱)</sup>.  
 ۱۶، ۱۳، ۶

**جدول (۳-۴). معیارات تشخیصه در مورد اختلال اضطراب منتشر<sup>(۲، ۳، ۱۴، ۱۶)</sup>.**

- A.** اکثر روز ها اضطراب و ناراحتی بیش از حد (انتظار توأم با تشویش) در جریان حد اقل شش ماه گذشته و در مورد وقایع و فعالیت های مختلف (مانند فعالیت های وظیفوی و تحصیلی) رخ دهد.
- B.** کنترل برای شخص دشوار است.
- C.** اضطراب و ناراحتی حد اقل با سه عرض از جمله شش عرض دیده می شود (حد اقل برخی از این اعراض در شش ماه گذشته اکثر روز ها وجود داشته باشد).
- توجه:** در اطفال وجود یک مورد کافی است.
۱. بی قراری یا احساس بر انگیزتگی و بی تابی
  ۲. زود خسته شدن
  ۳. مشکل در تمرکز یا خالی شدن ذهن
  ۴. تحریک پذیری
  ۵. تنیدگی عضلی
- ۶.** اختلال خواب (مشکل در خواب رفتن یا حفظ تداوم خواب و یا خواب توأم با بی قراری و عدم رضایت از خواب)
- D.** اضطراب، نگرانی یا اعراض جسمی سبب ناراحتی واضح کلینیکی یا مشکلات فعالیت وظیفوی، اجتماعی یا سایر جنبه های مهم فعالیت شخص می شوند.
- E.** اختلال فعلی ناشی از تأثیرات فزیولوژیکی یک ماده (مانند سو مصرف مواد یا یک دوا) یا یک مریضی طبی دیگر (مانند هایپرتایروئیدیزم) نباشد.
- F.** این اختلال توسط یک مریضی روانی دیگر بهتر قابل توجه نباشد (مانند اضطراب یا ناراحتی از بروز حملات پانیک در اختلال پانیک، ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی، افکار وسواسی در اختلال OCD، جدا شدن از افراد که به آن بستگی دارد در اختلال اضطراب جدایی، یاد آوری از واقعه متضرر شده در PTSD، افزایش وزن در بی اشتهاهی عصبی یا شکایات جسمی در اختلال جسمی، نقایص جزئی ظاهری در اختلال بدشکلی بدن، داشتن مریضی جدی در اختلال اضطراب مرض یا محتوای عقاید هزیانی در اسکیزوفرنی یا اختلال هزیانی).



## ۶ - سایر اختلالات اضطرابی

یک تعداد زیاد مواد و امراض طبی با اضطراب توأم بوده یا در ایجاد آن نقش دارند که تظاهرات کلینیکی شان در تمام موارد از اثرات فزیولوژیکی مستقیم اختلالات طبی و مواد ناشی می شود. تداوی اصلی تداوی علل زمینه ساز بوده در صورت عدم بر طرف شدن عامل زمینه ساز باید برای معالجه اضطراب اقدامات مشابه اختلال روانی صورت می گیرد (۱۴، ۱۲، ۳).

گرچه در تصنیف جدید DSM-V بخش تشوشات وسواس - اجباری و اختلال استرس متعاقب سانحه کاملاً به صورت مجزاً از این بخش طبقه بندی شده اند (۱۴، ۸، ۱) ولی بنابر اهمیت کلینیکی این موضوعات در مطابقت به کریکولم درسی پوهنتون طبی مختصراً به توضیح آن می پردازیم:

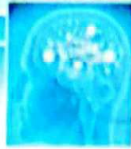
### ۱ - اختلالات وسواس اجباری

#### (Obsessive Compulsive Disorders or "OCD")

وسواس عبارت از تخیلات، منبهاات و تفکرات متداوم و فضول است که هدف آن پخش کردن ملوثات یا ضرر رساندن به دیگران و تغیر دادن معیارات اجتماعی بوده و دارای اوصاف ذیل می باشد: به تلاش منطقی از ذهن مریض دور نمی شود، با اضطراب همراه است، بر خلاف میل شخص ظاهر شده و شخص در برابر آن مقاومت می کند و به بیهودگی آن هم فرد مصاب واقف است (۱۶، ۱۵، ۱۱، ۴).

در اجبار شخص برای کاهش اضطراب و دیگر ناراحتی خود که در حالت وسواس برایش عاید شده است دست به عمل می زند و می تواند به انواع گوناگون تظاهر کند مثلاً محاسبه کردن (Counting)، پاک کردن (Cleaning)، چک کردن (Checking)، لباس پوشیدن (Dressing) و غیره (۱۶، ۸، ۵، ۴).

اختلالات وسواسی - جبری در هر دو جنس شیوع مساویانه داشته و برای تداوی شان از سایکو تراپی و تداوی دوائی (ادویه ضد افسردگی و مشتقات بنزو دیازپین) استفاده شده می تواند (۱۴، ۲، ۱).



## ۲- اختلالات استرس متعاقب سانحه (Post-Traumatic Stress Disorders or "PTSD")

اکثریت اشخاص (خارج از تجربه معمول انسان) یک فشار ضربه روانی را در طول حیات خود تجربه می نمایند که در یک تعداد کم از آنها به اختلال استرس متعاقب سانحه (PTSD) تحول می کند و اشخاص مصاب وقتاً فوقتاً حوادث سپری شده را در خواب یا بیداری خود تجربه کرده که با ناراحتی شان همراه می باشند. زمانی که ناراحتی شان ناشی از فشار ضربه روانی برای مدت یک ماه دوام کند تشخیص PTSD گذاشته می شود. اگر اعراض مرض کمتر تر از سه ماه دوام نماید بنام PTSD حاد و اگر اضافه تر از سه ماه دوام نماید بنام PTSD مزمن یاد می شود و اگر اعراض بعد از شش ماه دوباره پیدا شود بنام حمله مؤخر PTSD یاد می شود. این اختلال در خانم ها دو مرتبه بیشتر از مرد ها شیوع دارد. برای<sup>۱۳</sup> اوی مریضان مصاب به PTSD از ادویه ضد افسردگی استفاده می شود(۱، ۸، ۱۲، ۶)

## فصل ششم

### اختلالات شخصیت (PERSONALITY DISORDERS)

#### اهداف آموزشی

در صورت خواندن این فصل خواننده قادر خواهند بود تا موضوعات ذیل را فرا گیرد:

- ۱) اسباب و پتو فزیولوژی اختلالات شخصیت.
- ۲) طبقه بندی اختلالات شخصیت به سه دسته های مختلف.
- ۳) تشخیص تفریقی و تداوی اختلالات شخصیت.
- ۴) سایر اختلالات شخصیت معین.

شخصیت به ترکیب تفکیک ناپذیر همه خصوصیات دایمی روانی و رفتاری یک شخص اطلاق می شود که او را از دیگران متمایز می سازد. شخصیت هر شخص دارای سه بعد اساسی می باشد: اول مزاج که ارثی و بیولوژیکی است، دوم کرکتر که فرهنگی و اجتماعی است و سوم روان که معمولاً ارثی است و ارتباط دهنده دو بعد اول و دوم می باشد.

اختلالات شخصیت سیر مزمن و دوامدار داشته که میزان شیوع آن در جمعیت عمومی تقریباً ده فیصد تخمین شده است. به صورت معمول اختلالات شخصیت محصول اختلالات روانی بوده و ضمناً عامل زمینه ساز برای پیدایش سایر اختلالات روانی دیگر هم شده می تواند که وجود اختلالات شخصیت در نتایج تداوی سندروم ها تداخل نموده و باعث افزایش مرگ و میر می شوند.

در این فصل در مورد انواع مختلف اختلالات شخصیت به صورت مفصل و همه جانبه بحث می گیرد.



**تعریف:** اختلال شخصیت طبق تعریف چاپ پنجم راهنمای تشخیصه و احصائیوی اختلالات روانی (DSM-5" diagnostic and statistical manual of mental disorder edition-V) عبارت از تجارب تغییر ناپذیر داخل ذهن و رفتار دوامدار و غیر قابل انعطاف است که خارج از معیارات فرهنگی شخص باشد و از دوران نو جوانی و جوانی شروع شده و در طول حیات تغییر نمی کند و بعد از سن ۴۰ سالگی کمتر قابل مشاهده می باشد. ضمناً باعث نا راحتی و مختل شدن فعالیت های شخص شده و حد اقل در دو ساحه از چهار ساحه چون شناخت، عاطفه، روابط بین فردی و کنترول انگیزه ناگهانی (impulse) تظاهر می کند (۱، ۲، ۱۲، ۱۴، ۱۵).

### اسباب

اسباب اختلالات شخصیت نا معلوم است ولی تحقیقات انجام شده عوامل ذیل را در پیدایش آن دخیل می دانند (۸).

۱- **عوامل بیولوژیکی:** سویه testosterone، 17-Estradiol و oestrone در اشخاص که خصوصیات impulsive دارند بالا است. پائین بودن سویه 5-hydroxyindoleacetic acid (که یک میتابولیت سیروتونین است) با مزاج افسرده، ضرر رساندن به خود و خود کشی توأم بوده و در شخصیت مرزی دیده می شود (۱۶).

۲- **عوامل جنیتیکی (ارثیت ۶۰-۴۰ فیصد):** مصاب شدن به اختلالات شخصیت در دوگانگی های Monozygotic به مراتب بیشتر از dizygotic ها است. در دسته A اکثراً اقارب شان دچار اختلال شخصیت و اسکیزو فرینی بوده و در دسته های B و C بیشتر اساس ارثی دخیل می باشند (۲، ۴، ۱۵، ۱۶).

۳- **ناقلین عصبی (Neurotransmitters) و الکترو فزیولوژی:** سیستم دوپامینرژیک و سیروتونرژیک با فعالیت های تحرکی و تهییجی ارتباط نزدیک دارند. تغییر در سرعت هدایت برقی در EEG بعضی مریضان مصاب اختلالات شخصیت دیده می شود (۱۵).

۴- **عوامل سایکو انالایتیک و محیطی (Environmental & Psychoanalytic Factors):** خصوصیات اختلالات شخصیت ممکن است مربوط به یکی از مراحل رشد روانی - جنسی و یا هم محصول میکانیزم های دفاعی شخص باشد. همچنان بروز این اختلالات در افراد که دارای اقتصاد پائین، تجرید شده و در طفولیت مورد سوء استفاده قرار گرفته شده اند شایع است (۲، ۸، ۱۵، ۱۶).

### طبقه بندی

اختلالات شخصیت در DSM-5 (مشابه به طبقه بندی DSM-IV-TR) به سه دسته (clusters) عمده قرار ذیل تقسیم می شوند (۱، ۲، ۳، ۴، ۱۴).

۱. دسته A (cluster A) شامل سه نوع اختلالات شخصیت (بد گمان، اسکیزونید و اسکیزوتایپی یا Paranoid, schizoid and schizotypal) می باشد. اشخاص شامل این دسته اکثراً غیر عادی و عجیب به نظر می رسند (۱، ۸، ۱۰، ۱۵).
۲. دسته B (cluster B) شامل چهار نوع اختلالات شخصیت (ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خود شیفته یا antisocial, borderline, histrionic and narcissistic) می باشد. اشخاص شامل این دسته اکثراً رفتار غیر قابل پیش بینی، نمایشی و نامتعادل دارند (۳، ۹، ۱۱).
۳. دسته C (cluster C) شامل سه نوع اختلالات شخصیت (اجتنابی، وابسته و وسواسی-جبری یا avoidant, dependent and obsessive - compulsive) است. این اشخاص اکثراً مضطرب و ترسیده به نظر می رسند (۱، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴).

### اختلال شخصیت بد گمان (Paranoid Personality Disorder)

اختلال شخصیت بد گمان تقریباً ۰.۵ الی ۴.۴ فیصد جمعیت عمومی را تشکیل می دهد و در بین مرد ها، اقلیت ها و مهاجرین شیوع بیشتر دارد (۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵).  
مشخصه آن شک کردن، سوء ظن و بی اعتمادی نسبت به همه اشخاص است و این افراد مسئولیت همه رفتار های خود را بر دوش دیگران می اندازند. این اشخاص متخاصم، تحریک پذیر، خشمگین و متعصب اند و برای دیگران مدارک غیر قانونی جمع آوری کرده و اهل دعوا می باشند. این افراد در زمان معاینه رسمی و جدی به نظر رسیده و از این که به داکتر مراجعه کرده اند ناراحت می باشند. ممکن است جر و بحث شان غلط اما تکلم شان منطقی باشد. از نظر سیر مرض این نوع اختلال در بعضی اشخاص در تمام عمر موجود بوده و در بعضی دیگر ممکن است شروع اسکیزو فرینی باشد. این اشخاص در زندگی خود با دیگران و در وظیفه و روابط زنا شوهری خود دچار مشکلات زیاد می باشند (۱، ۴، ۱۳، ۱۴).



### اختلال شخصیت اسکیزوئید (Schizoid Personality Disorder)

احصائیه دقیق اختلال شخصیت اسکیزوئید معلوم نبوده ولی ممکن است در حدود ۳٫۱ الی ۴٫۹ فیصد جمعیت عمومی را تشکیل دهد. مرد ها دو برابر بیشتر دچار این نوع اختلال می شوند. این اشخاص اکثراً شب کاری را ترجیح می دهند (۱۴، ۱۲، ۲).

مشخصه این نوع اختلال شخصیت انزوای اجتماعی می باشد. این اشخاص از تعاملات انسانی ناراحت شده و درون گرا می باشند. رفتار غیر طبیعی و عاطفه کند دارند و دیگران این اشخاص را منزوی و غیر عادی می دانند. این اشخاص در معاینه روانی ناراحت به نظر می رسند. کمتر تماس چشمی را تحمل کرده و جواب های کوتاه می دهند و می خواهند که مصاحبه هر چی زودتر خاتمه یابد. اکثراً ترسیده و کمتر خوشحال به نظر می رسند (۱۰، ۸، ۷، ۵، ۱). این اختلال در طفولیت شروع شده و تناسب و فیصدی تحول آن به اسکیزوفرنی معلوم نیست (۲، ۱).

### اختلال شخصیت اسکیزوتایپی (Schizotypal Personality Disorder)

اختلال شخصیت سکیزوتایپی تقریباً ۳٫۹ الی ۴٫۶ فیصد جمعیت عمومی را تشکیل داده و تناسب مصابیت جنس معلوم نبوده ولی معمولاً در مرد ها، در زنان دچار X شکننده و در دوگانگی های مونوزاگوتیک کمی شایع تر می باشد (۱۴، ۱۲، ۲).

این اشخاص حتی به نظر اشخاص غیر متخصص هم عجیب و غریب به نظر می رسند. تفکر جادویی، عقاید غیر عادی، افکار نسبت دادن خصوصاً به خود، خبط و قطع واقعیت جزء زنده گی روزمره شان می باشد. تشخیص این اختلال به اساس غیر طبیعی بودن افکار، رفتار و ضمناً درون گرایی شان گذاشته می شود (۱۶، ۱۴، ۱۱، ۷).

در این نوع شخصیت تفکر و طرز برقراری ارتباط مختل شده و تکلم متمایز یا خاص دارند معنی آن را فقد خود شان می دانند و نیاز به تفسیر دارد. بعضاً دارای افکار خرافاتی، ادعای غیب بینی و سایر قدرت های فکری و بینش خاص می باشند و شاید هم از این احساسات خود نا خبر باشند ولی با کشف احساسات منفی مثل خشم بسیار حساس می باشند. این اشخاص منزوی بوده و دارای روابط نا مناسب و بدون دوستان می باشند در صورت تحت فشار قرار گرفتن علائم سایکوتیک نشان می دهند و در حالات شدید ممکن است دچار افسردگی شدید هم شوند (۱۲، ۶، ۲).





از نظر سیر مرض ممکن است تا اخیر عمر ثابت باقی مانده و یا زمینه ساز برای اختلال اسکیزوفرنی باشد. تقریباً ده فیصد این اشخاص دست به خودکشی می زنند. با وجود آن هم شاید ازدواج کنند و یا شغل داشته باشند (۱۴، ۱۶).

### اختلال شخصیت ضد اجتماعی یا غیر معاشرتی (Antisocial or Dissocial Personality Disorder)

این اختلال تقریباً سه فیصد مرد ها و یک فیصد خانم ها را در جمعیت عمومی تشکیل می دهد. در بین مرد ها، اشخاص فقیر و جمعیت غیر ثابت شیوع بیشتر دارد. ۷۰ فیصد مرد های الکولیک و ۷۵ فیصد زندانیان دچار این نوع اختلال شخصیت می باشند (۲، ۱۲، ۱۵، ۱۶).

عبارت از ناتوانی در تسلیم شدن به قواعد اجتماعی است که جوانب متعدد رفتار شخص را در نوجوانی و سنین بزرگتر تحت تاثیر قرار می دهد و مشخصه آن اعمال دوامدار ضد اجتماعی و قانونی می باشد. حتی بعضاً متخصص ورزیده هم در زمان مصاحبه فریب شان را می خورد زیرا آرام و قابل اعتماد به نظر رسیده و هیچ نوع اضطراب و افسردگی از خود نشان نمی دهند اما در عقب آرامش شان عکس العمل های خصومت، تحریک پذیری، خشم و تهدید به خودکشی نهفته است. سلوک ظاهراً نورمال و دوستانه دارند اما در سابقه خود اختلال سایر فعالیت ها را مانند دروغ گفتن، فرار از مکتب، دزدی، دعوا، سوء مصرف مواد، بی بندوباری های جنسی (همسر آزاری و طفل آزاری) و اعمال غیر قانونی دارند و هیچ وقت از این اعمال شان پشیمان هم نمی شوند. اظهار شان در مورد رفتار ضد اجتماعی شان طوری است که گویا از باعث بی فکری و بی توجهی انجام شده است. طرح های فریب کارانه شان مانند پولدار شدن، کسب شهرت یا بد نامی در نهایت آن ها را به سوی فساد و رسوایی می کشاند (۵، ۸، ۱۰، ۱۳).

معمولاً اعراض قبل از پانزده سالگی شروع شده، در نوجوانی به اوج خور رسیده و در طول عمر چندان تغییر نمی کند بعضاً با کبر سن (اکثراً بعد از سی سالگی) کمی کاهش می یابد. شکایات جسمی، افسردگی و مصرف مواد در این افراد شایع است (۲، ۱۴).

## اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder)

شیوع قطعی اختلال شخصیت مرزی معلوم نبوده ولی شاید یک الی دو فیصد جمعیت عمومی را تشکیل دهد. در زن ها دو برابر شیوع دارد اختلالات افسردگی و سوء مصرف مواد در اقارب شان بیشتر به ملاحظه می رسد. این نوع اختلال شخصیت در سرحد بین روان خوب و سایکوتیک قرار دارد و مشخصه آن بی ثباتی در عاطفه، مزاج، رفتار، روابط و تصور از هویت خود می باشد. این افراد همیشه در بحران به سر می برند. چرخش سریع مزاج (mood swing) شایع است مثلاً یک لحظه نزاع طلب، لحظه دیگر افسرده و لحظه دیگر بی احساسی دارند. بعضاً دارای اعراض سایکوتیک کوتاه مدت (یعنی محدود، گذری و مشکوک) می باشند. رفتار شان غیر قابل پیش بینی بوده و برای جلب کمک به خشمگینی، مجروح ساختن و زدن خود می پردازند. چون توأم با اختلال وابستگی و خصومت اند و تنهایی را هم تحمل کرده نمی توانند بناً روابط شان مختل می شود. سایر اشخاص را یا مطلق خوب یا مطلق بد می پندارند. بعضی متخصصین مشخصات شان را با این مفاهیم ذکر می کنند: ترس عام (pan phobia)، اضطراب عام (pan Anxiety)، دو دلی عام (pan ambivalence) و بی بند و باری جنسی (chaotic sexuality). این اختلال از نظر سیر نسبتاً ثابت و در طول عمر چندان تغییر نمی کند. در انتخاب شغل، ازدواج و سایر مسائل مهم ناتوانی دارند. بروز حملات افسردگی بیشتر است. تشخیص آن معمولاً قبل از چهل سالگی مطرح می شود (۱۱۳، ۷، ۳).

## اختلال شخصیت نمایشی (Histrionic Personality Disorder)

شیوع اختلال شخصیت نمایشی در حدود یک الی دو فیصد است و در زن ها شیوع بیشتر دارد\* (۱۵، ۱۴، ۳)

این افراد تحریک پذیر و هیجانی با وجود رفتار پر زرق و برق و تشریفاتی شان در تداوم رفتار خود ناتوانی دارند. در مصاحبه همکاری خوب دارند و با جزئیات تاریخچه خود را بیان می کنند. در هنگام صحبت کردن شان مکت کردن ها، ژست ها و تأکید های نمایشی شایع می باشد. سایر معاینات شناختی این مریضان نورمال می باشند. این مریضان در ابراز افکار و احساسات خود مبالغه کرده و هر چیز ساده را بیش از حد آن جلوه می دهند و اگر مورد توجه و تحسین قرار



مگیرند مراجع شان تعبير کرده و گريه می کنند و یا آنها را ملامت کرده و به آنها الفاظ نا شایسته استفاده می کنند. ممکن است به ابتیاری های روانی - جنسی مبتلا باشند. روابط سطحی دارند. سرور و غرق افکار خود اند. زود تر به هر کس اعتماد می کنند که این حالت شان ممکن است باعث فریب آنها شود (۱۶، ۱۵، ۱۴).

با زدیاد سن علائم کمتر به ملاحظه رسیده و صرف دارای علائم ظاهری می باشند به واقعی. چون اکراً هیجانی اند ممکن است در مسائل قانونی درگیر شده و بنابر این به صرف می بند و باری و یا به سو مصرف مواد پروند (۱۶، ۱۴، ۱۳).

### اختلال شخصیت شیفته یا عاشق خود (Narcissistic personality disorder)

طبق به DSM-5 این اختلال تقریباً دو الی شش فیصد کلینیک ها را و کمتر از یک فیصد جمعیت عمومی را تشکیل می دهد. اطفال آنها نیز در معرض خطر مصابیت به این نوع اختلال شخصیت قرار دارند بنابر اعتماد به نفس پائین به افسردگی مساعد اند (۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱).

این اختلال یک اختلال مزمن و صعب العلاج است. اشخاص مصاب خود را بزرگ، مهم، واجب حره و بی نظیر احساس می کنند اما در عقب این احساسات عزت نفس شکننده دارند. حتی نسبت به انتقاد های جزئی هم متأثر شده و تحمل آن را ندارند و در صورت انتقاد از خود عصبانیت و بی عیبی نشان می دهند صرف نظریات خود را قبول دارند و در کسب شهرت و ثروت هستد و بیری به دست آوردن اهداف شان بیشتر تظاهر دوستی می کنند. چون خلاف قواعد عمل می کند بعضاً باعث ناراحتی و عصبانیت دیگران شده و ضمناً سبب مشکلات بین افرادی و طبیعی هم شده می تواند تحمل بیری را ندارند زیرا مزایایی جوانی برای شان مهم می باشد (۱۱).

(۱۶، ۱۵، ۱۴)

### اختلال شخصیت اجتنابی یا مضطرب

#### (Avoidant "anxious" personality disorder)

طبق DSM-5 این اختلال نیم الی دو فیصد جمعیت عمومی را تشکیل داده و تناسب مصابیت جنس معلوم نیست. این اشخاص نسبت به رد شدن (rejection) شان از طرف دیگران حساسیت دارند که باعث گونه گیری و انزوا آنها از جامعه می شود. با وجود احساس شرم، معاشرتی هم می



باشند. در روابط خود می خواهند دیگران برای شان تضمین های مستحکم بدهند که آنها را می پذیرند. در تصنیف بین المللی امراض چاپ ۱۱- (International Classification Of Diseases یا ICD-11) برای شان اصطلاح شخصیت مضطرب استفاده شده است (۵، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۵). در زمان مصاحبه و صحبت کردن دچار اضطراب، عدم اطمینان نسبت به خود و شکسته نفسی می شوند. حساسیت بیش از حد این اشخاص در صورت رد شدن شان از سوی دیگران واضح است. روابط را دوست دارند ولی از رد شدن آن می ترسند. بدون تضمین مطمئن با کسی روابط قایم نمی کنند. می خواهند همه افراد از آنها راضی باشند ولی هیچ دوست صمیمی ندارند. بعضاً اظهارات دیگران را توهین و تحقیر به خود می دانند. در صورت حمایت مریضان قادر به انجام فعالیت های خود می باشند و اجتناب ناشی از ترس در این مریضان شایع است (۲، ۳، ۵، ۱۲).

### اختلال شخصیت وابسته (Dependent Personality Disorder)

بر اساس DSM-5 میزان شیوع اختلال شخصیت وابسته تقریباً ۵،۰ الی پنج فیصد تخمین شده و در زنان شایع تر است (۱، ۳، ۴، ۱۵).

این اشخاص ضروریات خود را تحت تأثیر نیاز های دیگران قرار می دهند. مسئولیت های خود را بالای دیگران می اندازند و نسبت به خود نا مطمئن می باشند. اگر برای مدت کوتاهی هم تنها بمانند احساس ناراحتی می کنند (۲، ۳، ۴، ۱۴).

این اشخاص در زمان مصاحبه همکار و فرمان بردار به نظر می رسند همچنان توان تنهایی، تصمیم گیری و مسئولیت پذیری را ندارند. می خواهند تحت تأثیر باشند و ضمناً راهنمایی شوند. احساس بد بینی، عدم اطمینان، غیر فعال بودن، ترس از ابراز احساسات جنسی و پرخاشگری مشخصه این اختلال است. این اشخاص ممکن است همسر بد خلق را بخاطر این که احساس وابستگی شان صدمه نبیند، خوبتر تحمل کنند (۶، ۷، ۱۳، ۱۴).

سیر مرض در صورت تداوی مساعد است. این افراد در هم فعالیت های خود به کمک نیاز دارند (۲، ۳، ۱۴).



## اختلال شخصیت وسواسی - جبری (Obsessive - Compulsive Personality Disorder)

بر اساس DSM-5 میزان شیوع این اختلال در حدود دو الی هشت فیصد است و تقریباً در مرد ها شایع تر است (۱۴، ۱۲، ۳، ۲). مشخصه آن پا فشاری در کار ها، محدودیت هیجانها، منظم بودن وضع ظاهری و عدم تصمیم گیری می باشد. در مصاحبه از خود رفتار جدی و غیر عادی نشان می دهند و نسبت عدم تسلط در مصاحبه ممکن است مضطرب شوند. عاطفه شان محدود و در مقابل سوالات مطرح شده جوابات طویل و تفصیلی می دهند. معمولاً از قواعد، نظم و مقررات پیروی می کنند. تخطی و انعطاف پذیری را تحمل کرده نمی توانند. این اشخاص به صورت دوامدار کار می کنند. در تحکیم روابط خود مهارت ندارند. رسمی، جدی و فاقد شوخ طبعی می باشند. با اصرار می خواهند دیگران تحت امر شان باشند و خواسته های آمرین را نیز به شیوه آمرانه انجام می دهند. چون از اشتباه کردن می ترسند لذا به تصمیم قطعی نمی رسند. دوستان زیاد ندارند اما در روابط زنا شوهری از خود کفایت نشان می دهند (۱۴، ۱۴، ۳، ۱).

سیر این اختلال متغیر و غیر قابل پیش بینی است. با ازدیاد سن شاید بعضی افراد به اشخاص اجتماعی مبدل شوند و بعضی دیگر شاید دچار اسکیزو فرینی شوند. بعضاً وسواس های فکری و عملی نیز در آنها پیدا می شوند (۱۴، ۱۲).

### تشخیص تفریقی اختلالات شخصیت

باید انواع مختلف اختلالات شخصیت را با در نظر داشت تظاهرات کلینیکی شان از هم دیگر تفکیک نمود. ضمناً اختلالات شخصیت را باید از رفتار های غیر قانونی، سوء مصرف مواد و اختلالات تجزیه ای و مزاجی هم تفریق کرد (۱۴، ۱۴، ۵، ۱۲، ۱۶).

### تداوی اختلالات شخصیت

تداوی انتخابی اختلالات شخصیت تداوی روانی و دواپی است که در صورت ضرورت می توان برای تداوی حالات سایکوتیک، رفتار های پر خاشگرانه و هیجانها غیر قابل کنترل از ادویه انتی سایکوتیک، برای تداوی اختلال اضطرابی از ادویه ضد اضطراب، برای معالجه اختلالات مزاجی



از ادویه ضد افسردگی و تثبیت کننده های مزاج (mood stabilizers) و برای تداوی اختلال کم توجهی فعالیت افراطی (ADHD) و فرط تحرکیت از منبهاپ دماغی استفاده کرد (۱۴، ۱۴، ۹، ۶).

### سایر اختلالات شخصیت معین (Other Specific Personality Disorders)

این طبقه در DSM-5 برای آن عده مریضان به کار می رود که با هیچ یک از اختلالات قبلی مطابقت ندارند که در این قسمت اختلالات شخصیت های پرخاشگرانه منفعل، افسرده، مقابله جویی (oppositionalism)، سادیزم، مازوخیزم و مریضان که خصوصیات بیش از یک اختلال شخصیت را دارند ولی هیچ نوع معیار کامل برای کدام اختلال شخصیت را دارا نمی باشند، دخیل می شوند (۱۴، ۱۲، ۳).

### اختلال شخصیت پرخاشگر منفعل (Passive aggressive personality disorder)

مشخصه آن ایجاد مانعه، تعلل، کار شکنی، غفلت و جنجال است. میزان شیوع این اختلال کاملاً معلوم نمی باشد. به صورت بارز غفلت و تعلل می کنند. با کوچکترین عذر کار خود را به تأخیر می اندازند. به کسانی که وابسته اند جنجال کرده و عیب جویی می کنند و در عین حال نمی خواهند روابط شان متأثر شود. ضروریات خود را به صراحت بیان کرده نتوانسته و می خواهند روابط خود را مستحکم سازند ولی دیگران این رفتار شان را فریب کاری و بر ضد خود می بینند. بیشتر از برخورد نا عادلانه شکایت می کنند. به ناراحتی های خود توجه بیشتر دارند و نسبت به خود و آینده خود مطمئن نمی باشند. باید از اختلالات شخصیت های نمایشی و مرزی فرق شود (۱۴، ۱).

در تحقیق که بالای صد نفر انجام شده است نشان می دهد که بعد از یازده سال ۵۴ نفر شان باز هم دارای همان تشخیص اولی بودند، هژده نفر آن دچار سوء مصرف الکل و سی نفر دیگر شان دچار افسردگی شده بودند (۱۴).

سایکوتراپی نتایج خوب دارد. از ادویه ضد افسردگی، ضد اضطراب و محرک ها بنا بر نیاز استفاده شده می تواند (۱۲).



## اختلال شخصیت افسرده (Depressive Personality Disorder)

با خصوصیات دوامدار افسردگی، بد بینی، عدم لذت و وظیفه شناسی مشخص می شود. شیوع دقیق آن معلوم نبوده ولی اختلال شایع است که هر دو جنس را به صورت مساویانه مصاب می سازد. بیشتر در فامیل های افسرده بملاحظه می رسد. علت آن نا معلوم می باشد ولی ممکن است عوامل افسردگی، افسرده خویی (دیس تایمی) و عوامل ارثی در پیدایش این اختلال شخصیت دخیل باشند<sup>(۱۴۸)</sup>.

این مریضان از زندگی لذت نبرده و تمایل به انزوا دارند. احساس بد بینی، حسرت، بی کفایتی و نا امید می کنند. اکثراً مو شکاف، وجدان پرست افراطی و مسئولیت پذیر اند. با تغییر شرایط به زودی نا راحت می شوند. از تنهایی رنج می برند و احساس اعتماد به نفس پایین و نا امید دارند. با اعمال خود دیگران را تحقیر کرده و عیب جویی می کنند. این مریضان بیشتر در معرض خطر دیس تایمی و افسردگی قرار دارند. این مریضان را باید از اختلال افسرده خویی (dysthymia) و اختلال شخصیت اجتنابی تشخیص تفریقی نمود<sup>(۱۴۸)</sup>.

## اختلال شخصیت سادیزم و مازوخیزم

### (Masochism & Sadism Personality Disorder)

بعضی انواع شخصیت دارای مشخصه سادیزم یا مازوخیزم یا هر دو نوع متذکره می باشد<sup>(۱۴۳)</sup>. سادیزم (Sadism) عبارت از تمایل ایجاد درد در دیگران از طریق هر نوع اعمال بد (از نوع جسمی، جنسی یا روانی) می باشد که از اوایل جوانی شروع می شود<sup>(۱۴)</sup>. مازوخیزم (Masochism) عبارت از رسیدن به لذت جنسی از طریق ایجاد درد در خود است<sup>(۱۴)</sup>.

**تداوی:** تداوی مؤثر برای مریضان سادیست و مازوخیز استفاده از سایکوتراپی می باشد<sup>(۱۴)</sup>.

## تغییر شخصیت از باعث سایر حالات طبی

### (Personality change due to another medical conditions)

عموماً تغییر شخصیت که متعاقب یک اختلال طبی عمومی پیدا می شود تداوی این نوع اختلالات شخصیت هم به اساس عامل ایجاد کننده آن صورت می گیرد<sup>(۳، ۵، ۱۲، ۱۴)</sup>.

## فصل دوازدهم

### تمارض (MALINGERING)

#### اهداف آموزشی

در صورت فراگیری این فصل شما قادر به کسب معلومات در مورد موضوعات ذیل خواهید بود:

- (۱) تعریف و اپیدیمولوژی تمارض.
- (۲) اسباب و خصوصیات کلینیکی تمارض.
- (۳) سیر و انداز، تشخیص تفریقی و تداوی تمارض.

تمارض عبارت از تظاهر ارادی و دروغین اعراض جسمی یا روانی، برای حصول منفعت بیرونی (مانند فرار از مسئولیت و انجام خدمت عسکری، تخفیف در معیاد حبس و جزا، حصول تقاعد، بیمه، غرامات مالی و یا به دست آوردن ادویه) است. رفتارهای این مریضان شعوری و آگاهانه بوده و منفعت‌هایی که مریضان به خاطر حصول آن به تبارز اعراض و علایم می پردازند نیز مشخص و واضح می باشند.

تمارض برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ در سومین چاپ طبقه بندی اختلالات روانی (DSM - III) توسط انجمن روانی امریکا در بین اختلالات روانی طبقه بندی شده بود. در حال حاضر چاپ پنجم راهنما تشخیص و امارتی اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of "DSM-5" Mental Disorder Edition-V) تمارض را در جمله اختلالات روانی تصنیف نکرده بلکه در طبقه تحت عنوان "سایر شرایط که ممکن است محور توجه کلینیکی باشند" قرار داده است.

البته در این فصل در مورد موضوع تمارض با در نظر داشت جوانب مختلف آن بحث تفصیلی و همه جانبه صورت می گیرد تا حین مشاهده این مریضان برخورد مناسب با آن ها صورت گرفته و به آسانی تشخیص شوند.





در صورت موجودیت هر یکی از حالات ذیل باید تمارض را در تشخیص تفریقی خود در نظر داشته باشیم (۱، ۲، ۶، ۹):

- ۱- ارجاع شخص از مراجع قانونی (ارجاع فرد متهم یا زندانی توسط قاضی یا حارنوال جهت معاینه و ارزیابی).
- ۲- تفاوت واضح بین بیان اعراض و دریافت های معاینه.
- ۳- عدم همکاری فرد در انجام اقدامات تشخیصی و عدم رعایت از تداوی تجویز شده.
- ۴- مطرح بودن اختلال شخصیت ضد اجتماعی در شخص مراجعه کننده.

### ایدیمولوژی

میزان دقیق شیوع تمارض کاملاً واضح نمی باشد ولی به صورت تخمینی شیوع آن در بین مریضان روانی تقریباً یک فیصد، در محیط های نظامی پنج فیصد، در مراجع قانونی حتی ۲۱-۲۰ فیصد، در مسائل قضایی بیشتر از ۶۰ فیصد و در معلولین به ۳۰ فیصد می رسد. گرچه تا کنون نقش وراثت و خانواده کاملاً روشن نمی باشد، اما به نظر می رسد که تمارض نزد مرد ها، در جمعیت های از قبیل نظامیان، زندانیان، جوانان و سنین متوسط و در جوامع غربی شیوع بیشتر دارد (۶، ۸، ۱۰).

اختلال شخصیت ضد اجتماعی (antisocial) در کاهلان ممکن است توأم با تمارض وجود داشته باشد (۲، ۱۰).

### اسباب (Aetiology)

گرچه تا حال هیچ علت مشخص بیولوژیکی در ارتباط با تمارض دریافت نشده است، اما چون بیشتر اوقات توأم با اختلال شخصیت ضد اجتماعی ظاهر می شود بناً در پیدایش تمارض به نسبت تحریک سیستم انوثوم ممکن است یکی از عوامل میتابولیکی زمینه ساز دخیل باشد (۱۰).

یک تعداد عوامل روانی - اجتماعی که می توانند باعث تمارض شوند عبارت اند از: وجود یک انگیزه بیرونی، اجتناب از تقابل با حالات مشکل و خطرناک و فرار از قبول مسئولیت ها و جزا، حصول غرامت، دریافت سند نسخه دوائی، پیدا کردن محل مسنون، معاوضه برای احساس گناه، نجات از حالت اقتصادی محراب و از دست دادن وظیفه (۶، ۱۰).



## خصوصیات کلینیکی

یک تعداد زیاد مطالعات نشان داده است که اکثرأ اشخاص متمارض که با اعراض روانی مراجعه می کنند از نظر اقتصادی و اجتماعی از طبقات پائین جامعه می باشند و با تقلید اعراض ساده مانند اختلالات رفتاری و مزاجی اقدام می کنند. و به نظر می رسد قدرت استدلال و ذکاوت مراجعین با نوع اعراض بیان شده رابطه بسیار نزدیک داشته باشد (۱۰، ۲۰۸).

امراض معمول روانی در افراد متمارض شامل برسامات، هذیانات، گنگی (Mutism)، دمانس، اختلال سترس متعاقب سانحه و افسردگی می باشد. خصوصیات اعراض سایکوتیک تقلید شده توسط اشخاص متمارض قرار ذیل توضیح می گردد (۱۰، ۸۶):

برسامات شنوایی (Auditory Hallucinations) که دارای فریکانس مشخص، عدم ارتباط با اعراض هذیانی ادعا شده، وصف آمرانه (Imperative) و غیر قابل مقاومت، جنسیت صدا کاملاً واضح، هویت صدا نا معلوم و جواب دادن آنی آن با تداوی است؛ برسامات بینایی (Visual Hallucinations) که دارای مشخصات معمولاً سیاه و سفید، معدوم شدن آن با بسته کردن چشم، بدون اعراض هذیانی، بیان جزئیات برسام با اشتیاق و توصیف غیر عادی بودن سائز برسام می باشد؛ مشخصات هذیانات را با عکس العمل های متفاوت در زمان های مختلف نسبت به هذیان خویش بیان می کنند. صرع که بیشتر به شکل منتشر یا جنرلایز تونیک-کلونیک تقلید می شود. به طور معمول اشخاص برای رسیدن اهداف ذیل ممکن است کوشش برای تمارض کنند (۱۱، ۹۰، ۷، ۴، ۳):

اجتناب از مسئولیت محاکم و مجازات قانونی، معاف شدن از خدمت عسکری، کسب منفعت مالی، فرار از کار یا مسئولیت و عواقب شغلی یا اجتماعی، انتقال از زندان به شفاخانه، به دست آوردن دوا و به دست آوردن اعتماد.

مشخصه اصلی تمارض را تولید قصدی اعراض جسمی و روانی تشکیل می دهد که با دریافت های چون علائم کلینیکی، معاینات فزیک و معاینات متممه تأیید نشده و انگیزه خارجی یا حصول نفع کاملاً واضح و روشن باشد. شکایات مریضان با لوحه کلینیکی امراض شناخته شده تطابق نمی کند. اعراضی که این اشخاص شکایت می کنند شامل اعراض روانی مبهم و غیر وصفی، درد اعضا با اوصاف مجهول، یاد فراموشی، سر درد، سرگستگی، سرچرخی و افسردگی می باشند. این اشخاص از اختلالات وظیفوی شکایت کرده و نفرت خود را از حالت شان به شکل مبالغه آمیز بیان می کنند. انجام معاینات متممه برای رد سایر امراض طبی کمک کننده می باشند و معاینات



تشخیصه برقی (Electrodiagnostic) مریضان بدون مرض عصبی کاملاً نورمال می باشد (۱۰۸، ۱۰۹).

### تشخیص تفریقی

بعضی خصوصیات تمارض که می تواند آن را از امراض واقعی تفکیک کند قرار ذیل توضیح داده می شوند:

اعراض تمارض معمولاً مبهم، مبالغه آمیز و یا نا هماهنگ با سندرم های کلینیکی شناخته شده است. معمولاً از قبول کردن شواهد سلامتی و عواقب امیدوار کننده اجتناب می کنند. به صورت عموم دریافت ها با صدمات ایجاد شده توسط شخص تمارض هماهنگی نداشته و ممکن است در سوابق و تاریخچه شخص، دوره های متعدد از آفات یا امراض بدون تشخیص مشاهده شود. این اشخاص ممکن است نتایج معاینات خود را به نفع خود تغییر دهند. مقایسه رفتار و انگیزه ایجاد مرض در اختلال عرض جسمی (somatic symptom disorder)، اختلال ساختگی (factitious disorder) و تمارض در جدول ۱۲-۱ مختصراً بیان شده است (۱۰۵).

### سیر و انداز

تا وقتی که شخص تمارض احساس کند که در حالت تمارض منفعت اوست این حالت اش ادامه خواهد یافت و اکثراً بعد از رسیدن به هدف مورد نظر اش، در صورت که در عین زمان مصاب به اختلال دیگر نباشد، این حالت شخص تمارض خاتمه می یابد (۱۰۶).

در بعضی حالات بی اعتنایی دیگران نسبت به رفتار شخص تمارض ممکن است منجر به کاهش تظاهرات ایجاد شده شود. همچنان تمارض در اطفال معمولاً در زمینه اضطراب و یا اختلال سلوک به وجود می آید بناً توجه به مسئله اصلی طفل ممکن است منجر به کاهش تظاهرات ایجاد شده شود (۱۰۷).

### تداوی

داکتران معالج در زمان رو برو شدن با اشخاص تمارض باید برخورد بی طرفانه یا خنثی را حفظ کنند یعنی هم از بی علاقه گی نسبت به شخص تمارض و هم ناراحتی و دست و پاچه شدن خود داری نمایند و در صورت که بعد از بررسی و انجام معاینات به تشخیص تمارض رسیدند، باید شخص تمارض را با قاطعیت متوجه عواقب رفتار، شان، نمائند (۱۰۸).

جدول ۱۲-۱. مقایسه رفتار و انگیزه ایجاد مرض در اختلال عرض جسمی، اختلال ساختگی و تعارض (۱۰۵).

انگیزه (Motivation) یا حصول منفعت	رفتار (Behavior) یا حصول اعراض	نوع اختلال روانی
نا خود آگاه (غیر شعوری)	نا خود آگاه (غیر شعوری)	اختلال عرض جسمی (Somatic Symptom Disorder)
نا خود آگاه (غیر شعوری)	آگاهانه (شعوری)	اختلال ساختگی (Factitious Disorder)
آگاهانه (شعوری)	آگاهانه (شعوری)	تعارض (Malingering)

در صورت موجودیت سایر اختلالات، باید اختلالات به طور دقیق مورد بررسی قرار گرفته شوند. در صورت عدم همکاری شخص ممتارض با داکتر معالج، باید رابطه تداوی بدون دوام قطع شود (۱۰، ۷، ۳، ۱).