

«جلد اول»

۵/۱ مصاحبه روان‌پزشکی، شرح حال روان‌پزشکی و معاینه وضعیت روانی.....	۳۴۹
۵/۲ گزارش روان‌پزشکی و پرونده پزشکی.....	۳۸۴
۵/۳ مقیاس‌های درجه‌بندی روان‌پزشکی.....	۳۹۵
۵/۴ عصب‌روان‌شناسی بالینی و ارزیابی هوشی بزرگسالان.....	۴۲۹
۵/۵ ارزیابی شخصیت: بزرگسالان و کودکان.....	۴۴۶
۵/۶ ارزیابی عصب‌روان‌شناسی و شناختی کودکان.....	۴۷۱
۵/۷ ارزیابی طبی و آزمون‌های آزمایشگاهی در روان‌پزشکی.....	۴۹۱
۵/۸ تصویربرداری از دستگاه عصبی.....	۵۰۸
۵/۹ معاینه جسمی در روان‌پزشکی.....	۵۲۲

فصل ۶: طبقه‌بندی در روان‌پزشکی..... ۵۳۵

فصل ۷: طیف اسکیزوفرنی (روان‌گسیختگی) و سایر اختلالات روان‌پریشی..... ۵۵۱

۷/۱ اسکیزوفرنی.....	۵۵۱
۷/۲ اختلال اسکیزوافکتیو.....	۵۹۲
۷/۳ اختلال اسکیزوفرنی فرم.....	۵۹۸
۷/۴ اختلال هذیانی و اختلال روان‌پریشی مشترک.....	۶۰۳
۷/۵ اختلال روان‌پریشی گذرا، اختلال روان‌پریشی نامعین (NOS) سایر اختلالات روان‌پریشی و کاتاتونیا.....	۶۲۰

فصل ۸: اختلالات خلقی..... ۶۳۳

۸/۱ افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی.....	۶۳۳
۸/۲ اختلال دیس‌تایمی (افسرده‌خویی) و اختلال سیکلوتایمی (خلق ادواری).....	۶۸۹

فصل ۹: اختلالات اضطرابی..... ۷۰۱

۹/۱ مرور اجمالی.....	۷۰۱
۹/۲ اختلال وحشت‌زدگی.....	۷۱۰
۹/۳ مصاحبه روان‌پزشکی.....	۷۲۰

فصل ۱۰: علم اعصاب..... ۱۵

۱۰/۱ مقدمه.....	۱۵
۱۰/۲ کالبدشناسی عصبی رفتاری و کارکردی.....	۱۹
۱۰/۳ رشد عصبی و عصب‌سازی.....	۴۷
۱۰/۴ نوروفیزیولوژی و نوروشیمی.....	۷۹
۱۰/۵ درون‌ریزشناسی عصبی.....	۱۲۷
۱۰/۶ تعاملات دستگاه ایمنی و دستگاه عصبی مرکزی.....	۱۳۵
۱۰/۷ ژنتیک عصبی (نوروژنتیک).....	۱۴۲
۱۰/۸ الکتروفیزیولوژی کاربردی.....	۱۶۴
۱۰/۹ کرونوبیولوژی (شناخت چرخه‌های زیستی).....	۱۷۱

فصل ۲: سهم علوم روانی - اجتماعی در شناخت رفتار آدمی..... ۱۷۹

۲/۱ ژان پیازه و رشد شناختی.....	۱۷۹
۲/۲ نظریه دلبستگی.....	۱۸۷
۲/۳ نظریه یادگیری.....	۱۹۳
۲/۴ زیست‌شناسی حافظه شناختی.....	۲۰۹
۲/۵ بهنجاری و سلامت روان.....	۲۳۱

فصل ۳: سهم علوم اجتماعی فرهنگی در شناخت رفتار آدمی..... ۲۴۳

۳/۱ زیست‌شناسی اجتماعی و کردارشناسی.....	۲۴۳
۳/۲ روان‌پزشکی بین فرهنگی.....	۲۵۶
۳/۳ سندرم‌های وابسته به فرهنگ.....	۲۶۷

فصل ۴: نظریه‌های شخصیت و آسیب‌شناسی روانی..... ۲۷۶

۴/۱ زیگموند فروید: بنیانگذار روان‌کاوی کلاسیک.....	۲۷۶
۴/۲ اریک اریکسون.....	۳۰۴
۴/۳ سایر مکاتب روان‌پویشی و روان‌شناسی.....	۳۱۸
۴/۴ روان‌شناسی مثبت‌نگر.....	۳۴۱

فصل ۵: معاینه بالینی در روان‌پزشکی..... ۳۴۹

۷۷۹ ۱۰/۵ اختلال خراش پوست (کندن پوست)

فصل ۱: اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس..... ۷۸۳

..... ۱۱/۱ اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد

..... ۷۸۳

..... ۷۹۸ ۱۱/۲ اختلالات سازگاری

فصل ۱۲: اختلالات تجزیه ای..... ۸۰۵

نمایه..... ۸۲۷

..... ۷۲۴ ۹/۴ هراس اختصاصی

..... ۷۳۲ ۹/۵ اختلال اضطراب اجتماعی (جمعیت هراسی)

..... ۷۳۶ ۹/۶ اختلال اضطراب فراگیر

..... ۷۴۵ ۹/۷ سایر اختلالات اضطرابی

فصل ۱۰: اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط..... ۷۵۳

..... ۷۵۳ ۱۰/۱ اختلال وسواسی-جبری

..... ۷۶۸ ۱۰/۲ اختلال بد ریخت انگاری بدن

..... ۷۷۲ ۱۰/۳ اختلال انباشتگری (ذخیره سازی)

..... ۷۷۵ ۱۰/۴ وسواس کندن مو

«جلد دوم»

فصل ۱۹. اختلالات ایدایی، کنترل تکانه و سلوک ۲۵۳

فصل ۲۰. اختلالات اعتیادی و مصرف مواد ۲۶۶

- ۲۰/۱ مقدمه و نگاه کلی ۲۶۶
- ۲۰/۲ اختلالات مرتبط با الکل ۲۷۹
- ۲۰/۳ اختلالات مرتبط با کافئین ۳۰۵
- ۲۰/۴ اختلالات مرتبط با کانابیس ۳۱۱
- ۲۰/۵ اختلالات مرتبط با مواد توهم‌زا ۳۱۸
- ۲۰/۶ اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی ۳۳۲
- ۲۰/۷ اختلالات مرتبط با مواد افیونی (اپیوئید) .. ۳۳۷
- ۲۰/۸ اختلالات مرتبط با داروهای ضد اضطراب،
خواب‌آور یا رخوت‌زا ۳۴۸
- ۲۰/۹ اختلالات مرتبط با مواد محرک ۳۵۶
- ۲۰/۱۰ اختلالات مربوط به نیکوتین ۳۷۲
- ۲۰/۱۱ سوء مصرف استروئیدهای آنابولیک ۳۷۹
- ۲۰/۱۲ سایر اختلالات اعتیادی و مصرف مواد .. ۳۸۶
- ۲۰/۱۳ اختلال قماربازی ۳۸۸

فصل ۲۱. اختلالات عصبی شناختی ۳۹۴

- ۲۱/۱ مقدمه و نگاه کلی ۳۹۴
- ۲۱/۲ دلیریوم (روان‌آشفتنگی) ۳۹۹
- ۲۱/۳ دمانس (اختلال عصبی شناختی عمده) ... ۴۱۰
- ۲۱/۴ اختلال عصبی شناختی عمده یا خفیف ناشی از
یک بیماری طبی دیگر (اختلالات نسیانی) ۴۳۱
- ۲۱/۵ اختلال عصبی شناختی و سایر اختلالات ناشی از
بیماری طبی عمومی ۴۳۸
- ۲۱/۶ تخریب شناختی خفیف ۴۶۰

فصل ۲۲. اختلالات شخصیت ۴۶۸

فصل ۲۳. طب فوریت‌های روان‌پزشکی ۵۰۵ ۵۰۵

فصل ۱۳. طب روان‌تنی ۲۳

- ۱۳/۱ مقدمه و نگاه کلی ۲۳
- ۱۳/۲ اختلال علائم جسمی ۲۷
- ۱۳/۳ اختلال اضطراب بیماری ۳۲
- ۱۳/۴ اختلال علامت نورولوژیک کارکردی (اختلال
تبدیلی) ۳۵
- ۱۳/۵ عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سایر بیماری‌های
طبی ۴۲
- ۱۳/۶ اختلالات ساختگی ۶۳
- ۱۳/۷ اختلال درد ۷۴
- ۱۳/۸ روان‌پزشکی رابط - مشاور ۷۸

فصل ۱۴. سندرم خستگی مزمن و ضعف اعصاب ۸۶

فصل ۱۵. اختلالات خوردن و تغذیه ۹۴

- ۱۵/۱ بی‌اشتهایی عصبی ۹۴
- ۱۵/۲ پراشتهایی عصبی ۱۰۵
- ۱۵/۳ اختلال پرخوری و سایر اختلالات خوردن . ۱۱۱
- ۱۵/۴ چاقی و سندرم متابولیک ۱۱۵

فصل ۱۶. خواب طبیعی و اختلالات خواب - بیداری ۱۳۱

- ۱۶/۱ خواب طبیعی ۱۳۱
- ۱۶/۲ اختلالات خواب - بیداری ۱۳۷

فصل ۱۷. رفتارها و تمایلات جنسی انسان و کژکاری‌های جنسی ۱۸۰

- ۱۷/۱ تمایل جنسی بهنجار ۱۸۰
- ۱۷/۲ کژکاری‌های جنسی ۱۹۸
- ۱۷/۳ اختلالات پارافیلیک ۲۲۹

فصل ۱۸. نارضایتی جنسی ۲۴۰

۲۸/۳	روان‌درمانی گروهی، روان‌درمانی توأم فردی و گروهی، و روان‌نمایش (سایکودراما) ۶۵۷
۲۸/۴	خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی ۶۶۸
۲۸/۵	رفتار درمانی دیالکتیک ۶۷۵
۲۸/۶	پسخوراند زیستی ۶۷۷
۲۸/۷	شناخت‌درمانی ۶۸۳
۲۸/۸	رفتاردرمانی ۶۸۹
۲۸/۹	هیپنوتیزم ۷۰۱
۲۸/۱۰	درمان بین‌فردی ۷۰۷
۲۸/۱۱	روان‌درمانی روایتی ۷۱۳
۲۸/۱۲	توان‌بخشی روانی ۷۱۷
۲۸/۱۳	ترکیب روان‌درمانی و دارودرمانی ۷۲۳
۲۸/۱۴	مشاوره ژنتیک ۷۲۹
۲۸/۱۵	درمان مبتنی بر ذهنیت‌سازی و ذهن‌آگاهی ۷۳۷

نمایه ۷۴۱

۲۳/۲	فوریت‌های روان‌پزشکی در بزرگسالان ۵۲۴
۲۳/۳	فوریت‌های روان‌پزشکی در کودکان ۵۴۲

فصل ۲۴. جایگاه طب مکمل و جایگزین در روان‌پزشکی ۵۵۰

فصل ۲۵. حالات دیگری که ممکن است کانون توجه بالینی باشد ۵۸۵

فصل ۲۶. سوء رفتار جسمی و جنسی بزرگسالان ۶۰۴

فصل ۲۷. روان‌پزشکی و طب تولیدمثل ۶۱۵

فصل ۲۸. روان‌درمانی ۶۳۷

۲۸/۱	روان‌کاوی و روان‌درمانی تحلیلی ۶۳۷
۲۸/۲	روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت ۶۵۱

فصل ۲۹. درمان‌های زیست‌شناختی ۲۳

۲۹/۱	اصول عام روان‌داروشناسی	۲۳
۲۹/۲	اختلالات حرکتی ناشی از دارو	۴۵
۲۹/۳	آگونیست‌های گیرنده α -آنتاگونیست‌های گیرنده	
۱	α -آدرنرژیک: کلونیدین، گوانفیسین، پرازوسین، و	
۵۴	یوهیمبین	
۲۹/۴	آنتاگونیست‌های گیرنده β -آدرنرژیک	۶۱
۲۹/۵	داروهای آنتی‌کولینرژیک	۶۵
۲۹/۶	داروهای ضد تشنج	۶۸
۲۹/۷	ضدهیستامین‌ها (آنتی‌هیستامین‌ها)	۷۵
۲۹/۸	باربیتورات‌ها و داروهای مشابه اثر	۷۹
۲۹/۹	بنزودیازپین‌ها و داروهای مؤثر بر گیرنده	
۸۵	بنزودیازپین‌ها	
۲۹/۱۰	بوپروپیون	۹۳
۲۹/۱۱	بوسپیرون	۹۷
۲۹/۱۲	مسدودکننده‌های مجرای کلسیم	۹۹
۲۹/۱۳	کاربامازپین و آکس‌کاربازپین	۱۰۲
۲۹/۱۴	مهارکننده‌های کولین‌استراز و ممانتین	۱۰۹
۲۹/۱۵	دی‌سولفیرام و آکامپروسات	۱۰۳
۲۹/۱۶	آگونیست‌های گیرنده دوپامین و پیش‌سازها	۱۱۷
۲۹/۱۷	آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین (داروهای	
۱۲۲	ضد روان‌پریشی‌های نسل اول)	
۲۹/۱۸	لاموتریزین	۱۳۷
۲۹/۱۹	لیتیوم	۱۴۰
۲۹/۲۰	آگونیست‌های ملاتونین: راملتئون و	
۱۵۳	ملاتونین	
۲۹/۲۱	میرتازاپین	۱۵۵
۲۹/۲۲	مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز	۱۵۷
۲۹/۲۳	نفازدودون و ترازودون	۱۶۳
۲۹/۲۴	آگونیست‌های گیرنده افیونی (اپیوئیدی)	۱۶۸
۲۹/۲۵	آنتاگونیست‌های گیرنده مواد افیونی: نالتراکسون،	
۱۷۴	نالمفن و نالوکسون	
۲۹/۲۶	مهارکننده‌های فسفودی‌استراز-۵	۱۸۰
۲۹/۲۷	مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین -	
۱۸۳	نوراپی‌نفرین	

۲۹/۲۸ مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب

۱۸۹	سروتونین	
۲۹/۲۹	آنتاگونیست‌های توأم سروتونین - دوپامین و	
	داروهای با اثر مشابه (روان‌پریشی‌های نسل دوم یا	
۲۰۴	نامتعارف)	
۲۲۱	داروهای محرک و اتوموکستین	۲۹/۳۰
۲۲۹	هورمون‌های تیروئید	۲۹/۳۱
۲۳۲	داروهای سه‌حلقه‌ای و چهارحلقه‌ای	۲۹/۳۲
۲۴۰	والپروات	۲۹/۳۳
۲۴۶	مکمل‌های تغذیه‌ای و غذاهای طبی	۲۹/۳۴
۲۶۵	داروهای کاهشنده وزن	۲۹/۳۵

فصل ۳۰. روش‌های تحریک مغز ۲۷۳

۲۷۳	۳۰/۱ تشنج‌درمانی الکتریکی (ECT)	
۲۸۵	۳۰/۲ سایر روش‌های تحریک مغز	
۳۰/۳	درمان‌های عصبی جراحی و تحریک مغزی	
۲۹۳	عمیق	

فصل ۳۱. روان‌پزشکی کودک ۳۰۳

۳۱/۱	۳۱/۱ مقدمه: رشد شیرخوار، کودک و نوجوان	۳۰۳
۳۱/۲	۳۱/۲ ارزیابی، معاینه و آزمون روان‌شناختی	۳۴۶
۳۱/۳	۳۱/۳ کم‌توانی ذهنی	۳۶۴
۳۱/۴	۳۱/۴ اختلالات ارتباط	۳۹۳
۳۱/۵	۳۱/۵ اختلال طیف درخودماندگی	۴۱۷
۳۱/۶	۳۱/۶ اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی	۴۴۳
۳۱/۷	۳۱/۷ اختلالات یادگیری اختصاصی	۴۶۲
۳۱/۸	۳۱/۸ اختلالات حرکتی	۴۷۸
۳۱/۹	۳۱/۹ اختلال‌های تغذیه و خوردن در دوره شیرخوارگی	
۵۰۲	یا اوایل کودکی	
۳۱/۱۰	۳۱/۱۰ اختلالات دفعی	۵۱۰
۳۱/۱۱	۳۱/۱۱ اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس در	
۵۱۸	کودکان	
۳۱/۱۲	۳۱/۱۲ اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و	
۵۳۳	نوجوانان	

۳۴/۱ مرگ، مردن و داغدیدگی ۷۳۷
۳۴/۳ قتل از روی ترحم و خودکشی به کمک
پزشک ۷۶۸

فصل ۳۵. روان پزشکی همگانی ۷۷۳

فصل ۳۶. روان پزشکی قانونی و اخلاق در
روان پزشکی ۷۸۵
۳۶/۱ روان پزشکی قانونی ۷۸۵
۳۶/۲ اخلاق در روان پزشکی ۸۰۳

فصل ۳۷. جنبه‌های جهانی روان پزشکی ۸۱۷

واژه‌نامهٔ علایم و نشانه‌های بالینی ۸۲۹

نمایه ۸۴۷

۳۱/۱۳ اختلالات اضطرابی شیرخواری، دوران کودکی
و نوجوانی ۵۷۶
۳۱/۱۴ اختلال وسواسی جبری در کودکی و
نوجوانی ۵۹۲
۳۱/۱۵ اسکیزوفرنی زودآغاز ۶۰۰
۳۱/۱۶ سوء مصرف مواد در نوجوانان ۶۰۸
۳۱/۱۷ سایر اختلالات روان پزشکی کودک ۶۱۷
۳۱/۱۸ درمان روان پزشکی کودکان و نوجوانان ... ۶۲۵
۳۱/۱۹ روان پزشکی کودک: سایر حوزه‌های
مورد توجه ۶۶۰

فصل ۳۲. بزرگسالی ۶۹۱

فصل ۳۳. روان پزشکی سالمندان ۷۰۷

فصل ۳۴. مسایل مربوط به مراحل پایان
زندگی ۷۳۷

مقدمه مترجم

کتاب خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک سالهاست در بین روانپزشکان و روانشناسان بالینی به عنوان منبعی معتبر شناخته شده است و رویکرد چندجانبه مولفین سبب شده روانپزشکان، روانشناسان و سایر متخصصین علوم رفتاری بتوانند از این کتاب بهره گیرند. تفاوت مهم ویراست فعلی کتاب با ویراست قبلی لحاظ کردن نسخه جدید دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) و ملاکهای تشخیصی آن است. با آنکه به DSM انتقاداتی وارد است اما به عنوان زبان مشترک متخصصین علوم رفتاری و پیشبرد پژوهشهای این حوزه نقش ارزشمند و غیرقابل انکاری داشته است و آموختن آن مقدمه ضروری شناخت بیماریهای روانپزشکی محسوب می شود.

در مورد ترجمه حاضر و نیز تفاوت‌های مهم DSM-5 با DSM-IV موارد زیر شایان توجهند:

در ویراست پنجم DSM به جای واژه عقب ماندگی ذهنی (mental retardation) از اصطلاح کم توانی ذهنی (Intellectual disability) استفاده شده که به نظر می رسد بیشتر به علت استیگما (انگ) و بار معنایی منفی عقب ماندگی ذهنی بوده است. این دیدگاه در ترجمه قبلی کتاب خلاصه روانپزشکی از سوی اینجانب اعمال شده بود و در ترجمه قبلی به دلیل همین استیگما در برابر واژه mental retardation از اصطلاح کم توانی ذهنی استفاده شده بود. استیگمای اختلالات روانپزشکی موضوع مهمی است که باید جدی گرفته شود و نامگذاری اختلالات باید عاری از هرگونه بار ارزشی و قضاوتی باشد. در مورد ترجمه دمانس نیز همین سیاست در پیش گرفته شد و به جای واژه «زوال عقل» که متأسفانه به متون رسمی و اداری کشور نیز راه پیدا کرده است از واژه «زوال ذهن» استفاده شد. در زبان فارسی عقل بار ارزشی خاصی دارد و به عقیده اینجانب استیگمای نهفته در این اصطلاح می تواند در راه مراجعه زود هنگام بیماران و یا خانواده ایشان مانع ایجاد کند. به خاطر داشته باشیم استیگمای بیماری‌ها پدیده‌ای عمدتاً فرهنگی است و به کارگیری اصطلاحات نامناسب از سوی ما مترجمین می تواند بر شدت آن بیفزاید.

یکی از عناوین تشخیص جدید DSM-5 اختلال کژتنظیمی خلقی ایدایی (disruptive mood dysregulation) است که هدف از طراحی آن نگرانی مربوط به تشخیص گذاری بیش از حد و متورم اختلال دوقطبی در کودکان بوده است. متأسفانه به کرات مشاهده شده در کودکان و نوجوانان از عنوان تشخیصی اختلال دوقطبی NOS استفاده می شود که نتیجه این کار برجسبی تشخیصی است که کنار گذاشتن آن به سادگی امکانپذیر نیست. استدلال مولفین DSM-5 این است که مطالعات طولی نشان داده اند بسیاری از کودکانی که دچار کژتنظیمی خلقی و حملات خشم می شوند و ملاکهای کامل اختلال دوقطبی را تکمیل نمی کنند در دوران بزرگسالی بیشتر به اختلالات افسردگی و اضطرابی مبتلا خواهند شد تا اختلالات دوقطبی.

در بخش اختلالات وسواسی جبری عنوان تشخیصی جدیدی به نام اختلال انباشت‌گری (hoarding disorder) افزوده شده است که در ترجمه چاپ نخست DSM-5 واژه احتکار یا ذخیره سازی را برابر آن قرار دادم، اما پس از مشورت با برخی همکاران به این نتیجه رسیدم واژه انباشت‌گری بار قضاوتی کمتری دارد. تفاوت مهم ملاکهای تشخیصی اختلالات وسواسی جبری افزودن مشخصه بدون بینش/باورهای هذیانی است که در واقع DSM-5 با اینکار مرز اختلالات روانپریشی و اختلالات وسواسی را به هم نزدیک کرده است. در اختلالات طیف اسکیزوفرنیا تأکید بر هذیانهای غریب و توهمات شنیداری شخص سوم حذف شده و در تشخیص اسکیزوفرنیا باید حتماً یکی از علائم ملاک A توهّم، هذیان یا گفتار آشفته باشد. با این تغییر صرفاً براساس وجود علائم منفی و رفتارهای آشفته نمی توان تشخیص اسکیزوفرنیا گذاشت.

اختلال نارضایتی جنسیتی (gender dysphoria) جایگزین اصطلاح اختلال هویت جنسی شده است تا بر موضوع ناهماهنگی ادراک شده فرد با جنسیت زیستی خود تأکید بیشتری صورت گرفته باشد. اختلال قماربازی در گروه اختلالات مرتبط با مواد گنجانده شده است و نکته مهم دیگر اینکه عناوین تشخیصی وابستگی به مواد و سوءمصرف حذف شده عنوان جدید اختلال مصرف مواد جایگزین شده است و در ملاک‌های تشخیصی آن مشکلات قانونی حذف شده و ملاک جدید میل شدید (craving) برای مصرف افزوده شده است.

در بخش اختلالات تجزیه‌ای به جای دو اصطلاح مسخ شخصیت (depersonalization) و مسخ واقعیت (derealization) به ترتیب از اصطلاحات گسست از خویشتن و گسست از واقعیت استفاده شده که به نظر می‌رسد بیشتر به مفهوم تجزیه‌ای این اصطلاحات نزدیک باشند. ضمناً در زبان فارسی واژه مسخ بار معنایی ارزشی خاصی دارد و استفاده از آن در روانپزشکی توصیفی مناسب به نظر نمی‌رسد. متأسفانه کتاب حاضر با وجود اینکه منبعی بی‌بدیل در روانپزشکی محسوب می‌شود اما به دلیل شتاب در نگارش ویراست جدید و تطبیق دادن با DSM-5 محدود اشتباهاتی در متن دیده می‌شود که بیشتر مربوط به عدم تطابق متن با ملاک‌های جدید DSM-5 است و تلاش کرده‌ام تا حد امکان این موارد در پانویس توضیح داده شود.

در پایان جا دارد از دوست و همکار قدیمی آقای دکتر محسن ارجمند تشکر کنم که همچون همیشه در ترجمه این کتاب نیز یاری ارزشمندشان ستودنی است. همچنین از همکار عزیزم جناب آقای دکتر سامان توکلی که در برابرگذاری برخی اصطلاحات از نظرات ایشان بهره برده‌ام صمیمانه سپاسگزارم.

دکتر فرزین رضاعی

دانشیار روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی کردستان

در مورد مؤلفین

متخصصان پزشکی حضور داشت و نماینده گروه اجرایی انجمن روانپزشکی آمریکا در هیئت رئیسه ممتحنین پزشکی و بورد روانپزشکی و نورولوژی آمریکا بود. در سال ۱۹۸۵ او جایزه دستاوردهای آکادمیک را از کالج پزشکی نیویورک دریافت کرد و در سال ۲۰۰۰ به عنوان استاد دانشکده پزشکی NYU منصوب شد. او مؤلف یا ویراستار بیش از صد اثر منتشر شده است، مسئول نقد کتب در مجلات روانپزشکی است و در دامنه وسیعی از موضوعات روانپزشکی عمومی سخنرانی کرده است. دکتر سادوک طبابت خصوصی را برای مشاوره‌های تشخیصی و درمان روانپزشکی حفظ کرده است. او پس از پایان دوره دستیاری با دکتر ویرجینیا آلکوت سادوک، استاد روانپزشکی دانشکده پزشکی NYU ازدواج کرد. دکتر سادوک از اپرا، گلف، اسکی و مسافرت لذت می‌برد و عاشق ماهیگیری با طعمه است.

دکتر ویرجینیا آلکوت سادوک: در ۱۹۸۰ به دانشکده پزشکی دانشگاه NYU ملحق شد و در حال حاضر استاد روانپزشکی و روانپزشک بیمارستان Tisch و بیمارستان Bellevue است. او مدیر برنامه تمایلات جنسی انسان در مرکز پزشکی NYU (یکی از بزرگترین برنامه‌های آموزش و درمانی در نوع خود در ایالات متحده) است. دکتر سادوک بیش از ۵۰ مقاله و فصول کتب مختلف در مورد رفتار جنسی را تألیف کرده است و ویراستار کتاب تجربه جنسی است؛ این کتاب یکی از نخستین درسنامه‌های عمده در مورد تمایلات و رفتار جنسی انسان است که شرکت ویلیامز و ویلکینز آن را منتشر کرده است. او در چندین مجله پزشکی از جمله مجله روانپزشکی آمریکا و مجله انجمن پزشکی آمریکا داوری و نقد کتاب را به عهده دارد. او از مدت‌ها پیش به نقش زنان در پزشکی و روانپزشکی علاقمند بوده و پایه‌گذار کمیته زنان در روانپزشکی شاخه نیویورک انجمن روانپزشکی آمریکا است. او در مسائل آکادمیک فعال بوده و از ۱۵ سال پیش دستیار ممتحن بورد روانپزشکی و نورولوژی است. دکتر ویرجینیا سادوک قبلاً عضو کمیته آزمون روانپزشکی در بورد روانپزشکی آمریکا و نیز عضو

دکتر بنیامین جیمز سادوک: استاد روانپزشکی دانشگاه مناس سنت گریگوری و قائم مقام بخش روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه نیویورک (NYU)، واقع در شهر نیویورک است. او فارغ التحصیل کالج یونیون است و درجه دکترای طب خود را در کالج پزشکی نیویورک دریافت کرد و دوره کارورزی را در بیمارستان آلبانی گذراند. پس از اتمام دوره دستیاری در بیمارستان روانپزشکی Bellevue وارد خدمت نظامی شد و به عنوان مدیر موقت بخش عصب - روانپزشکی در پایگاه نیروی هوایی شپارد در تگزاس خدمت کرد. او در دانشکده پزشکی جنوب غرب و بیمارستان پارکلند در دالاس و کالج پزشکی نیویورک، بیمارستان سنت لوک و مؤسسه روانپزشکی ایالتی نیویورک و بیمارستان متروپولیتن در نیویورک پست‌های آموزش و علمی را احراز نمود. دکتر سادوک در ۱۹۸۰ به دانشکده پزشکی NKU پیوست و در مناصب مختلفی خدمت کرد: مدیر آموزش روانپزشکی دانشجویان، معاون آموزش دستیاران روانپزشکی، سرپرست آموزش پزشکی فارغ التحصیلان. در حال حاضر دکتر سادوک معاون خدمات بهداشت روان دانشجویان، مشاور روانپزشکی کمیته پذیرش و معاون آموزش مداوم روانپزشکی در دانشکده پزشکی NYK است. او در بیمارستان Bellevue و بیمارستان Tisch کار می‌کند و یکی از روانپزشکان مشاور در بیمارستان لنوکس هیل است. دکتر سادوک دارای مدرک بورد روانپزشکی و نورولوژی آمریکا است و برای بیش از یک دهه عضو هیئت بورد بوده است. او یکی از اعضای شاخص انجمن روانپزشکی محسوب می‌شود و در کالج پزشکان آمریکا، آکادمی طب نیویورک، و جامعه Alpha Omega Alpha Honor عضویت دارد. او در سازمان‌های روانپزشکی متعددی فعالیت دارد و پایه‌گذار و رئیس جامع روانپزشکی NYU-Bellevue است. وی عضو کمیته ملی آموزش مداوم روانپزشکی انجمن روانپزشکی آمریکا است؛ دکتر سادوک در کمیته غیررسمی درمانگاه‌های درمان جنسی انجمن پزشکی آمریکا کار می‌کرد و به عنوان نماینده انجمن در کنفرانس تأیید مجدد گواهی دانش‌نامه

برنامه خودسنجی و دانش روانپزشکی (PKSAP) انجمن روانپزشکی آمریکا بوده است. همچنین ریاست کمیته روابط عمومی شاخه نیویورک انجمن روانپزشکی آمریکا را بر عهده دارد و در مجموعه زنان در پزشکی و برنامه مستند زنان و افسردگی شبکه تلویزیون پزشکی ملی شرکت داشته است. دکتر ویرجینیا سادوک قائم مقام جامعه پژوهش و درمان جنسی و عضو شورای محلی انجمن مشاورین و درمانگران آموزش جنسی آمریکا بوده است. او در حال حاضر ریاست انجمن فارغ التحصیلان درمانگران جنسی را بر عهده دارد. او به نحو گسترده‌ای در ایالات متحده و خارج از آن در مورد کژکاری جنسی، مشکلات ارتباطی و اختلالات افسردگی و اضطرابی سخنرانی کرده است. دکتر ویرجینیا سادوک عضو ثابت انجمن روانپزشکی آمریکا بوده و در آکادمی پزشکی عضویت دارد و دارای مدرک بوردر روانپزشکی و نورولوژی آمریکا است. دکتر سادوک فارغ التحصیل کالج بنیگتون است، درجه دکترای پزشکی خود را از کالج پزشکی نیویورک دریافت کرده و در بیمارستان متروپولیتن دوره دستیاری روانپزشکی را گذرانده است. او در کار طبابت نیز فعال است و به روان‌درمانی انفرادی، زوج‌درمانی و درمان زناشویی، درمان جنسی، مشاوره روانپزشکی و دارودرمانی می‌پردازد. او و همسرش دو فرزند به نام‌های جیمز و ویکتوریا دارند (که هر دوی آنها پزشک فوریت‌ها هستند) و دارای دو نوه به نام‌های امیلی و سلیا هستند. دکتر سادوک در اوقات فراغت خود از تئاتر، دیدن فیلم، گلف، مطالعه رمان و مسافرت لذت می‌برد.

دکتر پدرو روئیز

دکتر پدرو روئیز استاد و رئیس بخش روانپزشکی و علوم رفتاری در دانشکده پزشکی تگزاس در هوستون است. او از دانشکده پزشکی پاریس در فرانسه فارغ التحصیل شده است. دکتر روئیز دوره دستیاری روانپزشکی را در دانشکده پزشکی میامی در فلوریدا گذرانده است. او در کالج پزشکی آلبرت انیشتین در نیویورک و کالج پزشکی بایلور در

دانشکده پزشکی دانشگاه تگزاس در فلوریدا با درجه استادی تدریس کرده است. دکتر روئیز در سمت‌های مختلفی خدمت کرده است: مدیر مرکز بهداشت روان جامعه‌نگر بیمارستان لینکولن، مدیر مرکز روانپزشکی برونکس، قائم مقام دپارتمان روانپزشکی در کالج پزشکی بایلور در هوستون تگزاس، مدیر پزشکی مؤسسه علوم روانی دانشگاه تگزاس و قائم مقام دپارتمان روانپزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه تگزاس هوستون. او یکی از اعضای برجسته انجمن روانپزشکان آمریکا بوده و عضو کالج آمریکایی روانپزشکان، انجمن روانپزشکی اجتماعی آمریکا، جامعه بنیامین راش و انجمن روان‌درمانی گروهی آمریکا و عضو افتخاری انجمن جهانی روانپزشکی است. او همچنین عضو آکادمی روانپزشک است. او قبلاً رئیس کالج روانپزشکان آمریکا (۲۰۰۱-۲۰۰۰)، انجمن روانپزشکی اجتماعی آمریکا (۲۰۰۲-۲۰۰۰)، بوردر روانپزشکی و نورولوژی آمریکا (۲۰۰۳-۲۰۰۲)، انجمن روانپزشکان آمریکا (۲۰۰۷-۲۰۰۶) بوده است و در حال حاضر رئیس برگزیده انجمن جهانی روانپزشکان است. او در بیش از ۴۰ هئیت تحریریه شرکت داشته است از جمله آنها می‌توان از موارد زیر نام برد: مجله روانپزشکی آمریکا، خدمات روانپزشکی؛ مجله اعتیاد آمریکا و روانپزشکی جهانی. او بیش از ۶۰ جایزه و تشویق نامه دریافت کرده است از جمله: جایزه روانپزشکی اجرایی، جایزه سیمون بولیوار، جایزه تارجان، تقدیرنامه نانسی روستوک، و جایزه ایرما بلاند از سوی انجمن روانپزشکان آمریکا و نیز جایزه بوئیس از سوی کالج روانپزشکان آمریکا. او تألیف یا ویراستاری بیش از ۶۰۰ اثر منتشر شده را بر عهده داشته است؛ بیش از ۲۰۰ گراندراند و سخنرانی در سراسر جهان ارائه کرده است و بیش از ۴۰۰ ارائه علمی در جهان داشته است. او و همسرش آنجلا دو فرزند به نام‌های پدرو پابلو و آنجلا ماریا دارند و دارای چهار نوه هستند: فرانسسکو آنتونیو، پدرو پابلو، عمرزوف و پابلو آنتونیو. دکتر روئیز از مطالعه رمانهای ادبی، دیدن تئاتر و فیلم و مسافرت و ماهیگیری لذت می‌برد.

بررسی فراگیر، مفصل و دایرةالمعارفی از کل رشته روانپزشکی نیاز دارند. تلاش شده است که درسنامه مزبور تا حد امکان جامع باشد و برای آن که مطالب مختلف را به نحو مناسبی دربرگیرد در دو مجلد منتشر شده است، اما این امر سبب شده است که درسنامه جامع روانپزشکی برای برخی گروههای خاص و به خصوص دانشجویان پزشکی که به مطالبی مختصر و فشرده‌تر در مورد رشته روانپزشکی نیاز دارند بیش از حد مفصل باشد. برای این منظور بخشهایی از آن کتاب حذف یا فشرده شده‌اند، موضوعات جدیدی مطرح شده است و تمامی بخشها به خصوص برخی مطالب کلیدی نظیر روان‌دارشناسی به روز شده‌اند. در این جا لازم است از لطف بیش از ۲۰۰۰ نفری که در ویرایش فعلی و ویرایش‌های قبلی درسنامه جامع روانپزشکی نقش داشتند و به ما اجازه خلاصه کردن کارشان را دادند تشکر کنیم. در عین حال در این کار جدید، مسؤولیت جرح و تعدیل‌ها و تغییرات به عمل آمده را بر عهده می‌گیریم.

نظام آموزشی جامع

این درسنامه یکی از اجزای نظام جامعی است که مؤلفان برای تسهیل آموزش روانپزشکی و علوم رفتاری تدوین کرده‌اند. در رأس این نظام، درسنامه جامع روانپزشکی (CIP) قرار گرفته که از عمق و گستره‌ای تام و تمام برخوردار است و به گونه‌ای طراحی شده است که به کار روانپزشکان، رفتار پژوهان، و همه کارگزاران حوزه بهداشت روان بیاید. خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک در واقع روایتی نسبتاً مختصر، با جرح و تعدیل بسیار، اما اصیل و روزآمد از آن درسنامه است

این یازدهمین ویرایش خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک است. نخستین ویرایش خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک^۱ حدود ۴۰ سال پیش منتشر شد در طول این مدت این کتاب به عنوان چکیده‌ای مستقل، منسجم، دقیق، عینی و قابل اتکا از رویدادهای جدید رشته روانپزشکی شهرت یافته است. از همان ابتدا هدف این کتاب پرورش قابلیت حرفه‌ای و تضمین عالی‌ترین کیفیت مراقبت برای افراد دچار بیماری‌های روانی بوده است. علامت مشخصه این کتاب رویکرد چند رشته‌ای و التقاطی آن است؛ بنابراین تأثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی بر سلامت و بیماری انسان را به یک میزان مطرح کرده است.

خلاصه روانپزشکی نیازهای گروه‌های تخصصی مختلف را برآورده می‌کند: روانپزشکان و اطباء غیرروانپزشک، دانشجویان پزشکی، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران روانپزشکی و سایر متخصصان بهداشت روانی نظیر کاردرمانگران و هنردرمانگران. این کتاب به عنوان راهنمای مرجع مورد استفاده افراد غیرمتخصص نیز قرار می‌گیرد و به آنها کمک می‌کند در مراقبت از اعضای خانواده یا دوست بیمار خود مشارکت کنند. برای ما به عنوان مؤلفین و ویراستاران کتاب، مقبولیت گسترده و کاربرد آن در ایالات متحده و سرتاسر دنیا مایه مسرت است.

پیشینه

این درسنامه براساس تجربه ما در ویرایش درسنامه جامع روانپزشکی^۲ شکل گرفت. کتاب مزبور حاوی ۴۰۰۰ صفحه دو ستونی است و بیش از ۴۵۰ روانپزشک و دانشمند برجسته علوم رفتاری در تدوین آن شرکت داشته‌اند. درسنامه جامع روانپزشکی مختص افرادی است که به یک

1. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry

2. Comprehensive Textbook of Psychiatry

که برای دانشجویان پزشکی، دستیاران روانپزشکی، روانپزشکان شاغل، و متخصصان بهداشت روان مفید است. دو کتاب ویژه مشتق از این کتاب یعنی چکیده درسنامه روانپزشکی بالینی و چکیده روانپزشکی کودک و نوجوانان حاوی توصیفاتی از همه اختلالات روانپزشکی از جمله تشخیص و درمان این اختلالات در بزرگسالان و کودکان هستند. این کتابها برای کارکنان بالینی و دستیاران روانپزشکی که به مرور سریع درمان مشکلات بالینی نیاز دارند مفید است. جزء دیگری از این نظام را راهنمای مطالعه و خودآزمایی خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک تشکیل می‌دهد که حاوی سؤالهایی چندگزینه‌ای همراه با پاسخهای آنهاست و برای آن دسته از دانشجویان روانپزشکی و روانپزشکان بالینی طراحی شده است که می‌خواهند برای شرکت در امتحانات مختلف آماده شوند و لذا به مروری بر علوم رفتاری و روانپزشکی عمومی نیاز دارند. سؤالاها به گونه‌ای تنظیم شده است که با الگوی «هیئت (بورد) ملی طراحان سؤاله‌های امتحانات پزشکی» و «امتحان گواهینامه پزشکی ایالات متحده» (USMLE) و بورد ملی پزشکی (NBME) همخوانی داشته باشد. اجزای دیگر این نظام را کتابهای راهنمای جیبی یا دستنامه تشکیل می‌دهند: راهنمای جیبی روانپزشکی بالینی^۱، راهنمای جیبی درمانهای دارویی روانپزشکی^۲، راهنمای جیبی روانپزشکی فوری (اورژانس)^۳، و راهنمای جیبی روانپزشکی در مراقبتهای اولیه^۴. مجموعه این کتابها به ترتیب، تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی، روان‌داروشناسی، فوریتهای روانپزشکی، و روانپزشکی در مراقبتهای اولیه را پوشش می‌دهند و چنان مختصر و فشرده طراحی و تألیف شده‌اند که بالینگران و پزشکان با هر تخصصی می‌توانند آنها را به راحتی با خود حمل کنند و در صورت لزوم به سرعت به آنها مراجعه کنند. آخرین جزء نظام آموزشی ما را واژه‌نامه جامع روانپزشکی و روان‌شناسی تشکیل می‌دهد که تعاریف کتبی ساده‌ای از این واژه‌ها را در اختیار روانپزشکان و سایر پزشکان، روان‌شناسان، دانشجویان، سایر متخصصان بهداشت روان، و نیز عموم مردم قرار می‌دهد. این کتابها در مجموع برای آموزش، مطالعه، و یادگیری روانپزشکی، رویکردی

چندوجهی ایجاد کرده‌اند.

طبقه‌بندی اختلالات

DSM-5

ویرایش پنجم کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی (DSM) متعلق به انجمن روانپزشکی آمریکا که DSM-5 نامیده می‌شود در سال ۲۰۱۳ منتشر شد. DSM-5 حاوی نظام نام‌گذاری رسمی مورد استفاده روانپزشکان و سایر متخصصان بهداشت روانی در ایالات متحده است؛ اختلالات روانی که در این درسنامه تشریح شده‌اند با سیستم نام‌گذاری فوق مطابقت دارد. تمامی بخش‌های مربوط به اختلالات بالینی کاملاً مورد بازنگری قرار گرفته‌اند و تجدیدنظرهای DSM-5 در آنها لحاظ شده است. خواننده در خواهد یافت که همچون تمامی ویراست‌های پیشین، در این ویراست نیز جداول DSM-5 برای اکثر اختلالات روانی عمده عیناً آورده شده است.

DSM "قانون زمین" است و همچنانکه قبلاً اشاره شد نظام نامگذاری مورد استفاده در سراسر این درسنامه محسوب می‌شود؛ اما برخی بالینگران و پژوهشگران در مورد جنبه‌های مختلف DSM ملاحظاتاتی دارند که در این کتاب به آنها اشاره شده است. با ظهور ویراست‌های آتی DSM، این درسنامه همچون همیشه، فضایی برای مخالفت‌های قبل و بخصوص بعد از هر ویراست جدید را فراهم می‌کند. کتاب سیناپس (خلاصه روانپزشکی) در عین حال که نظام نامگذاری رسمی را پذیرفته است، فضایی برای تبادل نظر، ارزیابی، نقد و مخالفت فراهم می‌سازد.

ICD-10

خوانندگان همچنین باید از نظام طبقه‌بندی موازی سازمان بهداشت جهانی (WHO) که طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماریها و مشکلات بهداشتی مرتبط (ICD-10) نامیده

1- Pocket Handbook of Clinical Psychiatry

2- Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

3- Pocket Handbook of Emergency Psychiatry Medicine

4- Pocket Handbook of Primary Care Psychiatry

کتاب هم تصاویر رنگی اشکال تجاری داروهای رایج روانپزشکی و انواع دوزهای مختلف آنها ارائه شده است. تمامی داروهای جدیدی که از زمان ویراست قبلی تولید شده‌اند لحاظ شده‌اند. به علاوه تصاویر رنگی جدیدی در بسیاری از بخش‌ها افزوده شده‌اند.

شرح حال بیماران

شرح حال بیماران بخشی تفکیک‌ناپذیر از این کتاب محسوب می‌شود. این موارد به‌طور گسترده در متن به‌کار گرفته شده است تا اختلالات بالینی توصیف شده در متن ملموس‌تر جلوه کنند. این موارد از منابع مختلفی اخذ شده‌اند از جمله از نویسندگانی که در ویراست‌های فعلی و پیشین درسنامه جامع روان‌پزشکی نقش داشته‌اند و همکاران بیمارستانی ما که از همه آنها به دلیل این نقش‌شان تشکر می‌کنیم. برخی از این گزارش‌ها برگرفته از تجربه بالینی مؤلفین در بیمارستان بلوود در نیویورک هستند. شرح حال موارد با حروف مجزایی چاپ شده‌اند تا خواننده آنها را به راحتی پیدا کند.

بخش‌های تازه و روزآمد

ارائه DSM-5 در ۲۰۱۳ چارچوب طبقه‌بندی روان‌پزشکی را تغییر داد و همه بخش‌های کتاب خلاصه روان‌پزشکی برای بازتاب این تغییرات مورد بازنگری قرار گرفت. فصل طبقه‌بندی در روان‌پزشکی شامل تعریف کلیه اختلالات روان‌پزشکی فهرست شده در DSM-5 و مرور موجز آنهاست. در مابقی کتاب هر یک از این اختلالات در فصول و بخش‌های مجزا به تفصیل تشریح شده‌اند. به‌علاوه تقریباً برای هر اختلال روانی عمده، جدول مربوط به آن از جداول تشخیصی DSM-5 افزوده شده است.

فهرست فصول تغییر داده شده است و کتاب با فصل علوم اعصاب شروع می‌شود که در آن بخش‌های جدیدی افزوده شده است: رشد عصبی و عصب‌زایی بازتاب نقش مهم رشد دستگاه عصبی در ایجاد بیماری روانی است؛ الکترولیت‌بولوزی کاربردی اثرات تکانه‌های الکتریکی در مغز و ارتباط آن با روان‌پزشکی بالینی را توصیف می‌کند؛

می‌شود آگاه باشند. متون DSM و ICD تفاوت‌هایی با همدیگر دارند، اما طبق توافق‌های ایالات متحده و سازمان بهداشت جهانی قرار است شماره‌کدهای تشخیصی DSM با ICD یکسان شود تا بتوان در گزارش آماری و بین‌المللی روانپزشکی روال یکسانی را در پیش گرفت. در حال حاضر در ایالات متحده کدهای عددی و تشخیصی ICD و DSM از نظر خدمات درمانی سالمندان (Medicare)، خدمات درمانی نیازمندان (Medicaid) و شرکت‌های بیمه خصوصی برای بازپرداخت معتبر است.

تصاویر و نقاشی روی جلد

«خلاصه روانپزشکی» جزو اولین درسنامه‌هایی بود که در آن از تصاویر موضوعات روانپزشکی استفاده شد تا آموزش‌های آن غنی‌تر گردد و ما در هر ویراستی این سنت را ادامه داده‌ایم.

نقاشی روی جلد متعلق به هنرمند زاده بلژیک بنام جیمز انسور (۱۸۶۰-۱۹۴۹) است که این اثر هنرمند احاطه شده توسط نقاب‌ها نام دارد و از دید نقاش معرف دورویی انسان است. نقاب‌ها در تمام تاریخ بشر نقش داشته‌اند. نقاب هم پنهان‌کننده و هم آشکار ساز است؛ آنچه را دوست نداریم به دیگران یا خودمان نشان دهیم و آنچه را که می‌خواهیم مخفی بماند پنهان می‌سازد و آنچه را دوست داریم دیگران ببینند عیان می‌کند. هنر درمانگران در توانبخشی بیماران روانپزشکی از نقاب و ماسک استفاده کرده‌اند تا به بیماران کمک کنند احساسات خود را واریسی کرده خلاقیت خود را تجربه کنند. روانپزشکی بنام هروری کلکلی (Hervey Cleckley) اصطلاح "نقاب سلامت" را برای اشاره به افراد جامعه ستیز (سایکوپات) به کار گرفت که دیگران را بازی می‌دهند اما در زیر نقاب بهنجاری آشفتگی عمیقی دارند. کارل یونگ پرسونا (مشتق از واژه لاتین به معنای نقاب) را تصویری توصیف کرد که ما دوست داریم به جهان نشان دهیم و در زیر آن تصاویر دیگری از خود نهفته است. امیدواریم این نقاشی روی جلد تجربه یادگیری را برای خوانندگانمان غنی سازد.

همچون تمامی کتاب‌های کاپلان و سادوک، در این

کشتار نیوتون روی داده است. اثرات روان‌شناختی این رویدادها و نیز اثرات جنگ‌های عراق و افغانستان بر سلامت روان سربازان این جنگ‌ها به کتاب افزوده شده است. در همین راستا دو موضوع جدید اثرات ترورسم و شکنجه مورد توجه قرار گرفته است، دو حوزه‌ای که به‌ندرت در درسامه‌های روان‌پزشکی به آنها اشاره می‌شود اما برای روان‌پزشکانی که قربانیان این وقایع را درمان می‌کنند اهمیت بسیار زیادی دارد.

در این ویراست دو فصل جدید تحت عنوان روان‌پزشکی عمومی و جنبه‌های جهانی روان‌پزشکی افزوده شده که هر دو بازتاب چشم‌انداز جهانی و ملی روان‌پزشکی و نیاز بالینگران برای درک اختلالاتی است که در سراسر جهان ظهور می‌کنند. در بخش جدیدی تحت عنوان روش‌های تحریک مغز پیشرفت‌های جدیدی نظیر تحریک عمقی مغز و تحریک از طریق مغناطیس برای بازافت سلامتی، بیماری‌هایی که به درمان‌های مرسوم پاسخ نمی‌دهند و بیماری آنها جزو شدیدترین بیماری‌های روانی هستند مطرح شده است.

فصل روان‌درمانی گسترش یافته و درمان‌های جدیدی نظیر ذهنیت‌سازی (Mentalization) و ذهن‌آگاهی (Mindfulness) اضافه شده که هر دوی آنها در بخشی جدید پوشش داده شده‌اند. همچنین همچون سایر ویراست‌های پیشین در فصل درمان‌های دارویی هر داروی مورد استفاده روان‌پزشکان برای درمان بیماری‌های روانی توضیح داده شده‌اند. این فصل به‌طور کامل به‌روز شده تا تمامی داروهای جدیدی که از زمان انتشار ویراست قبلی این کتاب وارد بازار شده‌اند پوشش داده شود.

نکته آخر اینکه تمامی فصول در بخش علوم رفتاری بازنویسی و به‌روز شده تا منعکس کننده آخرین پیشرفت‌ها در این حوزه باشد.

روان‌داروشناسی

داروهایی که برای درمان اختلالات روانی به کار می‌روند بر طبق خصوصیات داروشناسی و مکانیسم اثر طبقه‌بندی شده‌اند و این طبقه‌بندی جایگزین طبقانی نظیر داروهای

روابط مقابل دستگاه ایمنی و دستگاه عصبی مرکزی اثرات پیچیده دستگاه ایمنی بر روی مغز در زمینه سلامت و بیماری را توضیح می‌دهد.

بخش جدیدی تحت عنوان بهنجاری و سلامت روان افزوده شده که به خواننده چارچوبی می‌دهد که در قالب آن مرزهای بیماری روانی را درک کند. به همین ترتیب بخش جدید دیگری تحت عنوان روان‌شناسی مثبت‌نگر رویکردهای درمانی و نظریات نوپهوری را توضیح می‌دهد که در سلامت روان نقش دارند.

فصل سهم علوم اجتماعی فرهنگی حاوی سه بخش جدید تحت عناوین زیر است:

جسامه‌شناسی و کردارشناسی، روان‌پزشکی بین‌فرهنگی و سند‌ده‌های وابسته به فرهنگ که روی هم رفته منسک‌کننده تأثیر عظیمی است که فرهنگ بر تظاهرات و شیوع اختلالات روانی در سراسر جهان دارد. فصل مسائل مربوط به اواخر عمر حاوی بخش‌های مرگ، مردن و داغ‌دیدگی و مراقبت تسکینی بوده و نشان‌دهنده نقش مهمی است که روان‌پزشکان در تخصص بالینی طب تسکینی دارند. این فصل همچنین حاوی کنترل درد است که حوزه نسبتاً جدید و در عین حال مهمی است که روان‌پزشکان می‌توانند در آن نقش مهمی ایفا کنند. در فصل ناراضیاتی جنسی (طبقه تشخیصی جدیدی که در DSM-5 لحاظ شده) به مسائلی که بر افراد هم‌جنس‌گرای مرد و زن، افراد دوجنس‌گرا و افراد طالب تغییر جنسیتی تأثیر می‌گذارد توجه خاصی شده است. فصل روان‌پزشکی و طب تولید مثل به میزان گسترده‌ای بازنگری شده تا با پیشرفت‌های حاصل شده در مسائل بهداشت و سلامت زنان هماهنگ باشد. فصل اخلاق در روان‌پزشکی به‌روز شده و بحث گسترده خودکشی به کمک پزشک را شامل شده است. به این موضوع در بخشی تحت عنوان پروتازای و خودکشی ویراست قبلی، بخش اختلال استرس پس از سانحه، رویدادهای غم‌انگیز ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ شامل مرکز تجارت جهانی در نیویورک و پنتاگون در واشنگتن را در بر می‌گرفت. مسأله‌ای از آن زمان فجایع دیگری نظیر طوفان هوریکان و

میزان گسترده‌ای به‌روز شده تا بازتاب تغییرات زیادی باشد که در دارو درمانی اختلالات کودکی از زمان آخرین انتشار این کتاب روی داده است.

واژه‌نامه

ویژگی منحصر به فرد این ویراست، افزودن واژه‌نامه‌ای جامع، به‌روز شده و جدید از علایم و نشانه‌های روان‌پزشکی است. روان‌پزشکی علمی توصیفی است و آگاهی و کاربرد صحیح بسیاری اصطلاحات موجود برای بالینگران در تشخیص و درمان موفق اهمیت زیادی دارد. امیدواریم این بخش افزوده شده برای خوانندگان مفید باشد.

منابع

در پایان هر بخش کتاب خلاصه روان‌پزشکی، تعدادی از ارجاعات و منابع ذکر شده که شامل مرور متون و منابع به‌روز شده و نیز فصول مرتبط در درسنامه بزرگ‌ترمان یعنی درسنامه جامع روان‌پزشکی است. تعداد منابع محدود شد که بخشی از این محدودیت برای کاستن از حجم کتاب بود اما دلیل مهم‌تر آن این بود که ما می‌دانیم خوانندگان روزگار مدرن برای دستیابی به جدیدترین متون موجود به پایگاه‌های داده‌های اینترنتی نظیر پاب مد و گوگل اسکولار مراجعه می‌کنند و ما این روند را تشویق می‌کنیم.

سپاسگزاری

از ویراستاران کتاب که با سخاوتمندی وقت و مهارت خود را به کار گرفتند صمیمانه سپاسگزاریم. ویراستاران این کتاب شامل افراد زیر بودند: دکتر کارولی پاتاک، مسئول به‌روز کردن و بازنگری بخش اختلالات کودکی و نوجوانی؛ او در بسیاری از ویراست‌های بخش روان‌پزشکی درسنامه جامع روان‌پزشکی نقش داشته است؛ ما از کمک بیدریغ وی در این زمینه سپاسگزاریم. دکتر نورمان ساسمن بحث روان‌داروشناسی را به‌روز کرد و ما را قادر ساخت در این حوزه متغیر که به سرعت رو به گسترش است، مطالب به‌روز را به خواننده ارائه کنیم. او همچنین به عنوان ویراستار در بخش روان‌داروشناسی درسنامه جامع روان‌پزشکی نقش

ضدافسردگی، داروهای ضد روان‌پریشی، داروهای ضد اضطراب و تثبیت‌کننده‌های خلق شده است. طبقه‌بندی اخیر بسیار گسترده بوده و کاربرد بالینی داروهای روانگردان را نشان نمی‌دهد. برای مثال بسیاری از داروهای ضدافسردگی برای درمان اضطراب به کار می‌روند. برخی داروهای ضد اضطراب در درمان افسردگی و اختلالات دوقطبی تجویز می‌شوند و داروهای تمام طبقات فوق برای درمان سایر اختلالات بالینی نظیر اختلالات خوردن، اختلال وحشتزدگی و اختلال کنترل تکانه به کار می‌روند. همچنین بسیاری از داروها در درمان انواعی از اختلالات درمانی به کار می‌روند که در قالب یک طبقه‌بندی وسیع نمی‌گنجند. اطلاعات مربوط به تمام داروهای مورد استفاده در روان‌پزشکی از جمله فارماکودینامیک، فارماکوکینتیک، دوز داروها، عوارض جانبی و تداخلات دارویی به طور کامل روزآمد شده تا پژوهش‌های اخیر را منعکس کنند.

اختلالات دوران کودکی

فصول مربوط به اختلالات دوران کودکی به‌طور گسترده‌ای بازنگری شده‌اند تا مطالب مهم جدید را پوشش دهند. DSM-5 طبقات تشخیصی جدیدی در اختلالات دوران کودکی اضافه کرده و برخی طبقات را حذف کرده است. برای مثال تشخیص‌هایی نظیر اختلال نافذ رشد، اختلال رت و اختلال آسپرگر هم‌ینک تحت عنوان اختلال طیف در خودماندگی تجمع شده‌اند و عناوین تشخیصی جدید اختلال کژتظیمی خلقی ایذایی و سندرم روان‌پریشی تخفیف یافته اضافه شده‌اند. این تغییرات و تغییرات دیگر در پوشش وسیع اختلالاتی که معمولاً در دوران کودکی و نوجوانی شروع می‌شوند بازتاب یافته است. فصل مربوط به تأثیر تروریسم به‌روز شده تا منعکس‌کننده اطلاعات جدید در مورد اختلال استرس پس از سانحه در کودکان از جمله آخرین یافته‌ها در مورد اثرات روان‌شناختی بر کودکان قربانی فجایع ساخته دست انسان و فجایع طبیعی باشد. بخش اختلالات اضطرابی به طور کامل بازنگری و به‌روز شده و اختلال وسواسی جبری اینک در فصل مجزایی قرار داده شده است. بخش مربوط به کاربرد داروها در کودکان به

داشت. دوریس ویرا معاون کتابخانه پزشکی فریدریک ل. اهرمن دانشکده پزشکی نیویورک در آماده‌سازی این ویرایش و ویرایش‌های قبلی کمک فراوانی به ما نمود.

ما صمیمانه از دو ویراستار پروژه در نیویورک تشکر می‌کنیم: نیتزا جونز- سپولودا برای بیش از یک دهه با ما همراه بوده و پیش از آنکه به بخش خصوصی برود بر روی این کتاب و بسیاری کتب دیگر کاپلان و سادوک کار کرده است. دانش وسیع او در مورد هر جنبه از نشر کتاب برای ما حیاتی بود. جای خالی او بسیار احساس می‌شود. همچنین از هالوی وینبرگ سپاسگزاریم که نقش عمده‌ای در خلق این کتاب ایفا نمود. او با شور و اشتیاق، فراست و نشاط کار کرد. ما همچنین از گلوریا رابلز در میامی قدردانی می‌کنیم که به تمامی مؤلفین و بخصوص دکتر روئیز کمک‌های ارزشمندی می‌نمود. همچنین لازم است از دکتر سیبا آنام، دکتر رنه رابینسون، دکتر نورا اوبرفیلد، دکتر ماریسا کامینسکی، دکتر کارولین پرس، دکتر میشل استانگر، دکتر راجان باهل و دکتر جی کانتور تشکر کنیم و همه این افراد در ویراست‌های مختلف کتاب خلاصه روان‌پزشکی نقش داشته‌اند. جا دارد به طور ویژه از دکتر لورا اریکسون - اشروت به خاطر کمک وی در زمینه نارضایتی جنسیتی سپاسگزاری کنیم. از دکتر سامون احمد تشکر می‌کنیم که به عنوان ویراستار مشاور در حوزه روان‌دانشناسی کمک عظیمی به ما نمود.

از دکتر جیمز سادوک و دکتر ویکتوریا گرگ به خاطر کمک‌هایشان در حوزه‌های تخصصی خود (به ترتیب، فوریت بزرگسالان و طب فوریت کودکان) ممنونیم.

از آلن و مریلن زوبلات به خاطر کمک سخاوتمندانه‌شان در این درسنامه و سایر درسنامه‌های کاپلان و سادوک سپاسگزاریم. در طول سال‌ها این افراد حامیان فداکار در بسیاری از پروژه‌های پژوهش، بالینی و آموزشی در مرکز پزشکی NYU بوده‌اند. ما عمیقاً از یاری ارزشمندشان سپاسگزاریم. در اینجا از فرصت استفاده کرده و از کسانی که این کتاب و سایر کتب کاپلان و سادوک را به زبان‌های

خارجی از جمله چینی، کرووات، فرانسوی، آلمانی، یونانی، اندونزیایی، ایتالیایی، ژاپنی، لهستانی، پرتغالی، رومانیایی، روسی، اسپانیولی و ترکی برگرداندند و نیز کسانی که ویرایش ویژه دانشجویان آسیایی و بین‌المللی را ارائه کرده‌اند، قدردانی می‌کنیم.

شرکت لیبینکات ویلیامز و ویلکینز برای حدود نیم قرن ناشر آثار ما بوده است و همچون همیشه کارکنان آن کارآمد عمل کرده‌اند. جمی الفرانک ویراستار LWW در بسیاری جنبه‌های کار ما بسیار مفید بود و کمک‌های او و نیز رفتار دوستانه‌اش را ارج می‌نهیم. همچنین از آندره و سبورگ ویراستار تولید در LWW متشکریم که در بسیاری از جزئیات فراهم کردن این کتاب کمک‌های بسیاری به ما نمود. او بسیار بیش از نقش خود به عنوان ویراستار تولید ظاهر شد و در واقع به عنوان یک ویراستار کپی پاره وقت، ویراستار تصاویر، ویراستار جواز و بسیاری نقش‌های دیگر عمل کرد که مجال اشاره به همگی آنها نیست. خوش بینی و پرکاری او در زمینه این پروژه بی نهایت مفید بود. جا دارد از کریس میلر در آپتارا نیز بخاطر کار روی این عنوان و سایر عناوین کاپلان و سادوک تشکر کنیم. ما از چارلی میچل، ویراستار اجرایی سابق در LWW سپاسگزاریم که به مدت بیش از ۲۰ سال پیش از آنکه وارد کار دانشگاهی شود مشوق و راهنمای ما بود. ما اینک همچون تمام سالهایی که در LWW حضور داشت دوستی او را ارج می‌نهیم.

سرانجام جا دارد صمیمانه‌ترین سپاس‌های خود را نثار دکتر چارلز مارمار، استاد و رئیس روان‌پزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه نیویورک کنیم که در تمام طول این پروژه حمایت کاملی از ما به عمل آورد. او با مهارت، اشتیاق و از خود گذشتگی گروه روان‌پزشکی را در قرن بیست و یکم هدایت کرده است. تحت رهبری او NYU به یکی از مراکز پیشگام روان‌پزشکی و علوم اعصاب در ایالات متحده و در سطح جهان تبدیل شده است.



اختلالات شبه جسمی

تصویب نمود. این تصمیم نشان‌دهنده شناسایی اهمیت این رشته بود و خود باعث رواج دوباره اصطلاح روان تنی گردید.

تاریخچه

همان‌گونه که ادوارد شورتر به تفصیل در جمع‌بندی خود از بیماری‌های روان تنی توضیح می‌دهد شیوه‌های ابراز بیماری در طول تاریخ متغیر بوده است زیرا بیماران به‌طور ناخودآگاه علائمی را انتخاب کرده‌اند که تصور می‌شده معرف بیماری جسمی واقعی است. در نتیجه تظاهرات روان تنی در طول سیر تاریخ اخیر متفاوت بوده است. پیش از ۱۸۰۰ پزشکان ارزیابی بالینی انجام نمی‌دادند و نمی‌توانستند بیماری‌های جسمی را از بیماری‌های روان‌زاد تفکیک کنند. در نتیجه تشخیص هیستریا و خودبیمارانگاری به‌راحتی در حضور یک بیماری طبی واقعی گذاشته می‌شد و به‌معنای هیچ نوع تظاهر بیماری اختصاصی نبود.

زیگموند فروید نخستین نظریه‌پرداز بود که مفهوم روان و تن را کنار هم قرار داد. او اهمیت هیجانات را در ایجاد آشفتگی‌های روانی و اختلالات پیکری نشان داد. صورت‌بندی‌های روان‌کاوانه اولیه او به تفصیل نقش علیت باوری روانی در واکنش‌های تبدیلی پیکری را توضیح می‌داد. شماری از محققین با الهام از یافته‌های فروید در دهه‌های آغازین قرن بیستم تلاش کردند درک رابطه بین روان و تن را گسترش دهند. کارل آبراهام در ۱۹۲۷ تأثیر تکانه‌های پیش تناسلی (پره‌ژنیتال) حل نشده مختلف بر بافت عضوی بزرگسال را پیشنهاد کرد و کاربرد ایده واکنش تبدیلی به

۱۳/۱ مقدمه و نگاه کلی

طب روان تنی برای بیش از ۵۰ سال حوزه اختصاصی توجه رشته روان‌پزشکی بوده است. اصطلاح روان تنی از واژه‌های یونانی Psyche (روح) و Soma (تن) گرفته شده است. از لحاظ لغوی این واژه به تأثیر ذهن بر بدن اشاره دارد. متأسفانه این اصطلاح حداقل در زبان عامه برای توصیف افرادی به کار می‌رود که شکایات طبی دارند اما علت جسمانی خاصی ندارند و همه مسائل در ذهن‌شان است. کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکان آمریکا تا حدودی به دلیل این سوءبرداشت در ۱۹۸۰ اصطلاح اختلالات روانی فیزیولوژیک (یا روان تنی) را حذف کرد و عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های جسمی را جایگزین آن نمود (رجوع کنید به بخش ۱۳/۵) و این اصطلاح در ویرایش‌های بعدی این کتابچه از جمله آخرین ویرایش آن (DSM-5) نیز ظاهر نشد. با این همه این اصطلاح همچنان از سوی پژوهشگران مورد استفاده قرار می‌گیرد و عنوان مجلات عمده‌ای در این رشته محسوب می‌شود (مانند طب روان تنی، روان تنی و مجله پژوهش‌های روان تنی). این اصطلاح همچنین به وسیله دو سازمان ملی عمده در این رشته مورد (آکادمی طب روان تنی و جامعه روان تنی آمریکا) و نیز سازمان‌های بین‌المللی (مانند انجمن اروپایی روان‌پزشکی رابط مشاور و روان تنی) مورد استفاده قرار دارد. در سال ۲۰۰۳ هیئت مورد متخصصین آمریکا و هیئت مورد روان‌پزشکی و نورولوژی آمریکا تخصص طب روان تنی را

است و رابطه پاتوفیزیولوژیک، همه گیرشناسی، هم‌ابتلایی اختلالات روان‌پزشکی و طبی و نقشی که مداخلات اختصاصی در فرجام‌های فیزیولوژیک، بالینی و اقتصادی ایفا می‌کنند مشخص شده است (جدول ۲-۱۳/۱).

هم‌ابتلایی روان‌پزشکی در بیماران دچار بیماری طبی بسیار شایع است و شیوع آن بین ۲۰ تا ۶۷ درصد بسته به نوع بیماری گزارش شده است. بیماران بستری در بیمارستان‌های عمومی در این بیماران میزان اختلالات روان‌پزشکی در مقایسه با نمونه‌های سطح جامعه یا بیماران مراقبت‌های اولیه سرپای بالاتر است. برای مثال در مقایسه با نمونه‌های سطح جامعه اختلالات افسردگی در بیمارستان‌های عمومی دو برابر شایع‌تر است و سوءمصرف مواد ۲ یا ۳ برابر شیوع بیشتری دارد. دلیریوم در ۱۸ درصد بیماران بروز می‌کند. به همین ترتیب افزایش این میزان در مراقبت‌های اولیه و بلندمدت دیده می‌شود.

هم‌ابتلایی روان‌پزشکی اثرات وخیمی بر بیماران طبی بدحال دارد و اغلب یک عامل خطر ساز برای بیماری طبی آنها محسوب می‌شود. این موضوع اثبات شده است که افسردگی هم عامل خطر ساز در بیماری شریان کرونر است و هم یک نشانگر پیش‌آگهی ضعیف محسوب می‌شود. بیماری‌های روان‌پزشکی عوارض و مرگ‌ومیر قلبی در بیماران با تاریخچه انفارکتوس میوکارد را افزایش داده سبب کاهش کنترل قند خون در بیماران دیابتی می‌شوند و بازگشت به سطح عملکرد معمول در بیماران دچار سکته مغزی را کاهش می‌دهد. اختلالات افسردگی و اضطرابی ناتوانی مرتبط با سکته مغزی را تشدید می‌کند. در زمینه بیماری‌های اضمحلال عصبی نظیر بیماری پارکینسون یا آلزایمر افسردگی، روان‌پریشی و اختلالات رفتاری عوامل پیش‌بینی‌کننده مهم افت کارکردی، بستری در مؤسسات نگهداری و بار مراقبت محسوب می‌شوند. در بیماران بستری دچار دلیریوم احتمال بهبود عملکرد در مقایسه با بیماران فاقد دلیریوم به میزان چشمگیری کمتر است. دلیریوم با فرجام بدتر پس از جراحی همراه است حتی پس از کنترل شدت بیماری طبی.

به‌علاوه افسردگی و سایر اختلالات روانی به‌میزان چشمگیری بر کیفیت زندگی و توانایی بیماران در پیروی از رژیم‌های درمانی (مثلاً در بیماران دیابتی) تأثیر می‌گذارند.

اعضای بدن تحت کنترل دستگاه عصبی خودکار به‌وسیله ساندور فرنسی در ۱۹۲۶ مطرح شد و گئورگ گروک در ۱۹۲۹ پیوند معانی نمادین با تب و خونریزی را پیشنهاد نمود. در قرن بیستم علایم جسمانی ساز از علایم عمدتاً نورولوژیک (فلج هیستریک) به علایم دیگری نظیر خستگی و درد مزمن تغییر یافت. ادوارد شورتر این تغییر را مربوط به سه عامل می‌داند: (۱) بهبود فنون تشخیص طبی، رد کردن علل عضوی را برای بیماری‌های نورولوژیک آسان‌تر کرده است. (۲) پارادایم دستگاه عصبی مرکزی (CNS) کم‌رنگ شده است و (۳) نقش‌های اجتماعی تغییر کرده است (مثلاً ناپدید شدن مفهوم تاریخی زنان ضعیف که انتظار می‌رود دچار حمله‌های از حال رفتن و فلج شوند).

هرچند علایم نورولوژیک هیستریک در قرن بیست و یکم همچنان شیوع کمتری دارند اما توضیحات CNS در مورد درد مزمن و خستگی اهمیت بیشتری پیدا کرده است. برای مثال پژوهش‌های کارکردی مغز نشان داده است کژکاری مغزی و احتمالاً عوامل ژنتیکی در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا و سندرم خستگی مزمن نقش دارد. این سندرم‌ها هرچند هنوز از دید برخی معرف شکل‌هایی از جسمانی‌سازی است اما در حال حاضر تشخیص‌های طبی اثبات شده محسوب می‌شوند. روندهای مفهومی عمده در تاریخ طب روان‌تنی در جدول ۱-۱۳/۱ نشان داده شده است.

روندهای موجود

طب روان‌تنی از زمان منابع بالینی اولیه خود تغییر زیادی کرده است و روی بیماری‌های روان‌پزشکی تمرکز یافته است که در موقعیت‌های مراقبت بهداشتی جسمانی بروز می‌کنند. بخش عمده این تحول در نتیجه افزایش پیچیدگی طب، افزایش درک رابطه بیماری طبی با بیماری روان‌پزشکی و درک بیشتر یکی بودن تن و روان روی داده است. فرجام کلیدی این روند تصویب فوق تخصص طب روان‌تنی بود. در حال حاضر مراقبت بالینی در محیط‌های بالینی بهداشتی مختلفی ارائه می‌شود و برای آن از ابزارهای تشخیصی مختلف رو به گسترشی و نیز از مداخلات روان‌درمانی و جسمی مؤثر زیادی استفاده می‌شود. پژوهش در این حوزه پیشرفت کرده و بینش‌های بیشتری در مورد رابطه بین بیماری‌های طبی مزمن و اختلالات روان‌پزشکی فراهم شده

I. روان‌کاوی

زیگموند فروید (۱۹۰۰): درگیری پیکری در هیستری تبدیلی روی می‌دهد که منشأ روان‌زاد دارد مثلاً فلج یک عضو. هیستری تبدیلی همواره یک علت روانی اولیه و معنایی دارد به این معنا که بیان جایگزین نمادین تعارضی ناخودآگاه است. این اختلال اعضای را درگیر می‌کند که فقط توسط دستگاه عصبی حسی حرکتی یا عصبی عضلانی ارادی عصبدهی می‌شود. انرژی روانی مسدود شده از طریق مجاری فیزیولوژیک تخلیه می‌شوند.

ساندور فرنسی (۱۹۱۰): مفهوم هیستری تبدیلی قابل تعمیم به اعضای است که به‌وسیله دستگاه عصبی خودکار عصبدهی می‌شوند. مثلاً خونریزی کولیت اولسراتیو ممکن است معرف خیالپردازی روانی خاصی باشد.

گئورگ گروک (۱۹۱۰): بیماری‌های واضح عضوی مانند تب و خونریزی معانی روانی اولیه دارند به عبارت دیگر این بیماری‌ها به‌عنوان علایم تبدیلی تفسیر می‌شوند که معرف ابراز تخیلات ناخودآگاه هستند.

فرانتس الکساندر (۱۹۳۴، ۱۹۶۸): علایم روان‌تنی فقط در اعضای بروز می‌کند که به‌وسیله دستگاه عصبی خودکار عصبدهی می‌شوند و هیچ معنای روانی اختصاصی ندارند (برخلاف هیستری تبدیلی) اما نتیجه نهایی حالت‌های فیزیولوژیک طولانی هستند که هم‌بسته‌های فیزیولوژیک برخی تعارض‌های واپس‌زده شده بخصوص محسوب می‌شوند. ارائه نخستین مفهوم‌پردازی مدل زیستی-روانی-اجتماعی

هلن فلاندرز دونبار (۱۹۳۶): نماهای شخصیت خودآگاه اختصاصی با برخی بیماری‌های روان‌تنی اختصاص همراهی دارند؛ ایده‌ای مشابه نظریه مایر فریدمن ۱۹۵۹ در مورد سنخ A کرونری

پیتر سیفوس، جان س. نمیا (۱۹۷۰): بسط مفهوم آلکسی‌تایمی. توقف رشدی در قابلیت و توانایی ابراز عاطفه مرتبط با تعارض منجر به شکل‌گیری علایم روان‌تنی می‌شود. مفهوم آلکسی‌تایمی بعداً به‌وسیله استود مایر اصلاح شد و او اصطلاح سوماتو تایمیا را وضع کرد و بر عوامل فرهنگی در کاربرد زبان پیکری و علایم تنی برای ابراز ناراحتی عاطفی تأکید داشت.

II. روانی فیزیولوژیک:

والتر کانون (۱۹۲۷): نشان دادن هم‌بسته‌های فیزیولوژیک برخی هیجانات و نقش مهم دستگاه عصبی مرکزی در تولید این واکنش‌ها. این مفهوم مبتنی بر طرح‌های آزمایش‌های رفتاری پاولوف بود.

هارولد وولف (۱۹۴۳): تلاش برای مرتبط ساختن استرس زندگی با پاسخ‌های فیزیولوژیک با استفاده از آزمون‌های آزمایشگاهی عینی. تغییرات فیزیولوژیک در صورت طولانی شدن ممکن است منجر به تغییرات ساختاری شوند. او برای رشته‌های روان‌ایمنی‌شناسی، روان‌قلب‌شناسی و آندوکری‌نولوژی عصبی روانی پارادایم پژوهشی پایه‌ای را تثبیت نمود.

هانس سلیه (۱۹۴۵): تحت استرس سندرم انطباق عمومی روی می‌دهد. هورمون‌های قشر فوق کلیه عامل واکنش‌های فیزیولوژیک هستند.

مایر فریدمن (۱۹۵۹): نظریه شخصیت سنخ A به‌عنوان عامل خطر ساز بیماری قلبی عروقی. این مفهوم پایه به‌وسیله هلن فلاندرز دونبار در ۱۹۳۶ ارائه شده بود.

رابرت آدر (۲۰۰۷): این ایده که در دهه ۱۹۷۰ شروع شده بود مفاهیم پایه و روش‌های پژوهشی برای رشته ایمنی‌شناسی عصبی روانی را تثبیت نمود.

III. فرهنگی اجتماعی

کارن هورنای (۱۹۳۹)، جیمز هالییدی (۱۹۴۸): تأکید بر تأثیر فرهنگ در بروز بیماری روان‌تنی. این افراد معتقد بودند که فرهنگ بر مادر تأثیر می‌گذارد و از این طریق به‌نوبه خود بر کودکی که در ارتباط با مادر است تأثیرگذار است (مثلاً شیردهی، پرورش فرزند، انتقال اضطراب).

توماس هولمز، ریچارد راهه (۱۹۷۵): شدت و تعداد رویدادهای استرس‌زای اخیر زندگی را با احتمال بیماری مرتبط ساخت نظریه سیستم‌ها

آدولف مایر (۱۹۵۸): رویکرد زیستی روانی را در مورد ارزیابی بیماران تدوین نمود و بر ارزیابی یکپارچه جنبه‌های رشدی، روانی اجتماعی محیطی و زیستی اختلال بیمار تأکید نمود. مفهوم پایه مدل زیستی روانی اجتماعی در این رویکرد مندرج است.

زیگینو لیپوفسکی (۱۹۷۰): یک رویکرد کلی در قبال بیماری روان‌تنی ضروری است. عوامل بیرونی (بوم‌شناختی، عفونی، فرهنگی، محیطی)، درونی (هیجانی)، ژنتیک، پیکری و سرشتی و نیز تاریخچه فعلی و گذشته اهمیت دارند و باید به‌وسیله محققینی که در حوزه‌های مختلف که آموزش دیده‌اند بررسی شوند.

جورج اینگل (۱۹۷۷): واضح اصطلاح زیستی روانی اجتماعی که از نظریه سیستم‌های عمومی برگرفته شده و مبتنی بر ایده‌های مفهومی است که قبلاً به‌وسیله الکساندر و مایر ارائه شده بود.

لئون آیزنبرگ (۱۹۹۵): پژوهش‌های روان‌پزشکی معاصر نشان می‌دهد که ذهن-مغز به عوامل زیستی و اجتماعی پاسخ می‌دهد در عین حال هر دوی این عوامل در شکل‌گیری ذهن/مغز نقش دارند. مسیرهای عمده مغز در ژنوم مشخص می‌شود؛ پیوندهای مفصل به‌وسیله تجربیات اجتماعی در جهان شکل می‌گیرد و در نتیجه بازتاب آنهاست.

جدول ۲-۱۳/۱

خلاصه مشکلات بالینی در طب روان‌تنی

نوع مشکل بالینی	مثال
علایم روان‌پزشکی ثانویه به بیماری‌های جسمی	دلیریوم، دمانس
علایم روان‌پزشکی به‌عنوان واکنشی به بیماری‌های جسمی	اضطراب مرتبط با شیمی‌درمانی، افسردگی مرتبط با قطع عضو
عوارض روان‌پزشکی بیماری‌های جسمی و درمان‌ها	افسردگی ثانویه به درمان با اینترفرون
عوامل روان‌شناختی زمینه‌ساز علایم جسمی	اختلالات شبه جسمی
عوارض جسمی بیماری‌های روان‌پزشکی یا درمان مبتلای هم‌زمان بیماری‌های جسمی و روان‌پزشکی	سندرم نورولپتیک بدخیم؛ محرومیت حاد الکلی یا سایر مواد
ارزیابی روان‌پزشکی / روانی اجتماعی	عود اختلال افسردگی در زمینه درمان سرطان (بیماری‌هایی که به‌طور مستقل بروز می‌کنند)؛ اسکیزوفرنیا در بیمار دچار بیماری‌های کلیوی پیشرفته
	ارزیابی کفایت؛ ارزیابی پیش از پیوند عضو

به ماهیت مشکل مراجع بخش‌هایی از معاینه جسمانی و عصبی ممکن است ضرورت یابد.

هدف مهم دیگر ارزیابی روان‌پزشکی آگاهی از تجربه بیمار در مورد ناخوشی خود است. در بسیاری از موارد این کانون اصلی ارزیابی روان‌پزشکی و مداخلات است. اغلب درک تاریخیچه رشدی و شخصی بیمار و نیز تعارضات دینامیک کلیدی اهمیت دارد که به‌نوبه خود سبب می‌شود تجربه بیمار از ناخوشی جامع‌تر شود. این ارزیابی ممکن است شامل استفاده از مفاهیم استرس، صفات شخصیتی، راهبردهای مدارا و مکانیسم‌های دفاعی باشد. فرضیات و مشاهداتی که تدوین شده‌اند می‌توانند به‌عنوان راهنمای روان‌درمانی بیمار با هدف کاهش ناراحتی عمل کنند و همچنین برای تیم مراقبت پزشکی اولیه در تعامل با بیمار مفید باشند.

سرانجام نکته آخر اینکه یک گزارش کامل با تلفیق اطلاعات بایستی تکمیل شود و شامل توصیه‌های اختصاصی برای ارزیابی‌ها و مداخلات اضافی باشد. مطلوب آن است که این گزارش همراه با گفتگو با پزشک ارجاع‌دهنده باشد.

درمان‌های مورد استفاده در طب روان‌تنی

شمار زیادی از مداخلات به‌نحو موفقیت‌آمیزی در طب روان‌تنی به کار گرفته شده‌اند. هنگام ارائه توصیه برای داروهای روان‌گردان باید توجه ویژه‌ای به بیماری‌های جسمی و درمان‌های آن مبذول شود. روان‌درمانی نیز در طب روان‌تنی نقش مهمی بازی می‌کند و ممکن است ساختار و فرجام آن در مقایسه با روان‌درمانی در بهداشت روان متفاوت باشد.

در توصیه‌های داروهای روان‌پزشکی باید چند عامل مهم مدنظر قرار گیرد. در این توصیه‌ها علاوه بر هدف قرار دادن علایم فعال بیمار باید تاریخیچه ناخوشی و درمان‌های آن در نظر گرفته شود و نیمرخ عوارض جانبی بخصوص هر داروی خاص مدنظر قرار گیرد و علاوه بر اینها چندین عامل دیگر نیز وجود دارد که باید مورد توجه قرار گیرند. این عوامل، عوامل مرتبط با بیماری‌های جسمی بیمار و درمان‌های آنها هستند. ارزیابی تداخلات احتمالی داروها و موارد منع مصرف در استفاده از داروهای روان‌گردان اهمیت بسیار دارد. از آنجاکه اکثر داروهای روان‌گردان در کبد به سوخت‌وساز می‌رسند

اختلالات روان‌پزشکی با عدم پایداری به درمان صدرتروویروس مرتبط‌اند و تأثیر نامطلوبی بر بقای بیماران آلوده به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) می‌گذارند. اختلالات روان‌پزشکی موجب بدتر شدن پیش‌آگهی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌شوند. اختلالات روان‌پزشکی همچنین با عدم پایداری به رهنمودهای روابط جنسی بی‌خطر و استفاده از سوزن‌های استریل در معتادین آلوده به HIV همراه‌اند و از این لحاظ تبعات بهداشت عمومی عمده‌ای دارند.

فرایند ارزیابی در طب روان‌تنی

ارزیابی روان‌پزشکی در محیط‌های طبی شامل ارزیابی روان‌پزشکی استاندارد و نیز تمرکز ویژه روی شرح‌حال طبی و بافتار مراقبت بهداشتی جسمانی است. علاوه بر اخذ شرح‌حال کامل روان‌پزشکی شامل سابقه قبلی، سابقه خانواده و سابقه رشدی و مرور دستگاه‌ها، شرح‌حال طبی و درمان فعلی باید بررسی شده و ثبت شود. معاینه کامل وضعیت روانی شامل معاینه ساختی باید تکمیل شود و بسته

▲ ۱۳/۲ اختلال علایم جسمی

اختلال علایم جسمی که خودبیمارانگاری^۱ نیز نامیده می‌شود، چنین تعریف شده است: اشتغال ذهنی بیمار با ترس از بیمار شدن یا اعتقادوی مبنی بر ابتلا به یک بیماری جدی به مدت دست‌کم ۶ ماه. این ترس یا اعتقاد هنگامی ایجاد می‌شود که بیمار علایم یا کارکردهای بدنی را اشتباه تفسیر کند. این اشتغال ذهنی سبب ناراحتی قابل ملاحظه و تخریب عملکرد بیمار می‌شود. این اختلال براساس یک اختلال روان‌پزشکی یا طبی دیگر قابل توجیه نیست و بخشی از بیماران دچار خودبیمارانگاری بینش ضعیفی در مورد وجود این اختلال دارند. اصطلاح خودبیمارانگاری از اصطلاح طبی قدیمی هیپوکندریوم مشتق شده است که به معنای زیرنده‌ها است و نشاندهنده شکایات شکمی شایع در بسیاری از بیماران مبتلا به این اختلال است.

همه‌گیرشناسی

یک مطالعه شیوع ۶ ماهه اختلال خودبیمارانگاری را در جمعیت مراجعین درمانگاه‌های پزشکی عمومی ۴ تا ۶ درصد گزارش کرده است، ولی مقدار واقعی این رقم ممکن است بسیار بیشتر (۱۵ درصد) باشد. مردان و زنان به نسبت یکسان مبتلا می‌شوند. گرچه علایم از هر سنی ممکن است شروع شوند ولی این اختلال اغلب در افراد بین ۲۰ تا ۳۰ ساله دیده می‌شود. برخی قرائن حاکی از آن است که این تشخیص در سیاهان شایع‌تر از سفیدپوستان است. ولی به نظر نمی‌رسد موقعیت اجتماعی، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل تأثیری بر تشخیص داشته باشد. شکایتهای مربوط به خودبیمارانگاری در حدود ۳ درصد دانشجویان پزشکی گزارش شده است که معمولاً در ۲ سال ابتدای تحصیل آنها پدیدار می‌شود، ولی این شکایتها عموماً گذرا هستند.

سبب‌شناسی

افراد مبتلا به اختلال علایم جسمی احساس‌های جسمی خود را تشدید و تقویت می‌کنند. آنها آستانه پایین‌تر و تحمل

آگاهی از کارکرد کبد مهم است. ارزیابی کلی عوارض جانبی مانند افزایش وزن، خطر بروز دیابت و خطر بیماری قلبی عروقی نیز باید در انتخاب داروها مدنظر باشد. به‌علاوه تلفیق اطلاعات اخیر درمورد اثربخشی و خطرات اختصاصی برای بیماران دچار ابتلای هم‌زمان اختلالات جسمی و روان‌پزشکی اهمیت دارد. برای مثال درک بیشتر عوارض جانبی داروهای ضدروان‌پریشی نگرانی‌هایی درمورد استفاده از این داروها در بیماران دچار دمانس به‌وجود آورده است. استفاده از مداخلات روانی - اجتماعی در این گروه از بیماران مستلزم تغییراتی است. روش‌ها و اهداف مداخلات روانی اجتماعی مورد استفاده در بیماران طبی بدحال اغلب تحت تأثیر عواملی چون شروع بیماری، سبب‌شناسی، سیر، پیش‌آگهی، درمان و درک ماهیت علایم روان‌پزشکی موجود به‌علاوه درک مهارت‌های مدارای موجود بیمار و شبکه‌های حمایتی اجتماعی اوست. به‌هرحال داده‌های فراوانی وجود دارد که مداخلات روانی اجتماعی در پرداختن به یک رشته مشکلات شناخته شده مؤثرند و این مداخلات در بسیاری از موارد با درجاتی از فرجام بالینی مثبت همراه بوده‌اند.

منابع

- Ader R, ed. *Psychoneuroimmunology*. 4th ed. New York: Elsevier; 2007.
- Alexander E. *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application*. New York: Norton; 1950.
- Cannon WB. *The Wisdom of the Body*. New York: Norton; 1932.
- Chaturvedi SK, Desai G. Measurement and assessment of somatic symptoms. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(1):31-40.
- Escobar J. Somatoform disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Vol. 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:1927.
- Fava GA, Sonino N. The clinical domains of psychosomatic medicine. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:849-858.
- Goodwin RD, Olsson M, Shea S, Lantigua RA, Carrasquillo O, Gerneroff MJ, Weissman MM. Asthma and mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;25:479-483.
- Hamilton JC, Eger M, Razzak S, Feldman MD, Hallmark N, Cheek S. Somatoform, factitious, and related diagnoses in the National Hospital Discharge Survey: Addressing the proposed DSM-5 revision. *Psychosomatics*. 2013;54(2):142-148.
- Kaplan HI. History of psychosomatic medicine. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:2105.
- Lesperance F, Frasere-Smith N, Theroux P, Irwin M. The association between major depression and levels of soluble intercellular adhesion molecule 1, interleukin-6, and C-reactive protein in patients with recent acute coronary syndromes. *Am J Psychiatry*. 2004;161:271-277.
- Lipsitt DR. Consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine: The company they keep. *Psychosom Med*. 2001;63:896.
- Matthews KA, Gump BB, Harris KE, Haney TL, Barefoot JC. Hostile behaviors predict cardiovascular mortality among men enrolled in the multiple risk factor intervention trial. *Circulation*. 2004;109:66-70.
- Palta P, Samuel LJ, Miller ER, Szanton SL. Depression and oxidative stress: Results from a meta-analysis of observational studies. *Psychosom Med*. 2014;76(1):12-19.
- Schrag AE, Mehta AR, Bhatia KP, Brown RJ, Frackowiak RS, Trimble MR, Ward NS, Rowe JB. The functional neuroimaging correlates of psychogenic versus organic dystonia. *Brain*. 2013;136(3):770-781.
- Shorter E. *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York: Free Press; 1992.

احساس توده در گلو، تپش قلب، بی‌نظمی ضربان قلب، سرگیجه، اشکال در تنفس و ضعف عمومی بود.

بیمار اظهار داشت که علایم قبل از سن ۳۰ سالگی شروع شده است. او برای بیش از یک دهه توسط روان‌پزشکان، پزشکان عمومی و همه انواع تخصص‌های پزشکی از جمله جراحان ویزیت شده بود. او پیوسته از اینترنت استفاده می‌کرد و در جستجوی ارزیابی متخصصین به جاهای مختلف سفر می‌کرد و در پی روش‌های جدید تشخیصی و ارزیابی‌های تشخیصی بود. او چندین بار تحت کولونوسکوپی، سیگموئیدوسکوپی، تصویربرداری برش‌نگاری کامپیوتری (CT)، و بررسی‌های تصویربرداری طنین مغناطیسی (MRI) و سونوگرافی شکم قرار گرفته بود که هیچ‌کدام از این بررسی‌ها هیچ نوع پاتولوژی را نشان نداده بودند. او از کار افتاده بود و به دلیل این حالت خود بیش از دو سال کار نکرده بود.

حدود سه سال پیش، پیش از مراجعه به درمانگاه پزشکی، شکایات شکمی و باور ثابت او مبنی بر انسداد روده منجر به مداخله جراحی کاوشی برای نخستین بار شده بود که ظاهراً یافته‌ای به دست نداده بود. اما به گفته بیمار جراحی سبب شد همه چیز بدتر شود و از آن زمان دست‌کم پنج بار دیگر تحت عمل جراحی قرار گرفته بود. در طول این جراحی‌ها کولکتومی ساب‌توتال و ایلئوستومی به دلیل چسبندگی احتمالی برای رد انسداد مکانیکی انجام شده بود. اما پرونده‌های موجود از برخی جراحی‌ها هیچ پاتولوژی اختصاصی غیر از یبوست غیرقابل درمان را نشان نمی‌داد. نمونه‌های پاتولوژی فاقد نتیجه قطعی بودند.

معاینه جسمانی نشان‌دهنده مردی با رشد طبیعی و تغذیه مناسب و فاقد تب بود. معاینه کامل جسمی و نورولوژیک طبیعی بود به‌جز معاینه شکم که نشان‌دهنده اسکارهای متعدد شکمی بود. ایلئوستومی راست موجود بود و مدفوع با قوام نرم در کیسه وجود داشت و صداهای روده فعال بودند. هیچ‌گونه تندرین موضعی وجود نداشت و اتساع شکمی نیز دیده نمی‌شد. در خلال معاینه بیمار به ناحیه سفتی در ربع تحتانی چپ اشاره می‌کرد که معتقد بود یک عضله سفت روده‌هایش را مسدود کرده. با این حال معاینه نشان‌دهنده هیچ توده قابل لمسی نبود. اندام‌ها و پوست همه در محدوده طبیعی بودند و همه مفاصل دامنه حرکات طبیعی داشته و فاقد تورم بوده‌اند.

جدول ۱-۲/۱۳

ملاک‌های تشخیصی اختلال علایم جسمی در DSM-5

- A. وجود یک یا چند علامت جسمی که ناراحت‌کننده بوده و منجر به گسیختگی قابل توجه زندگی روزانه می‌شود.
 - B. افکار، احساسات یا رفتارهای افراطی مربوط به علایم جسمی یا نگرانی‌های مربوط به سلامتی که با حداقل یکی از موارد زیر مشخص می‌شود:
 ۱. افکار بی‌تناسب و پایدار درباره اهمیت علایم خود.
 ۲. سطوح بالای اضطراب مستمر درباره سلامتی یا علایم.
 ۳. صرف وقت و انرژی زیاد برای این علایم یا نگرانی در مورد سلامت خود
 - C. اگر چه تک‌تک علایم ممکن است به‌طور مداوم وجود نداشته باشند، وضعیت علامت‌دار بودن پایدار است (به‌طور معمول بیش از ۶ ماه)
- مشخص کنید اگر:
- با علامت عمده درد: (قبلاً اختلال درد نام داشت) این مشخصه مربوط به افرادی است که علایم جسمی مشخص آنها عمدتاً درد است.
- مشخص کنید اگر:
- پایدار: یک سیر پایدار همراه با علایم شدید، تخریب قابل توجه و دوره طولانی (بیش از ۶ ماه)
- مشخص کنید اگر:
- خفیف: فقط یکی از علایمی که در ملاک B مشخص شده وجود دارد.
- متوسط: دو یا چند علامت از ملاک B وجود دارد
- شدید: دو یا چند علامت از ملاک B وجود دارد و اضافه بر آن شکایات متعدد جسمی (یا یک علامت جسمی بسیار شدید) موجود است.

آقای (ک) مرد سیاه‌پوستی در اواسط دهه چهارم زندگی بود و با شکایت از مشکلات گوارشی به درمانگاه پزشکی عمومی مراجعه کرد. علایم او در بدو مراجعه فهرست بلندبالایی از علایم جسمانی و نگرانی‌هایی را شامل می‌شد که عمدتاً مرتبط با دستگاه گوارش بود. این علایم عبارت بودند از: درد شکم، گرفتگی ربع تحتانی چپ شکم، نفخ، احساس دائمی پری معده ساعت‌ها پس از غذا خوردن، عدم تحمل غذاها، یبوست، کاهش بنيه جسمی، تپش قلب و احساس زرد شدن پوست و عدم دریافت کافی اکسیژن. مرور دستگاه‌ها نشان‌دهنده آشفتگی‌هایی در عملاً در تمام دستگاه‌های عضوی از جمله خستگی چشم‌ها همراه با تاری دید، گلودرد و

انسداد مکانیکی در روده‌هایش وجود دارد و این اعتقاد او به مرز هذیان نزدیک شده بود. با این حال او از مصرف دارو امتناع می‌کرد. تنها دارویی که بیمار پذیرفت دوز پایین بنزودیازپین برای اضطراب بود. او ۲۴ ساعت شبانه‌روز عملکرد روده‌اش را تحت نظر داشت و به دنبال ارزیابی متخصصین برجسته بود و به مراکز سطح بالای تخصصی برای یافتن راه‌حل سفر می‌کرد.

گرچه DSM-5 تصریح می‌کند که علائم باید حداقل ۶ ماه دوام داشته باشند، متعاقب استرس‌های عمده و اغلب به دنبال مرگ یا بیماری شدید شخصی مهم در زندگی فرد، حالات اختلال علائم جسمی گذرا ممکن است دیده شود. همچنین ممکن است متعاقب بیماری شدید (و شاید تهدیدکننده حیات) که فرد بهبود یافته، شخص دچار حالات گذرای اختلال علائم جسمی شود. این گونه حالات اختلال علائم جسمی که کمتر از ۶ ماه دوام دارند باید تحت عنوان سایر اختلالات علائم جسمی معین طبقه‌بندی گردد. واکنش‌های اختلال علائم جسمی گذرا نسبت به استرس خارجی عموماً با برطرف شدن استرس مزبور از بین می‌رود، ولی اگر این پاسخ‌ها از سوی افراد موجود در نظام اجتماعی بیمار یا متخصصین بهداشتی تقویت شوند، ممکن است به صورت مزمن درآیند.

تشخیص افتراقی

اختلال علائم جسمی باید از اختلالات طبی غیرروانی (به خصوص اختلالاتی که تشخیص علائم آنها چندان آسان نیست) افتراق داده شود. این بیماری‌ها عبارت‌اند از: ایدز، اختلالات غدد درون‌ریز، میاستنی گراویس، اسکروز مولتیپل، بیماری‌های اضمحلالی دستگاه عصبی، لوپوس اریتماتوی سیستمیک و اختلالات نئوپلاستیک پنهان.

وجه افتراق اختلال علائم جسمی از اختلال اضطراب بیماری (یک تشخیص جدید در DSM-5 که در بخش ۱۳/۳ توضیح داده شده است) این است که در اضطراب بیماری ترس از ابتلا به بیماری وجود دارد ولی در اختلال علائم جسمی تأکیدی بر نگرانی از علائم متعدد دیده می‌شود. بیماران مبتلا به اضطراب بیماری نسبت به اختلال اضطراب بیماری معمولاً علائم محدودتری دارند. بیماران مبتلا به

عضلات رشد طبیعی داشتند و معاینه عصبی در محدوده بهنجار بود. برای بیمار ملاقات‌های ماهیانه کوتاه به وسیله پزشک مراقبت‌های اولیه ترتیب داده شد و در این ملاقات‌ها پزشک معاینه مختصری انجام می‌داد، به بیمار دل‌داری می‌داد و به وی امکان می‌داد در مورد عوامل استرس‌زایش صحبت کند. پزشک از انجام آزمایش‌های تهاجمی یا روش‌های تشخیصی تهاجمی اجتناب می‌کرد. هیچ نوع دارویی تجویز نمی‌کرد و به بیمار نمی‌گفت همه چیز در سرت است و همه چیز روانی است. پزشک مراقبت‌های اولیه سپس بیمار را به روان‌پزشک ارجاع داد.

روان‌پزشک تأیید کرد که فهرست بلندبالای علائم جسمی وجود دارند که پیش از ۳۰ سالگی شروع شده و اکثر آنها از لحاظ طبی توجیهی ندارند. معاینه روان‌پزشکی نشان‌دهنده درجاتی از علائم اضطرابی بود از جمله وحشت، تنش، معذب بودن و اجزای پیکری نظیر برافروختگی و تپش قلب که بخصوص در موقعیت‌های اجتماعی بارز بودند. عوامل احتمالی افسردگی شامل ملال خفیف، انرژی پایین و آشفتگی خواب وجود داشت که بیمار همه آنها را مربوط به مشکلات طبی‌اش می‌دانست. معاینه وضعیت روانی نشان‌دهنده خلق ملول و بدبینانه بود هرچند بیمار احساس غمگینی یا افسردگی را انکار می‌کرد. عاطفه تحریک‌پذیر بود. او روی جسم خود متمرکز بود و بیش از روان‌شناختی چندان‌ی نداشت. معاینه نشان‌دهنده چند عامل استرس‌زای زندگی بود (بیکاری، مشکلات مالی و مسائل خانوادگی) که بیمار سریعاً آنها را به عنوان مسائل غیر مهم کنار گذاشت. هرچند بیمار همچنان مشکلات روان‌پزشکی یا نیاز به مداخله و درمان روان‌پزشکی را انکار می‌کرد اما با چند ملاقات منظم برای تداوم ارزیابی وضعیت‌اش موافقت کرد. او از دخالت دادن هیچ یک از اعضای خانواده در این فرایند امتناع نمود. تلاش برای وارد کردن بیمار در یک درمان رسمی نظیر درمان شناختی - رفتاری یا آزمایش دارویی بی‌نتیجه بود بنابراین او فقط برای روان‌درمانی حمایتی ملاقات می‌شد به این امید که تفاهم ایجاد شود و مانع از عوارض یا تروژنیک بیشتری شود. در دوره پیگیری بیمار حداقل یک‌بار دیگر تحت جراحی قرار گرفت و همچنان از نفخ و یبوست شکایت داشت و به مصرف میلیون‌ها متکی بود. او همچنان معتقد بود که