

آسیب شناسی روانی

Psychopathology



سلامت روانی

■ کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را چنین تعریف نموده اند: "... قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تعارضات و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب .

■ آدلر بهداشت روانی را در سه بعد خلاصه می کند: "همسازی در زناشویی و کانون خانواده، همسازی با کار و حرفه و بالاخره همسازی با دیگران" (آدلر).

تعریف کارشناسان بهداشت جهانی و آدلر از سلامت روانی شامل چهار قسمت عمده ۱- توانایی حل مسأله ۲- سازگاری زناشویی ۳- سازگاری در محیط ۴- سازگاری و ارتباط با دیگران است و نباید چنین تصور نمود که عدم سلامت به مفهوم داشتن بیماری یا اختلال است.

■ سلامت روانی: حالت خاصی از روان است که سبب بهبود، رشد شخصیت و کمال شخصیت انسانی می گردد و به فرد کمک می کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد (کاپلان).

■ سلامت روانی، حالتی از بهزیستی و این احساس در فرد که می تواند با جامعه کنار بیاید و موقعیتهای شخصی و ویژگیهای اجتماعی برای او لذت بخش باشد .

■ فرهنگ بزرگ روانشناسی لازاروس، سلامت روانی را "استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و موثر کار کردن، در موقعیت های دشوار آنعطاف پذیر بودن و برای تعادل خود توانایی داشتن" تعریف کرده است.

■ انجمن کانادایی بهداشت روان نیز سلامت روانی را در ۳ بعد (۱) نگرش های مربوط به خود (۲) نگرش های مربوط به دیگران و (۳) نگرش های مربوط به زندگی تعریف نموده است. نگرش های مربوط به خود شامل تسلط بر هیجان های خود، آگاهی از ضعف های خود و رضایت از خوشی های ساده است. نگرش های مربوط به دیگران شامل علاقه به دوستی های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه، احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی است. نگرش های مربوط به زندگی شامل پذیرش مسئولیت ها، انگیزه توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیم های شخصی و انگیزه های خوب کار کردن است.

دیدگاه های مرتبط با سلامت روانی



الف) سلامت روانی به معنای رفتار بهنجار (عادی)

در این دیدگاه گفته می شود رفتارهایی که اکثریت مردم از خود نشان می دهند رفتار سالم به شمار می آید و رفتار کسانی که از رفتارهای عمومی جامعه فاصله زیادی می گیرند به عنوان رفتارهای مرضی به شمار آمده و صاحبان آنها بیمار روانی نامیده می شوند. این دیدگاه به معنای عادی یا بهنجار بودن تعریف می شود و نه سلامت روانی. زیرا در شرایطی که جامعه تحت فشار قرار می گیرد و مثلاً افسردگی یا پر خاشگری به فراوانی دیده می شود، نمی توانیم بگوییم هر که پر خاشگر یا افسرده نیست سالم نیست. هر چند می توانیم بگوییم رفتار بهنجار یا عادی در جامعه افسردگی یا پر خاشگری است. این مساله نشانگر وجود تفاوتی بین سلامت روانی و رفتار بهنجار یا عادی است. البته باید اذعان کرد که در بسیاری موارد می توانیم رفتار بهنجار را به عنوان رفتار سالم بپذیریم.

ب) سلامت روانی به معنای الگوهای ایده آل

در این دیدگاه انسان سالم کسی است که از یک سلسله معیارهای مشخص برای سلامت روانی تبعیت کند که این معیارها غالباً به وسیله روانشناسان و روانپزشکان مشخص می شود. برای مثال، هوشیار زیستن به عنوان یک ملاک سلامت روانی به شمار می آید. به این ترتیب که هر کسی هوشیاری بیشتری نسبت به خود داشته باشد نسبت به فردی که از هوشیاری اندکی برخوردار است، از سلامت روانی بیشتری برخوردار است. پذیرش واقعیت نیز به عنوان یک ملاک سلامت روانی به شمار می آید. علاوه بر این، مطمئن بودن به خود، خوش بینی، پذیرفتن اشکالات خود و اقدام برای رفع آنها، روابط خانوادگی خوب و صمیمی، انعطاف پذیری در رفتار، امنیت عاطفی، خلاقیت و آفرینندگی، آینده نگری و بسیاری دیگر به عنوان معیارهای سلامت روانی از این دیدگاه شناخته می شود.

ج) سلامت روانی به معنای یک فرآیند

بر اساس این دیدگاه، سلامت روانی یک پدیده واحد نیست که بتوانیم از آن در تمام مراحل زندگی استفاده کنیم. به عبارت دیگر، در هر مرحله از زندگی انسان اعم از کودکی، نوجوانی و جوانی، میانسالی و کهنسالی سلامت روانی معنایی متفاوت پیدا می کند. به این ترتیب، بیماری روانی یک معنای تحولی خواهد داشت، یعنی آنچه را که در یک بزرگسال بیماری به شمار می آوریم ممکن است در یک نوجوان سلامتی کامل بدانیم یا بالعکس. این دیدگاه به نکته ای مهم اشاره دارد که باید پیوسته سلامت روانی را مدنظر داشته باشیم. زیرا نمی توان رفتار همه را با یکدیگر و در تمامی سنین مقایسه کنیم، بلکه بهتر است رفتار هر کس را با افراد هم سن خود مقایسه کرده و از این طریق میزان عادی بودن او را مشخص نماییم.

د) سلامت روانی به معنای فقدان بیماری

در این دیدگاه، این سلامت روانی نیست که تعریف می شود، بلکه در اصل بیماری روانی تعریف می شود. به عبارت دیگر، به جای اینکه بگوییم سلامتی چیست، می گوییم بیماری چیست و وقتی که کسی بیمار نباشد یعنی سالم است. امروزه این دیدگاه استفاده کاربردی بیشتری پیدا کرده است، بیمار علائم و نشانه هایی را از وضعیت خود بیان می کند و روانشناس یا روانپزشک بر اساس طبقه بندی هایی که از بیماران روانی مختلف وجود دارد در مورد بیماری او اقدامات لازم را به عمل می آورد و اگر کسی در این طبقه بندی ها قرار نگیرد معنایش سالم بودن او است. امروزه دو ماخذ برای تعیین بیماریهای روانی بر اساس این دیدگاه وجود دارد که یکی از آنها DSM است و دیگری ICD.

سلامت روانی و بهداشت روانی

مفهومی که گاهی مترادف با سلامت روانی در نظر گرفته می شود، مفهوم بهداشت روانی است. با وجودی که این دو مفهوم ارتباط بسیار نزدیکی با هم دارند، ولی باید توجه داشت که یکی نیستند. فعالیت اصلی بهداشت روانی مبتنی بر پیشگیری است، در حالیکه سلامت روانی در نتیجه فعالیتهای انسان در زمینه بهداشت روانی و درمان بیماریهای روانی به دست می آید. در واقع بهداشت روانی مقررات و اقداماتی در جهت استقرار و حفظ سلامت روانی است. به علاوه در آن مسایلی چون پیشگیری و درمان سریع و زودرس بیماریهای روانی برای فرد و اطرافیان وی مطرح است.

تعریف اختلال روانی

اختلال روانی از سه دیدگاه قابل تعریف است: فقدان سلامتی، وجود ناراحتی و فرآیند بیمارگونه .

براساس دیدگاه اول، هرگونه بیماری را می توان فقدان سلامتی تعریف نمود.

دوم، تعریف اختلال روانی براساس وجود ناراحتی است. این عقیده قدیمی تا حدودی ارزش علمی دارد. عیب آن این است که نمی توان آنرا در مورد هر کسی به کار برد. مثلاً بیماران مانیک نه تنها احساس ناراحتی نمی کنند، بلکه احساس خوشی غیرعادی هم دارند و این در حالی است که اکثر مردم آنها را بیمار روانی به حساب می آورند.

بالاخره، اختلال روانی را می توان براساس فرآیند بیمارگونه تعریف نمود. چنین تعریفی بر مفهوم آسیب شناسی مبتنی است و با قراین موجود سازگاری ندارد.

اختلال روانی، نوعی بیماری است، تظاهرات روانشناختی و رفتاری همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیک، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیکی، فیزیکی و شیمیایی. هر بیماری علایم و نشانه های مشخص دارد.

ملاکهای رفتار نابهنجار

دیدگاه آماری

دیدگاه ناراحتی ذهنی

دیدگاه ناتوانی یا بدکاری

نشانیگان / بیماری / اختلال

■ اختلالات درک

۱- دگرگونی های حسی

الف) تغییرات در شدت

ب) تغییرات در کیفیت

ج) تغییرات در فرم فضایی

۲- فریب های حسی

الف) خطاهای حسی

ب) توهمات

➤ شنوایی

➤ بینایی

➤ بویایی

➤ چشایی

➤ توهمات لمسی

➤ درد و حس عمقی

➤ احساس های دهلیزی

➤ احساس حضور

■ اختلافات تفکر

۱- اختلافات جریان فکر

الف) اختلافات میزان سرعت فکر

- ❖ پرش افکار
- ❖ مهار شدن یا کندی تفکر
- ❖ حاشیه پردازی

ب) اختلافات تداوم تفکر

الف) درجا زدن

ب) انسداد فکر

۲- اختلافات مالکیت فکر

الف) افکار و اعمال و سواسی

ب) انتقال فکر

- ❖ تزریق افکار
- ❖ محرومیت فکر یا ربایش افکار
- ❖ انتشار فکر

۳- اختلالات محتوای فکر (هذیان)

الف) هذیان های آسیب و گزند

ب) هذیان های حسادت

ج) هذیان های عشق

د) هذیان های بزرگ منشی

ه) هذیان های بیماری

و) هذیان های گناه

ز) هذیان های نیست گرایی یا هذیان نفی

ح) هذیان های فقر

۴- اختلالات فرم فکر (اختلال تفکر صوری)

■ اختلافات تکلم

۱- اختلافات حرف زدن

الف) لکنت زبان

ب) گنگی

ج) از کنار مطلب رد شدن

د) واژه سازی

ه) سردرگمی کلامی

۲- آفازی

الف) دریافتی

ب) میانجی-اسمی و مرکزی

ج) بیانی

■ اختلالات حافظه

□ آمنزی ها

۱- آمنزی های روانزاد

الف) آمنزی اضطرابی
ب) آمنزی کاتاتایمیک
ج) آمنزی هیستریک یا تجزیه ای

۲- آمنزی های عصبی بدلیل بیماری های مغزی حاد و مزمن

□ اختلالات به یاد آوردن (پارامنزی)

تحریف حافظه، تحریف گذشته، -افسانه سازی و...

□ دگرگونی های شناخت

الف) دژاوو - دژاوکو
ب) شناخت عوضی

■ اختلالات هیجان

- ۱- استعدادهای هیجانی نابهنجار
- ۲- واکنش های هیجانی نابهنجار
- ۳- اختلالات بیمارگونه هیجان
- ۴- اختلالات بیمارگونه ابراز هیجانات

■ اختلافات تجربه نفس

■ اختلافات هشیاری

■ اختلافات حرکتی

سیستم تشخیصی DSM

در این سیستم نیز نحوه ارزیابی ۵ محوری می باشد که عبارتند از:

۱- سندرمها و اختلالات بالینی روانی
۲- اختلالات عقب ماندگی ذهنی و اختلالات شخصیتی

۳- اختلالات و حالات جسمی

۴- شدت عوامل روانی - اجتماعی

۵- ارزیابی کلی از عملکرد فرد

طبقه بندی DSM-IV - TR

اختلالات روانی در DSM-IV شامل ۱۷ طبقه عمده و بیش از ۳۰۰ اختلال می باشد که علیرغم وجود تفاوت‌هایی در مقایسه با DSM-III-R در کل یک طبقه و حدود ۱۰۰ اختلال بیشتر را در بر می گیرد. طبقات موجود در DSM-IV :

- ۱- اختلالاتی که معمولاً در دوران شیر خواری، کودکی یا نوجوانی آشکار می گردند (مانند اختلالات یادگیری، اختلال مهادت های حرکتی، اختلالات ارتباطی، اختلالات فراگیر رشد مثل اوتیسم، اختلالات نقص توجه و رفتار ایدایی، اختلالات تغذیه، اختلالات تیک، اختلالات دفع، سایر اختلالات مثل اختلال اضطراب جدایی، عقب ماندگی ذهنی).
- ۲- دلیریوم، دمانس، اختلالات یادزدایشی و سایر اختلالات شناختی
- ۳- اختلالات روانی ناشی از یک بیماری جسمانی که در جای دیگری طبقه بندی نشده است.
- ۴- اختلالات وابسته به مواد (مثل اختلال مرتبط با سو مصرف الکل، آمفتامین، کافئین، حشیش، کوکائین، مواد توهم زا، مواد استنشاقی، نیکوتین، مواد افیونی، فن سایکلیدین، آرام بخش ها، سایر مواد ناشناخته و...)

۵- اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک (نوع پارانویایی، نوع آشفته، نوع کاتاتونیایی، نوع نامتمایز، نوع باقیمانده- اختلال اسکیزوفرنیفرم، اختلال اسکیزواکتیو، اختلال هدیانی، اختلال سایکوتیک کوتاه مدت، و..)

۶- اختلالات خلقی (مانند اختلالات افسردگی- ماژور، افسرده خویی-، اختلال دوقطبی نوع اول و نوع دوم، ادواری خویی)

۷- اختلالات اضطرابی (مانند اختلال وحشت زدگی بدون یا همراه با گذرهراسی، فوبیا یا هراس مشخص، هراس اجتماعی، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال فشار روانی حاد، اختلال اضطراب فراگیر)

۸- اختلالات شبه جسمی یا جسمانی شکل (مثل اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، اختلال درد، خود بیمار انگاری، اختلال بدشکلی بدن)

۹- اختلالات ساختگی

۱۰- اختلالات تجزیه ای (مثل یادزدودگی تجزیه ای، گریز تجزیه ای، اختلال هویت تجزیه ای، اختلال مسخ شخصیت)

۱۱- اختلالات جنسی و هویت جنسی (مانند اختلالات میل جنسی، اختلال انگیختگی جنسی، اختلالات اوج لذت جنسی، اختلالات درد جنسی، کژکاری جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی، نابهنجاری های جنسی، اختلالات هویت جنسی)

۱۲- اختلالات خوردن (مثل بی اشتهاپی عصبی، پر اشتهاپی عصبی)

۱۳- اختلالات خواب (مثل بد خوابی ها: بی خوابی اولیه، پر خوابی اولیه، حمله خواب، اختلال خواب همراه با تنفس، اختلال خواب دوره شبانه روزی، نابهنجاری های خواب: اختلال کابوس، اختلال دهشت خواب، اختلال خوابگردی، اختلال خواب مرتبط با سایر اختلالات روانی)

۱۴- اختلالات کنترل تکانه که جای دیگر طبقه بندی نشده است (مثل اختلال انفجاری متناوب، دزدی بیمارگونه، آتش افروزی بیمارگونه، قماربازی بیمارگونه، اختلال موکنی).

۱۵- اختلالات انطباقی یا سازگاری (همراه با خلق افسرده، همراه با اضطراب، ترکیبی، همراه با اختلال سلوک)

۱۶- اختلالات شخصیت (پارانویایی، اسکیزوئید، اسکیزوتایپی، ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی، خود شیفته، وابسته، وسواسی، منفعل پرخاشگر)

۱۷- سایر اختلالاتی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند (عوامل روانشناختی موثر بر بیماری های جسمانی، اختلال های حرکتی ناشی از دارو درمانی، اختلالات ناشی از دارو درمانی، مشکلات مربوط به روابط، مشکلات مرتبط با بد رفتاری یا غفلت).

تمام کدها و اصطلاحات موجود در DSM-IV به طور کامل با دهمین طبقه بندی بین المللی بیماریها ICD-9 و ICD-10 هماهنگ است. در همین چاپ طبقه بندی بین المللی بیماریها سعی گردیده که همانند DSM-IV به جای اصطلاح بیماری روانی از اصطلاح اختلال روانی استفاده شود.

DSM-IV به متخصصانی که مایل به استفاده از شیوه چند محوری نیستند نیز امکان می دهد که تشخیصهایشان به طور پیوسته انجام شده و در راس آنها تشخیص اساسی را ذکر نمایند.

چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) شیوع انواع اختلالات روانی را به قرار زیر گزارش می کند: شیوع لحظه ای افسرده خویی ۳ درصد بوده و نسبت آن در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان است. شیوع طول عمر این اختلال برابر با ۶ درصد گزارش گردیده است.

شیوع لحظه ای افسردگی در زنان ۵ تا ۹ درصد و در مردان ۲ تا ۳ درصد است. شیوع طول عمر این اختلال در زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد و در مردان ۵ تا ۱۲ درصد می باشد. شیوع طول عمر اسکیزوفرنیا ۵/۰ تا ۱ درصد و طبق برخی گزارشات بین ۲/۰ تا ۲ درصد می باشد.

شیوع یک ساله ترس مرضی ۹ درصد، شیوع طول عمر آن ۱۰ تا ۱۱/۳ درصد و شیوع طول عمر ترس مرضی اجتماعی ۳ تا ۱۲ درصد گزارش گردیده است.

شیوع یک ساله وسواس فکری و عملی ۱/۵ تا ۲/۱ درصد و شیوع طول عمر این اختلال ۲/۵ درصد می باشد. شیوع یک ساله اختلال اضطراب منتشر ۳ درصد و شیوع طول عمر آن برابر ۵ درصد است. شیوع طول عمر اختلال جسمانی شدن ۲/۰ تا ۲ درصد در زنان و ۲/۰ درصد در مردان گزارش شده است. شیوع طول عمر کلیه اختلالات دو قطبی ۴/۰ تا ۱/۶ درصد می باشد.

نوربالا و همکاران (۱۳۸۰) در بررسی خود پیرامون شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد ۱۵ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی استانهای کشور، ۳۵۰۱۴ نفر را با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و چک لیست مصاحبه بالینی براساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که در مجموع ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه (۲۷/۷ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان) دچار اختلالات روانی هستند. نتایج پژوهش انجام گرفته نشان می دهد که طیف این اختلالات بین ۱۱/۷ درصد (استان یزد) تا ۳۹/۱ درصد (استان چهارمحال و بختیاری) متغیر بوده است که این تفاوت را می توان احتمالاً ناشی از شرایط خاص اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی مناطق مختلف مورد مطالعه و متفاوت بودن زمان اجرای پژوهش در استانها دانست.

اختلالات خلقی و اضطرابی با ۹/۸ و ۷/۴ درصد از شایعترین گروه اختلالات روانپزشکی بودند. افسردگی اساسی با ۴/۴ درصد و اختلال اضطراب منتشر با ۳ درصد شایعترین اختلال در نمونه مورد مطالعه بودند. نتایج این بررسی همچنین نشان داد که شیوع اختلال های روانپزشکی در زنان، افراد متاهل، بیسواد و کم سواد، بالای ۴۵ سال و افراد غیرشاغل بیش از سایرین بوده است.