



دانشگاه شاهرود
پایه

آسیب‌شناسی روانی ۲

(رشته روان‌شناسی)

دکتر غلامحسین جوانمرد

«امروزه کتاب‌خوانی و علم‌آموزی، نه تنها یک وظیفه‌ی ملی، که یک واجب دینی است.»^۱

در عصر حاضر یکی از شاخصه‌های ارزیابی رشد، توسعه و پیشرفت فرهنگی هر کشوری میزان تولید کتاب، مطالعه و کتاب‌خوانی مردم آن مرز و بوم است. ایران اسلامی نیز از دیرباز تاکنون با داشتن تمدنی چند هزارساله و مراکز متعدد علمی، فرهنگی، کتابخانه‌های معتبر، علما و دانشمندان بزرگ با آثار ارزشمند تاریخی، سرآمد دولت‌ها و ملت‌های دیگر بوده و در عرصه‌ی فرهنگ و تمدن جهانی به‌سان خورشیدی تابناک همچنان می‌درخشد و با فرزندان نیک‌نهاد خویش هنرنمایی می‌کند. چه کسی است که در دنیا با دانشمندان فرزانه و نام‌آور ایرانی همچون ابوعلی سینا، ابوریحان بیرونی، فارابی، خوارزمی و ... همچنین شاعران برجسته‌ای نظیر فردوسی، سعدی، مولوی، حافظ و ... آشنا نباشد و در مقابل عظمت آنها سر تعظیم فرود نیاورد. تمامی این افتخارات ارزشمند، برگرفته از میزان عشق و علاقه فراوان ملت ما به فراگیری علم و دانش از طریق خواندن و مطالعه منابع و کتاب‌های گوناگون است. به شکرانه‌ی الهی، تاریخ و گذشته ما، همیشه درخشان و پربار است. ولی اکنون در این زمینه در چه جایگاهی قرار داریم؟ آمار و ارقام ارائه‌شده از سوی مجامع و سازمان‌های فرهنگی در مورد سرانه‌ی مطالعه‌ی هر ایرانی، برایمان چندان امیدوارکننده نمی‌باشد.

کتاب، دروازه‌ای به سوی گستره‌ی دانش و معرفت است و کتاب خوب، یکی از بهترین ابزارهای کمال بشری است. همه‌ی دستاوردهای بشر در سراسر عمر جهان، تا آنجا که قابل کتابت بوده است، در میان دست‌نوشته‌هایی است که انسان‌ها پدید آورده و می‌آورند. در این مجموعه‌ی بی‌نظیر، تعالیم الهی، درس‌های پیامبران به بشر، و همچنین علوم مختلفی است که سعادت بشر بدون آگاهی از آنها امکان‌پذیر نیست. کسی که با دنیای زیبا و زندگی‌بخش کتاب ارتباط ندارد بی‌شک از مهم‌ترین دستاورد انسانی و نیز از بیشترین معارف الهی و بشری محروم است. با این دیدگاه، به‌روشنی می‌توان ارزش و مفهوم رمزی عمیق در این حقیقت تاریخی را دریافت که اولین خطاب خداوند متعال به پیامبر گرامی اسلام (ص) این است که «بخوان!» و در اولین

۱. پیام مقام معظم رهبری به مناسبت آغاز هفته کتاب ۷۲/۱۰/۴

سوره‌ای که بر آن فرستاده‌ی عظیم‌الشان خداوند، فرود آمده، نام «قلم» به تجلیل یاد شده‌است: «اقْرَأْ وَ رَبُّكَ الْأَكْرَمُ. الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ» در اهمیت عنصر کتاب برای تکامل جامعه‌ی انسانی، همین بس که تمامی ادیان آسمانی و رجال بزرگ تاریخ بشری، از طریق کتاب جاودانه مانده‌اند.

دانشگاه پیام‌نور با گستره‌ی جغرافیایی ایران‌شمول خود با هدف آموزش برای همه، همه‌جا و همه‌وقت، به‌عنوان دانشگاهی کتاب‌محور در نظام آموزش عالی کشورمان، افتخار دارد جایگاه اندیشه‌سازی و خردورزی بخش عظیمی از جوانان جویای علم این مرز و بوم باشد. تلاش فراوانی در ایام طولانی فعالیت این دانشگاه انجام پذیرفته تا با بهره‌گیری از تجربه‌های گرانقدر استادان و صاحب‌نظران برجسته کشورمان، کتاب‌ها و منابع آموزشی درسی شاخص و خودآموز تولید شود. در آینده هم، این مهم با هدف ارتقای سطح علمی، روزآمدی و توجه بیشتر به نیازهای مخاطبان دانشگاه پیام‌نور با جدیت ادامه خواهد داشت. به‌طور قطع استفاده از نظرات استادان، صاحب‌نظران و دانشجویان محترم، ما را در انجام این وظیفه‌ی مهم و خطیر یاری‌رسان خواهد بود. پیشاپیش از تمامی عزیزانی که با نقد، تصحیح و پیشنهادهای خود ما را در انجام این وظیفه‌ی خطیر یاری می‌رسانند، سپاسگزاری می‌نماییم. لازم است از تمامی اندیشمندانی که تاکنون دانشگاه پیام‌نور را منزلگاه اندیشه‌سازی خود دانسته و ما را در تولید کتاب و محتوای آموزشی درسی یاری نموده‌اند، صمیمانه قدردانی گردد. موفقیت و بهروزی تمامی دانشجویان و دانش‌پژوهان عزیز آرزوی همیشگی ما است.

دانشگاه پیام‌نور

فهرست مطالب

پیشگفتار یازده

فصل اول. اختلال‌های خُلُق ۱

هدف کلی ۱

هدف‌های یادگیری ۱

مقدمه ۱

۱-۱ اختلال‌های خُلُق ۳

۲-۱ اختلال‌های افسردگی ۴

۱-۲-۱ اختلال بی‌نظمی خُلُقی مُخرِب ۴

۲-۲-۱ اختلال افسردگی اساسی ۶

۳-۲-۱ اختلال افسردگی پایا (دیس تایمیا) ۱۸

۴-۲-۱ اختلال ملال پیش از قاعدگی ۲۰

۳-۱ اختلال‌های دوقطبی ۲۳

۱-۳-۱ اختلال دوقطبی نوع یک (I) ۲۳

۲-۳-۱ اختلال دوقطبی نوع دو (II) ۲۴

۳-۳-۱ اختلال خُلُق ادواری ۲۵

۴-۳-۱ شیوع اختلال‌های دوقطبی ۲۶

۵-۳-۱ سبب‌شناسی اختلال دوقطبی ۲۶

۶-۳-۱ درمان اختلال‌های دوقطبی ۲۹

۴-۱ خودکشی ۳۰

۱-۴-۱ سبب‌شناسی خودکشی ۳۲

۲-۴-۱ درمان اقدام به خودکشی ۳۴

۳۴	 خلاصه فصل اول
۳۶	 خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل اول
۳۷	 خودآزمایی تشریحی فصل اول
۳۹	 فصل دوم. اختلال‌های طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های سایکوتیک
۳۹	 هدف کلی
۳۹	 هدف‌های یادگیری
۳۹	 مقدمه
۴۰	 ۱-۲ تاریخچه و ماهیت اختلال اسکیزوفرنی
۴۳	 ۲-۲ اختلال اسکیزوفرنیا
۴۳	 ۳-۲ مشخصه‌های اصلی اختلال‌های سایکوتیک
۴۵	 ۴-۲ انواع اختلال‌های طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های سایکوتیک
۴۵	 ۵-۲ اختلال اسکیزوافکتیو
۴۶	 ۱-۵-۲ شیوع اختلال اسکیزوافکتیو
۴۶	 ۶-۲ اختلال هذیانی
۴۸	 ۱-۶-۲ شیوع‌شناسی اختلال هذیانی
۴۸	 ۷-۲ اختلالات سایکوز گذرا
۴۹	 ۱-۷-۲ شیوع‌شناسی
۴۹	 ۸-۲ اختلال اسکیزوفرنی‌فرم
۵۰	 ۹-۲ اسکیزوفرنیا
۵۱	 ۱-۹-۲ شیوع اسکیزوفرنیا
۵۲	 ۲-۹-۲ دوره و پیامد اسکیزوفرنی
۵۳	 ۳-۹-۲ عوامل مؤثر بر پیش‌آگهی
۵۳	 ۴-۹-۲ سبب‌شناسی اسکیزوفرنیا
۷۲	 ۵-۹-۲ درمان اسکیزوفرنیا
۷۴	 خلاصه فصل دوم
۷۶	 خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل دوم
۷۸	 خودآزمایی تشریحی فصل دوم
۷۹	 فصل سوم. اختلال‌های شخصیتی
۷۹	 هدف کلی
۷۹	 هدف‌های یادگیری
۷۹	 مقدمه
۸۱	 ۱-۳ تعریف شخصیت و اختلال‌های شخصیت
۸۱	 ۲-۳ رویکردهای مقوله‌ای و بُعد نگر
۸۲	 ۳-۳ طبقه‌بندی اختلال‌های شخصیت

۳-۴	انواع اختلال‌های شخصیت خوشه اول.....	۸۲
۳-۴-۱	اختلال شخصیت پارانوئید.....	۸۲
۳-۴-۲	اختلال شخصیت اسکیزوئید.....	۸۴
۳-۴-۳	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال.....	۸۶
۳-۵	انواع اختلال‌های شخصیت خوشه دوم.....	۸۷
۳-۵-۱	اختلال شخصیت ضداجتماعی.....	۸۷
۳-۵-۲	اختلال شخصیت مرزی.....	۹۰
۳-۵-۳	اختلال شخصیت نمایشی.....	۹۳
۳-۵-۴	اختلال شخصیت خودشیفته.....	۹۴
۳-۶	اختلال‌های شخصیت خوشه سوم.....	۹۶
۳-۶-۱	شخصیت دوری‌گزین.....	۹۷
۳-۶-۲	اختلال شخصیت وابسته.....	۹۸
۳-۶-۳	اختلال شخصیت وسواسی - جبری.....	۱۰۰
۳-۷	انواع اختلال‌های شخصیتی دیگر.....	۱۰۲
۳-۷-۱	اختلال شخصیت منفعل پرخاشگر.....	۱۰۲
۳-۷-۲	اختلال شخصیت افسرده.....	۱۰۳
۳-۷-۳	اختلال‌های شخصیت سادیستی و مازوخیستی.....	۱۰۳
	خلاصه فصل سوم.....	۱۰۴
	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل سوم.....	۱۰۵
	خودآزمایی تشریحی فصل سوم.....	۱۰۷
	فصل چهارم. اختلال‌های خوردن.....	۱۰۹
	هدف کلی.....	۱۰۹
	هدف‌های یادگیری.....	۱۰۹
	مقدمه.....	۱۰۹
۴-۱	اختلال‌های مربوط به خوردن.....	۱۱۰
۴-۲	اختلال هرزه‌خواری.....	۱۱۱
۴-۲-۱	شیوع‌شناسی و سبب‌شناسی.....	۱۱۱
۴-۳	اختلال نشخوار.....	۱۱۲
۴-۳-۱	سبب‌شناسی و شیوع‌شناسی.....	۱۱۲
۴-۴	اختلال مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده.....	۱۱۲
۴-۴-۱	شیوع‌شناسی و سبب‌شناسی.....	۱۱۳
۴-۵	بی‌اشتهایی عصبی.....	۱۱۴
۴-۵-۱	شیوع‌شناسی.....	۱۱۵
۴-۶	پُراشتهایی عصبی.....	۱۱۵
۴-۶-۱	شیوع‌شناسی.....	۱۱۷

۱۱۷	۷-۴ اختلال زیاده‌خواری.....
۱۱۸	۱-۷-۴ شیوع‌شناسی.....
۱۱۹	۸-۴ سبب‌شناسی اختلال‌های خوردن.....
۱۱۹	۱-۸-۴ عوامل خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی.....
۱۲۰	۲-۸-۴ عوامل زیست‌شناسی.....
۱۲۱	۳-۸-۴ تبیین‌های روان‌شناختی.....
۱۲۱	۹-۴ درمان اختلال‌های خوردن.....
۱۲۲	۱۰-۴ چاقی.....
۱۲۳	۱-۱۰-۴ عوامل چاقی.....
۱۲۴	۲-۱۰-۴ درمان.....
۱۲۴	خلاصه فصل چهارم.....
۱۲۵	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل چهارم.....
۱۲۷	خودآزمایی تشریحی فصل چهارم.....
۱۲۹	فصل پنجم. اختلال‌های خواب.....
۱۲۹	هدف کلی.....
۱۲۹	هدف‌های یادگیری.....
۱۲۹	مقدمه.....
۱۳۰	۱-۵ دوره‌های خواب.....
۱۳۲	۲-۵ اهمیت شناختی و فیزیولوژیکی دوره‌های خواب.....
۱۳۲	۳-۵ تغییرات مدت خواب در طول زندگی.....
۱۳۳	۴-۵ اختلال‌های خواب.....
۱۳۴	۵-۵ دیس سومنیاها.....
۱۳۴	۱-۵-۵ بی‌خوابی.....
۱۳۷	۲-۵-۵ پُرخوابی.....
۱۳۹	۳-۵-۵ نارکولپسی.....
۱۴۱	۴-۵-۵ اختلال‌های خواب مربوط به تنفس.....
۱۴۳	۶-۵ پاراسومنیاها.....
۱۴۳	۱-۶-۵ اختلال کابوس.....
۱۴۶	۲-۶-۵ سندرم پاهای بی‌قرار.....
۱۴۷	خلاصه فصل پنجم.....
۱۴۸	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل پنجم.....
۱۴۹	خودآزمایی تشریحی فصل پنجم.....
۱۵۱	فصل ششم. اختلال‌های جنسی.....
۱۵۱	هدف کلی.....

۱۵۱	هدف‌های یادگیری.....
۱۵۱	مقدمه.....
۱۵۳	۱-۶ اختلال‌های جنسی.....
۱۵۴	۲-۶ بد کارکردی های جنسی.....
۱۵۴	۱-۲-۶ اختلال انزال تأخیری.....
۱۵۵	۲-۲-۶ اختلال نعوظی.....
۱۵۵	۳-۲-۶ اختلال ارگاسم زنان.....
۱۵۶	۴-۲-۶ اختلال میل و تحریک در زنان.....
۱۵۶	۵-۲-۶ اختلال درد جنسی.....
۱۵۶	۶-۲-۶ اختلال میل جنسی پایین مردان.....
۱۵۷	۷-۲-۶ انزال زودرس.....
۱۵۷	۳-۶ اختلال‌های پارافیلیایی.....
۱۵۹	۴-۶ نکات قابل توجه در تشخیص.....
۱۶۰	۵-۶ سبب‌شناسی.....
۱۶۰	۱-۵-۶ عوامل زیستی.....
۱۶۰	۲-۵-۶ عوامل روان‌شناختی.....
۱۶۳	۶-۶ درمان اختلال‌های جنسی.....
۱۶۳	۱-۶-۶ درمان دارویی.....
۱۶۴	۷-۶ اختلال نارضایتی جنسی.....
۱۶۶	۱-۷-۶ سبب‌شناسی اختلال نارضایتی جنسی.....
۱۶۷	۲-۷-۶ درمان اختلال نارضایتی جنسی.....
۱۶۸	خلاصه فصل ششم.....
۱۶۹	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل ششم.....
۱۷۱	خودآزمایی تشریحی فصل ششم.....
۱۷۳	فصل هفتم. اختلال‌های عصب‌شناختی.....
۱۷۳	هدف کلی.....
۱۷۳	هدف‌های یادگیری.....
۱۷۳	مقدمه.....
۱۷۴	۱-۷ اختلال‌های عصب‌شناختی.....
۱۷۴	۲-۷ بیماری آلزایمر.....
۱۷۵	۱-۲-۷ جایگاه آلزایمر در DSM-5.....
۱۷۵	۲-۲-۷ تشخیص آلزایمر.....
۱۷۶	۳-۲-۷ مراحل بیماری آلزایمر.....
۱۷۷	۴-۲-۷ سبب‌شناسی بیماری آلزایمر.....
۱۷۸	۵-۲-۷ عوامل محیطی.....

۱۷۹	۶-۲-۷ درمان بیماری آلزایمر.....
۱۸۰	۳-۷ بیماری مالتیپل اسکلروزیس (ام. اس).....
۱۸۱	۱-۳-۷ سبب‌شناسی مالتیپل اسکروزیس.....
۱۸۳	۲-۳-۷ پیامدهای روان‌شناختی ام. اس.....
۱۸۴	۳-۳-۷ مداخلات برای بیماری ام. اس.....
۱۸۴	۴-۳-۷ کنار آمدن با تخریب‌های شناختی.....
۱۸۴	۵-۳-۷ کنار آمدن با مشکلات هیجانی.....
۱۸۴	۴-۷ بیماری پارکینسون.....
۱۸۵	۱-۴-۷ مشخصه‌های بیماری.....
۱۸۶	۲-۴-۷ سبب‌شناسی.....
۱۸۶	۳-۴-۷ مداخلات درمانی.....
۱۸۶	۵-۷ صرع.....
۱۸۷	۱-۵-۷ طبقه‌بندی صرع.....
۱۸۸	۲-۵-۷ سبب‌شناسی.....
۱۸۸	۳-۵-۷ جنبه‌های روان‌شناختی صرع.....
۱۸۹	۴-۵-۷ مداخلات درمانی.....
۱۸۹	۶-۷ صدمات سر.....
۱۹۰	۱-۶-۷ مداخلات روان‌شناختی در توان‌بخشی صدمات سر.....
۱۹۰	۲-۶-۷ مقابله با مشکلات حافظه.....
۱۹۱	۳-۶-۷ بهبود کارکردهای اجرایی.....
۱۹۱	۴-۶-۷ مواجهه با هیجانات منفی.....
۱۹۱	خلاصه فصل هفتم.....
۱۹۲	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هفتم.....
۱۹۴	خودآزمایی تشریحی فصل هفتم.....
۱۹۵	پاسخنامه.....
۱۹۷	منابع.....

پیشگفتار

آسیب‌شناسی روانی، روان‌شناسی نابهنجاری، و روان‌شناسی مرضی عناوینی هستند که به‌جای هم به کار می‌روند و همه در یک معنا تمامی اختلال‌های روانی را تحت پوشش قرار می‌دهند. این حوزه از علم روانشناسی به توصیف و تبیین تمامی اختلال‌های روانی، به‌ویژه براساس DSM-5، می‌پردازد. همچنین، در بخشی از آن به درمان‌های رایج و سبب‌شناسی هر یک از اختلال‌ها پرداخته می‌شود.

در تألیف و تجدیدنظر کتاب درسی حاضر تحت عنوان آسیب‌شناسی روانی ۲، تا حد امکان این هدف‌ها مدنظر قرار می‌گیرند. همچنین سعی شده است که علاوه بر دانشجویان نیز با توجه به پرسش‌های آنان در کلاس در نظر گرفته شوند؛ اما با توجه به اینکه برخی از مباحث مربوط به آسیب‌شناسی روانی، به‌طور اختصاصی در دروس دیگری مطرح گردیده‌اند، از طرح دوباره آن‌ها پرهیز می‌شود.

این کتاب دنباله کتاب آسیب‌شناسی روانی یک است. در کتاب آسیب‌شناسی روانی یک، مقدمه کاملی برای مبحث آسیب‌شناسی روانی آمده است، به همین جهت از مقدمه طولانی پرهیز می‌شود. علاوه بر این، در آسیب‌شناسی روانی یک برخی از اختلال‌های روانی نیز مطرح گردیده‌اند که در کتاب حاضر به آن‌ها پرداخته نمی‌شود. همچنین اختلال‌های رشدی در واحدهای درسی روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی و اختلال‌های مربوط به مواد در واحد درسی اعتیاد به‌طور مفصل مورد بحث قرار گرفته‌اند. با توجه به موارد مذکور، در کتاب حاضر که تحت عنوان

آسیب‌شناسی روانی دو تألیف می‌شود، موضوعات عمده باقی‌مانده در مبحث آسیب‌شناسی روانی، در چند فصل طبقه‌بندی و مطرح می‌شوند.

فصل اول این کتاب به اختلال‌های خلقی می‌پردازد که شامل افسردگی اساسی، اختلال عاطفی فصلی، اختلال‌های دوقطبی و برخی از اختلال‌های خلقی دیگر می‌شود. فصل دوم به اسکیزوفرنی و انواع آن مربوط می‌شود. فصل سوم به اختلال‌های شخصیت، و فصل چهارم به اختلال‌های تغذیه‌ای می‌پردازند. به جهت اهمیتی که اختلال‌های خواب، اختلال‌های جنسی و اختلال‌های عصب‌شناختی (نورولوژیک) هم در زندگی روزمره، هم در متون درسی مربوط به آسیب‌شناسی روانی و هم در کار بالینی پیدا کرده‌اند، فصل پنجم به اختلال‌های خواب و فصل ششم به اختلال‌های جنسی و فصل هفتم به اختلال‌های عصب‌شناختی (نورولوژیک) اختصاص یافته‌اند.

در اینجا بر خود لازم میدانم از همه عزیزان گروه روانشناسی به‌ویژه جناب آقای دکتر علیپور، جناب آقای دکتر زارع و مدیریت محترم گروه روانشناسی، جناب آقای دکتر اُورکی، که ویراستاری علمی این کتاب را بر عهده داشتند، و نیز همه همکاران محترم دفتر تدوین به‌ویژه از مدیرکل دفتر تدوین و تولید کتب و محتوای آموزشی، جناب آقای دکتر فرج الهی، و سرکار خانم فرحناز طلوعیان، کارشناس رشته روانشناسی، که با بازخوردها و هماهنگی‌های لازم در رفع برخی از عیوب کتاب و تسهیل مراحل اداری تدوین کوشیدند، سپاسگزاری می‌نمایم. بدیهی است که بدون حمایت و کمک‌های آنان این کتاب تألیف نمی‌یافت.

غلامحسین جوانمرد

دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام‌نور

۱۳۹۸

فصل اول

اختلال‌های خلقی

هدف کلی

این فصل در نظر دارد انواع اختلال‌های خلقی را، به‌ویژه براساس DSM-5، و نیز موضوع خودکشی را با توجه به شیوع، سبب‌شناسی و درمان آن‌ها مورد مطالعه قرار دهد.

هدف‌های یادگیری

- در آخر این فصل، از دانشجو انتظار می‌رود:
۱. نشانه‌شناسی اختلال‌های افسردگی و مانیا را توضیح دهد.
 ۲. ماهیت و سبب‌شناسی افسردگی اساسی، اختلال عاطفی فصلی و اختلال دوقطبی را از برخی دیدگاه‌ها توضیح دهد.
 ۳. ماهیت و علل رفتار خودکشی را تشریح کند.
 ۴. انواع مداخلات درمانی مورد استفاده برای هر اختلال را توضیح دهد.
 ۵. سودمندی هر یک از مداخلات درمانی مورد استفاده برای هر اختلال را توضیح دهد.

مقدمه

ما در زندگی روزمره در حالت‌های مختلفی بسر می‌بریم. بخش زیادی از این حالت‌ها به خوشحالی و غمگینی، یا همان غم و شادی، فرد مربوط می‌شوند. بر این اساس، گاهی فرد دچار مجموعه‌ای از حالت‌ها، نظیر کمبود انرژی، اختلال در خواب، اختلال

در اشتها، عدم لذت بردن از کار و فعالیت‌های روزمره دیگر می‌شود. در گفتار روزمره معمولاً فردی که این حالت‌ها و یا حالت‌های مشابه را تجربه می‌کند، افسرده نامیده می‌شود. از طرف دیگر شاید فردی تحریک‌پذیری، حواس‌پرتی، بی‌خوابی، پرحرفی، و افزایش انرژی احساس کند. این‌گونه افراد را دچار مانیا یا حالتی که بعضاً به شیدایی معروف است، می‌دانند. در بین این دو حالت، انواع مختلفی از این حالت‌ها وجود دارد که کم‌وبیش مشابه افسردگی یا مانیا و یا مخلوطی از این دو می‌باشند.

اختلال‌های خلقی^۱ به مشکلاتی گفته می‌شوند که آشفتگی‌هایی در خلق فرد وجود دارد. پیش‌تر این دسته از اختلال‌ها به اختلال‌های عاطفی^۲ معروف بودند. خلق واژه‌ای است که به حالت شادی یا ناشادی غالب و پایدار فرد اطلاق می‌شود. واژه خلق پیوستاری را در برمی‌گیرد که یک انتهای آن غمگینی مفرط و انتهای دیگر آن شادی مفرط است؛ بنابراین، اختلال‌های خلقی به مشکلات مربوط به حالت شادی یا ناشادی فرد مربوط می‌شوند.

البته می‌دانیم که هر شادی یا غمگینی را نمی‌توان مرضی و آسیبی دانست. بلکه برای قرار گرفتن هر شادی یا ناشادی در طیف رفتارهای مرضی باید نشانه‌ها و شرایطی وجود داشته باشد که نظام‌های تشخیصی طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۳ (ICD) یا راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی^۴ (DSM) سعی در معرفی ملاک‌هایی برای این مشکلات هستند.

انتهای ناشادی مفرط این پیوستار به تنهایی / افسردگی / اساسی^۵ نامیده می‌شود، که نشانه اصلی آن احساس غم و اندوه زیاد است. انتهای شادی مفرط این پیوستار نیز به مانیا^۶ (شیدایی) معروف است که نشانه اصلی آن احساس سرخوشی و پرنیروی افراطی است. علاوه بر دو حالت اختلالی ذکر شده، در روی این پیوستار حالت‌های اختلالی دیگری نیز وجود دارد که برخی از آن‌ها از مخلوط دو انتهای این پیوستار به وجود می‌آیند که به آن‌ها / اختلال‌های دوقطبی^۷ می‌گویند، و حالت خفیف‌تر افسردگی اساسی

1. Mood Disorders

2. Affective Disorders

3. International Classification of Diseases

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

5. Major Depression

6. Mania

7. Bipolar Disorders

یعنی/اختلال/افسرده‌خویی^۱ و حالت خفیف‌تر اختلال دوقطبی یعنی/اختلال/ادواری‌خویی^۲ است.

انواع افسردگی‌های دیگری نیز وجود دارند که به‌نوبه خود دارای اهمیت زیادی هستند. این نوع افسردگی‌ها معمولاً برحسب زمان و دوره‌های ظهور و عودشان مشخص می‌شوند، مثلاً افسردگی پس از زایمان و افسردگی فصلی.

۱-۱ اختلال‌های خُلقی

همچنان که گفته شد حالت‌های مختلف خُلقی، پیوستاری (طیفی) از ناشادی (یا غمگینی) مفرط و شادی (یا خوشی) مفرط را تشکیل می‌دهند؛ بنابراین ماهیت پیوستار حکم می‌کند که با انواع اختلال‌ها مواجه باشیم.

قبلاً در راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) (دی. اس. ام. چهار) اختلال‌های خُلقی طبقه بزرگی بود که هم اختلال‌های افسردگی و هم اختلال‌های مانپایی را شامل می‌شد. در راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی ویراست پنجم^۳ (DSM-5) اختلال‌های خُلقی به دوطبقه مجزا، و در دو فصل، تحت عناوین «اختلال‌های افسردگی» و «اختلال دوقطبی و اختلال‌های مرتبط با آن» مورد بحث قرار گرفته است.

اختلال‌های مهم مطرح‌شده در فصل «اختلال‌های افسردگی» شامل؛ اختلال بی‌نظمی خُلقی مخرب، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی پایا (دیس تایمیا) و اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌شوند. مشخصه مشترک همه این اختلال‌ها حضور اندوه، احساس خالی بودن، خُلق بی‌ثبات، همراه با تغییرات جسمی و شناختی است که به‌طور معنی‌داری ظرفیت فرد برای عمل را تحت تأثیر قرار می‌دهند. آنچه که آن‌ها را از هم متمایز می‌کند موضوعات مربوط به طول دوره بیماری، زمان‌بندی یا سبب‌شناسی احتمالی آن‌ها است.

فصل «اختلال دوقطبی و اختلال‌های مرتبط با آن» مجموعه‌ای از اختلال‌ها را

1. Dysthymia

2. Cyclothymia

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

دربرمی گیرد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: اختلال دوقطبی نوع ۱، اختلال دوقطبی نوع ۲ و اختلال ادواری خویی.

۱-۲ اختلال‌های افسردگی

افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است و اخیراً به شدت روبه افزایش نهاده است (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۴). احساس افسردگی معمولاً به عنوان *آندوه*^۱ شناخته می‌شود و می‌تواند به دنبال هر رویداد ناخوشایندی حاصل شود. غم ناشی از مرگ عزیزان و پایان یک رابطه محبت‌آمیز منجر به نوعی افسردگی می‌شود که *دغ‌دیدگی* یا *واکنش سوگ*^۲ نام دارد. ولی هر احساس افسردگی را نمی‌توان برای تشخیص اختلال خلقی افسردگی کافی دانست. برخی محققان افسردگی و آندوه را دو چیز کاملاً متفاوت می‌دانند. به عنوان مثال، برخلاف آندوه، اختلال افسردگی به وسیله اطمینان بخشی و نصایح مفید دوستان و خانواده تسکین پیدا نمی‌کند (ساراسون و ساراسون، نجاریان و همکاران، ۱۳۹۳).

در بخش زیر در طبقه اختلال‌های افسردگی چهار اختلال یعنی؛ اختلال بی‌نظمی خلقی مُخرب، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی پایا (دیس تایمیا)، و اختلال ملال پیش از قاعدگی مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

۱-۲-۱ اختلال بی‌نظمی خلقی مُخرب

اختلال بی‌نظمی خلقی مُخرب یک تشخیص جدید است و برای اولین بار در DSM-5 ظاهر شده است. این اختلال در واکنش به تشخیص گذاری بیش از حد و درمان اختلال دوقطبی در کودکان مطرح شد و اشاره دارد به معرفی کودکان دارای بی‌ثباتی پایدار و دوره‌های تکراری از عدم کنترل رفتاری افراطی در کودکان بالای دوازده سال. جا دادن این اختلال در این فصل در پی این یافته‌ها بود که کودکان دارای این الگوی نشانه‌ای معمولاً در نوجوانی و بزرگسالی مبتلا به اختلال‌های یک‌قطبی یا اختلال‌های اضطرابی می‌شوند. به عبارت دیگر، تشخیص اختلال دوقطبی برای این دسته از افراد اشتباه بوده است.

1. Grief

2. Mourning

خلاصه ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال بی‌نظمی خُلقی مُخرب

- وجود خلق‌وخویی از انفجار خشم شدید و عودکننده به‌صورت کلامی یا رفتاری.
- خلق‌وخویی انفجاری نامتناسب با سطح رشدی فرد است.
- انفجار خشم حداقل سه بار در یک هفته رخ دهد.
- خُلق منفی نسبت به دیگران بین انفجارهای خشم در بیشتر روزها مشهود باشد.
- این نشانه‌ها حداقل برای ۱۲ ماه وجود داشته باشند و برای بیش از سه ماه فرد فاقد این نشانه‌ها نباشد.
- خُلق انفجاری در حداقل دو محیط باشد و حداقل در یکی شدیدتر باشد.
- سن فرد ۶ سال یا بیشتر باشد.
- شروع قبل از ۱۰ سالگی
- عدم وجود یک دوره متمایز که در طی یک روز خُلق بالا و حداقل سه نشانه مانیایی دیگر وجود داشته باشد.
- این رفتارها صرفاً نباید در طول یک دوره اختلال افسردگی اساسی یا اختلال‌های روانی دیگر به‌وجود آید.
- تشخیص نباید در همبودی با اختلال مخالفت ورزی، اختلال انفجاری متناوب یا اختلال‌های دوقطبی گذارده شود.

افراد مبتلا به اختلال بی‌نظمی خُلقی مُخرب به‌طور مزمنی افسرده هستند. ویژگی اصلی اختلال بی‌نظمی خُلقی مُخرب، کج‌خلقی مزمن، شدید و پایدار است. این کج‌خلقی شدید دارای دو تصویر بالینی بارز است. اولین آن انفجار خشم تکراری، معمولاً در پاسخ به ناکامی به‌صورت کلامی و رفتاری است. دومی وجود کج‌خلقی یا خُلق عصبانی در بین این انفجارهای خشم است.

• **شیوع‌شناسی.** حدود ده درصد بزرگسالان آمریکایی به یکی از انواع اختلالات خُلقی مبتلا هستند (ساراسون و ساراسون، نجاریان و همکاران، ۱۳۹۳). ولی به‌علت اینکه اختلال بی‌نظمی خُلقی مُخرب تشخیص جدیدی است، نرخ شیوع این اختلال دقیقاً مشخص نیست. در DSM-5 شیوع آن را در یک دوره ۶ تا ۱۲ ماهه بین ۲ الی ۵ درصد برآورد شده است. همچنین بروز آن در بین کودکان در سنین مدرسه‌ای و

پسران، بیشتر از دختران و نوجوانان، بیان‌شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

- **سبب‌شناسی.** در سبب‌شناسی این اختلال می‌توان به مجموعه‌ای از عوامل محیطی گرفته تا عوامل درونی اشاره کرد. از عوامل محیطی می‌توان به ناکامی‌های مکرر که براساس نظریه ناکامی- پرخاشگری می‌تواند منجر به پرخاشگری و از بُعد دیگر، ناکامی‌های مکرر منجر به حالت درماندگی آموخته‌شده و این نیز به‌نوبه خود منجر به خُلق افسرده شود. علاوه بر این، عوامل یادگیری هم می‌توانند در این اختلال نقش داشته باشند. اگر یکی از والدین دارای سبک‌رفتاری پرخاش‌جویانه و کج‌خلقی داشته باشد، می‌تواند برای فرزند به عنوان الگو مطرح شود. از نظر ژنتیکی نیز کودک می‌تواند آمادگی به اختلال بی‌نظمی خُلقی مُخرب را در خود داشته باشد؛ زیرا دیده‌شده است که در والدین این دسته از این افراد شیوع بالایی از اختلال‌های افسردگی یک‌قطبی، اختلال‌های اضطرابی یا اختلال‌های مصرف مواد وجود دارد.

- **درمان.** درمان اختلال بی‌نظمی خُلقی مُخرب می‌تواند طیف متنوعی از روش‌ها از درمان‌های روان‌شناختی گوناگون گرفته تا دارودرمانی، یا ترکیبی از این‌ها را شامل شود. در درمان‌های روان‌شناختی در صورت همکاری فرد، می‌توان به درمان‌های شناختی، شناختی- رفتاری، یا آموزش مهارت‌هایی ارتباطی و اجتماعی اشاره کرد که فرد در آن زمینه‌ها از خود ضعف نشان می‌دهد. از طرف دیگر براساس نظریه روان تحلیل‌گری، می‌توان فرد را به فعالیت‌هایی سوق داد که تکانه‌های پرخاش‌جویانه و از نظر اجتماعی ناپسند، والایش و به‌صورت اجتماع‌پسند پالایش یابند. این فعالیت‌ها می‌توانند طیفی از فعالیت‌های هنری، صنعتی، علمی و ورزشی را شامل شوند. حال، در کنار این درمان‌ها، برای از بین بردن برخی از علائم، با توجه به سن فرد و با تجویز روان‌پزشک می‌توان از درمان‌های داروی نیز کمک گرفت.

۱-۲-۲ اختلال افسردگی اساسی

افسردگی اساسی^۱ (یا افسردگی یک‌قطبی^۲) از نظر درجه با افسردگی بهنجار فرق دارد،

هردوی آن‌ها نشانه‌های مشابهی دارند، ولی افسردگی اساسی نشانه‌های بیشتر، شدیدتر، و طولانی‌تری دارد. مرز بین اختلال افسردگی بهنجار و اختلال افسردگی که اهمیت بالینی دارد، نامشخص است، ولی نظام‌های تشخیصی گوناگون سعی در مشخص کردن این مرز بین افسردگی بهنجار و اختلال افسردگی دارند.

خلاصه ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال افسردگی اساسی

- خُلقِ اندوهگینی یا فقدان لذت در فعالیت‌های روزمره
- حداقل وجود پنج نشانه (با احتساب خُلقِ اندوهگین و فقدان لذت)
 - بی‌خوابی یا پرخوابی
 - فقر روانی - حرکتی یا بی‌قراری
 - از دست دادن وزن یا تغییر در اشتها
 - فقدان انرژی
 - احساس بی‌ارزش یا احساس گناه مفرط
 - مشکل در تمرکز، تفکر یا تصمیم‌گیری
 - افکار عودکننده درباره مرگ یا خودکشی
- نشانه‌ها تقریباً هرروز و در بیشتر اوقات روز حداقل برای دو هفته وجود داشته باشند.
- نشانه‌ها متمایز و شدیدتر از یک پاسخ معمولی به یک فقدان بااهمیت است.

ویژگی بارز و شاخص این اختلال وجود خُلقِ افسرده یا همان اندوهگینی شدید و نیز عدم لذت بردن از فعالیت‌های روزمره (درزمینه خانوادگی، شغلی، تحصیلی و ...) است. همچنین این اختلال یک اختلال دوره‌ای است؛ زیرا نشانه‌های دوره‌ای هستند، یعنی برای مدتی هستند و سپس از بین می‌روند. دوره‌های درمان‌نشده می‌توانند به مدت ۵ ماه یا بیشتر دوام داشته باشند. حدود دوسوم افرادی که یک دوره افسردگی اساسی تجربه می‌کنند، در طول عمر خود حداقل یک یا چند دوره دیگری را نیز تجربه خواهند کرد (سولومون، کِلر، لئون و همکاران، ۲۰۰۰).

افراد افسرده در دارای نشانه‌های گوناگونی هستند، ولی به‌طورکلی با نشانه‌های شناختی، مشکلات انگیزشی، فیزیولوژیکی و جسمی مشخص می‌شوند.

الف) نشانه‌های شناختی. در اینجا شناخت به مجموعه برداشت‌های کلی گفته می‌شود که می‌توانند به افکار فرد جهت دهند. برداشت‌های منفی از رویدادها و تمام چیزهایی که در اطرافشان می‌گذرد هسته اصلی شناخت آن‌هاست. در مثلث شناختی بک این‌گونه برداشت‌های منفی به سه دسته بزرگ تقسیم می‌شوند که عبارت‌اند از: ۱. نظر منفی نسبت به خود. شامل عزت‌نفس پایین، احساس‌های شکست، حقارت و بی‌کفایتی، به دنبال این‌ها سرزنش کردن خود و احساس گناه، ۲. نظر منفی نسبت به آینده. شامل اعتقادات بدبینانه و ناامیدانه نسبت به آینده، و ۳. نظر منفی نسبت به دیگران.

ب) نشانه‌های انگیزشی. افراد افسرده انگیزه‌ای برای عمل ندارند و یا اگر داشته باشند نمی‌توانند انگیزه‌هایشان را به عمل تبدیل نمایند؛ زیرا لذتی در این در فعالیت‌ها نمی‌یابند. افراد افسرده ممکن است روزها پشت سر هم بی‌حرکت بنشینند. در حالت‌های شدیدتر به عدم شروع واکنش از سوی فرد افسرده، «فلج ارادی» می‌گویند. در این حالت بیمار را باید به‌زور از رختخواب بیرون آورد، لباس بر تنش پوشاند، و تغذیه‌اش را داد. آنان احساس حقارت زیادی دارند و از فعالیت‌های معمولی (روزمره) هیچ لذتی نمی‌برند. آنان اغلب هیچ انگیزه‌ای برای انجام اعمال ارادی ندارند و بیشتر اوقات خود را دور از دیگران صرف می‌کنند. در فعالیت و گفتارشان کُند هستند. آنان ممکن است برای تغییر دادن وضعیتشان احساس عدم کنترل و بیچارگی نمایند. برخی از آنان، ولی نه همه‌شان، تجاربی از تفکرات و اعمال خودکشی دارند. افراد افسرده اغلب تفکری آشفته یا کُند دارند و مشکلاتی را در زمینه نگهداری اطلاعات یا حل مسئله تجربه می‌نمایند.

ج) نشانه‌های فیزیولوژیکی. در صورت شدت افسردگی، تمام لذات زیستی و روانی که زندگی را با ارزش می‌سازند، از بین می‌روند. از دست دادن اشتها، اختلال در خواب، اختلال در تغذیه، افزایش یا کاهش وزن و اختلال در سیکل ماهانه عادی در زنان در بین افراد افسرده رایج است و از نشانه‌های فیزیولوژیکی افسردگی می‌باشند. در افسردگی متوسط و شدید از دست دادن وزن رخ می‌دهد ولی در افسردگی خفیف گاهی افزایش وزن دیده می‌شود. اختلال خواب نیز شایع است. افراد افسرده ممکن است مشکل به خواب رفتن در شب داشته باشند، یا امکان دارد خیلی زود از خواب بیدار شوند و به‌سختی بتوانند دوباره به خواب بروند. اختلال خواب و کاهش وزن به

ضعف و خستگی می‌انجامد. فرد افسرده ممکن است میل جنسی خود را نیز از دست بدهد. مشکلات مربوط به تحریک در مردان و فقدان انگیزتگی در زنان، عوارض جانبی رایج افسردگی هستند. افراد افسرده نگرانی مفرطی در مورد سلامتی خود دارند، و علاوه بر این ممکن است در برابر بیماری جسمانی آسیب‌پذیرتر باشند. در افسردی حاد، ممکن است کندی روانی - حرکتی وجود داشته باشد که طی آن حرکات کند می‌شوند و بیمار بیش از اندازه آهسته راه می‌رود و آهسته صحبت می‌کند.

د) نشانه‌های جسمی. رایج‌ترین نشانه‌های جسمی افسردگی عبارت‌اند از: ضعف و سستی، خستگی و دردهای جسمی. کندی روانی - حرکتی یا برعکس بی‌قراری روانی - حرکتی رایج است. علاوه بر این، به علت تغییر در اشتها، احتمال افزایش یا کاهش وزن نیز وجود دارد.

• **شیوع‌شناسی.** در راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) نرخ شیوع اختلال افسردگی اساسی برای یک دوره دوازده‌ماهه ۷ درصد اعلام شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در یافته‌های انگست (۱۹۹۹) در حدود ۵٪ از جمعیت کل در هر زمان به‌طور بالینی افسرده هستند، ۱۷٪ نیز گاهی در طول زندگی‌شان احساس افسردگی زیادی داشته‌اند. نزدیک به ۸ درصد زنان و ۵ درصد مردان در مقطعی از زندگی خود به این اختلال دچار می‌شوند. در حدود یک چهارم دوره‌های افسردگی کمتر از یک ماه طول می‌کشند، و بیشتر از ۵۰٪ از آن‌ها در کمتر از سه ماه رفع می‌شوند. بین ۲۵٪ الی ۳۰٪ از افراد، یک سال پس از شروع نیز افسرده می‌مانند.

سن معمول برای شروع یک دوره از افسردگی بین سنین ۲۴ و ۲۹ سالگی است. زنان حداقل دو برابر مردان افسردگی گزارش می‌کنند، این احتمال در طول زندگی برای زنان ۲۶٪ و برای مردان ۱۲٪ گزارش شده است (کالر و همکاران، ۱۹۸۴). در بین بیمارانی که به خاطر شکایت جسمانی به پزشک مراجعه می‌کنند، حداقل ۱۸ درصد افسرده هستند و یک‌سوم آنان دچار افسردگی متوسط یا شدیدند. افسردگی اساسی در بین مردان دو بار بیشتر از زنان شایع است. همچنین عوامل اجتماعی - اقتصادی نیز در ابتلا به این اختلال دخیل هستند. گفته می‌شود افسردگی اساسی در بین طبقه فقیر سه برابر کمتر از طبقه مرفه شیوع دارد (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۴).

- **سبب‌شناسی افسردگی اساسی.** عوامل و نظریه‌های زیادی در مورد سبب‌شناسی افسردگی اساسی مطرح شده‌اند که در زیر به هشت مورد از آن‌ها اشاره می‌شود.
- **عوامل ژنتیک.** مطالعات خانوادگی، دوقلویی و فرزندپذیری زیادی برای کشف پایه ژنتیکی اختلال‌های خلقی انجام شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵) و نظرات مخالف و موافق در مورد ژنتیکی بودن علت اختلال افسردگی اساسی زیاد است. ولی توافق روزافزونی وجود دارد که عوامل ژنتیکی خطر ابتلا به افسردگی اساسی را افزایش می‌دهند. برای مثال مک‌گافین و همکاران (۱۹۹۶) به این نتیجه رسیدند که دوقلوهای یک تخمکی ۴۶٪ و درحالی‌که دوقلوهای دو تخمکی ۲۰٪ شانس ابتلا به افسردگی را دارند. دو تا از سه مطالعه فرزندخواندگی یک جزء ژنتیکی قوی برای توارث اختلال افسردگی اساسی نشان داده‌اند. مطالعات دوقلویی میزان ابتلا توأم برای اختلال افسردگی اساسی در دوقلوهای یک تخمکی را حدود ۵۰ درصد برآورد کرده‌اند (سادوک و سادوک ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری ۱۳۸۵).
- **مکانیسم‌های زیست‌شناختی.** انتقال‌دهنده‌های عصبی مونوآمینی، نوراپی‌نفرین، دوپامین، هیستامین و سروتونین، از نظر زیست‌شناختی در سبب‌شناسی اختلال‌های خلقی دخیل دانسته شده‌اند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). در وهله نخست چنین تصور می‌شد که سطوح پایین هرکدام از این انتقال‌دهنده‌های عصبی در خلق تأثیر دارند. هم‌اکنون این الگوی ساده، به‌ویژه در مورد اثر نوراپی‌نفرین و سروتونین، به‌وسیله داده‌های اخیر موردانتقاد قرار گرفته است. به نظر می‌رسد که خلق حاصل تعامل بین سیستم‌های سروتونین و نوراپی‌نفرین است. حتی ممکن است خلق حاصل تعامل‌های بین این دو سیستم و سیستم‌های مغزی دیگر باشد. برای مثال رآملو و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که خلق پیامد عدم تعادل بین چندین انتقال‌دهنده از جمله سروتونین، نوراپی‌نفرین، دوپامین، و آستیل‌کولین است. این احتمال وجود دارد که سروتونین یک کنترل کلی بر انواعی از سیستم‌های مغزی گوناگون داشته باشد، و سطوح پایین سروتونین موجب متوقف شدن فعالیت درون این سیستم‌ها شود که منجر به افسردگی شود (به نقل از بنت، ۲۰۰۳). مهم‌ترین ناحیه دخیل در افسردگی سیستم‌لیمبیک^۱ است. طبق یک الگوی روانی - زیستی، این